MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL



N°1999/19

Année: 2018 – 2019

THESE

Présentée en vue de l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

AMOI Eba Monique Estelle

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRIPTIONS AU SERVICE
D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE DE L'INSTITUT NATIONAL
DE SANTE PUBLIQUE (INSP) D'ABIDJAN

Soutenue publiquement le 13 Mars 2019

COMPOSITION DU JURY:

Président : Monsieur YAVO William, Professeur Titulaire

Directeur de thèse : Monsieur ABROGOUA Danho Pascal, Professeur Titulaire

Co-Directeur : Monsieur YEO-TENENA Y. Jean-Marie, Professeur Titulaire

Assesseurs : Monsieur MANDA Pierre, Maître de Conférences Agrégé

: Madame KOUASSI AGBESSI Thérèse, Maître Assistante

ADMINISTRATION
ET PERSONNEL ENSEIGNANT
DE L'UFR DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES ET
BIOLOGIQUES

I. HONORARIAT

Directeurs/Doyens Honoraires Professeur RAMBAUD André

Professeur FOURASTE Isabelle

Professeur BAMBA Moriféré

Professeur YAPO Abbé

Professeur MALAN Kla Anglade

Professeur KONE Moussa

Professeur ATINDEHOU Eugène

II. ADMINISTRATION

Directeur Professeur KONE-BAMBA Diénéba

Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie Professeur Ag IRIE-N'GUESSAN Amenan

Sous-Directeur Chargé de la Recherche Professeur Ag DEMBELE Bamory

Secrétaire Principal Madame NADO-AKPRO Marie Josette

Documentaliste Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert

Intendant Monsieur GAHE Alphonse

Responsable de la Scolarité Madame DJEDJE Yolande

III. PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT

1- PROFESSEURS TITULAIRES

M. ABROGOUA Danho Pascal Pharmacie Clinique

Mmes AKE Michèle Chimie Analytique, Bromatologie

ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L. Biochimie et Biologie Moléculaire

MM. DANO Djédjé Sébastien Toxicologie

GBASSI K. Gildas Chimie Physique Générale

INWOLEY Kokou André Immunologie

Mme KONE BAMBA Diéneba Pharmacognosie

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)

M. KOUADIO Kouakou Luc Hydrologie, Santé Publique

Mme KOUAKOU-SIRANSY Gisèle Pharmacologie

MM. MALAN Kla Anglade Chimie Analytique, Contrôle de Qualité

MENAN Eby Ignace Parasitologie - Mycologie

MONNET Dagui Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme SAWADOGO Duni Hématologie

M. YAVO William Parasitologie-Mycologie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. AHIBOH Hugues Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme AKE-EDJEME N'guessan Angèle Biochimie et Biologie Moléculaire

MM. AMARI Antoine Serge G. Législation

AMIN N'Cho Christophe Chimie Analytique

Mme BARRO-KIKI Pulchérie Parasitologie – Mycologie

BONY François Nicaise Chimie Analytique

DALLY Laba Ismael Pharmacie Galénique

DEMBELE Bamory Immunologie

Mme DIAKITE Aïssata Toxicologie

M. DJOHAN Vincent Parasitologie – Mycologie

Mmes FOFIE N'Guessan Bra Yvette Pharmacognosie

IRIE-N'GUESSAN Amenan Pharmacologie

MM. KASSI Kondo Fulgence Parasitologie-Mycologie

KOFFI Angely Armand Pharmacie Galénique

Mme KOUAKOU-SACKOU Julie Santé Publique

MM. KOUASSI Dinard Hématologie

LOUKOU Yao Guillaume Bactériologie-Virologie

MANDA Pierre Toxicologie

OGA Agbaya Stéphane Santé Publique et Economie de la Santé

OUASSA Timothée Bactériologie-Virologie

OUATTARA Mahama Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)

Mme SANGARE TIGORI Béatrice Toxicologie

MM. YAPI Ange Désiré Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

YAYO Sagou Eric Biochimie et Biologie Moléculaire

ZINZENDORF Nanga Yessé Bactériologie-Virologie

3- MAITRES ASSISTANTS

MM. ADJAMBRI Adia Eusebé Hématologie

ADJOUNGOUA Attoli Léopold Pharmacognosie

Mmes ABOLI-AFFI Mihessé Roseline Immunologie

AKA ANY-GRAH Armelle Adjoua S. Pharmacie Galénique

ALLA-HOUNSA Annita Emeline Santé Publique

M. ANGORA Kpongbo Etienne Parasitologie-Mycologie

Mmes AYE-YAYO Mireille Hématologie

BAMBA-SANGARE Mahawa Biologie Générale

BLAO-N'GUESSAN Amoin Rebecca J. Hématologie

MM. CABLAN Mian N'Dédey Asher Bactériologie-Virologie

CLAON Jean Stéphane Santé Publique

Mme DONOU-N'DRAMAN Aha Emma Hématologie

MM. EFFO Kouakou Etienne Pharmacologie

KABRAN Tano Kouadio Mathieu Immunologie

Mme KONAN-ATTIA Akissi Régine Santé Publique

M. KONAN Konan Jean Louis Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme KONATE Abibatou Parasitologie-Mycologie

M. KOUAME Dénis Rodrigue Immunologie

Mme KOUASSI-AGBESSI Thérèse Bactériologie-Virologie

MM. KPAIBE Sawa André Philippe Chimie Analytique

N'GUESSAN Alain Pharmacie Galénique

Mme VANGA-BOSSON Henriette Parasitologie-Mycologie

4- <u>ASSISTANTS</u>

MM. ADIKO Aimé Cézaire Immunologie

AMICHIA Attoumou Magloire Pharmacologie

Mmes AKOUBET-OUAYOGODE Aminata Pharmacognosie

ALLOUKOU-BOKA Paule-Mireille Législation

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)

APETE-TAHOU Sandrine Bactériologie-Virologie

BEDIAKON-GOKPEYA Mariette Santé Publique

MM. BROU Amani Germain Chimie Analytique

BROU N'Guessan Aimé Pharmacie clinique et thérapeutique

COULIBALY Songuigama Chimie organique, Chimie Thérapeutique

DJADJI Ayoman Thierry Lenoir Pharmacologie

DJATCHI Richmond Anderson Bactériologie-Virologie

DOFFOU Oriadje Elisée Pharmacie clinique et thérapeutique

Mmes. DOTIA Tiepordan Agathe Bactériologie-Virologie

HE-KOUAME Linda Isabelle Chimie Minérale

KABLAN-KASSI Hermance Hématologie

M. KACOU Alain Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

Mme KAMAGATE Tairatou Hématologie

MM. KAMENAN Boua Alexis Thierry Pharmacie clinique et thérapeutique

KOFFI Kouamé Santé Publique

KONAN Jean Fréjus Biophysique

Mmes KONE Fatoumata Biochimie et Biologie Moléculaire

KONE-DAKOURI Yekayo Benedicte Biochimie et Biologie Moléculaire

MM. KOUAHO Avi Kadio Tanguy Chimie Organique, Chimie thérapeutique

KOUAKOU Sylvain Landry Pharmacologie KOUAME Jérôme Santé Publique

Mme KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde Bactériologie-Virologie

MM. LATHRO Joseph Serge Bactériologie-Virologie

MIEZAN Jean Sébastien Parasitologie-Mycologie

N'GBE Jean Verdier Toxicologie

N'GUESSAN Déto Ursul Jean-Paul Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

Mmes N'GUESSAN Kakwokpo Clémence Pharmacie Galénique

N'GUESSAN-AMONKOU Anne C. Législation

ODOH Alida Edwige Pharmacognosie

SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle Biochimie et Biologie moléculaire

SICA-DIAKITE Amelanh Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)

TANOH-BEDIA Valérie Parasitologie-Mycologie

M. TE BONLE Leynouin Franck-Olivier Pharmacie hospitalière

Mme TIADE-TRA BI Marie Laure Santé publique - Biostatistiques

M. TRE Eric Serge Chimie Analytique

Mmes TUO-KOUASSI Awa Pharmacie Galénique

YAO Adjoa Marcelle Chimie Analytique

MM. YAO Jean Simon N'Ghorand Chimie Générale

YAPO Assi Vincent De Paul Biologie Générale

Mmes YAPO-YAO Carine Mireille Biochimie

YEHE Desiree Mariette Chimie Générale

ZABA Flore Sandrine Bactériologie-Virologie

5- CHARGEES DE RECHERCHE

Mmes ADIKO N'dri Marcelline Pharmacognosie

OUATTARA N'gnôh Djénéba Santé Publique

6- ATTACHE DE RECHERCHE

M. LIA Gnahoré José Arthur Pharmacie Galénique

7- IN MEMORIUM

Feu KONE Moussa Professeur Titulaire

Feu YAPO Abbé Etienne Professeur Titulaire

Feu OUATTARA Lassina Professeur Titulaire

Feu COMOE Léopold Maître de Conférences Agrégé

Feue POLNEAU-VALLEE Sandrine Maître de Conférences Agrégé

Feu GUEU Kaman Maître-Assistant

Feu ALLADOUM Nambelbaye Assistant

Feu COULIBALY Sabali Assistant

Feu TRAORE Moussa Assistant

Feu YAPO Achou Pascal Assistant

IV. ENSEIGNANTS VACATAIRES

1- PROFESSEURS

MM. DIAINE Charles Biophysique

OYETOLA Samuel Chimie Minérale

2- MAITRES DE CONFERENCES

MM. KOUAKOU Tanoh Hilaire Botanique et Cryptogamie

YAO N'Dri Athanase Pathologie Médicale

3- MAITRE-ASSISTANT

M. KONKON N'Dri Gilles Botanique, Cryptogamie

4- NON UNIVERSITAIRES

MM. AHOUSSI Daniel Ferdinand Secourisme

COULIBALY Gon Activité sportive

DEMPAH Anoh Joseph Zoologie

GOUEPO Evariste Techniques officinales

Mme KEI-BOGUINARD Isabelle Gestion

MM KOFFI ALEXIS Anglais

KOUA Amian Hygiène

KOUASSI Ambroise Management

N'GOZAN Marc Secourisme

KONAN Kouacou Diététique

Mme PAYNE Marie Santé Publique

COMPOSITION DES
DÉPARTEMENTS
DE L'UFR DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES

I. BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

Professeur LOUKOU Yao Guillaume Maître de Conférences Agrégé

Chef de Département

Professeurs OUASSA Timothée Maître de Conférences Agrégé

ZINZENDORF Nanga Yessé Maître de Conférences Agrégé

Docteurs CABLAN Mian N'Dédey Asher Maître-Assistant

KOUASSI-AGBESSI Thérèse Maître-Assistante

APETE-TAHOU Sandrine Assistante

DJATCHI Richmond Anderson Assistant

DOTIA Tiepordan Agathe Assistante

KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde Assistante

LATHRO Joseph Serge Assistant

ZABA Flore Sandrine Assistante

II. <u>BIOCHIMIE</u>, <u>BIOLOGIE MOLECULAIRE</u>, <u>BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET PATHOLOGIE MEDICALE</u>

Professeur MONNET Dagui Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs HAUHOUOT-ATTOUNGBRE M.L. Professeur Titulaire

AHIBOH Hugues Maître de Conférences Agrégé

AKE-EDJEME N'Guessan Angèle Maître de Conférences Agrégé

YAYO Sagou Eric Maître de Conférences Agrégé

Docteurs KONAN Konan Jean Louis Maître-Assistant

KONE-DAKOURI Yekayo Benedicte Assistante

KONE Fatoumata Assistante

SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle Assistante

YAPO-YAO Carine Mireille Assistante

III. BIOLOGIE GENERALE, HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Professeur SAWADOGO Duni Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs INWOLEY Kokou André Professeur Titulaire

DEMBELE Bamory Maître de Conférences Agrégé

KOUASSI Dinard Maître de Conférences Agrégé

Docteurs ABOLI-AFFI Mihessé Roseline Maître-Assistante

ADJAMBRI Adia Eusèbe Maître-Assistant

AYE-YAYO Mireille Maître-Assistante

BAMBA-SANGARE Mahawa Maître-Assistante

BLAO-N'GUESSAN A. Rebecca S. Maître-Assistante

DONOU-N'DRAMAN Aha Emma Maître-Assistante

KABRAN Tano K. Mathieu Maître-Assistant

KOUAME Dénis Rodrigue Maître-Assistant

ADIKO Aimé Cézaire Assistant

KABLAN-KASSI Hermance Assistante

KAMAGATE Tairatou Assistant

YAPO Assi Vincent De Paul Assistant

IV. <u>CHIMIE ANALYTIQUE, CHIMIE MINERALE ET GENERALE,</u> <u>TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE</u>

Professeur MALAN Kla Anglade Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs AKE Michèle Professeur Titulaire

GBASSI Komenan Gildas Professeur Titulaire

AMIN N'Cho Christophe Maître de Conférences Agrégé

BONY Nicaise François Maître de Conférences Agrégé

Docteurs KPAIBE Sawa André Philippe Maître-Assistant

BROU Amani Germain Assistant

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)

HE-KOUAME Linda Isabelle Assistante

TRE Eric Serge Assistant

YAO Adjoa Marcelle Assistante

YAO Jean Simon N'Ghorand Assistant

YEHE Desiree Mariette Assistante

V. <u>CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE</u>

Professeur OUATTARA Mahama Maître de Conférences Agrégé

Chef de Département

Professeur YAPI Ange Désiré Maître de Conférences Agrégé

Docteurs COULIBALY Songuigama Assistant

KACOU Alain Assistant

KOUAHO Avi Kadio Tanguy Assistant

N'GUESSAN Déto Ursul Jean-Paul Assistant

SICA-DIAKITE Amelanh Assistante

VI. PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOLOGIE ANIMALE ET ZOOLOGIE

Professeur MENAN Eby Ignace H. Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs YAVO William Professeur Titulaire

BARRO KIKI Pulchérie Maître de Conférences Agrégé

DJOHAN Vincent Maître de Conférences Agrégé

KASSI Kondo Fulgence Maître de Conférences Agrégé

Docteurs ANGORA Kpongbo Etienne Maître-Assistant

KONATE Abibatou Maître-Assistante

VANGA-BOSSON Henriette Maître-Assistante

MIEZAN Jean Sébastien Assistant

TANOH-BEDIA Valérie Assistante

VII. PHARMACIE GALENIQUE, BIOPHARMACIE, COSMETOLOGIE, GESTION ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE

Professeur KOFFI Armand A. Maître de Conférences Agrégé

Chef de Département

Professeurs AMARI Antoine Serge G. Maître de Conférences Agrégé

DALLY Laba Ismaël Maître de Conférences Agrégé

Docteurs AKA ANY-GRAH Armelle A.S. Maître-Assistante

N'GUESSAN Alain Maître-Assistant

ALLOUKOU-BOKA P.-Mireille Assistante

LIA Gnahoré José Arthur Attaché de recherche

N'GUESSAN Kakwokpo Clémence Assistante N'GUESSAN-AMONKOU A. Cynthia Assistante

TUO-KOUASSI Awa Assistante

VIII. PHARMACOGNOSIE, BOTANIQUE, BIOLOGIE VEGETALE, CRYPTOGAMIE

Professeur KONE BAMBA Diénéba Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeur FOFIE N'Guessan Bra Yvette Maître de Conférences Agrégé

Docteurs ADJOUGOUA Attoli Léopold Maître-Assistant

ADIKO N'dri Marcelline Chargée de recherche

AKOUBET-OUAYOGODE Aminata Assistante

ODOH Alida Edwige Assistante

IX. PHARMACOLOGIE, PHARMACIE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIE HUMAINE

Professeur ABROGOUA Danho Pascal Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs KOUAKOU SIRANSY N'Doua G. Professeur Titulaire

IRIE N'GUESSAN Amenan G. Maître de Conférences Agrégé

Docteurs EFFO Kouakou Etienne Maître-Assistant

AMICHIA Attoumou M. Assistant

BROU N'Guessan Aimé Assistant

DJADJI Ayoman Thierry Lenoir Assistant

DOFFOU Oriadje Elisée Assistant

KAMENAN Boua Alexis Assistant

KOUAKOU Sylvain Landry Assistant

TE BONLE Leynouin Franck-Olivier Assistant

X. PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHEMATIQUES, STATISTIQUES ET INFORMATIQUE

Professeur GBASSI Komenan Gildas Professeur Titulaire

Chef de Département

Docteur KONAN Jean-Fréjus Assistant

TIADE-TRA BI Marie Laure Assistante

XI. SANTE PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE

Professeur KOUADIO Kouakou Luc Professeur Titulaire

Chef de département

Professeurs DANO Djédjé Sébastien Professeur Titulaire

DIAKITE Aissata Maître de Conférences Agrégé

KOUAKOU-SACKOU J. Maître de Conférences Agrégé

MANDA Pierre Maître de Conférences Agrégé

OGA Agbaya Stéphane Maître de Conférences Agrégé

SANGARE-TIGORI Béatrice Maître de Conférences Agrégé

Docteurs CLAON Jean Stéphane Maître-Assistant

HOUNSA-ALLA Annita Emeline Maître-Assistante

KONAN-ATTIA Akissi Régine Maître-Assistante

OUATTARA N'gnôh Djénéba Chargée de Recherche

BEDIAKON-GOKPEYA Mariette Assistante

KOFFI Kouamé Assistant

KOUAME Jérome Assistant

N'GBE Jean Verdier Assistant

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut ...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que...

Je dédie cette thèse

AU BON DIEU

Pour la vie qu'il m'a donnée.

Pour toutes les grâces dont il m'a comblé.

Pour m'avoir permis de faire des études de pharmacie et m'avoir donné la force, la santé, le courage de les finir.

Pour avoir été à mes côtés tout le long de ce long et difficile parcours.

REMERCIEMENTS

A MES CHERS PARENTS

A mon très cher Père KADJA Amoi

Aucun mot ne saurait exprimer la profonde gratitude et l'immense amour que j'ai pour toi. Ton soutien, tes prières ont été pour moi un stimulant tout au long de mes études.

Je te serai cher père reconnaissante toute ma vie, pour tout le mal que tu t'es donné pour moi à chaque étape de ma vie, pour tes sacrifices et ton amour.

Puisse Le bon DIEU m'aider à rendre un peu soit-il de ce que tu m'as donné et t'accorder une longue vie!

A ma très chère Mère AMANDI Alloubra Jeanne-KADJA

C'est pour moi un moment d'une grande importance, car je sais que tu es à la fois fière et très heureuse de voir le fruit de ton éducation et de tes efforts inlassables se concrétiser.

Aucun mot, aussi expressif qu'il soit, ne saurait remercier à sa juste valeur, l'être qui a consacré sa vie à parfaire mon éducation avec un dévouement inégal. C'est grâce au bon DIEU puis à toi que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.

Puisse Le bon DIEU t'accorder santé, bonheur et longue vie!

A ma très chère grande-sœur AMOI Marie Rose-AMANIN

Tu as été une boussole lors de mes premiers pas dans la vie universitaire à Abidjan et grâce à toi j'en garde un bon souvenir.

Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée et que le bon DIEU te comble de toutes les grâces dont tu as besoin!

A mes autres frères et sœurs

AMOI Simplice, AMOI Anne-Marie, AMOI Pélagie-SANGARE, AMOI Tatiana, AMOI Michelle, AMOI Iguette

Merci pour votre affection, vos encouragements et vos prières. Que Le bon DIEU vous garde!

A mes neveux et nièces

Astrid, Daphney, Riad, Phanuel, Cheick, Elias, Epiphanie, Christ-Morel, Max-Kerane

Vous êtes pour moi une source de joie.

Je vous aime!

A mon beau-frère Dr Raymond N'GUESSAN

(Enseignant chercheur à l'Université Jean Lorougnon Guédé-Daloa)

Je voudrais vous remercier de m'avoir adopté et de m'avoir accordé votre confiance. Vous avez été à mes côtés pendant la réalisation de cette thèse. Vos encouragements et vos conseils ont été précieux pour moi.

Merci et que Dieu vous bénisse!

A MES AMIES

KATOUO Domehan, ADOUENIE Wilfred, DJONWAN Franck

Plus que des amis, vous constituez ma famille et vous n'avez jamais cessé de me soutenir, m'écouter et me gâter durant toute notre amitié.

Nous avons partagé des souvenirs agréables et vous avez toujours fait preuve d'une vraie amitié et d'un amour propre.

Que le bon Dieu préserve notre amitié pour qu'elle ne se dénoue jamais!

AU PERSONNEL DU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE (SAHM) de l'INSP

Vous avez été disponibles et cordiaux durant mon séjour dans votre service.

Veuillez recevoir ce travail en signe de ma profonde gratitude!

A LA 33^{EME} PROMOTION DES PHARMACIENS (P7E)

La meilleure promo de tous les temps. Merci pour cette ambiance chaleureuse qui a existé entre nous tout le long de notre cursus.

Que le seigneur oriente chacun de nous sur la voie qu'il nous a destinée!

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur YAVO William

- ➤ Professeur Titulaire de Parasitologie-Mycologie à l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan au Département de Parasitologie-Mycologie
- ➤ Docteur en pharmacie diplômé de l'université de Cocody
- ➤ Titulaire d'une maîtrise en Santé Publique
- ➤ Titulaire d'un Doctorat unique de Biologie Humaine et Tropicale, option Parasitologie
- ➤ Biologiste des hôpitaux (CES de Parasitologie-Mycologie, de Biochimie clinique et Hématologie)
- Pharmacien-biologiste au laboratoire de Microbiologie de l'INSP d'Adjamé
- ➤ Chef du Centre de Recherche et de Lutte contre le Paludisme de l'INSP
- > Sous-directeur de la formation et de la recherche à l'INSP
- Ancien interne des hôpitaux de Côte d'Ivoire (Lauréat du Concours d'Internat de 1997),
- ➤ Membre titulaire de la Société de Pathologie Exotique (France)
- Vice-Président de la Société Africaine de Recherche et de Contrôle de la résistance aux antimicrobiens
- Membre de la Société Africaine de Parasitologie
- Vice-Président de la Société Ivoirienne de Parasitologie et de Mycologie.

Cher Maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements de qualités tout au long de notre cursus universitaire.

Veuillez trouver ici, Maître, l'expression de notre infinie gratitude et surtout de notre profonde admiration.

Que DIEU vous bénisse!

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur ABROGOUA Danho Pascal

- ➤ Professeur Titulaire de Pharmacie Clinique (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)
- ➤ Chef de Département de Pharmacologie, de Pharmacie clinique et Thérapeutique (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)
- ➤ Docteur de l'Université de Lyon en Pharmacie Clinique (France)
- ➤ Ancien Interne des Hôpitaux d'Abidjan
- ➤ Pharmacien Hospitalier au CHU de Cocody
- Membre du comité scientifique de l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (Université Félix Houphouët-Boigny)
- ➤ Titulaire du Master de Pharmaco-économie de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lyon (France)
- ➤ Membre associé de l'Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique de France (ANEPC)
- Membre de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)

Cher maître,

Par votre professionnalisme, votre dynamisme, votre amour du travail bien fait, et votre esprit critique, vous avez su nous guider dans la réalisation de cette œuvre. Plus qu'un professeur, vous êtes pour nous, un père et un modèle à suivre dans notre vie. Ces quelques mots exprimeront difficilement toute notre reconnaissance et la fierté de vous avoir, pour toujours, comme maître.

Que le Seigneur vous bénisse et vous comble de ses grâces inépuisables.

Que DIEU vous bénisse!

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur YEO-TENENA Yessonguilana Jean-Marie

- ➤ Professeur Titulaire de Psychiatrie à l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan.
- ➤ Chef de l'Unité Pédagogique Système Nerveux et Réadaptation de l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan.
- ➤ Directeur du DES de Psychiatrie de l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan.
- ➤ Chef du Service d'Addictologie et d'Hygiène Mentale d'Abidjan /INSP.
- ➤ Vice-président de la Société Africaine de Santé Mentale chargé de la formation et de la recherche.
- ➤ Membre de l'Association Ivoirienne de lutte contre l'Epilepsie (ALLE).
- ➤ Membre du conseil d'administration de l'Association Internationale Francophone des Psychiatres et Travailleurs en Santé Mentale.
- Rédacteur en chef des Annales Africaines de Psychiatrie.

Cher maître,

Vous avez initié ce travail pour lequel vous n'avez ménagé ni vos efforts, ni votre temps.

Auprès de vous, nous avons toujours trouvé réconfort moral, et les conseils pour supporter les coups durs que nous réserve la vie.

Ce travail est aussi le fruit de vos efforts. Trouvez ici l'expression de nos vifs remerciements et profond respect.

Que DIEU vous bénisse!

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur MANDA Pierre

- Docteur en pharmacie
- Maître de conférences agrégé au département de Toxicologie à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan
- ➤ Membre de la Société Pharmaceutique de Côted'Ivoire (SOPHACI)
- ➤ Membre de la Société Ivoirienne de Toxicologie (SITOX-CI)
- Membre de la Société Française de Toxicologie (SFT)
- ➤ Chef du service de Toxicologie au Laboratoire National de la Santé Publique

Cher Maître,

C'est pour nous un grand honneur que vous acceptez de siéger parmi cet honorable jury. Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui reste exemplaire.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance et notre grande estime.

Que Dieu vous bénisse!

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Docteur KOUASSI AGBESSI THERESE

- Docteur en pharmacie
- ➤ Maître-assistante au département de bactériologie virologie, à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
- ➤ Pharmacien biologiste : (CES biochimie clinique, CES hématologie, CES parasitologie, CES bactériologie)
- ➤ Titulaire d'un DEA de biologie humaine tropicale option Bactériologievirologie
- ➤ Chef de service adjoint du laboratoire d'hygiène chargé de la biologie médicale à l'INHP (Institut national d'hygiène publique)
- > 1^{er} prix d'infectiologie en 1992
- Lauréat du concours d'internat (1989-1990)
- ➤ Membre de la Société Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI).

Cher Maître,

Vous avez accepté avec courtoisie ainsi qu'avec beaucoup de sympathie de juger ce travail.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre profond respect et de notre gratitude pour votre disponibilité et votre humilité.

Que Dieu vous bénisse!

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	XXX
LISTE DES FIGURES	XXXI
LISTE DES TABLEAUX	XXXII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	4
CHAPITRE I : PHARMACIE CLINIQUE	5
I.HISTORIQUE	5
II. DEFINITION ET ACTIVITES DE PHARMACIE CLINIQUE.	7
CHAPITRE II : ACTE PHARMACEUTIQUE ET PRESCRIPTION	
MEDICAMENTEUSE	12
I. DEFINITION DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE	12
II. SUPPORTS DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE	13
III. ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRIPTIONS	27
IV. OUTILS D'AIDE A L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE	33
CHAPITRE III : MALADIES MENTALES	39
I-DEFINITIONS DES TERMES	39
II-CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES	40
III-FACTEURS DE VULNERABILITE	48
IV-PRISE EN CHARGE DES MALADIES MENTALES	51
DEUXIEME PARTIE : ETUDE PRATIQUE	55
CHAPITRE I : MATERIEL ET METHODES	56
I-MATERIEL	56
II-METHODES	59
CHAPITRE II : RESULTATS	63
I.PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	63
II.ASPECTS CLINIQUES	69
III.PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES	76
IV.PROBLEMES PHARMACOTHERAPEUTIQUES DETECTES	77
V-NATURE DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES (IP)	78

TABLE DES MATIERES	160
ANNEXES	105
REFERENCES	92
RECOMMANDATIONS	90
CONCLUSION	88
PHARMACEUTIQUES PAR LES PRESCRIPTEURS	87
VI.EVALUATION DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS	
V.NATURE DES INTERVENTTIONS PHARMACEUTIQUES(I	P)85
IV.PROBLEMES PHARMACOTHERAPEUTIQUES DETECTES	84
III.PRESCRIPTIONS DE PSYCHOTROPES	83
II.ASPECTS CLINIQUES	82
I.PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	81
CHAPITRE III : DISCUSSION	81
PHARMACEUTIQUES PAR LES PRESCRIPTEURS	80
VI. EVALUATION DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS	

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

APA : Association Américaine de Psychiatrie

ATC: Antidépresseurs Tricycliques

CIM-10: Classification Internationale des Maladies, 10^{ieme} édition

CSP: Code de Santé Publique

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th édition

ERC: Evaluation Recherche Communication

IMAO: Inhibiteurs des Monoamines Oxydases

INSP: Institut National de Santé Publique

IP: Intervention Pharmaceutique

ISRS: Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

OEPS: Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OTP : Optimisation Thérapeutique et Prévention

PLM: Problèmes Liés aux Médicaments

PMD: Psychose Maniaco-dépressive

PT: Pharmacotechnie Hospitalière

PUI : Pharmacie à Usage Interne

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit pour les spécialités

pharmaceutiques

SAHM : Service d'Addictologie et d'Hygiène Mentale

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

TCA: Troubles des Conduites Alimentaires

TOC: Trouble Obsessionnel Compulsif

UFR: Unité de Formation et de Recherche

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient	
hospitalisé (SFPC– 2005)	8
Figure 2 : Exemple d'ordonnance classique	20
Figure 3: Algorithme simplifié de validation d'ordonnance de Calop	32
Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe	64
Figure 5 : Répartition des patients selon le lieu de résidence	65
Figure 6 : Répartition des patients selon les modes d'admission au SAH	M. 69
Figure 7 : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques	71

LISTE DES TABLEAUX

Pages Tableau I: Liste et codification des activités de pharmacie clinique retenues au laboratoire de pharmacie clinique d'Abidjan......10 **Tableau II**: Description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse35 Tableau III: Description des interventions pharmaceutiques36 **Tableau V**: Répartition des patients selon la catégorie Tableau VI: Répartition des patients selon la situation matrimoniale...........67 **Tableau VIII**: Répartition des patients selon les motifs de consultation......70 **Tableau IX** : Répartition des patients selon la présence d'autres antécédents médico-chirurgicaux......72 **Tableau XIII**: Profil des psychotropes et autres médicaments du système nerveux central prescrits......76 Tableau XIV: Répartition des problèmes pharmacothérapeutiques détectés 77 **Tableau XV**: Répartition selon les interventions pharmaceutiques (IP) 78 **Tableau XVII**: Répartition des cotations des interventions pharmaceutiques80

INTRODUCTION

Le secteur de santé représente un domaine à haut risque dans la mesure où les erreurs de traitement peuvent entraîner le décès, les lésions sérieuses, des complications ou des souffrances physiques et psychologiques chez les patients pris en charge. Selon Robert Tetreault, une importante étude réalisée en 1999 par le *United States Institute of Medecine* indique qu'entre 44 000 et 98 000 patients d'hôpitaux mouraient chaque année à la suite d'erreurs commises par des professionnels de la santé [89]. En cas de faute dans l'activité médicale, la responsabilité pénale du professionnel de santé et de l'établissement peut être engagée et ces derniers devront répondre dans ce cas devant la Justice [52].

Le Service d'Addictologie et d'Hygiène Mentale (SAHM) d'Abidjan initie depuis 2011 une série d'études consacrées à l'évaluation de la qualité de ses prestations. Cette autoévaluation vise à améliorer la qualité du service dans le but de satisfaire ses patients, de maîtriser les risques, d'assurer sa pérennité et de se développer conformément aux directives définies par l'OMS [74].

C'est dans ce contexte que s'inscrit cette étude sur l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Cette activité permet selon l'OMS de garantir chacun des actes diagnostiques et thérapeutiques [74]. Elle assure le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contact humain à l'intérieur du système de soins [74].

Le but de l'analyse pharmaceutique est de s'assurer du choix du bon médicament dans une bonne indication, dans le respect des contre-indications, à la bonne posologie, pendant la bonne durée, chez le bon malade au bon moment avec un rapport bénéfice / risque optimum.

Ainsi, l'objectif général de l'étude est- il d'évaluer l'activité de pharmacie clinique dans le cadre de l'analyse des prescriptions au SAHM.

Les objectifs spécifiques sont :

- d'identifier les problèmes pharmacothérapeutiques liés à la prescription des médicaments :
- de décrire les interventions pharmaceutiques sur ces prescriptions ;
- De déterminer le taux d'acceptation par les prescripteurs des interventions pharmaceutiques ;
- d'établir une cotation de ces interventions pharmaceutiques acceptées d'un point de vue clinique.

La thèse se subdivise en deux grandes parties. La première partie concerne la revue de la littérature sur la pharmacie clinique, l'acte pharmaceutique et la prescription médicamenteuse, les maladies mentales et leur prise en charge. Quant à la seconde partie, elle se consacre à l'étude pratique intégrant matériel et méthodes, la présentation et la discussion des résultats.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

CHAPITRE I : PHARMACIE CLINIQUE

I. HISTORIQUE

Jusque dans les années 1960, le rôle du pharmacien évolue de celui d'apothicaire à celui de distributeur de médicaments fabriqués par l'industrie pharmaceutique.

Au cours de la décennie suivante, le concept de « pharmacie clinique » redéfinit le rôle du pharmacien et son champ d'action dans l'hôpital.

Alors qu'il assurait jusque-là la supervision du circuit du médicament à partir du local de la pharmacie, le pharmacien, traditionnellement formé à la connaissance sur le médicament et la pharmacologie, se rapproche dorénavant des patients [6,37].

De spécialiste du médicament centré sur le produit, le pharmacien devient responsable de la pharmacothérapie administrée à un patient dans le but de prévenir et de traiter ses problèmes de santé.

Concernant l'origine de l'expression « clinical pharmacy », elle est proposée pour la première fois par le Docteur John Autian, alors professeur à la Faculté de pharmacie de l'Université du Texas, lors d'une conférence prononcée à l'Université du Wisconsin en 1961. Il suggère de remplacer ainsi les expressions « compounding and dispensing », « Composition et distribution » par Clinical Pharmacy [62].

La naissance du pharmacien clinicien fait suite à des procès faits aux médecins par les patients du fait d'erreurs thérapeutiques [37]. Les médecins américains ont alors souhaité bénéficier, au niveau de leur équipe, d'un pharmacien clinicien, c'est-à-dire d'un pharmacien qui participe aux visites, aux staffs, ayant de solides connaissances sur le médicament [62].

Au milieu des années 1960, de nouveaux programmes de formation sont mis sur pied dans certaines écoles de pharmacie américaines. Préconisant l'intégration des pharmaciens dans l'équipe de soins, ces écoles permettent aux pharmaciens

d'amorcer une série d'activités favorisant une meilleure utilisation des médicaments par les patients.

En 1965, le pharmacien est intégré à l'équipe de soins avec laquelle il participe aux tournées médicales. À titre de membre de cette équipe, plusieurs tâches lui sont confiées : collecte de l'historique médicamenteux des patients à l'admission, monitorage des interactions médicamenteuses, conseils aux patients à leur sortie ainsi qu'aux médecins et infirmières au sujet de la thérapie médicamenteuse. Ce projet remporte un tel succès que les visiteurs viennent de partout aux États-Unis pour en étudier les fondements [62].

Cette pratique pharmaceutique s'est développée en grande partie suite à la publication d'études ayant mis en évidence un besoin urgent d'optimisation de la qualité d'utilisation des médicaments (que ce soit en termes de prescription, d'administration, ou de suivi), et ce afin d'améliorer l'efficacité et la sécurité des traitements, ainsi que d'en diminuer les coûts [3].

A compter des années 1960, le concept de pharmacie clinique, élaboré aux États-Unis, émerge et influence les pharmaciens québécois [62]. Elle sera ensuite développée au Québec après 1975 [37].

En France, cette discipline est apparue au milieu des années 1980, avec la création de la société française de pharmacie clinique (SFPC) en 1983, qui a introduit une démarche de professionnalisation des études pharmaceutiques et la création en 1986 de la sous-section de Pharmacie clinique au conseil national des universités, puis la mise en place de la 5^{ème} année hospitalo-universitaire en 1984 [6].

Progressivement donc, au cours des 30 dernières années, des services de pharmacie clinique se sont développés dans les pays anglo-saxons. Dans les hôpitaux, par exemple, les pharmaciens font partie intégrante des services cliniques et travaillent avec les médecins. Le pharmacien est là au moment de la prescription et donne son avis pour une éventuelle optimisation, un changement de molécule au sein de la classe thérapeutique, etc... Le pharmacien est présent dans le service au moment de l'administration, il peut discuter avec les patients de leur(s) traitement(s)

médicamenteux et diagnostiquer les problèmes liés aux médicaments. Les programmes d'éducation thérapeutique sont au minimum encadrés par un pharmacien, ou dans un certain nombre de cas menés par lui [23].

II. DEFINITION ET ACTIVITES DE PHARMACIE CLINIQUE

II.1. Définition

Selon la société française de pharmacie clinique, 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 [86]. Pour cela les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé.

II.2. Activités de pharmacie clinique

La pharmacie clinique a pour objectif général de promouvoir un usage correct et approprié des médicaments.

Ces activités ont pour but de :

- maximiser l'effet clinique des médicaments en utilisant le médicament le plus efficace pour chaque patient ;
- minimiser le risque d'évènements indésirables en suivant le traitement et l'adhésion du patient ;
- minimiser les coûts en proposant la meilleure alternative pour le plus grand nombre de patients [11].

D'après la SFPC, le champ d'activité de la pharmacie clinique recouvre schématiquement six grands domaines :

- utilisation sûre, efficace, rationnelle des produits de santé ;
- optimisation des traitements des patients ;
- prévention de l'iatrogénie ;

- information scientifique sur les produits de santé des autres professionnels de santé et des patients ;
- évaluation clinique et/ou économique des stratégies thérapeutiques et/ou de présentation mettant en œuvre des produits de santé ;
- développement des vigilances sanitaires.

Les quatre premières activités sont des activités primaires c'est-à-dire ayant une influence directe sur la qualité de la prise en charge thérapeutique du patient.

Les différentes activités s'exercent tout au long de la prise en charge globale du patient et en particulier lors de l'hospitalisation du patient et aux points de transition que sont l'admission, le transfert et la sortie (Figure 1).

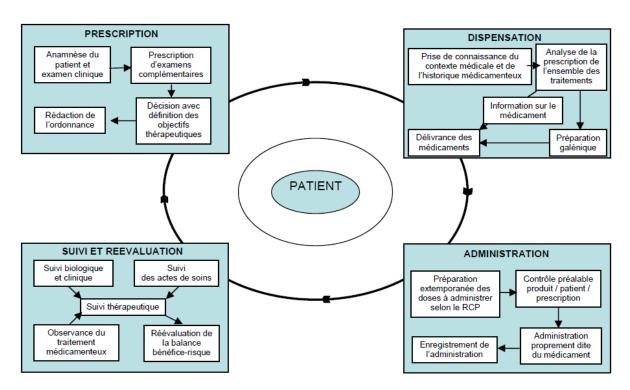


Figure 1 : Prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient hospitalisé (SFPC-2005) [64].

Le pharmacien clinicien peut intervenir à différents niveaux de la prise en charge pharmaceutique globale du malade. Une des étapes fondamentales de son activité est la dispensation des médicaments et plus particulièrement l'analyse pharmaceutique de la prescription médicale [64].

Le laboratoire de Pharmacie clinique de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny a listé 22 activités de pharmacie clinique codées de A1 à A22 (Tableau I). Cette liste n'est pas forcément exhaustive. Cette première codification est basale et a permis secondairement d'établir deux autres codifications des activités retenues. La première est basée sur la répartition des 22 activités en trois principales catégories [13] :

- 1^e catégorie désignée OTP : activités visant l'optimisation thérapeutique et la prévention de la pathologie iatrogène médicamenteuse ; dans cette catégorie 15 activités ont été répertoriées à partir de notre liste initiale (OTP1 à OTP15) ;
- -2^e catégorie ERC : activités visant à développer l'évaluation, la recherche, la communication orale et/ou écrite de documents techniques et scientifiques ; dans cette catégorie 6 activités ont été répertoriées à partir de notre liste initiale (ERC1 à ERC6) ;
- -3° catégorie PT : pharmacotechnie hospitalière ; dans cette catégorie une seule activité a été répertoriée à partir de notre liste initiale.

Les différentes activités de pharmacie clinique peuvent également être réparties en activités centralisées (mises en œuvre au sein de la pharmacie) et en activités décentralisées (mises en œuvre au sein des unités de soins). Nous avons considéré dans certains cas que des activités peuvent être effectuées aussi bien au niveau de la pharmacie qu'au niveau des unités de soins.

La codification émanant de cette considération contextuelle des activités est la suivante : C (activité centralisée), D (activité décentralisée), CD (activité pouvant être mise en œuvre au niveau de la pharmacie et au niveau des unités de soins).

Tableau I : Liste et codification des activités de pharmacie clinique retenues au laboratoire de pharmacie clinique d'Abidjan

Code 1	Code 2	Code 3	Activités
A1	OTP1	CD	Pharmacovigilance (Détection, notification et rapport sur les effets indésirables)
A2	OTP2	D	Anamnèse médicamenteuse à l'admission du patient
A3	OTP3	CD	Analyse, commentaire et validation des prescriptions
A4	OTP4	D	Conseils au patient sur prescriptions de sortie
A5	OTP5	D	Education thérapeutique du patient
A6	OTP6	D	Suivi pharmacocinétique
A7	OTP7	D	Suivi de la nutrition parentérale
A8	ERC1	CD	Information sur les médicaments (innovation pharmacologique, actualités pharmaceutiques, usage rationnel)
A9	OTP8	D	Suivi biologique et thérapeutique de patient
A10	OTP9	CD	Adaptation posologique
A11	OTP10	CD	Établissement d'un plan de prises au patient à partir d'une stratégie thérapeutique
A12	OTP11	CD	Étude sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses en fonction de leurs rapports coût/efficacité et risques/bénéfices.
A13	ERC2	CD	Aide aux essais cliniques
A14	OTP12	CD	Assurance qualité dans la gestion des médicaments
A15	OTP13	CD	Sécurisation du circuit du médicament (prévention des erreurs de prescription, de dispensation et d'administration)
A16	ERC3	С	Animation du comité pharmaceutique et thérapeutique du CHU
A17	OTP14	CD	Opinion pharmaceutique sur les prescriptions
A18	OTP15	CD	Promotion de l'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales
A19	ERC4	CD	Participation à l'élaboration et mise en œuvre de procédures d'utilisation sûre et efficace des médicaments
A20	ERC5	CD	participation aux protocoles de recherche
A21	ERC6	D	participation à l'élaboration ou à la révision de protocoles thérapeutiques du service
A22	PT	CD	Pharmacotechnie hospitalière: aide à la préparation de médicaments à administrer (anticancéreux et médicaments à risque toxique, préparations pédiatriques, nutrition parentérale, médicaments radio-pharmaceutiques, autres médicaments injectables)

Les activités de pharmacie clinique présentent un impact important sur le circuit du médicament notamment avec :

- la réduction de la morbi-mortalité liée à l'iatrogénie médicamenteuse : de nombreux travaux ont mis en évidence l'impact de ces actions en matière de réduction des durées d'hospitalisation, de taux de réadmission et de réduction de la mortalité ;
- la réduction des coûts: le développement de la pharmacie clinique a été favorisé dans les pays Nord-américains par exemple face aux sommes importantes déboursées par les établissements de soins pour assumer les conséquences judiciaires liées à la recrudescence des procès pour évènement iatrogène [38].

Face à ces perspectives d'une plus grande implication du pharmacien dans la prise en charge du traitement de patients ambulatoires, beaucoup de médecins généralistes se montrent réticents, d'une part parce qu'ils ont l'impression que le pharmacien va empiéter sur leur travail, et d'autre part parce qu'ils doutent que les pharmaciens aient les connaissances, compétences ou attitudes adéquates pour s'investir de cette façon dans la prise en charge du patient.

Une composante essentielle de la réussite d'une collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens sera la communication et l'écoute, afin dans un premier temps de se mettre d'accord sur les rôles de chacun, et, dans un deuxième temps de pouvoir arriver, ensemble, à une meilleure prise en charge thérapeutique [3].

CHAPITRE II : ACTE PHARMACEUTIQUE ET PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

I. DEFINITION DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

La prescription est un acte médical réalisé par des professionnels habilités (médecins, odontologistes, sages-femmes, infirmiers, internes ayant reçu délégation).

La prescription est effectuée par écrit ou par voie informatique dans des conditions définies. Elle est composée de lignes de prescription de médicaments et/ou conseils comportant des instructions obligatoires en vue de leur dispensation puis de leur administration.

La prescription de médicament est rédigée après examen du malade sur une ordonnance et indique lisiblement :

- le nom, la qualité et le cas échéant, la qualification, le titre ou la spécialité du prescripteur, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée;
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie, et le mode d'administration et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée;
- la durée de traitement ;
- les nom et prénom, l'âge du malade, sa taille et son poids.

Par ailleurs, certains médicaments doivent faire l'objet d'une surveillance rapprochée compte tenu de leur potentiel iatrogène [12].

II. SUPPORTS DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

Dans les établissements de santé, la prescription est le point de départ d'un des processus organisationnels majeurs qu'est le circuit clinique du médicament.

Elle conduit à structurer l'organisation du travail de tous les acteurs du circuit du médicament. De sa qualité, dépend la qualité des autres étapes : dispensation et administration.

La prescription s'appuie sur :

- la réglementation en vigueur et notamment le résumé des caractéristiques du produit pour les spécialités pharmaceutiques (RCP);
- les connaissances et recommandations scientifiques et leur niveau de preuve,
- les recommandations et les protocoles thérapeutiques;
- les données de sécurité sanitaire;
- le rapport bénéfice-risque pour le patient;
- les données pharmaco-économiques.

La sécurisation de l'étape de prescription cible 2 enjeux :

- une prescription dûment formalisée;
- une prescription transmise à tous les acteurs du circuit du médicament [12].

II.1. Eléments communs à la prescription réalisée à l'hôpital

II.1.1. Prescripteurs

La prescription est réservée aux prescripteurs légalement autorisés.

Le prescripteur doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

La rédaction de l'ordonnance impose au prescripteur d'être lisible (on ne saurait trop conseiller, en particulier, d'écrire les noms des médicaments en capitales d'imprimerie et de numéroter à partir de 1 les différentes lignes de prescriptions),

d'expliciter et de commenter chacune de ses prescriptions, notamment les moments des prises.

Par ailleurs, cette rédaction ne peut intervenir qu'une fois réalisée la totalité de l'interrogatoire et de l'examen du patient, non seulement à but diagnostique mais aussi à la recherche de toutes les informations à prendre en compte pour la prescription la plus sécurisée possible [12].

Il existe deux types de prescripteurs :

- les prescripteurs sans limitation de prescription : praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, à titre provisoire, contractuels, attachés, assistants généralistes et spécialistes, praticiens adjoints contractuels, prescripteurs délégués (assistants et attachés associés, internes et résidents, faisant fonction d'interne);
- les prescripteurs avec limitation de prescription : chirurgiens-dentistes, sagesfemmes, infirmiers, biologistes (prescriptions directement liées à l'exercice de la biologie).

La liste des personnes habilitées à prescrire dans un établissement de santé, est établie par le représentant légal de l'établissement sur proposition des responsables de service et en assure la mise à jour. Cette liste doit être transmise à la pharmacie de l'établissement [21].

II.1.2. Support principal de la prescription : ordonnance II.1.2.1. Définition

La prescription est écrite ou saisie par le prescripteur sur support papier ou informatique, sous la forme d'une ordonnance. L'informatisation, facteur de sécurisation, doit être encouragée.

La prise en charge médicale du patient fait intervenir des étapes essentielles allant de l'identification des problèmes de santé à la recherche des meilleures options thérapeutiques. La prescription médicamenteuse représente ainsi l'option la plus fréquemment utilisée par le médecin [58].

La prescription médicale est un acte médical majeur qui consiste à prescrire un traitement sur un document « l'ordonnance » [57].

L'ordonnance médicale est un document médico-légal et social rédigé après l'interrogatoire et l'examen clinique du malade par un médecin, un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens (radiologiques, biologiques ...) ou les soins à dispenser à une personne [20,55].

L'ordonnance est le document permettant au malade de connaître son traitement et au pharmacien de le lui délivrer [55].

L'ordonnance représente l'aboutissement d'un processus structuré, d'un acte médico-légal qui engage la responsabilité civile et pénale du médecin qui la rédige et du pharmacien qui la délivre. Elle est aussi un facteur de coûts, d'erreurs et de ruptures de la continuité des soins (par exemple hôpital-ville), autant de raisons de valoriser l'acte et d'améliorer son efficience [57].

II.1.2.2. Caractéristiques

L'ordonnance doit donc comporter diverses indications, des mentions obligatoires ou facultatives et des mentions supplémentaires. Toutefois, certaines ordonnances comportent des spécifications techniques précises ou doivent être conformes à un modèle spécifique [73].

II.1.2.3. Mentions importantes sur l'ordonnance

La prescription est faite sur un support papier prévu à cet effet. Toutefois, la prescription peut être rédigée, conservée et transmise de façon informatisée sous réserve qu'elle soit identifiée et authentifiée par une signature électronique et que son édition papier soit possible [70].

Le contenu de chaque ordonnance doit être consigné dans le dossier médical du patient, quel que soit le support utilisé.

Il n'y a pas d'exigence particulière quant à la dimension du formulaire d'ordonnance, si ce n'est que le médecin doit être en mesure d'y inscrire tous les renseignements relatifs à chaque prescription qui y figure.

Pour éviter d'avoir à réécrire l'ordonnance, le médecin peut en conserver une copie, qui tient alors lieu d'ordonnance dans son dossier [20].

L'ordonnance doit indiquer lisiblement [34] :

✓ l'identification du prescripteur

L'identification du prescripteur doit comporter : le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son identifiant ou son numéro de permis d'exercice, son adresse, et/ou son numéro de téléphone qui doit aussi figurer sur l'ordonnance, afin que le pharmacien ou tout autre personne puisse communiquer avec lui, au besoin [12; 20]. Une attention particulière doit être portée à cet élément lorsque les ordonnances sont délivrées en établissement pour des patients en externe (ambulatoire) ou au moment du congé d'un centre hospitalier. » [55].

Un autre élément est impératif pour l'identification du prescripteur, « la signature et cachet apposés immédiatement en dessous de la dernière ligne, de façon à ne pas laisser d'espace résiduel » [55].

✓ L'identification du patient

L'identification exacte du patient est essentielle pour éviter que le médicament ne soit donné à la mauvaise personne. L'ordonnance doit toujours indiquer le nom, le prénom, la date de naissance du patient ou l'âge [20]. Dans le cas d'un enfant, non seulement l'âge mais aussi le poids, la taille et la surface corporelle [55].

Par ailleurs la masse corporelle du patient est un paramètre fondamental que le prescripteur doit inscrire sur l'ordonnance, s'il y a lieu. Par exemple, la masse corporelle d'un enfant ou de certains patients adultes (telles les personnes âgées ou dénutries) peut influer de manière significative sur la pharmacocinétique d'un médicament [20].

La surface corporelle (anti-cancéreux), la clairance de la créatinine (recommandée pour les personnes âgées) et les notions d'allergie, sont des mentions qui peuvent figurer sur l'ordonnance si besoin [20].

Pour éviter de confondre des personnes qui portent le même nom, on peut également y inscrire d'autres éléments d'identification, tels que l'adresse du patient [20].

Est réputée « ordonnance hospitalière » tout support de prescription sur lequel figure tous les items réglementaires, notamment l'établissement, le service.

✓ La durée de validité de l'ordonnance

Comme il arrive fréquemment que des patients attendent longtemps avant de faire exécuter une ordonnance, il est important que la date de prescription figure sur toute ordonnance. Si le médecin le juge utile, il peut aussi indiquer la durée de validité de l'ordonnance, c'est-à-dire la date après laquelle elle ne doit plus être exécutée ou renouvelée.

✓ L'identification du médicament

• La dénomination du médicament ou du produit prescrit est capitale surtout lorsque le nom d'un médicament s'apparente à celui d'un autre médicament et que cette similitude peut créer de la confusion.

En effet, il peut exister une similitude entre deux dénominations commerciales ou deux dénominations communes et même entre ces deux types de dénominations. Le nom de certains médicaments peut donc prêter à confusion (par exemple Coversyl ® et Corvasal®, Mogadon® et Modulon®...); d'où la nécessité d'écrire lisiblement le nom intégral du ou des produits [81].

• La forme, la posologie et le mode d'emploi [55] :

Le médecin doit indiquer clairement :

- la forme pharmaceutique du médicament prescrit, sa concentration et la dose, puisqu'il peut exister plusieurs variantes d'un même produit, - la posologie qui désigne la « détermination de la quantité totale à administrer en une ou plusieurs fois pour traiter une maladie » [20].

La posologie sera donnée éventuellement en fonction du poids ou de la surface corporelle, de la fonction rénale si insuffisance rénale et hépatique [70].

- le prescripteur doit également préciser le mode d'emploi des produits et, s'il s'agit d'une préparation magistrale la formule détaillée [12].

• La voie d'administration

Le prescripteur doit indiquer clairement la voie d'administration du médicament [20].

✓ La durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement [12].

Le médecin peut indiquer la durée du traitement de deux façons : en inscrivant la quantité totale de médicament à prendre (30 capsules, par exemple) ou en précisant la durée d'administration du médicament en jours, en semaines ou en mois.

La façon d'indiquer la durée du traitement est particulièrement importante lorsqu'on autorise l'ajustement d'un médicament ou d'une thérapie médicamenteuse.

Des dispositions particulières s'appliquent aux ordonnances de stupéfiants.

Le médecin doit être vigilant lorsqu'il prescrit des médicaments pouvant créer des abus, tels que les psychotropes, ou lorsqu'il rédige une nouvelle ordonnance de médicaments.

Il est donc recommandé qu'il revoie le patient dans un délai raisonnable, selon la situation.

Dans le cas d'un patient qui présente un risque suicidaire, il est préférable de limiter la quantité de tous les médicaments prescrits [20].

✓ Le renouvellement le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription [12 ; 20].

Toute ordonnance doit indiquer le nombre de renouvellements autorisés ou préciser qu'aucun renouvellement n'est autorisé avec une mention telle que « à renouveler » ou « à ne pas renouveler » [12].

En l'absence d'une indication précise, le pharmacien doit considérer que l'ordonnance n'est pas renouvelable.

Cependant, comme l'arrêt brusque de certains médicaments est susceptible notamment les médicaments utilisés en psychiatrie, dans certaines circonstances, de causer un préjudice grave au patient, le pharmacien peut, lorsqu'il est impossible de joindre le médecin, renouveler l'ordonnance pour une période maximale de 30 jours afin de ne pas l'interrompre.

✓ L'arrêt de la prise d'un médicament

Afin de prévenir toute confusion et d'assurer une qualité optimale de soins à ses patients, le médecin doit inscrire le nom du ou des médicaments qu'une personne doit cesser de prendre.

✓ La substitution de médicaments

Même s'il existe très peu de situations où un médicament ne peut être substitué par un autre de même dénomination connue, forme ou teneur, le médecin peut interdire au pharmacien de procéder à une substitution de médicaments en se fondant sur des considérations pharmaceutiques, pharmacologiques, thérapeutiques et cliniques. Cette interdiction doit être écrite par le médecin lui-même ; si elle est pré-imprimée, le médecin doit la parapher [20].

✓ Identification du service et/ou de l'unité : nom, numéros de téléphone, fax, e-mail [70].

II.1.2.4. Différents types d'ordonnance

On distingue plusieurs types d'ordonnance :

• 1'ordonnance dite classique ou simple (Figure 2),

- l'ordonnance sécurisée (ou infalsifiables), elles répondent à des spécifications techniques précises
- l'ordonnance électronique.

Quel que soit le type, elle doit respecter les normes de rédaction d'une ordonnance [55,73].

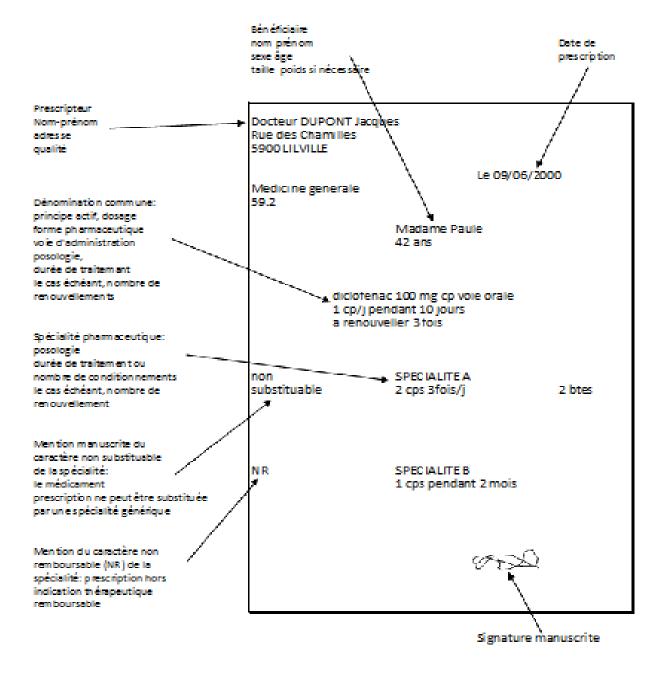


Figure 2 : Exemple d'ordonnance classique [34].

II.1.2.5. Durée de validité d'une ordonnance

Le durée et le délai de validité d'une ordonnance dépendent des prescriptions et des traitements préconisés par le médecin traitant. Cette durée dépend donc de l'état pathologique du patient et du type de médicaments prescrits pour son traitement. En principe, la durée du traitement peut être d'un an au maximum pour les pathologies chroniques. Mais, le patient a un délai de trois mois au maximum pour les contraceptifs après la date de prescription pour acheter les médicaments chez le pharmacien.

La prescription de certains médicaments est limitée à une période donnée s'il s'agit des médicaments nécessitant une surveillance particulière.

Le renouvellement ou le fractionnement de la délivrance des médicaments sont autorisés à être exécutés dans la limite du délai de traitement légal. Pour certains médicaments, elle ne peut être renouvelée que si le médecin l'a formellement signalé en précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement. La conservation de l'ordonnance permet ainsi de procéder au renouvellement du traitement, si le médecin l'a prescrit sur l'ordonnance [73].

II.2. Différents types de prescription [70]

II.2.1. Prescription initiale (ou d'entrée)

C'est la prescription réalisée à l'arrivée du patient dans l'établissement de santé. Elle répond à un double contexte : les thérapeutiques nécessitées par la/les pathologie(s) préexistante(s) du malade et celles liées directement à l'épisode d'hospitalisation.

Elle est réalisée par le/les médecin(s) prenant en charge initialement le patient. Elle est établie en consultation en prévision d'une hospitalisation, dans le respect du délai de validité de la prescription, ou à l'arrivée dans le service des urgences ou dans un service d'hospitalisation.

Le recueil d'informations sur les antériorités de santé et l'historique médicamenteux sont indispensables à la sécurisation de la prescription initiale. La

connaissance de ces éléments est essentielle notamment pour limiter les risques d'aggravation des pathologies préexistantes et la survenue d'effets indésirables liés à une sensibilité particulière du patient ou à des interactions médicamenteuses.

La sollicitation de la contribution du patient (ainsi que de sa famille ou d'une personne de confiance) à ce recueil d'informations est organisée dans tous les établissements de santé. Elle s'accompagne de la remise d'un document écrit précisant l'importance de la démarche et des données à transmettre sous forme orale ou écrite. A terme, il est indispensable d'optimiser ce recueil d'informations par des interfaces ville/hôpital.

Une attention particulière est portée aux médicaments dont les patients disposent à leur entrée.

L'adaptation de ces traitements est réalisée en fonction du contexte médical de l'hospitalisation (survenue d'un épisode aigu, prévision d'une anesthésie, etc.).

Ainsi, pour éviter tout accident de surdosage ou toute interaction, la prescription initiale institue le traitement nécessaire au patient, incluant une décision sur chacune des lignes thérapeutiques connues : poursuite, arrêt, substitution. L'ensemble des médicaments poursuivis, modifiés ou substitués est indiqué sur le support de prescription.

L'optimisation de cette prescription initiale dépend des différentes modalités d'entrée (urgente ou programmée, directe ou après consultation).

II.2.2. Prescriptions au cours du séjour [20]

Au cours du séjour, la prise en charge thérapeutique est continue. Elle fait référence aux antériorités thérapeutiques du séjour et à l'évolution des données cliniques, paracliniques.

Elle est le fait de plusieurs prescripteurs, selon les besoins du malade et selon l'organisation médicale qui définit la répartition des responsabilités et les modalités de permanence et de coordination entre les différents prescripteurs.

La personne hospitalisée peut être amenée à des changements de lieu provisoires ou définitifs.

Dans le but d'optimiser la prise en charge thérapeutique et d'éviter les redondances de prescription, il est indispensable d'assurer en temps réel et en tous lieux, l'accès à l'ensemble des données utiles concernant la personne hospitalisée ou les standards thérapeutiques, si possible de manière intégrée dans le système d'information hospitalier.

II.2.3. Prescriptions conditionnelles [34]

Est appelée « prescription conditionnelle » la prescription d'un médicament en dose variable en fonction de l'évaluation d'un ou plusieurs paramètres cliniques et/ou biologiques pour un patient donné. Le champ de ce type de prescription est clairement défini en concertation par les équipes médicales et infirmières. Les paramètres d'adaptation sont très clairement identifiés. La prescription comporte le nom du médicament, sa voie d'administration, la posologie ainsi que la durée de validité qui est limitée.

II.2.4. Prescription dans les situations de détresse vitale [34]

Les conduites à tenir, protocoles, procédures en cas d'extrême urgence sont définies et diffusés à l'ensemble des unités de l'établissement. Des procédures plus spécifiques à certains services peuvent être élaborées si nécessaire.

Toutefois, lors de la prise en charge des détresses vitales, les prescriptions peuvent être faites oralement par le médecin présent, puis écrites par lui-même dès que possible.

II.2.5. Prescription de sortie [34]

La prescription de sortie est réalisée sur un support répondant à la réglementation en vigueur.

Elle reprend et concrétise la stratégie thérapeutique préconisée par le prescripteur et mentionnée dans le compte-rendu d'hospitalisation. Une copie est conservée dans le dossier du patient.

La durée de traitement permet la continuité de la prise en charge du patient à son domicile et incite à la consultation du médecin traitant dans les délais souhaitables pour un suivi médical optimisé.

L'ordonnance de sortie est remise au patient par le médecin et/ou l'infirmier, à ses représentants légaux ou à la personne de confiance qu'il a choisie, suffisamment tôt pour permettre un approvisionnement optimal auprès du pharmacien d'officine et éviter un arrêt momentané du traitement.

L'information orale et écrite donnée au patient pour une bonne observance s'inscrit dans la démarche globale d'éducation thérapeutique du patient. Le médecin et l'infirmier s'assurent de la bonne compréhension du patient :

- -vis-à-vis des modalités de prise des médicaments,
- -vis-à-vis des signes et symptômes qui doivent l'alerter.

La qualité de la prise en charge thérapeutique nécessite que les médicaments prescrits à la sortie soient disponibles au moment du retour à domicile ou du transfert dans l'établissement d'accueil, en particulier pour les médicaments spécifiques et lorsque la sortie a lieu à des heures et/ou des jours non ouvrables, et/ou que l'autonomie du patient ou de son entourage est limitée.

A cet effet, il appartient à l'établissement de santé de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour assurer la continuité de cette prise en charge thérapeutique.

Dans ce cadre, les liens entre les professionnels de santé hospitaliers et les professionnels de santé, libéraux exerçant ou non dans les structures alternatives à l'hospitalisation sont encouragés.

II.3. Critères de choix d'un médicament de prédilection [81]

II.3.1. Notion de « médicament de prédilection »

Les médicaments de prédilection sont des médicaments connus du prescripteur et dont il a recours, dans la mesure du possible, de préférence aux autres : à indications égales, ils constituent sa première réponse thérapeutique.

Cette notion dépasse le choix d'une substance pharmacologique : elle englobe la forme galénique, le schéma posologique et la durée du traitement. D'un pays à l'autre et d'un clinicien à l'autre, les médicaments de prédilection varieront en fonction de leur disponibilité et de leur prix, du contenu des formulaires nationaux et de la liste des médicaments essentiels, de la façon dont chacun interprète les renseignements dont il dispose. La pertinence de cette notion est toutefois universelle. Dans la pratique quotidienne, elle dispense le médecin de chercher à tout bout de champ quoi prescrire. En outre, à mesure qu'il utilise régulièrement les mêmes produits, il en connaît mieux les effets thérapeutiques et les effets indésirables, ce dont les patients profitent bien évidemment.

Il existe un rapport entre, d'une part, la liste de médicaments de prédilection que le médecin dresse pour son usage personnel, et, d'autre part, la liste nationale des médicaments essentiels et les recommandations en matière de traitement standard.

D'ordinaire, les médicaments autorisés à la vente et ceux qui figurent sur la liste nationale des médicaments essentiels sont bien plus nombreux que ceux que vous êtes appelé à prescrire couramment. En fait, l'arsenal habituel de la majorité des cliniciens ne compte que 40 à 60 produits.

II.3.2. Médicaments de prédilection et traitement de prédilection [81]

Il y a lieu de distinguer médicaments de prédilection et traitement de prédilection. La différence tient à ce que : le traitement de certaines maladies n'exige pas de médicament ; un traitement de prédilection ne fait pas nécessairement appel à un médicament de prédilection.

II.3.3. Recommandation importante [20]

L'intérêt pour un prescripteur d'établir sa liste de médicaments de prédilection présente plusieurs aspects :

Le bien-être du patient est de la responsabilité du prescripteur, ce dont il ne peut se décharger sur d'autres. Bien qu'il peut et doit tenir compte des avis des spécialistes et des recommandations unanimement approuvées, il doit conserver son autonomie de jugement. Si, par exemple, un médicament recommandé est contre-indiqué pour un patient, il faut lui en prescrire un autre ; si la posologie standard est inappropriée, il doit l'adapter. Enfin, s'il arrive qu'il désapprouve le traitement ou le médicament recommandés usuellement, qu'il soit en mesure de justifier son point de vue auprès de qui de droit. Les recommandations et les formulaires sont pour la plupart mis à jour régulièrement ;

En choisissant soi-même ses médicaments de prédilection, on apprend à manier les concepts et les données pharmacologiques. Ainsi, on acquiert la faculté de distinguer les caractéristiques importantes d'un médicament de celles qui le sont moins, grâce à quoi on évalue plus aisément l'intérêt thérapeutique et de comparer mieux des renseignements éventuellement contradictoires à son sujet ;

En choisissant soi-même ses médicaments de prédilection, on connaît les solutions de rechange si l'on est contraint de renoncer à un médicament de prédilection en raison de contre-indications ou d'effets indésirables graves, d'une indisponibilité du produit, etc. Il en va de même lorsqu'on ne peut appliquer un traitement standard recommandé. Grâce à l'expérience que le prescripteur aura acquise en constituant sa gamme de médicaments de prédilection, il lui sera plus facile de choisir un autre médicament :

Le prescripteur a régulièrement des informations, à propos de nouveaux médicaments, d'effets secondaires récemment constatés, de nouvelles indications, etc. Aussi, faudrait-il savoir que le produit le plus récent et le plus cher n'est pas forcément le meilleur ou le plus sûr, ou celui dont le rapport coût-efficacité est le plus favorable.

Si l'on est incapable d'évaluer ces renseignements, il lui serait impossible de revoir sa liste avec pour conséquence de se borner à prescrire des médicaments vantés par les confrères ou les délégués médicaux.

II.3.4. Opter pour un groupe efficace en fonction des critères applicables [81]

L'efficacité ne dépend pas seulement de la pharmacodynamie du produit. Selon l'objectif thérapeutique, il convient que le médicament agisse le plus rapidement possible, d'où l'importance de sa pharmacocinétique. On trouve dans chaque groupe des médicaments ou des formes galéniques à effet rapide.

L'action pharmacologique des groupes de médicaments d'efficacité connue doit être comparée de manière approfondie, ce qui requiert qu'on fasse appel à trois autres critères : l'innocuité, l'adéquation et le coût du traitement.

Innocuité

Les médicaments des groupes considérés occasionnent des effets secondaires, qui découlent pour la plupart de leur mécanisme d'action. En somme, ces effets secondaires sont aussi indésirables les uns que les autres, bien qu'à la posologie normale, il est peu probable qu'ils soient graves.

Adéquation

La question de l'adéquation se pose d'ordinaire en fonction du cas particulier d'un patient et n'entre pas en ligne de compte lorsqu'on choisit un médicament de prédilection. Mais, il faut garder présentes à l'esprit certaines considérations pratiques. La forme galénique prescrite doit permettre avant tout, de garantir un effet rapide, efficace et commode.

• Coût du traitement

D'un pays à l'autre, les prix des médicaments diffèrent et sont plus liés à des médicaments individuels qu'aux groupes auxquels ils appartiennent.

III. ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRIPTIONS

L'analyse pharmaceutique consiste en une série de vérifications de la réglementation, de la possibilité d'exécution, de la conformité aux recommandations et en une analyse pharmacologique.

L'analyse pharmaceutique est une activité à très forte valeur ajoutée qui participe de façon démontrée à l'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient [67].

Cette activité relève de la compétence du pharmacien ou de l'interne en pharmacie ayant reçu délégation [66].

III.1. Prérequis à l'analyse pharmaceutique des prescriptions

➤ Obtention des éléments d'entrée - Outils d'aide à l'analyse

La première difficulté repose sur la nécessité de disposer aisément d'une prescription médicamenteuse complète. La mise à disposition d'outils d'aide à l'analyse est donc un élément précieux pour garantir la qualité de l'analyse mais aussi la mise à disposition des « données patients » doit être facilitée pour que s'exerce l'analyse [65].

Les outils suivants sont nécessaires :

- documents techniques : le Vidal en court de validité, le référentiel des interactions, les documents de laboratoires, les articles de bibliothèque, les consensus, les protocoles locaux et toute la logistique de mise à jour de ces éléments ;
- formalisation de la prescription : la base de travail (l'ordonnance) peut être manuscrite, informatisée, unique, multiple, originale ou copie ;
- aide informatique : la base de données sur les médicaments doit être à jour, l'accès à internet doit être effectif ;
- dictionnaires : les dictionnaires de type Martindale, Dorosz doivent être mis à la disposition du pharmacien ;
- dossier pharmaceutique patient : il peut être à disposition pour faciliter l'analyse pharmaceutique ;
- données patients : le pharmacien a besoin de données sur la prescription et sur le patient (ensemble des prescriptions, état du patient, résultats biologiques etc.) [46].

> Formation adaptée

Que ce soit à la pharmacie ou au sein des unités de soins, la réalisation d'analyses d'ordonnances et d'observations pharmaceutiques nécessite l'intervention d'un pharmacien ayant des connaissances solides et actualisées sur les médicaments donc une formation adaptée et continue [45 ; 10].

Le développement d'un partenariat actif avec les soignants et les patients est également une dimension essentielle à considérer.

Exhaustivité de l'analyse

Cette analyse n'est pertinente que si elle couvre l'ensemble des traitements prescrits au patient.

Moment et durée d'analyse

L'objectif à atteindre est l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance au préalable de la mise à disposition des traitements, l'acte de dispensation incluant l'analyse pharmaceutique [67]. L'analyse doit se faire sur l'ensemble des prescriptions d'un patient suivant un rythme : journalier, hebdomadaire, et à chaque changement [45].

III.2. Analyse réglementaire

Elle se déroule au sein de la PUI. L'analyse réglementaire consiste à vérifier la conformité de la prescription avec la législation en vigueur (prescripteur habilité, mentions obligatoires devant Figurer sur l'ordonnance, etc... [28].

Elle repose sur la mise à disposition d'une prescription médicamenteuse complète comportant des informations minimales sur le patient (âge, poids, sexe).

La plus-value escomptée est la sécurité du patient [71].

III.3. Analyse pharmacothérapeutique

Elle consiste à vérifier la sécurité, la qualité, l'efficacité, et l'efficience de la prescription ; elle conduira à transmettre éventuellement au prescripteur un avis pharmaceutique pour optimiser la prise en charge [71].

L'analyse pharmacothérapeutique nécessite pour le pharmacien de disposer des données utiles du dossier-patient [28].

L'analyse pharmacothérapeutique s'effectue dès la première prescription mais aussi pendant le renouvellement [73].

L'analyse documentée est une composante de l'analyse pharmacothérapeutique.

Elle permet en outre de faire une analyse pharmacologique mieux adaptée à la physiopathologie du patient et dans le respect des recommandations définies par les commissions spécialisées de l'établissement (Figure 3).

Les plus-values escomptées sont l'optimisation thérapeutique par un partenariat actif avec les prescripteurs, les pharmaciens, les biologistes et les autres intervenants [73].

Il existe différents cas de figure à l'issue de l'analyse pharmaco thérapeutique :

- le pharmacien n'observe pas de problèmes particuliers. Il valide alors la prescription ;
- le pharmacien considère que certaines informations complémentaires sont nécessaires avant de procéder à la validation de la prescription. Dans ce cas, il peut par simple appel téléphonique proposer une substitution ou émettre un avis quelconque, ou alors, sur papier ou par voie informatique rédiger un avis pharmaceutique;
- le refus de validation : ici, le pharmacien peut considérer que la prescription ne peut être validée, mais à certaines conditions claires.

Selon l'Article R. 4235-61 du code de santé publique (CSP) français : « 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 » [71].

III.4. Analyse clinique

Cette analyse se déroule nécessairement au sein des unités de soins ; elle s'exerce dans un contexte pluridisciplinaire. Elle prend pour point de départ la situation clinique du patient (prescription + documentation complémentaire + entretien avec le patient). Elle permet de faire une véritable observation pharmaceutique en réalisant la synthèse des données objectives et subjectives concernant les pathologies et les médicaments du patient [65].

Cette intervention est tracée dans le dossier du patient. Au final, est réalisée une analyse pharmacologique vraiment centrée sur le patient et ses besoins propres.

Les plus-values escomptées sont une optimisation plus pertinente des thérapeutiques et un partenariat actif avec les équipes soignantes et le patient [71].

La procédure et les principales composantes de l'analyse d'une ordonnance sont présentées à la figure 3.

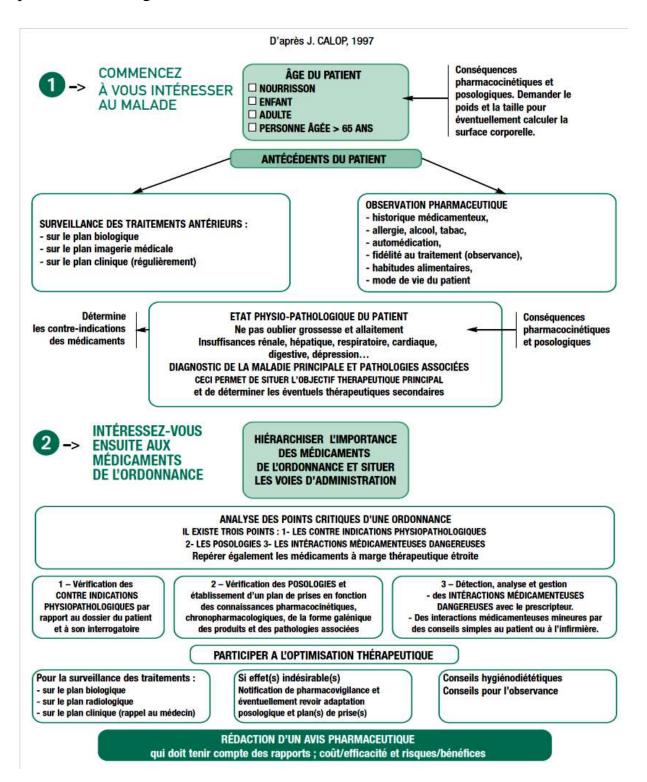


Figure 3: Algorithme simplifié de validation d'ordonnance de Calop [13]

III.5. Formulation des interventions pharmaceutiques

Nous évoluons aujourd'hui vers une optimisation de la sécurisation du circuit du médicament grâce à l'action du pharmacien par l'analyse pharmaceutique des prescriptions et les interventions pharmaceutiques qui en découlent.

IV. OUTILS D'AIDE A L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE

L'analyse pharmaceutique des prescriptions va conduire le pharmacien à émettre un certain nombre d'avis ou conseils concernant le traitement médicamenteux des patients [25].

La validation pharmaceutique des prescriptions se caractérise par la formulation d'interventions pharmaceutiques définies comme « toute proposition de modification de la thérapeutique médicamenteuse initiée par le pharmacien » ou « toute activité entreprise par le pharmacien qui bénéficie au patient » [65].

Le pharmacien peut transmettre au prescripteur, au personnel infirmier et le cas échéant au patient, un avis pharmaceutique concernant :

- une proposition de suppression de médicaments redondants, de modification de posologie, d'équivalent thérapeutique suivi de recommandations locales, nationales ou internationales ;
- une information à prendre en compte pour l'administration et le suivi ;
- une proposition de traitements correcteurs des effets indésirables prévisibles ;
- toute autre proposition visant à améliorer la prise en charge thérapeutique [65].

La très grande majorité des pharmaciens ne garde pas trace de ses interventions (appel du praticien pour compléter, confirmer, modifier une prescription ; délivrance après des conseils adaptés du fait d'interactions médicamenteuses ; refus de délivrance).

Il est donc impossible de connaître le nombre d'ordonnances ayant nécessité une intervention après analyse pharmaceutique. Or, notre acte pharmaceutique se doit d'être visible : il importe qu'il laisse des traces concrètes [40].

Il devient donc important d'utiliser des outils efficaces pour recueillir les différentes interventions pharmaceutiques menées.

IV.1. Outil de recueil et de classification des interventions pharmaceutiques de la SFPC

La première classification des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse a été proposée par Strand et *al.* dès 1990. Cette classification a évolué et beaucoup de pays l'ont modifiée en fonction de leurs spécificités : Barber (1997, Royaume-Uni), Mutnick (1997, Etats-Unis), Weidle (1999, Etats-Unis), et Galindo (2003, Espagne).

En France, suite au constat de l'absence de standardisation et donc d'une difficulté de mise en commun des données, un outil de recueil et de classification des interventions pharmaceutiques a été élaboré par le groupe de travail « standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique » de la SFPC [71] (Tableau II et III).

Tableau II : Description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse [71]

N°	PROBLEME LIE	DESCRIPTION
	Non-conformité aux référentiels ou	-Non-conformité du choix du médicament au livret thérapeutique : Il existe un équivalent au livret thérapeutique. -Non-conformité du choix du médicament aux différents consensus :
1.1	contre-indication	Un autre médicament est tout aussi efficace et moins couteux ou moins toxique pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. -Il existe une contre-indication à l'usage de ce médicament :
		Par exemple, le patient présente un terrain qui contre-indique le médicament prescrit : asthme et bêtabloquant.
1.2	Indication non traitée	 Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide. -Un médicament n'a pas été prescrit après un transfert. -Le patient n'a pas bénéficié d'une prescription de prophylaxie ou de prémédication. -Un médicament synergique ou correcteur devrait être associé.
1.3	Sous-dosage	-Posologie infra-thérapeutique : le médicament est utilisé à une dose trop faible pour ce patient (dose par période de temps) -La durée de traitement est anormalement raccourcie (ex : antibiotique prescrit sur 5 jours au lieu de 10 jours)
1.4	Surdosage	-Posologie supra-thérapeutique : . Le médicament est utilisé à une dose trop élevée pour ce patientil existe une accumulation du médicamentUn même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance (ex : Doliprane® et Diantalvic®).
1.5	Médicament non indiqué	-Un médicament est prescrit sans indication justifiéeUn médicament est prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage (ex : antibiothérapie sur 15 jours)Prescriptions de deux médicaments à principe actif différent mais appartenant à la même classe thérapeutique créant une redondance pharmacologique. (ex : Josir ^R et Xatral ^R)
1.6	Interaction	Un médicament du traitement interfère avec un autre médicament et peut induire une réponse pharmacologique exagérée ou insuffisante. -D'après le GTIAM de l'AFSSAPS: Association à prendre en compte (selon la pertinence clinique), Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée. -Interaction publiée mais non validées par le GTIAM de l'AFSSAPS. (préciser les références bibliographiques).
1.7	Effet indésirable	Le patient présente un effet indésirable alors que le médicament est administré à la bonne posologie. Il peut s'agit d'un effet clinique ou biologique, cinétique.
1.8	Voie et/ou administration inappropriée	Le médicament choisi est correct mais la voie d'administration n'est pas adaptée : -Autre voie plus efficace, ou moins couteuse à efficacité équivalente -La méthode d'administration n'est pas adéquate (reconstitution, dilution, manipulation, durée), -Mauvais choix de galénique, -libellé incomplet (absence de dosage) -plan de prise non optimale (répartition horaire et moment).
1.9	Traitement non reçu	-Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments injectables : risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration par perfusionProblème d'observance.
1.10	Monitorage à suivre	Le patient ne bénéficie pas d'un suivi approprié ou suffisant pour son traitement : suivi

Elaboré par le groupe de travail SFPC ''Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique''.

Juin 2004 et Copyright 2004. Version 1

Tableau III: Description des interventions pharmaceutiques [71]

	INTERVENTION	DESCRIPTIF
2.1	Ajout (prescription nouvelle)	Ajout d'un médicament au traitement d'un patient
2.2	Arrêt	Arrêt d'un médicament du traitement d'un patient sans substitution.
2.3	Substitution/échange	Mise en place d'une alternative générique ou thérapeutique à un médicament du traitement d'un patient : -il peut s'agir d'une substitution générique (application de décisions liées à un marché) ou thérapeutique (formulaire local)l'échange thérapeutique correspond à la dispensation d'une alternative dans le cadre d'un protocole approuvél'alternative est mieux adaptée au patient.
2.4	Choix de la voie d'administration	-Relais voie injectable/voie orale: . Alternative thérapeutique d'un produit différent à efficacité équivalent et passage voie injectable vers voie orale. . Alternative voie injectable vers voie orale du même produit avec efficacité conservée. -Choix d'une voie d'administration plus adaptée au patient.
2.5	Suivi thérapeutique	-Suivi INR, kaliémie, suivi clinique, suivi cinétiqueDemande/arrêt du dosage d'un médicamentDemande/arrêt prélèvement biologique.
2.6	Optimisation des modalités d'administration	Plan de prise: . Répartition des prises par rapport au repas ou aux interactions médicamenteuses sans modification de posologie. . Conseils de prise optimale (Ex: Prise à jeun, à distance des repas, en position debout) -Précision des modalités d'administration ou du libellé (dosage) (ex: Modalité de reconstitution, de dilution, durée d'une perfusion)
2.7	Adaptation posologique	-Adaptation de la posologie d'un médicament à marge thérapeutique étroit en tenant compte d'un résultat de concentration de ce médicament dans un milieu biologique, de la fonction rénale (clairance de la créatinine) et/ou de la fonction hépatique ou du résultat d'un autre examen biologique. -Adaptation de la posologie d'un médicament par ajustement des doses avec le poids, l'âge, l'AMM ou situation clinique du patientAllongement d'une durée de traitement jugée trop courte.

Elaboré par le groupe de travail SFPC "Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique". Juin 2004 et Copyright 2004. Version 1

IV.2. Questionnaire PLM

L'outil « PLM » ou « Problèmes Liés aux Médicaments » est tiré d'une méthode québécoise « les soins pharmaceutiques » [92].

En 1990, Hepler et Strand définissaient le concept des soins pharmaceutiques comme l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient, la responsabilité de l'atteinte clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie.

Cette définition exige que le pharmacien s'astreigne à un processus systématique et exhaustif lui permettant d'accomplir trois fonctions essentielles :

- identifier les PLM potentiels ou avérés ;
- résoudre les problèmes réels liés aux médicaments ;
- prévenir les problèmes potentiels [38].

Strand et ses collaborateurs ont défini un problème lié aux médicaments comme étant« une réaction indésirable ou un effet chez le patient qui est lié certainement ou vraisemblablement à une pharmacothérapie, et qui compromette effectivement ou potentiellement un résultat recherché chez le patient » [45].

Un problème lié aux médicaments peut presque toujours être classé dans l'une des huit catégories indiquées ci-après.

Le patient présente (ou risque de présenter) un problème car :

- PLM 1 : il a besoin d'une thérapeutique, mais ne la reçoit pas ;
- PLM 2 : il prend ou reçoit un médicament autre que celui qu'il lui faut ;
- PLM 3 : il prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop faible ;
- PLM 4 : il prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop forte ;
- PLM 5 : il présente une réaction médicamenteuse indésirable ;
- PLM 6 : il subit une interaction entre un médicament et un autre médicament, une réaction adverse avec une pathologie, un aliment ou un test biologique ;
- PLM 7 : il ne prend pas ou ne reçoit pas le médicament prescrit ;
- PLM 8 : il prend ou reçoit un médicament sans indication médicale valide.

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)

L'outil PLM consiste en un listing de 8 items qui servent de fil conducteur et permettent d'harmoniser la démarche d'analyse des prescriptions [64].

CHAPITRE III: MALADIES MENTALES

I-DEFINITIONS DES TERMES

I.1.Santé mentale

La santé mentale se définit comme étant l'état d'équilibre d'une personne à un moment donné de sa vie, elle s'apprécie par le niveau de bien- être subjectif, par l'adaptation aux diverses situations de la vie, les défis à relever, les problèmes à résoudre et le stress à surmonter ainsi que la qualité d'intégration avec son entourage [24]. Selon L'OMS la santé mentale est essentielle à la santé globale d'un individu, cette dernière étant définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [75].

En effet, l'OMS définit la santé mentale 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 [75].

Du point de vue anthropologique, la santé mentale est un pilier de la santé globale de l'individu au même titre que son pendant biologique et aurait partie liée avec le physique comme le social [35].

Maladie, normalité, santé mentale sont des construits complexes, hybrides et évolutifs selon l'espace, le temps et l'angle d'attaque (on n'était pas pareillement « fou » en Grèce antique qu'au Gabon au 19 ème siècle) [53].

Etre malade c'est être indésirable, nuisible ou socialement dévalué sur le plan physique et plus encore en matière de santé mentale car « le fou » est un malheureux, un infortuné qui a perdu l'attribut le plus précieux à l'homme la raison [17].

Quant aux sociologues la notion de santé mentale renvoie de plus en plus aux capacités d'adaptation des individus, aux aptitudes et habiletés accessibles en fonction de l'élaboration des individus et du réseau social d'appartenance, mais aussi l'adaptation réciproque entre individus et environnement social par une régulation des conduites [90].

I.2. Maladie mentale

Elle est définie selon l'OMS en tant qu'« affection cliniquement significative se caractérisant par un changement de mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse physique et / ou à une altération des fonctions mentales » [32].

Nous pouvons trouver plusieurs autres définitions à la maladie mentale selon la fonction de celui qui la définit, c'est ainsi que [32] :

- selon les psychiatres traditionnels et les neurologues, la maladie mentale est un désordre biologique plus ou moins grave qui peut être corrigé par l'électrochoc, les médicaments neuroleptiques, la psychochirurgie. Il s'agit ici d'une approche médicale orthodoxe;
- les psychiatres modernes, les psychologues, les psychanalystes la conçoivent comme un état de perturbation affectif qui provient de blocages dans le développement de la personne (de 0 à l'âge adulte);
- selon l'avis des sociologues c'est une maladie de société liée à l'oppression,
 à l'exploitation du sujet, au statut d'infériorité qu'occupe tel groupe dans l'échelle sociale.

II-CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

Il y a eu plusieurs classifications des maladies mentales ; les deux internationalement reconnues sont la CIM-10 de l'OMS et le DSM-V.

La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10 édition), rédigé par l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) classe toutes les maladies, dont les troubles psychiatriques. Le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual 5thEdition*), rédigé par l'APA (Association Américaine de psychiatrie) classe uniquement les troubles psychiatriques.

La CIM-10 est le système nosographique de références utilisées dans les hôpitaux pour la cotation des actes.

II.1. Catégories principales selon la CIM-10[72]

- Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques.
 - Démence de la maladie d'Alzheimer :

La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive d'étiologie inconnue dont la neuropathologie et la neurochimie sont caractéristiques. Elle débute habituellement de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années :

- démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce ;
- démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif ;
- démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte ;
- démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision.

Démence vasculaire :

La démence vasculaire résulte d'un infarcissement cérébral dû à une maladie vasculaire, par exemple une maladie cérébrovasculaire hypertensive. Les infarctus sont habituellement de petite taille, mais leurs effets sont cumulatifs. La démence survient habituellement à un âge avancé :

- démence vasculaire à début aigu;
- démence vasculaire par infarctus multiples ;
- démence vasculaire souscorticale;
- démence vasculaire mixte, corticale et souscorticale ;
- autres formes de démence vasculaire ;
- démence vasculaire, sans précision.
 - Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs

Démences dues, ou supposées dues, à d'autres causes que la maladie d'Alzheimer ou une maladie vasculaire cérébrale. Elles peuvent débuter à tout âge, mais ne surviennent que rarement à un âge avancé :

- démence de la maladie de Pick ;
- démence de la maladie de Creutzfeldt-Jakob;
- démence de la maladie de Huntington;
- démence de la maladie de Parkinson ;
- démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH];
 - démence au cours d'autres maladies classées ailleurs.
 - ➤ Démence, sans précision
 - > Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives :

Syndrome dominé par une altération de la mémoire, récente et ancienne, avec conservation de la mémoire immédiate, par une réduction de la capacité à apprendre des informations nouvelles et par une désorientation temporelle. Il peut y avoir une confabulation marquée, mais la perception et les autres fonctions cognitives, y compris l'intelligence, sont habituellement intactes. Le pronostic dépend de l'évolution de la lésion sous-jacente.

> <u>Delirium</u>, non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives :

Syndrome cérébral organique sans étiologie spécifique, caractérisé par la présence simultanée de perturbations de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions et du rythme veille-sommeil. La durée est variable et le degré de gravité varie de léger à très sévère.

- Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection somatique :
- comprend diverses affections causées par un trouble cérébral dû à une affection cérébrale primitive, à une affection somatique touchant

secondairement le cerveau, à des substances toxiques exogènes ou des hormones, à des troubles endocriniens ou à d'autres maladies somatiques ;

- État hallucinatoire organique :
 - o catatonie organique;
 - o troubles délirants organiques [d'allure schizophrénique];
 - o troubles organiques de l'humeur [affectifs];
 - o troubles anxieux organiques;
 - o troubles dissociatifs organiques;
 - o labilité [asthénie] émotionnelle organique ;
 - o troubles cognitifs légers.
- autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique ;
- trouble mental sans précision, dû à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique.
 - > Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébral :
 - une altération de la personnalité et du comportement peut constituer un trouble résiduel ou concomitant d'une maladie, d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral;
- -troubles organiques de la personnalité ;
- syndrome postencéphalitique ;
 - syndrome postcommotionnel;
- autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébral ;
- Troubles organiques de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébral, sans précision.
 - > Troubles mentaux organiques ou symptomatiques, sans précision

• Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives :

Ce groupe comprend de nombreux troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives, prescrites ou non par un médecin.

- > troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool;
- roubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés ;
- ➤ troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis ;
- ➤ troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques ;
- > troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne ;
- > troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine ;
- roubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes;
- > troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac ;
- > troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils ;
- roubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives.
- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants :
 - schizophrénie paranoïde ;
 - > schizophrénie hébéphrénique;
 - > schizophrénie catatonique;
 - > schizophrénie indifférenciée;

- dépression post-schizophrénique ;
- > schizophrénie résiduelle ;
- schizophrénie simple ;
- > autres formes de schizophrénie ;
- > schizophrénie, sans précision ;
- > troubles délirants induits ;
- > troubles schizoaffectifs;
- > autres troubles psychotiques non organiques;
- psychose non organique, sans précision.
- Troubles de l'humeur [affectifs] :

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée). Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des évènements stressants :

- épisodes maniaques;
- > troubles affectifs bipolaires;
- épisodes dépressifs ;
- > troubles dépressifs récurrents ;
- > troubles de l'humeur [affectifs] persistants ;
- > autres troubles de l'humeur [affectifs];
- > troubles de l'humeur [affectif], sans précision.
- Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes :
 - troubles anxieux phobiques;

- > autres troubles anxieux :
- > troubles obsessionnel-compulsifs;
- réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation ;
- > troubles dissociatifs:
- > troubles somatoformes :
- > autres troubles névrotiques.
- Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques :
 - > troubles de l'alimentation;
 - > troubles du sommeil non organiques ;
 - dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique;
 - > troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité non classées ailleurs :
 - ➤ facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs ;
 - > abus de substances n'entrainant pas de dépendance ;
 - > syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte :
 - troubles spécifiques de la personnalité ;
 - > troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité;
 - > modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrale :
 - > troubles des habitudes et des impulsions ;
 - > troubles de l'identité sexuelle ;
 - > troubles de la préférence sexuelle ;

- ➤ problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation ;
- > autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ;
- ➤ Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision.

Retard mental :

Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique ou survenir isolément.

- Troubles du développement psychologique :
 - > troubles spécifiques de l'acquisition de l'articulation ;
 - > troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires ;
 - troubles spécifiques du développement moteur ;
 - > troubles spécifiques mixtes du développement ;
 - > troubles envahissants du développement;
 - autres troubles du développement psychologique ;
 - > troubles du développement psychologique, sans précision.
- Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence :
 - > troubles hyperkinétiques ;
 - > troubles des conduites ;
 - > troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels ;
 - > troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance ;
 - > troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence ;
 - > tics:

- ➤ autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.
- Troubles mentaux, sans précision

III-FACTEURS DE VULNERABILITE

Même si l'étiologie des troubles psychiatriques n'est qu'imparfaitement élucidée, il est actuellement admis de manière quasi consensuelle que ces troubles sont de déterminisme multifactoriel [41]. L'expression clinique d'une pathologie psychiatrique correspondrait ainsi à l'aboutissement d'une chaîne causale pouvant s'étendre sur des décennies, avec des interactions complexes entre des facteurs de vulnérabilité génétiques et environnementaux [41].

III.1. Facteurs de vulnérabilité génétique

Le caractère familial de plusieurs pathologies psychiatriques, en particulier la psychose maniaco-dépressive (PMD) et la schizophrénie a été noté depuis longtemps et formalisé par E. Kraepelin dès la fin du XIXème siècle (1886). C'est au cours du XXème siècle que des études systématiques ont permis de démontrer l'existence d'une agrégation familiale de ces pathologies mais aussi de plusieurs autres pathologies psychiatriques telles que le trouble obsessionnel compulsif (TOC), les troubles non bipolaires de l'humeur, les troubles des conduites alimentaires (TCA) ou certaines addictions. Plus récemment, une agrégation familiale a également été démontrée pour certaines entités Transnosographiques telles que les conduites suicidaires, la propension à délirer ou certaines dimensions de personnalité.

Ainsi, une association entre le polymorphisme du gène de la tryptophanehydroxylase et les conduites suicidaires graves et/ou violentes ont été mises en évidence dans plusieurs études indépendantes [7]. De plus le polymorphisme du gène du transporteur de la sérotonine paraît associé aux conduites suicidaires violentes et/ou répétées [26].

III.2. Facteurs de vulnérabilité environnementaux

En 1977, Zubin et Spring, dans leur article consacré à la schizophrénie [82] ont défini la « vulnérabilité » à développer une maladie comme la facilité et la fréquence du trouble suite à l'action d'agents perturbateurs émanent de l'environnement chimique, physique, infectieux, psychologique et social. Cette définition incluait la notion d'« homéostasie » ou « état d'équilibre interne », dont la perturbation par les facteurs environnementaux « stresseurs » rendrait compte, dans ce modèle, de l'apparition de la maladie. Zubin et Spring introduisirent également la notion de vulnérabilité individuelle, avec un continuum entre sujets invulnérables et sujets hyper-vulnérables à l'influence de tel ou tel facteur environnemental. Ainsi nous pouvons citer plusieurs facteurs notamment :

***** Facteurs sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques sont :

- Le célibat
- L'isolement social
- L'isolement affectif
- -Le faible investissement professionnel quantitatif et qualitatif
- Le bas niveau socioéconomique
- -Le lieu de vie urbain
- -Le faible support social

& Evènements de vie stressants

Qu'ils soient de tonalité péjorative, comme le décès d'un proche, une séparation, une perte d'emplois, ou de tonalité heureuse, comme la naissance d'un enfant ou d'une promotion sociale, les évènements de vie à forte composante émotionnelle sont davantage susceptibles de favoriser les rechutes d'une pathologie déjà connue que de participer à l'apparition d'un premier épisode pathologique [79]. Par

ailleurs le rôle des perturbations des relations précoces parents\enfants, qu'ils s'agissent de séparation précoce, d'une pauvreté des échanges émotionnels et physiques ou de maltraitance, a également été évoquée dans le développement ultérieur d'un trouble schizophrénique, mais aussi de troubles thymiques, comme le suggère l'étude récente de Pryce et *al.* [54] réalisée chez le primate.

***** Facteurs toxiques

Les facteurs toxiques, au premier rang desquelles les substances psychoactives comme le cannabis, les amphétamines ou la cocaïne peuvent être à l'origine d'épisodes aigus émaillant l'évolution d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble de l'humeur récurrent. Plusieurs études prospectives sur des cohortes de sujets issus de la population générale ont néanmoins montré que les sujets consommateurs de cannabis avaient un risque accru de développer un trouble psychotique [4].

❖ Facteur infectieux

C'est au cours du XIX^e siècle que l'hypothèse du rôle d'agents infectieux dans la survenue de la schizophrénie, mais aussi du trouble bipolaire, fut formulée pour la première fois, notamment par Jean Esquirol en 1845, puis par Bleuler en 1911 et Kraepelin en 1919 [80]. Cette hypothèse s'inscrivait dans le droit fil de la découverte au XVIII^e siècle de la nature infectieuse des manifestations psychiatriques de la syphilis. Quant au virus de la grippe c'est lors de la pandémie de 1918 que son rôle pathogène fut évoqué pour la première fois : de nombreux individus victimes de la grippe « espagnole » ont en effet présenté des troubles psychiatriques et particulièrement des tableaux proches de la schizophrénie, tels qu'ils furent décrit à l'époque par Menninger [80].

IV-PRISE EN CHARGE DES MALADIES MENTALES

IV.1. Prise en charge médico-psychologique

Le traitement de la maladie mentale dans l'approche médico-psychologique repose sur plusieurs méthodes dont les plus courantes sont :

- le traitement préventif;
- la psychothérapie;
- le traitement médicamenteux.

IV.1.1. Traitements préventifs

Des interventions comportementales dont la thérapie interpersonnelle [22] sont efficaces à la prévention des troubles psychiatriques tels que la dépression majeure [25]. Cependant le traitement préventif n'est pas conseillé pour les cas spécifiques de la schizophrénie et des autres troubles schizo-affectifs. Les interventions précoces à la suite d'une crise psychotique n'ont jamais révélé d'effets concluants sur le développement de la maladie à long terme [39]. Essayer de prévenir le développement de la maladie chez les personnes présentant un risque important ne serait pas conseillé [49]. Le développement d'une prévention de la schizophrénie est difficile car il est freiné par l'absence de marqueurs cliniques ou biologiques fiables quant à l'apparition future de cette pathologie [14].

IV.1.2. Psychothérapie

En première intention quels que soient les âges en question, le traitement de la maladie mentale se fait avec une psychothérapie selon une approche psychanalytique, cognitivo-comportementale ou systémique. La psychothérapie est dispensée dans la médecine conventionnelle par des spécialistes (psychiatres, psychologues-cliniciens) ou par des médecins généralistes formés. Il est également possible de consulter des psychanalystes ou des psychologues. Qu'elle soit de brève ou de longue durée, la psychothérapie implique que la personne puisse être

intellectuellement en mesure de s'interroger sur ses propres fonctionnements. La psychothérapie et les médicaments agissent souvent conjointement.

La psychanalyse travaille sur les causes intrapsychiques profondes de la maladie mentale, autrement dit l'histoire du sujet, en remontant parfois jusqu'à l'enfance. Elle repose exclusivement sur la parole. Elle présuppose un engagement de la personne sur le moyen ou le long terme.

La thérapie cognitivo-comportementale s'occupe de la maladie en modifiant les comportements et les idées qui s'y rattachent. C'est le traitement recommandé en première intention surtout des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des addictions, etc.

IV.1.3. Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux intervient lorsqu'il devient nécessaire. Les psychotropes utilisés sont de plusieurs types.

- Les antidépresseurs sont principalement indiqués dans le traitement de la dépression et des troubles anxieux. Ils se composent :
 - des inhibiteurs des monoamines oxydases (IMAO) ;
 - des antidépresseurs tricycliques (ATC);
 - des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI ou IRSN).
- Les sels de lithium sont utilisés en régulateurs de l'humeur, notamment dans le traitement des troubles bipolaires. Ils ont également une indication en traitement bref d'une crise suicidaire en adjonction avec un antidépresseur dans le contexte d'un épisode dépressif caractérisé [22]. Dans la cellule, le lithium pourrait altérer le transport transmembranaire du sodium et ainsi modifier la conduction nerveuse. Il augmenterait aussi l'activité du système nerveux sérotoninergique.

Les régulateurs de l'humeur

Selon Biscay, Pollet et Oeynhausen [9], les régulateurs de l'humeur aussi appelés ""thymorégulateurs" ou "normothymiques" servent à soigner les troubles bipolaires. Ils sont préconisés pour prévenir la survenue d'épisodes aigus, dits "maniaques" ainsi que les phases dépressives. Ces traitements permettent de réduire la fréquence, la durée et l'intensité des épisodes et à améliorer la qualité des intervalles libres de symptômes. Le principal et le plus ancien de ces médicaments est à base de sels de lithium : Carbonate de lithium (Téralithe®). Les autres médicaments indiqués dans les troubles bipolaires, sont des molécules utilisées également dans les troubles épileptiques : la Carbamazépine (Tegretol®) et les sels de l'acide valproïque (Depamide®, Depakote®). En cas de résistances à ces traitements, le médecin prescripteur peut être amené à associer les normothymiques entre eux ou à des neuroleptiques. Le bénéfice du traitement n'est pas immédiat, il apparaît en général après 2 à 3 semaines. La durée du traitement est le fruit d'une négociation médecin-malade, avec une échéance à 2 ou 3 ans avant d'évaluer pleinement l'efficacité du traitement, dont l'objectif reste la stabilisation au long cours.

- * Les hypnotiques (somnifères) peuvent être indiqués pour aider à restaurer le sommeil et le repos en attendant l'efficacité du traitement de fond.
- **Les anxiolytiques** sont indiqués pour le traitement des troubles anxieux.
- **Les antipsychotiques** sont indiqués dans le traitement de symptômes psychotiques (délires, hallucinations). Ce sont les principaux médicaments utilisés dans le traitement des schizophrénies ou des troubles voisins. Ils ne guérissent pas la maladie mais ils contribuent à la soigner en atténuant quelques symptômes. Ils présentent des effets secondaires dont certains sont corrigés par des traitements dits correcteurs. Ils peuvent être associés à anxiolytiques. d'autres psychotropes (les les hypnotiques, les antidépresseurs). Les traitements médicamenteux sont un aspect

généralement indispensable mais jamais suffisant dans les soins complexes. Le traitement est un processus long et difficile.

Par ailleurs le soin par injection intramusculaire assurerait une meilleure stabilité psychique au patient que la contrainte d'une prise quotidienne de comprimés. En effet le produit est libéré progressivement sans que le patient n'ait plus à s'en soucier et le risque d'arrêt total du soin médicamenteux même pour une période supposée temporaire disparait. Il existe alternativement la possibilité de poursuivre le soin médicamenteux avec usage de produit en goutte ; ce qui permet au soigné comme au soignant de déplacer le risque qui réside dans le refus de traitement au bénéfice d'un pacte conjoint de soins pour mettre en place une réelle qualité de vie personnelle et sociale. Il est primordial pour l'efficacité du soin que le patient ait la volonté d'être pris en charge et accepte sa médication et son mode d'administration.

En outre, l'exercice physique régulier généralement préconisé dans le cas de schizophrénie aurait un effet positif sur la santé physique et mentale des patients [39].

DEUXIEME PARTIE: ETUDE PRATIQUE

CHAPITRE I: MATERIEL ET METHODES

I-MATERIEL

I.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de trois mois allant du premier décembre 2017 au 28 février 2018.

I.2.Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au Service d'Addictologie et d'Hygiène Mentale (SAHM) d'Abidjan.

Ouvert depuis 1970 sous l'appellation de Dispensaire d'Hygiène Mentale, le SAHM d'Abidjan est une composante de l'Institut National de Santé Publique (INSP) de Côte d'Ivoire. L'INSP est situé entre la commune du Plateau et celle d'Adjamé. Il est limité à l'Est par le Ministère de la défense, au Sud par le Camp Gallieni, à l'ouest par le boulevard de la paix. Le SAHM se présente aujourd'hui comme un centre de soins ambulatoires et de relais aux hôpitaux psychiatriques. Il a été créé dans le but d'un renforcement de l'assistance psychiatrique en Côte d'Ivoire. Il dispose actuellement de sept bureaux dont :

- un bureau pour le Chef de service;
- un bureau pour la surveillance des soins et le service social ;
- quatre bureaux de consultation ;
- un bureau pour la recherche.

Il y a en outre un secrétariat, une salle de soins et une salle de conférences. Aussi s'y trouve-t-il un espace annexe pour les ateliers d'addictologie.

Le personnel se compose de :

- 01 Chef de service enseignant-chercheur de rang A (Professeur titulaire);
- 01 Assistant-chef de clinique;
- 02 Attachés de recherches (Bioanthropologue et Art-thérapeute);
- 02 Chercheurs associés (Bioanthropologues)

- 03 Assistants hospitaliers (titulaire du CES de psychiatrie);
- 02 anciens Internes des hôpitaux ;
- 02 Médecins généralistes (inscrits en deuxième année de DES psychiatrie);
- 14 Infirmiers et sages-femmes spécialisés en psychiatrie ;
- 01 Assistant social;
- 01 Secrétaire.

Le SAHM a trois missions essentielles qui sont :

- soins psychiatriques et addictologiques;
- formations universitaires et post-universitaires ;
- recherche scientifique.

Ainsi le SAHM fait des encadrements hospitaliers, dispense des cours dans les UFR des Sciences médicales et des Sciences de l'homme et de la société, à l'Institut National de la Formation des Agents de Santé, à l'Université Jean Lorougnon Guédé ainsi que dans plusieurs autres structures.

Le SAHM participe régulièrement à la prise en charge médico-psychologique et psychosociale des victimes de catastrophe, d'épidémie, de conflits armés, d'attaque terroriste (le cas de Grand-Bassam), etc.

I.3. Population d'étude

La population cible pour cette étude était constituée de l'ensemble des personnes suivies au SAHM d'Abidjan pour une première consultation.

I.3.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- patients naïfs de prise en charge psychiatrique ;
- patients ayant reçu une prescription médicamenteuse après la première consultation.

I.3.2. Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient :

- patients reçus en consultation pour un motif autre que des troubles psychologiques ou psychiatriques
- patients ayant un trouble mental mineur ne nécessitant pas de prescription médicamenteuse ;
- patients venus avec une fiche de liaison (patients déjà suivis dans d'autres services de psychiatrie).

I.4.Outil de classification des interventions pharmaceutiques (IP) et supports documentaires de l'analyse pharmaceutique

I.4.1. Outil de classification des IP de la société française de pharmacie clinique

Pour évaluer l'ensemble des problèmes pharmacothérapeutiques, nous avons utilisé un outil de codification et d'évaluation mis au point et validé par le groupe de travail « standardisation et valorisation des actes pharmaceutiques » de la société française de pharmacie clinique (SFPC) [71]. Cet outil a servi à l'élaboration d'une fiche incluant l'identification du problème ; la nature des IP et l'opinion pharmaceutique.

I.4.2. Supports documentaires de l'analyse pharmaceutique des prescriptions

L'analyse pharmaceutique des prescriptions a été menée avec des documents de référence à savoir :

- ❖ Le Vidal 2017[60];
- **Le Dorosz 2017 [31]**;
- ❖ Le thesaurus ANSM des interactions médicamenteuses 2017[1]

II-METHODES

II.1. Echantillonnage

La taille de l'échantillon est obtenue à partir de la formule de Fisher suivante :

$$N = \frac{T^2 P(1-P)}{M^2}$$

N = Taille d'échantillon requise

T = Coefficient de marge déduit du taux de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

P= Proportion de la population cible ayant la caractéristique étudiée. Dans le cas de la présente étude, il s'agit de la proportion moyenne des nouvelles consultations par rapport au nombre total de consultations.

Le rapport d'activité du Service d'Addictologie et d'Hygiène Mentale des 5 dernières années (2012-2016) indique une moyenne de 5116,5 nouvelles consultations sur 31499 consultations enregistrées, soit un taux de 16,24%.

M = Marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05).

Calcul de la taille de l'échantillonnage.

$$N = \frac{(1,96)^2 \times (0,16) (1-0,16)}{(0,05)^2}$$

$$N = 206,52$$

Le nombre minimum de patients à inclure est de 207.

La technique d'échantillonnage retenue pour la sélection des cas à étudier est l'échantillon accidentel : échantillon constitué sur la base des possibilités de rencontres.

II.2. Classification des pathologies psychiatriques

La référence qui a permis la classification des pathologies mentales relevées est celle habituellement utilisée par le SAHM d'Abidjan, c'est-à-dire le DSM-IV/DSM-V.

II.3. Considérations éthiques

Les services de psychiatrie sont des services hautement sensibles. De nombreux secrets sont régulièrement dits. Aussi, la maladie mentale se présente comme une maladie stigmatisante et dévalorisante. De ce fait, cette recherche a été conduite en portant une attention particulière à la confidentialité des observations.

II.4. Déroulement de l'étude

Durant l'étude, nous avons eu à participer à la consultation médicale et relever le diagnostic en termes exacts édictés par le prescripteur : toutes les lignes de prescription ont été relevées pour les patients inclus (prescriptions de psychotropes et autres prescriptions de médicaments).

Il s'est donc agi de relevé de la fiche d'enquête, c'est-à-dire d'une analyse documentée des prescriptions avec consultation des dossiers médicaux des patients. Les résultats biologiques et les historiques médicamenteux ont ensuite été analysés.

Cette activité a été réalisée de manière standardisée, en suivant une procédure d'analyse d'ordonnance objectivée par une fiche de recueil des informations établie pour cette étude.

A chaque fois que nous avons eu à constater que la réponse thérapeutique, la sécurité, l'efficacité, le confort, l'économie peuvent être améliorés, nous avons émis une opinion pharmaceutique à propos des problèmes pharmacothérapeutiques relevés. Ces informations ont été communiquées aux médecins concernés.

Le prescripteur pouvait accepter ou non les propositions ou informations émises dans l'opinion pharmaceutique.

L'analyse des prescriptions a été effectuée de façon proactive après la rédaction et la remise de l'ordonnance aux parents du patient avec les documents de référence.

II.5. Analyse des interventions pharmaceutiques (IP) et leur impact

L'impact clinique potentiel des IP est interprété grâce à un score basé sur une cotation particulière [18,42].

Cette cotation dérive de celle utilisée aux Etats-Unis dans les études de Baylifff et Einarson [5] et de Hatoum et *al.* [44].

En pratique, un score est attribué à chaque IP selon le principe que l'importance de l'impact clinique potentiel du problème lié à la thérapeutique est corrélée à la gravité des conséquences cliniques évitée du fait de la présence du pharmacien.

L'échelle qui a été employée est la suivante :

- -IP₀: IP sans impact clinique direct mais à objectif financier, informatif.
- -IP₁: IP avec impact clinique significatif : augmente l'efficacité du traitement et/ou la sécurité du patient et/ou améliore la qualité de vie du patient
- -IP₂: IP avec impact clinique très significatif: empêche un dysfonctionnement organique, évite une surveillance médicale intensive ou une séquelle irréversible
- -IP₃: IP avec impact clinique vital: évite un accident potentiellement fatal La cotation des IP et une analyse descriptive de l'estimation de l'impact clinique ont été réalisées par les prescripteurs.

La pertinence des IP peut être définie comme étant l'amélioration de la prise en charge des patients. Les résultats issus de deux paramètres ont permis de caractériser cette pertinence :

- le premier est le taux d'acceptation des IP;
- le second est l'analyse des IP selon l'impact clinique.

II.6. Analyse des données

Pour l'analyse des données, les critères suivants ont été considérés : critères quantitatifs, critères qualitatifs.

Les valeurs moyennes ont été considérées pour les variables quantitatives, les pourcentages et les effectifs pour les variables qualitatives. Le logiciel SPSS.18 a servi à l'analyse des données.

CHAPITRE II: RESULTATS

I-PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

I.1. Age

Notre échantillon était constitué de 209 patients. L'âge des patients se situait entre 16 et 85 ans. La moyenne d'âge était de 34,9 ans, avec un écart-type de 15,52 ans.

Tableau IV : Répartition des patients selon la catégorie d'âge

Catégorie d'âge	N (%)
Adolescents (16 à 19 ans)	58 (27,8)
Jeunes-adultes (20 à 34 ans)	64 (30,6)
Adultes (35 à 59 ans)	73 (34,9)
Personnes âgées (60 ans et plus)	14 (6,7)
Total	209 (100)

Les catégories d'âge les plus représentées étaient celles des adultes (35 à 59 ans) (34,9%) et des Jeunes-adultes (20 à 34 ans) (30,6%).

I.2. Sexe

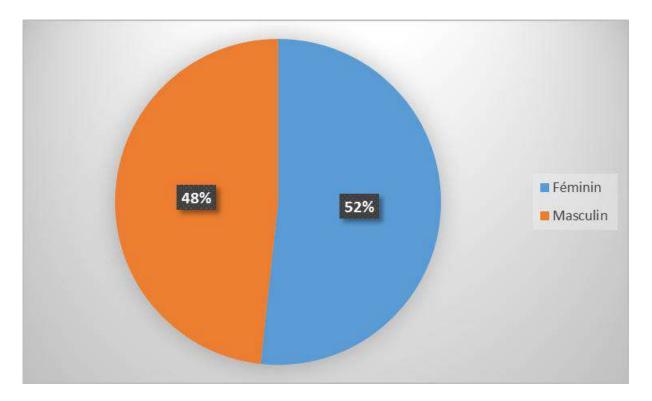


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était légèrement prédominant (52%), soit un sexe ratio M/F de 0,93.

Lieu de résidence

I.3. Lieu de résidence

0

Figure 5 : Répartition des patients selon le lieu de résidence

Abidjan

La majorité des patients résidait dans le district d'Abidjan (86,6%).

Intérieur du pays

I.4. Catégorie socio-professionnelle

Tableau V : Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle

Catégorie socio-professionnelle	N (%)
Elève/Etudiant	52 (24,9)
Sans emploi	51 (24,4)
Libéral	82 (39,2)
Fonctionnaire	17 (8,1)
Agent du privé	07 (3,4)
Total	209 (100)

La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était celle des personnes exerçant une activité libérale (39,2%).

I.5. Situation matrimoniale

Tableau VI : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

N (%)
155 (74,2)
38 (18,2)
08 (3,8)
04 (1,9)
04 (1,9)
209 (100)

La majorité des patients était des célibataires (74,2%).

I.6. Niveau d'instruction

Tableau VII: Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	N (%)
Supérieur	45 (21,5)
Secondaire	80 (38,3)
Primaire	38 (18,2)
Non scolarisé	46 (22,0)
Total	209 (100)

La plus grande proportion des patients avait un niveau d'étude secondaire (38,3%).

II.ASPECTS CLINIQUES

II.1. Modes d'admission au SAHM

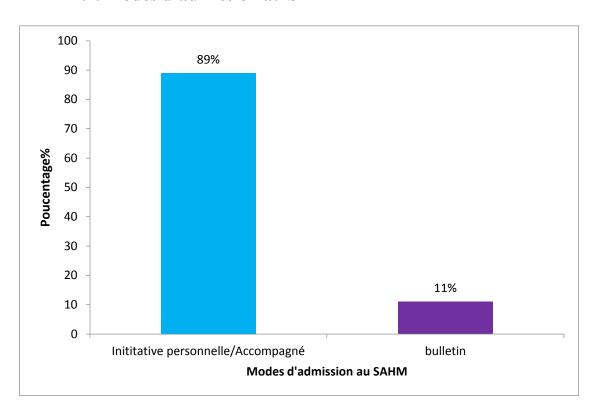


Figure 6 : Répartition des patients selon les modes d'admission au SAHM

La majorité des patients était venue par initiative personnelle ou accompagné par un parent (89%).

II.2. Motifs de consultation

Tableau VIII : Répartition des patients selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	N (%)
Insomnie	98 (46,9)
Troubles de comportements	80 (38,3)
Perte de connaissance	15 (7,2)
Anxiété + retrait social	13 (6,2)
Amnésie	03 (1,4)
Total	209 (100)

L'insomnie et les troubles de comportement étaient les motifs de consultation respectivement chez 46,9% et 38,3% des patients.

II.3. Antécédents médicaux

II.3.1. Antécédents psychiatriques

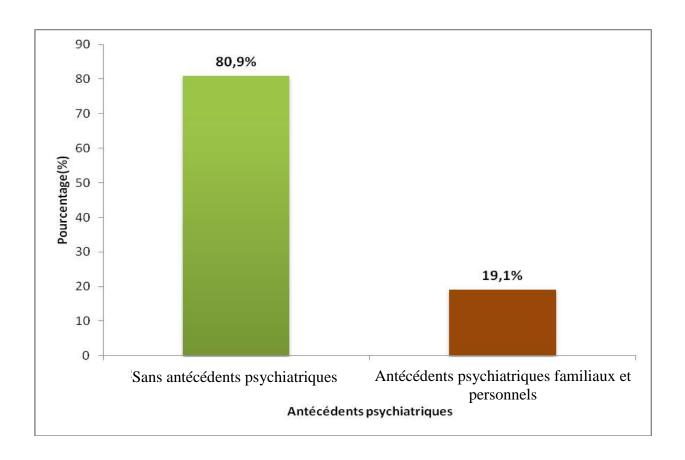


Figure 7 : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques

La majorité des patients était sans antécédents psychiatriques (80,9%).

II.3.2. Autres antécédents médico-chirurgicaux

Tableau IX : Répartition des patients selon la présence d'autres antécédents médico-chirurgicaux

Autres antécédents médico-chirurgicaux	N (%)
Chirurgicaux	31 (17,7)
Gynéco-obstétriques	03 (1,4)
Autres maladies	02 (1,0)
Sans antécédents médico-chirurgicaux	167 (79,9)
Total	209 (100)

Soixante-dix-neuf virgule neuf pourcent des patients n'avaient pas d'autres antécédents médico-chirurgicaux.

II.4. Perception de la maladie

Tableau X : Profil des perceptions de la maladie selon les patients

N (%)
122(58,4)
63(30,1)
24(11,5)
209 (100)

Les perceptions évènementielles et mystico-religieuses ont concerné respectivement 58,4% et 30,1% des patients.

II.5. Examens paracliniques

Tableau XI: Profil des examens paracliniques prescrits

Examens paracliniques	N (%)
Biologie (NFS, Glycémie, GE,)	16(43,2)
EEG	10(27)
Scanner cérébral	08(21,6)
Radiologie thoracique	02(5,4)
Autre	01(2,8)
Total	37(100)

NFS: numération de la formule sanguine

GE: goutte épaisse

EEG: électroencéphalogramme

Les examens paracliniques les plus prescrits étaient les examens biologiques (43,2%).

II.6. Hypothèses diagnostiques

Tableau XII: Répartition des hypothèses diagnostiques

Hypothèses diagnostiques	N (%)
Pathologies psychiatriques	
Dépression	32 (15,3)
Troubles anxieux	10 (4,7)
Schizophrénie	50 (23,9)
Accès maniaque	17 (8,1)
Psychose hallucinatoire chronique	26 (12,9)
Psychose délirante aiguë	56 (26,7)
Démence	06 (2,8)
Autres	
Comitialité	11 (5,2)
Alcoolisme	01 (0,4)
Total	209 (100)

Les pathologies psychiatriques étaient les plus fréquentes avec une prépondérance de la psychose délirante aiguë, de la schizophrénie et de la dépression chez respectivement (26,7%), (23,9%) et (15,3%) des patients.

III.PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES

III.1. Prescriptions de psychotropes

Tableau XIII : Profil des psychotropes et autres médicaments du système nerveux central prescrits

Classe phar	rmacothérape	utique	Famille	Dénomination commune internationale (DCI)	N(%)	N(%)	
			Phénothiazines	Chlorpromazine	158(75,6)		
		1 ^{ère}		Levomepromazine	09 (4,3)		
Antipsychotiques	S	génération		Fluphénazine	03 (1,4)		
		generation	Butyrophénones	Halopéridol	118(56,5)	1	
			Benzamides	Sulpiride	01 (0,5)	317(61,1)	
				Amisulpride	22(10,5)		
		2 ^{ème}	Benzisoxazoles	Risperidone	06 (0,5)		
		génération					
				Lorazepam	08(3,8)		
			D 11 ()	Mexazolam	02(1,0)		
			Benzodiazépines	Alprazolam	01(0,5)		
Anviolytiques				Bromazépam	01(0,5)	20(7.5)	
Anxiolytiques			Diazepam	02 (1,0)	- 39(7,5)		
		Autres	Hydroxyzine	01 (0,5)			
		anxiolytiques	Alimemazine	24 (11,5)			
			Barbituriques	Phénobarbital	12 (5,7)		
			Hydantoïnes	Phénytoïne	01 (0,5)	1	
Antiépileptiques		Acide gras carboxylique	Acide valproïque	12 (5,7)	32(6,2)		
			Dibenzazépine	Carbamazépine	07 (3,3)		
	Tricycliques	1 ^{ère} génération	les ptylines	Amitriptyline	30 (14,4)		
	ISRS (inhibiteurs sélectifs du recaptage de			Fluoxétine	03 (1,4)		
Antidépresseurs						34(6,5)	
	la sérotonine)			Paroxétine	01 (0,5)		
Antiparkinsonien	s anticholinerg	iques		Trihexylephénidyle	81 (38,8)	97(18,7)	
			Tropatepine	16 (7,7)			
Total						519 (100)	

Les médicaments les plus prescrits sont les *antipsychotiques* (61,1%). Parmi les antipsychotiques, les plus prescrits sont ceux de la première génération, notamment la Chlorpromazine (75,6%) et l'halopéridol (56,5%).

IV.PROBLEMES PHARMACOTHERAPEUTIQUES DETECTES

Tableau XIV : Répartition des problèmes pharmacothérapeutiques détectés

Problèmes pharmacothérapeutiques détectés	N (%)
Médicament non indiqué	105 (47)
Interaction médicamenteuse	100 (45)
Non-conformité aux référentiels/contre-indication	12 (5,4)
Surdosage	02 (0,9)
Voie/administration inappropriée	01 (0,4)
Effet indésirable	01 (0,4)
Indication non traitée	01 (0,4)
Total	222 (100)

Les médicaments non indiqués (47%) et les interactions médicamenteuses (45%) étaient les problèmes pharmacothérapeutiques les plus rencontrés après l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

V-NATURE DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES (IP)

V.1.Interventions pharmaceutiques réalisées

Tableau XV: Répartition selon les interventions pharmaceutiques (IP)

Interventions pharmaceutiques	N (%)
Ajout	01 (0,5)
Arrêt	155 (69,8)
Echange /mise en place de nouvelle alternative thérapeutique	60 (27,0)
Suivi thérapeutique	03 (1,3)
optimisation des modalités de dispensation	01 (0,5)
Adaptation posologique	02 (0,9)
Total	222(100)

Les interventions pharmaceutiques ont consisté majoritairement à l'arrêt des prescriptions de psychotropes non indiqués (69, 8%).

V.2. Devenir des interventions pharmaceutiques

Tableau XVI: Devenirs des interventions pharmaceutiques

Devenir des interventions		N (%)		
	avec modification	110 (49,5)	200 (011)	
Acceptées	sans modification	99 (44,6)	209 (94,1)	
Non acceptées		13 (5,9)		
Total		222 (1	100)	

Les prescripteurs ont accepté **94,1%** des interventions pharmaceutiques, se déclinant comme suit : 49,5 %, des interventions acceptées avec modification de la prescription et 44,6 %, des interventions acceptées sans modification de la prescription.

VI.EVALUATION DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES PAR LES PRESCRIPTEURS

Tableau XVII : Répartition des cotations des interventions pharmaceutiques

Cotation des interventions pharmaceutiques	N (%)
IP0 (IP sans impact clinique direct)	13(6,2)
IP1 (IP avec impact clinique significatif)	194(92,8)
IP2 (IP avec impact clinique très significatif)	02(1,0)
Total	209 (100)

Les prescripteurs ont coté majoritairement IP1 c'est-à-dire l'IP avec impact clinique significatif (92,8%).

CHAPITRE III: DISCUSSION

I.PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

I.1. Age

L'âge des patients se situait entre 16 et 85 ans. La moyenne d'âge était de 34,9 ans. Cette moyenne d'âge est inférieure à celle trouvée par Dosso en 2015 dans ce même Service et évoquée par Mangan dans son étude en 2014 en France. Dosso trouvait en effet, une moyenne d'âge de 45 ans avec des extrêmes de 18 ans et 85 ans [33]. Mangan indiquait quant à lui une moyenne d'âge de 47,4 ans [61].

Les catégories d'âge les plus représentées étaient celles des adultes (35 à 59 ans) (34,9%) et des Jeunes-adultes (20 à 34 ans) (30, 6%). L'étude de Kouamé réalisée dans ce même Service mentionnait que les catégories d'âges les plus représentées étaient les adultes de 35 à 59 ans (40%) et les jeunes-adultes de 25 à 34 ans (35,83%) [53].

Comme le soulignait Kouamé, le nombre élevé d'adultes et de jeunes adultes pourrait s'expliquer par le fait que la période de vie comprise entre 25 et 59 ans est une période active avec beaucoup de responsabilités [50]. Aussi avec le contexte de pauvreté grandissant, le stress est beaucoup plus grand chez ces personnes. Cette période de vie pourrait être donc propice à la survenue des troubles mentaux. Par ailleurs, la catégorie d'âge de Jeunes-adultes (25 à 34 ans) se retrouve couramment dans les consultations psychiatriques en Côte d'Ivoire [76; 89]. Le fort taux de cette catégorie d'âge serait selon Kouamé à mettre en rapport avec le fait que c'est à cet âge que le sujet a un travail, une orientation professionnelle et s'investit plus dans le travail en vue d'une promotion [50]. Il expliquait en effet que les jeunes-adultes sont confrontés de manière constante à des questions en rapport avec le travail, la vie affective, les difficultés financières, familiales ou réactionnelles avec l'environnement [50].

I.2. Sexe

Le sexe féminin était plus important (52%) que le sexe masculin (48%), soit un sex-ratio de 0,93.Nos résultats sont presque comparables à ceux de Alla présentés en 2018 [2]. Dans son étude sur les insomnies au SAHM présentée en 2018, elle trouvait 51% de femmes contre 49% d'hommes [2].En effet, la vulnérabilité féminine à la maladie mentale est décrite dans plusieurs études. Lepine en 1993, expliquait par exemple que, la répartition en fonction des sexes des troubles anxieux dans la population générale montre une surreprésentation féminine soit 22% contre 12% chez l'homme [30; 87]. Dans la population générale âgée de plus de 18 ans ou plus en France métropolitaine, la prévalence des troubles mentaux est de 16% chez la femme contre 7% chez l'homme [30]. Cette vulnérabilité féminine à la maladie mentale serait due au fait qu'elles vivraient une fréquence plus élevée d'évènements critiques dans leur vie [87]. De plus, elles traitent et interprètent le stress et les émotions différemment des hommes : elles présentent plus de ruminations, d'émotions intenses, de symptômes psychopathologiques, de besoin d'un support social [83].

II.ASPECTS CLINIQUES

II.1.Motifs de consultations

L'insomnie et les troubles du comportement étaient les motifs de consultations respectivement chez 46,9% et 38,3% des patients. L'insomnie comme l'un des principaux motifs de consultation est un problème très courant : environ 30 % à 40 % des adultes ont des troubles du sommeil au cours d'une année donnée [84]. Au sujet de la comorbidité psychiatrique, Palazollo indique que les troubles du sommeil sont fréquents dans la pratique psychiatrique : ils sont quasi-constants chez les patients hospitalisés, et touchent près de 50% des sujets vus en consultation [77]. L'insomnie chronique touche près de 20 % de la population française. Elle est sévère dans 6 à 9 % des cas [77].

II.2.Perception de la maladie selon les patients

Les évènementielles perceptions et mystico-religieuses concerné ont respectivement 58,4% et 30,1% des patients. Cette réalité avait aussi été décrite par Fanny [36] mais dans une proportion beaucoup plus importante. Ses résultats indiquaient qu'une proportion de 43,31% des femmes consultées au SAHM en 2016 trouvait une cause mystique ou mystico-religieuse à leurs souffrances. Cependant cette perception de la maladie mentale avait été moins relatée avec l'étude de Alla [2]. Avec une fréquence de 04,41%, l'idée d'une attaque mystique avait été développée [2]. A ce sujet, Verhoeven et Van Neerven écrivaient en effet que : « une maladie n'est pas seulement un dysfonctionnement physique, neurologique ou biologique. L'être humain interprète aussi sa maladie et essaie de lui donner un sens » [91]. « D'une manière générale, l'homme a besoin d'interpréter ce qui lui arrive, de comprendre et d'y trouver du sens » [91].

II.3. Hypothèses diagnostiques

Les pathologies psychiatriques étaient les plus fréquentes avec une prépondérance de la psychose délirante aiguë, de la schizophrénie et de la dépression chez respectivement (26,7%), (23,9%) et (15,3%) des patients. La prépondérance de ces troubles psychologiques avait aussi été observée avec les résultats de l'étude de Alla sur les insomnies présentées en 2018 [2]. Elle indiquait que les insomnies traitées au SAHM se présentaient en association avec une dizaine de troubles psychologiques dont les plus importants sont la schizophrénie (28%), les psychoses hallucinatoires chroniques (18%), la dépression (15%) et les psychoses délirantes aiguës (13%).

III. PRESCRIPTIONS DE PSYCHOTROPES

Les médicaments les plus prescrits sont les antipsychotiques (61,1%). Parmi les antipsychotiques, les plus prescrits sont ceux de la première génération, notamment la Chlorpromazine (75,6%) et l'halopéridol (56,5%). Dans l'étude de Yavo et *al*.

réalisée en Côte d'Ivoire, les antipsychotiques atypiques représentaient les psychotropes prescrits à une minorité des patients (21,8%). Ces résultats ne sont pas différents des nôtres [93]. Contrairement à notre étude, Gury et *al.* avaient mentionné que les antipsychotiques atypiques étaient les plus prescrits (52%) en France [43].

IV. PROBLEMES PHARMACOTHERAPEUTIQUES DETECTES

L'analyse systématique des prescriptions par le pharmacien lorsqu'elle suit une procédure bien définie, permet de mettre en évidence plusieurs types de problèmes liés aux médicaments, dans le but de sécuriser et d'optimiser la pharmacothérapie du patient, tout en luttant contre l'iatrogénie médicamenteuse [56].

Les médicaments non indiqués (47%) et les interactions médicamenteuses (45%) étaient les principaux problèmes pharmacothérapeutiques rencontrés au cours de notre étude. Ces résultats sont presque similaires à ceux de Guignon [42] et Demange [29] pour qui les principaux problèmes pharmacothérapeutiques rencontrés étaient respectivement la non-indication du traitement (47,6%) et les interactions médicamenteuses (43%).

Par ailleurs, ces résultats ne sont pas superposables à ceux de Longuefosse et *al.*, publiés en 2018 en Martinique [59]. Les problèmes rencontrés concernent des interactions médicamenteuses (41%), des surdosages (34%), des non-conformités aux référentiels (10%), des médicaments non indiqués (3%), des voies d'administration inappropriées (2%), des indications non traitées (1%) [59]. Il en est de même pour les résultats de l'étude de Capelle et *al.* publiés en 2016. Ils trouvaient que : les problèmes pharmacothérapeutiques rencontrés étaient les interactions médicamenteuses (25%), les surdosages en principe actif (24%), une non-conformité aux référentiels (13 %), un suivi thérapeutique à effectuer (9%), un schéma d'administration inapproprié (9%) ou un sous-dosage (1%) [15].

Dans l'étude de Koulibaly et *al.* sur l'analyse des ordonnances de sortie des patients de plus de 65ans réalisée dans un établissement public de santé

psychiatrique, les problèmes pharmacothérapeutiques les plus rencontrés étaient le monitorage à suivre (43%) et les médicaments non indiqués (35%) [51]. Ces résultats ne sont pas similaires aux nôtres.

Les médicaments non indiqués à type de redondances pharmacologiques résultaient généralement de la prescription de deux antipsychotiques de la même famille (cas de prescription de chlorpromazine et de levomepromazine...) ont fait l'objet d'arrêt de traitement.

Les principales interactions médicamenteuses étaient des précautions d'emploi (cas d'association de médicament torsadogènes tels qu'halopéridol et chlorpromazine etc...) et des associations déconseillées en termes d'exacerbation des effets atropiniques ou de dépression centrale etc... (Cas d'association de trihexylphenidyle, d'amytriptiline et chlorpromazine etc.).

Les antipsychotiques avaient aussi été incriminés dans une proportion de 90% dans l'étude réalisée en 2017 en Martinique par Longuefosse et *al.* [59]

L'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OEPS) concluait donc qu'il serait indispensable d'évaluer le rapport bénéfice/risque des médicaments psychotropes sur toutes les catégories d'âge, ainsi que sur l'ensemble des produits alléguant une action psychique, incluant les médicaments traditionnels, les produits phytothérapeutiques et homéopathiques et les compléments alimentaires commercialisés [69].

V.NATURE DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES(IP)

V.1.Interventions pharmaceutiques réalisées

Les interventions pharmaceutiques (**IP**) ont consisté majoritairement à l'arrêt de prescription de psychotropes non indiqués (69,8%). L'ajout de nouvelle prescription (0,5%), la mise en place de nouvelle alternative thérapeutique (27%), l'optimisation des modalités de dispensation (0,5%), le suivi thérapeutique (1,3%) et l'adaptation posologique(0,9%) ont constitué des interventions moindres.

Le taux élevé de ce type d'**IP** en ce qui concerne l'arrêt des médicaments non indiqués ou qui présentaient une interaction médicamenteuse démontre le rôle primordial du pharmacien dans l'optimisation de la prescription de psychotropes. Dans l'étude de Parent et *al.*, portant sur les interventions pharmaceutiques émises par les pharmaciens sur les médicaments psychotropes, les deux types d'interventions les plus fréquents étaient l'arrêt des traitements et l'adaptation posologiques [78]. Par ailleurs, dans l'étude de Koulibaly, les interventions pharmaceutiques ont consisté majoritairement au suivi thérapeutique (60%) [51] Pour les études des interventions pharmaceutiques réalisées à Abidjan notamment celle de Konan sur les prescriptions réalisées dans un service de pédiatrie les propositions de choix thérapeutique (ajout, arrêt, substitution) étaient le principal type d'**IP** (90,3%). Les autres **IP** suivant étaient liées à une précision des modalités d'administration (6,5%) et d'adaptation posologique (3,2%) [48].

Dans l'étude de Capelle et *al.*, les interventions pharmaceutiques concernaient l'arrêt de la thérapeutique (30%), la mise en place d'un suivi thérapeutique (26%), l'adaptation posologique (18,5%), l'optimisation des modalités d'administration (13,5%), le changement de thérapeutique (11%) ou de voie d'administration (1%) [15].

V.2. Devenir des interventions pharmaceutiques

La majorité des **IP** (94,1%) soumises aux prescripteurs a été acceptée. Les études des IP réalisées à Abidjan notamment celles de Konan [48] dans un service de pédiatrie et de Nandjui [68] au cours de la dispensation d'antirétroviraux étaient parvenues à des résultats supérieurs aux nôtres. La totalité, soit 100% des **IP** avait été acceptée par les prescripteurs. Par ailleurs, nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans les études de Benoit et *al.*[8], Guignon et *al.*[42], Chabi et *al.*[18], Carcelero et *al.*[16], Tanguy-Goarin et *al.*[88] et Koffi [44]qui ont trouvé un taux d'acceptation d'**IP** respectivement de 76%, 86%, 86,8% 91,7%, 93,6% et 93,7%. Avec des proportions beaucoup plus inférieures, Longuefosse et *al.*, ainsi

que Parent et *al.*, trouvaient des taux d'acceptation d'IP respectivement de 34% et 57 % [59; 78].

Ces observations traduisent la pertinence des interventions effectuées. Dans toutes ces études la transmission des avis pharmaceutiques et leur acceptation ont permis un renforcement de la communication favorisant ainsi l'intégration du pharmacien dans le service.

VI.EVALUATION DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES PAR LES PRESCRIPTEURS

Les interventions ont été cotées majoritairement **IP**₁ dans 92,8% des cas c'est-à-dire IP avec impact clinique significatif (augmente l'efficacité du traitement et/ou la sécurité du patient et/ou améliore la qualité de vie du patient). Ce résultat est plus élevé que celui de Guignon et *al.* [42], qui ont montré que 65% des interventions avaient un impact significatif. Par ailleurs ce résultat est moins élevé que celui de Koffi qui a montré que 100% des interventions avaient un impact clinique significatif [47]. A l'instar de l'étude de Konan réalisée en pédiatrie à Abidjan les médecins avaient côté les **IP** à type d'IP0 (IP sans impact clinique direct) (66,1%) et d'IP1 (IP avec impact clinique significatif) (33,9%). Aussi, l'étude réalisée par Nandjui concernant la dispensation d'antirétroviraux au CHU de Cocody a-t-elle montré que les médecins ont coté les **IP** à type d'**IP**₀ dans 87,4% des cas c'est-à-dire sans impact clinique direct. Les **IP** avec des impacts cliniques significatifs (**IP**₁) et très significatifs (**IP**₂) ont représenté respectivement 4,7% et 2,3% des **IP**. Une seule **IP** avait un impact clinique vital (**IP**₃).

Aussi nos résultats ne sont-ils pas superposables à ceux de Longuefosse et *al.* en Martinique. La cotation de l'impact clinique des IP avait mis en évidence 1,5% d'IP d'impact vital (IP3), 8,4% d'impact majeur (IP2), 78% d'impact moyen (IP1) et 75% des IP à impact économique favorable (IP0) [59].

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'activité de pharmacie clinique dans le cadre de l'analyse des prescriptions au SAHM d'Abidjan (INSP, Côte d'Ivoire).

L'étude a montré que la qualité de la prescription tient une place importante dans l'usage rationnel des médicaments.

L'analyse pharmaceutique des prescriptions aide à la détection des problèmes pharmacothérapeutiques et à l'optimisation du traitement médicamenteux. L'émission d'interventions pharmaceutiques (IP) pertinentes contribue à optimiser la prescription des psychotropes. Les IP émises au cours de l'analyse des prescriptions en psychiatrie ont montré que la plupart des prescriptions était conforme au bon usage des psychotropes. Les IP effectuées sur la prescription des psychotropes se sont avérées pertinentes avec des impacts cliniques appréciables. Les IP contribuent à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients en psychiatrie.

Le pharmacien peut se positionner aujourd'hui comme un acteur important dans la prise en charge thérapeutique des pathologies en psychiatrie. L'analyse pharmaceutique des prescriptions en psychiatrie doit ainsi tenir compte des psychotropes et médicaments associés.

Par ailleurs, la collaboration interprofessionnelle, l'implication du patient à part entière dans sa prise en charge médicamenteuse ainsi que la poursuite des actions de communication et de sensibilisation sont des éléments indispensables à l'optimisation de la prise en charge thérapeutique.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, il nous paraît opportun, dans le but d'améliorer la prescription des psychotropes, de faire les suggestions suivantes :

• Au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

- Financer des renforcements de capacité pour les praticiens en santé mentale ; sur l'emploi des psychotropes et autres médicaments.

• Aux prescripteurs

- Favoriser l'intégration des pharmaciens dans les services de psychiatrie.
- Renseigner les valeurs biométriques (poids, pression artérielle etc.) des patients afin d'optimiser la prescription des psychotropes.
- Se former continuellement

• Aux pharmaciens

- Analyser les prescriptions avant la dispensation.
- Emettre des avis pharmaceutiques à chaque fois que le besoin s'impose afin d'optimiser la thérapeutique et prévenir l'iatrogénie médicamenteuse.

• Aux patients

- Respecter scrupuleusement l'observance thérapeutique.
- Faire cas des préoccupations afin que les médecins ou les pharmaciens les aident à une meilleure observance.
- Respecter les rendez-vous avec les médecins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **1-Agence Nationale de Sécurité du Médicament de France.** Thesaurus ANSM des interactions médicamenteuses 2017, [En ligne]https://ansm.sant.fr>médicament (consulté le 21 Novembre 2017).
- **2-Alla R.N.A.B.** Problématique des insomnies chez les personnes suivies pour troubles psychologiques au service d'Addictologie d'Hygiène mentale d'Abidjan (INSP), Thèse de Doctorat en Médecine 2016 ; n°6394/16: 98.
- **3-Anne S.** Pharmacie clinique...Pourquoi ? Comment ? Juin 2007; n°54; [En ligne] http://www.grouperechercheactionsante.com/pharmacie_clinique.htm, (Consulté le 21 Novembre 2017).
- **4-Arolt V., Lencer R., Nolte A et** *al.*, Eye tracking dysfunction is a putative phenotypic susceptibility marker of schizophrenia and maps to a locus on chromosome 6p in families with multiple occurrence of disease. *Am J Med Genet* 1996;67: 564-79.
- **5-Bayliff CD, Einarson TR.** Physician assessment of pharmacists' interventions: a method of estimating cost avoidance and determining quality assurance. Can J Hosp Pharm 1990; 43(4):167–71.
- **6-Bedouch P.** Diffusion de bonnes pratiques de prescription: modélisation des interventions pharmaceutiques, Université Claude Bernard-Lyon 1, 2008; n°91/18.
- **7-Bellivier F., Chaste P., Malafosse A.,** Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behavior: a meta-analysis. The American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics) 2004; 124B (1): 87-91.
- **8-Benoit P., Mangerel K., Garreau L et** *al.*, Evaluation des moyens mis en œuvre et acceptation d'une présence pharmaceutique dans les services de soins. Journal de Pharmacie Clinique 2007; 26 (2): 83-90. [En ligne], https://www.jle.com/fr/revues/jpc/e-docs (consulté le 24 Avril 2018).

- **9-Biscay M-L**, **Pollet C**, **Oeynhausen M**., Les médicaments psychotropes-Psychiatrie et santé mentale, septembre 2011. Mise à jour 10 avril 2014, [En ligne], http://www.psycom.org (consulté le 18 Février 2018).
- **10-Bonnapry P.** Assistance pharmaceutique et pharmacie clinique,Bamako, Mali Avril 2010:14,[En ligne],https://pharmacie.hug-ge.ch>bamako(consulté le 18 Février 2018).
- **11-Bonnapry P.** Iatrovigilance Hôpitaux universitaires de Genève ; Lausanne le 16 Février 2010 : 23.
- **12-Bouvenot G., Doucet J., Tillement JP et** *al.* Cadre réglementaire de la prescription médicamenteuse 2009, [En ligne], https://www.google.com/ Item 167 thérapeutique médicamenteuse réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations. (Consulté le 22 Mars 2018).
- **13-Calop J., Brion F.,** Guide pédagogique des fonctions hospitalières de pharmacie clinique, [En ligne], http://www.world.cat.org>title>oclc (consulté le 22 Mars 2018).
- **14-Cannon T D., Cornblatt B., McGorry P.**, The empirical status of the ultrahigh-risk (prodromal) research paradigm, Schyzophrenia Bulletin 2007; n°33: 661-664.
- **15-Capelle H., Mathias F., Christophe J et** *al.*, Analyse d'ordonnance en psychiatrie adulte : interventions pharmaceutiques et mise en place d'actions correctives dans les unités de soins, 2016, Société française de la pharmacie clinique,

 2018,
- https://www.researchgate.net/publication/290194625 Analyse d%27ordonnanc

 e_en_psychiatrie_adulte_interventions_pharmaceutiques_et_mise_en_place_d

 actions correctives dans les unites de soins (Consulté le 23 Juin 2018).

- **16-Carcelero E.,Tuset M., Martin M et** *al.***,** Evaluation of antiretroviral-related errors and interventions by the clinical pharmacist in hospitalized HIV-infected patients. HIV Medicine. 2011 ; 12 :494-9. https://www.onlinelibrary.wiley.com(consultée le 24 avril 2018).
- 17-Castel R., L'ordre psychiatrique, Ed de Minuit, Paris 1976 : 48.
- **18-Chabi Y.,** Evaluation de la qualité rédactionnelle des prescriptions médicamenteuses et des interventions pharmaceutiques à l'HIA Legouest à Metz, [En ligne], https://www.ecolevaldegrace.sante.defense.gouv.fr (consulté le 24 Avril 2018).
- **19-Chedru V, Juste M.,** Evaluation médicale de l'impact clinique des interventions pharmaceutiques. J Pharm Clin 1997; 16(4): 254–8.
- **20-Collège des médecins du Québec.,**Les ordonnances faites par un médecin-Guide d'exercice du collège des médecins du Québec. Bibliothèque nationale du Québec/Bibliothèque nationale du Canada-ISBN 2-920548212 ; 2005 : 35.
- **21-Comité régional du médicament et des dispositifs médicaux CRMDM**. Agence régionale d'hospitalisation. Les bonnes pratiques de prescription : dispositions légales et réglementaires version1,2000:10.
- **22-Compendium Suisse des médicaments**., « Thérapie interpersonnelle dans le traitement de la dépression majeure », 2003, Inwikipedia, L'encyclopédie libre. [En ligne], Mise en ligne le 8 avril 2011b, http://www.em-consulte.com/ (consulté le 11 février 2018).
- 23-Contributeurs à Wikipédia, 'Pharmacie clinique', Wikipédia, l'encyclopédie libre, 17 juin 2013. [En ligne], http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pharmacie_clinique&oldid=94149433 (Consultée le 11 Février 2018).

- **24-Corin E., Grunberg G., Séguin-Tremblay G et al.,** « Avis sur la notion de santé mentale », ACSM, Gouv. Québec, 1994.
- **25-Cornette C. Atelier Hopipharm Marseille.** Analyser, décider, communiquer; Marseille 2009 : 54.
- **26-Courtet W., Picot MC., Bellivier F. et** *al.*, Serotonin transporter gene may be involved in short-term risk of subsequent suicide attempts. Biol Psychiatry 2004; 55(1): 46-51.
- **27-Cuijpers P., Van Straten A.,Smit F et** *al.*, Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions 2008; 165: 1272-1280.
- **28-Dartevelle A.,** Circuit du médicament en milieu hospitalier : Etude comparée entre un hôpital en France et au Luxembourg ; Université Henri Poincaré, Nancy 1 Faculté de Pharmacie 2010.
- **29-Demange C.,** Analyse pharmaceutique des prescriptions en unité de soins à l'aide de la fiche d'intervention de la Société française de pharmacie clinique. J Pharm Clin 2007 ; 26 (11): 45-52, [En ligne], https://www.jle.com/fr/revues/jpc/e-docs (consulté le 14 Avril 2018).
- **30-Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.** Troubles mentaux et représentation de la maladie mentale, Etudes et Résultats 2004 ; n°347, [En ligne], IMG>pdf">https://www.dress.solidarites-sante.gouv.fr>IMG>pdf). Docs (consulté et 30 Mars 2018).
- **31-Dorosz P.,Gounelle H .**, Guide pratique des médicaments 2017 ; 36ème édition, [En ligne], https://www.lemoniteurdespharmacies.fr (consulté le 16 Novembre 2017).

- **32-Dorvil H.,** « La maladie mentale : définition des normaux versus celle des déviants », Revue Santé mentale au Québec 1982 ;7 (2) :189-193, [En ligne], http : //classiques.uqac.ca/ (consulté le 14 Février2018).
- **33-Dosso A**., Troubles mentaux et pathologies somatiques : cas des patients suivis au service d'Hygiène Mentale (SHM) d'Abidjan, Thèse Med 2014 : 135.
- **34-Droit pharma**.fr. Définition et rôle de l'ordonnance; [En ligne]; adresse URL http://www.droitpharma.fr/8/ordo_def.htm; (Consultée le 14 Avril 2018).
- **35-Elias N.,** La société des individus, Paris 1991 :107. [En ligne]; https://www.persee.fr/docpolix_1991_num_4; (Consulté le 14 Avril 2018).
- **36-Fanny A.Z.,** Troubles psychopathologique chez les femmes suivies au Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan (INSP), Thèse de Doctorat en Médecine 2016; n°6108/16:137.
- **37-Gibaud S.,** Introduction à la pharmacie clinique. Slnd; 34, [En ligne], www.https://slideplayer.fr (consulté le 24 Juin 2018).
- **38-Gimenez F.,** Pharmacie clinique et thérapeutique 2008, 3^{ème} édition. Elsevier Masson, Paris : 1308.
- **39-Gorzynski P., Faulkner G**.,« Exercise therapy for schizophrenia ». Cochrane DatabaseSyst Rev 2010; n°5: CD004412.
- **40-Gouezin M.,** La codification des problèmes pharmaceutiques et les propositions d'actions correctives couplées à l'utilisation du dossier pharmaceutique partagé ; Université Joseph Fourier : Faculté de Pharmacie de Grenoble.2012.
- **41-Guelfi J-D., Rouillon F.,** Manuel de psychiatrie, Masson 2007 : 182-187.
- **42- Guignon AM, Grain F, Allenet B et** *al.*, Evaluation de l'impact clinique des opinions pharmaceutiques dans un service de médecine spécialisée. J Pharm Clin

- 2001 ;20(2) : 118–23, [En ligne], https://www.jle.com/fr/revues/jpc/e-docs (consulté le 14 Avril 2018).
- **43-Gury C.,Fabre C.,Hameg A et** *al.*, Prescriptions d'antipsychotiques en milieu hospitalier spécialisé, L'Information psychiatrique 2006 ; 82 (6) : 503-9.
- **44-Hatoum HT, Hutchinson RA, Elliott LR, K et** *al.*, Physicians' review of significant interventions by clinical pharmacists in inpatient care. Drug Intell Clin Pharm 1988; 22: 980–2.
- **45-Hôpitaux universitaires de Strasbourg.,** Qualité et démarche qualité: Connaissance de l'institut ion hospitalière: 24, [En ligne], http://udsmed.u-strasbg.fr/emed/courses/enseigncomple5g7/document/ec05-connaissance_de_1-institution_hospitaliere/1qualite_pcem2dcem1_2012.pdf?cidreq=enseigncomple5g7 (Consulté le 22 février 2018).
- **46-Juste M.,** L'analyse d'ordonnance ; Centre hospitalier Epernay 2005 : 54.
- **47-Koffi NO**., Analyse des prescriptions d'antibiotiques et interventions pharmaceutiques en consultations externes de pédiatrie du CHU de Cocody, Thèse de Doctorat en Pharmacie, UFHB 2016; N°1752/16: 155.
- **48-Konan K.C.,** Analyse des prescriptions et interventions pharmaceutiques au cours de la prise en charge du paludisme en pédiatries à l'hôpital général d'Abobonord (Abidjan). Th.Pharm : Abidjan. Univ Cocody 2014.
- **49-Koning M B, Bloemen OJ, Van Amelsvoort TA et** *al.*, Early intervention in patients at ultra-high risk of psychosis: benefits and risks. Acta/Psychiatr/Scand 2009; 119(6): 26-442.
- **50-Kouamé E.** Etude de satisfaction des patients venant en consultation au service d'Hygiène mentale d'Abidjan (Institut National de Sante Publique d'Abidjan), Thèse Med, Abidjan 2013 ; n°5512 : 91.

- **51-Koulibaly.M.L.**, Analyse des ordonnances de sortie de patients de plus 65ans dans un établissement public de santé psychiatrique, [En ligne], www.prescrire.org>Docu>poster-koulibaly (consulté le 28 Septembre 2018).
- **52-Lambert-Faivre Y et Porchy-Simon S.**, Droit du dommage corporel, Système d'indemnisation, Dalloz 2009 ; 6^{ème} édition : 736-737.
- **53-Lambrette G.,** Santé et santé mentale, une question anthropologique ? Santé conjuguée 2010 ; n°52 : 19, [En ligne], https://www.maisonmedicale.org/lambrette.pdf (consulté le 21 Mars 2018).
- **54-Leboyer M., Bellivier F., Mc Keon P et** *al.*, Age at onset and gender resemblance in bipolar siblings. *Psychiatry Research* 1998 Nov; 81(2):125-31.
- **55-Lechat P.,** L'ordonnance et les règles de prescription des médicaments; Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, [En ligne], http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/ordonnance.html (consulté le 25 Décembre 2017).
- **56-Lefèvre T**., Analyse des interventions pharmaceutiques réalisées lors de la validation des prescriptions médicales, au sein d'une officine de pharmacie. J Pharm Clin 2011; 30 (3): 155-8.
- **57-Lemaire P.,** La prescription médicale et son implication. , [En ligne], adresse URL : http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/la-prescription-medicale-et-son-implication.html , (consulté le 25 Décembre 2017).
- **58-Locca JF.,Krahenbuhl JM.,Niquille A et** *al.*,Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens ; Revue Médicale Suisse 2009 : 2382-7.
- **59-Longuefosse J-L., Rhodes P., Foucher B.,** Analyse pharmaceutique des prescriptions en psychiatrie : étude de pertinence, Encéphale 2018, [En ligne],

https://www.jle.com/fr/revues/...prescription...pedopsychiatrie.../article.phtml?.. (Consulté le 23 Juin 2018).

- **60-Louis V et collaborateurs**., Le Dictionnaire Vidal 2017, 93^{ème} édition Broché. [En ligne], https://livre.fnac.com (consulté le 21 Novembre 2017).
- **61-Mangan M.,** La connaissance par les médecins généralistes de l'existence de la pathologie psychiatrique et de son suivi chez leurs patients. Thèse Med, pairs 2014:64.
- **62-Marando N et Bussières JF.,** Services cliniques et soins pharmaceutiques. De l'apothicaire au spécialiste. Montréal; APES 2011:400-447.
- **63-Marquet I.,** Accessibilité aux antipaludiques au Sénégal, effet de l'introduction de l'association Artésunate/Amodiaquine. Mémoire de DESS de santé publique ; Dakar 2003.
- **64-Martini M.,** Amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients et des pratiques professionnelles pharmaceutiques / la qualité de l'analyse pharmaceutique des traitements médicamenteux au centre hospitalier de Luneville ; Université Henri Poincaré, Nancy 1 : Faculté de Pharmacie 2010.
- **65-Membres de la Commission Sécurisation du circuit du médicament de l'Ormedims Poitou-Charente.,** Analyse pharmaceutique des prescriptions; Ormedims Poitou-Charente 2010; n°1, [En ligne], Docu>poster-koulibaly">www.prescrire.org>Docu>poster-koulibaly (consulté le 28 Septembre 2018).
- **66-Miller RR.** History of clinical pharmacy and clinical pharmacology. Journal of clinical pharmacology 1981; 21: 195-7.
- **67-Moulsma A et Rabiller P.,** Maîtrise des risques liés au circuit du médicament en établissements psychiatriques : de la prescription à l'administration des médicaments. Risques &Qualité 2006 ; 3(4) : 216-223.

- **68-Nandjui T.D.E**. Analyse des interventions pharmaceutiques au cours de la dispensation d'antirétroviraux au CHU de Cocody. In Koffi NO., Analyse des prescriptions d'antibiotiques et interventions pharmaceutiques en consultations externes de pédiatrie du CHU de Cocody, Thèse de Doctorat en Pharmacie, UFHB, 2016, N°1752/16: 155.
- **69-Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OEPS)**. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, synthèse générale, In Yao Y.P., Yéo-Tenena Y.J.M., Kamagaté M., Prescription des psychotropes : difficultés et perspectives en Côte d'Ivoire (Afrique de l'ouest), Information psychiatrique 2009, n°85 : 709-714.
- **70-Omedit centre.**, Les Bonnes Pratiques de Prescription Médicamenteuse (Patient hospitalisé, sortant ou vu en consultation externe); ARH (Agence régionale de l'hospitalisation du Center) 2009.
- **71-Omedit Pays de la loire.,** Analyse pharmaceutique : méthodes et outil-Du cas général aux cas particuliers ; ARS /SFPC 2012 : 57.
- **72-Organisation mondiale de la santé (OMS) 1990 ; Classification Internationale des Maladies-10**^{eme} **révision (CIM-10).,** chapitre 05, Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) 2007 ; [En ligne], www.atih.sante.fr (consultée le 01 Mars 2018).
- **73-Ordre des pharmaciens de Côte d'Ivoire.** L'ordonnance médicale; [En ligne], http://www.ordrepharmacien.ci/ L'ordonnance-médicale (consulté le 18 Novembre 2017).
- **74-Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Rapport sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant. *Genève*: OMS 2001; [En ligne], https://www.who.int/whr2003_fr.pdf(consulté le 18 Novembre 2017).
- **75-Organisation Mondiale de la Santé., (OMS)** « La santé mentale : renforcer notre action », Aide-mémoire 2016,

- [Enligne], http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr (consulté le 15 Janvier 2018).
- **76-Ouattara A.N**., Réinsertion socio-professionnelle des malades mentaux stabilisés : à propos de 100 cas colligés à l'Hôpital psychiatrique de Bingerville, Thèse Med, Abidjan 1998 ; n°2036: 131.
- **77-Palazzolo J**. Insomnies et troubles psychiatriques, Cerveau&Psycho décembre 2018; n°83, [En ligne], <u>www.cerveauetpsycho.fr/.../article-dossier-insomnie-et-troubles-psychiques-19993.ph</u> (consulté le 6 Juin 2018).
- **78-Parent. G.,Rose X.F.,Bechou.P., et** *al.* Interventions pharmaceutiques par les pharmaciens sur les médicaments psychotropes. Encéphale (2014), [En ligne], https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.10.00article (consulté le 30 Septembre 2018).
- **79-Pauls D.L.,** An update on the genetics of Gilles de la Tourette syndrome. J Psychosom Res 2003; 55: 7-12.
- **80-Pulver A., Mulle J., Nestadt G et** *al.***,** Genetic heterogeneity in schizophrenia: stratification of genome scan data using co-segregating related phenotypes. *Mol psychiatry* 2000; 5: 650-3.
- **81-Remed.,** Bien dispenser les médicaments Une contribution essentielle au bon usage des médicaments Inventaire dans les pays africains.), [En ligne], www.remed.org/Bien_dispenser_les_medicaments.rtf, (consulté le 30 Septembre 2018).
- **82-Risch N.,** Linkage strategies for genetically complex traits. II. The power of affected relative pairs. *Am J Hum Genet* 1990; 46: 229-41.
- 83-Samad Z., Boyle S., Ersboll M., Sex differences in platelet reactivity and cardiovascular and psychological reponse to mental stress in patients with stable

- ischemic heart discase .Insights from the REMIT study.J Am coll cardiol 2014 . [En ligne], RMS-N-487">https://www.revmed.ch>RMS-N-487 (consulté le 30 Mars 2018).
- **84-Santé chez nous**. Insomnie, [En ligne], http://www.santecheznous.com (consulté le 6 Janvier 2018).
- **85-Schuler D., Burla L**., La santé psychique en Suisse. Monitorage 2012 (Obsan rapport 52). Neuchâtel : Observatoire Suisse de la Santé. [En ligne], https://www.revmed.ch>RMS-N-487 (consulté le 30 Mars 2018).
- **86-Société Française de Pharmacie Clinique**., Projet SFPC 2016-2019, [En ligne], Mise à jour le samedi 3 juin 2017, http://www.sfpc.eu/fr (consulté le 24 Mars 2018).
- 87-Sutter A.L., **Bourgeois M.**; Anxiété attaque de panique obstionnel clinique ;epidemiologie;grossesse puerpérale ; trouble compulsif; confrontation psychiatrique 1995; n°36:125-138,[En ligne], https://www.ascodocpsy.org/ santepsy/index.php/bulletin_display (consulté le 24 Mars 2018).
- **88-Tanguy-Goarin C.N et Mugnier N.,** L'activité de pharmacie clinique en hospitalisation continue d'oncologie et d'hématologie améliore significativement l'efficacité des actions pharmaceutiques et la prévention des problèmes pharmaco thérapeutiques. Le pharmacien hospitalier 2011 ; 46 : 4-12. [En ligne], https://www.sciencedirect.com (consulté le 24 Avril 2018).
- 89-Tetreault R., « Les erreurs médicales et la sécurité des patients-Qui a peur du fault? » Santé. Presse Universitaire, Fonds Marcel-Guy no recherche. Université de Sherbrooke 27 mai 2002 ;[En ligne], http://www.ledevoir.com (consultée le 11 février 2018).
- **90-Valastro OM.,** « La caractéristique sociale des problématiques en santé mentale : la relation individu/société », Revue électronique de sociologie Esprit

critique no.04-Avril 2001 ; 03, [En ligne], 3w. espritcritique.fr (consulté le 18 Février 2018).

- **91-Verhoeven M., Van Neerven I.,** Soigner et accompagner : perspectives anthropologiques, Les pratiques de soins et les conséquences culturelles, De boeck. Paris 2014 : 92.
- **92-Worldbank.** La démarche qualité: Un nouveau mode de management pour l'hôpital, [En ligne],

http://info.worldbank.org/etools/docs/library/232765/Reform%20Hospitaliere/docs/CDR/La%20d%C3%A9marche%20qualit%C3%A9.pdf, (Consulté le 6 décembre 2017).

93-Yavo P., Yessonguilana JMYT., Mamadou K et *al.*, Prescription des psychotropes: difficultés et perspectives en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest). L'Information psychiatrique 2009 ; 85(8): 709-14.



FICHE D'ENQUÊTE	
1. IDENTIFICATION DU DOSSIER	ANNEXE 1
Questionnaire N°	
N° DE DOSSIER Qualité du	
prescripteur:	
2. IDENTIFICATION DU PATIENT	ion 🗔
Age sexe : M F□ Lieu de résidence : Abid	јан 🗀
Intérieur □ Hors CI □ Profession : Fonctionnaire □ Agent d	lu privé □
Artisan □ Libéral □ Autre, Préciser :	
Situation familiale : Célibataire Marié (e) Union libre	Divorcé (e) □
Veuf (ve) □	
Niveau d'étude : Non scolarisé □ Primaire □ Secondain	re 🗆
Supérieur □	
3. DONNEES D'ADMISSION	
Date de la 1ere consultation :	Motif de
consultation:	
Mode de venue [initiative personnel /Accompagné]	bulletin □

4. HISTOIRE DE LA MALADIE

	Histoire recuei	llie auprès du i	malade ou rap	portée par	l'entourage	
	Naturelle (Biolo religieuse □ Autres, Préciser				-	
	Signes somatiqu	ies :				
	Signes psychiatr	riques :				
	Mode de début	:				
	Délai d'évolution	on:				
	Retentissement	sur le comporte	ment:			
	Chronologie des	s signes :				· • • •
	Nature du traite	ement:				
	Posologie:					
	Durée du traite	ment entrepris:				
	Itinéraire thérap	peutique :				•••
	Efficacité du tra	aitement entrep	ris :			
	Bilan antérieur					
5	ANTECEDEN	TS				
•	A/ PSYCHIAT		Personnels		Familiau	X 🗆
	B/ JUDICIAIR		Personnels		Familiaux	
	C/ SOMATIQU	UES		_		
a)	Personnels:	Médicaux □cl	nirurgicaux 🗆	gyne	éco-obstétriqu	ies 🗆
b)	Addiction:	tabac 🗆	alcool \square	drog	ue□	
]

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)

c)	e) Familiaux : ascendants □ collatéraux □ descendants	conjoint
6.	6. EXAMEN PSYCHIATRIQUE : EEG □ Scanner	□ Autre,
	Préciser:	
7.	7. EXAMEN SOMATIQUE: Tension □ Températ	ure □
	Autre, préciser :	
A	A/ EXAMEN GENERAL: Biologique Radiologiq	ue□
	Autre, préciser :	
8.	B. HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE: Trouble psycholog	gique Maladie
	psychosomatique	
9.	O. RESULTATS EXAMENS PARACLINIQUES (BIOL	OGIQUE ET
	IMAGERIE) :	
10	10.DIAGNOSTIC	
	RETENU:	
1	1.Historique médicamenteux	
	Prise de médicament : Oui □ Non □ Si oui, Précise	r les molécules :
••		
12	2.PRESCRIPTION DU JOUR	
	Spécialités/DCI/Dosage/for Posologie et durée de traitement	Modalités de prises
1		
3		
4		
5		

ANALYSE PHARMAC D'HYGIENE MENTAL	CEUTIQUE DES PRESC E D'ABIDJAN (INSP)	CRISPTIONS AU SE	ERVICE D'ADDICTO	LOGIE ET

13.PROBLEMES PHARMACEUTIQUES

13.1. DETECTION DE PROBLEMES (cochez le problème correspondant)

1. NON-CONFORMITE AUX REFERENTIELS/CONTRE-INDICATION
-Non-conformité aux consensus/référentiels/RCP/recommandations□
-Contre-indication
2. INDICATION NON TRAITEE
- Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide
- Absence de prophylaxie ou de prémédication
- Médicament synergique ou correcteur à associer
3. SOUS-DOSAGE
- Posologie infra- thérapeutique□
- Durée de traitement anormalement raccourcie
4. SURDOSAGE
- Posologie supra-thérapeutique
- Même principe actif prescrit plusieurs fois
5. MEDICAMENT NON INDIQUE
-Médicament prescrit sans indication justifiée□
-Médicament prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage
- Redondance pharmacologique (2 principes actifs différents de même classe thérapeutique)
6. INTERACTION MEDICAMENTEUSE
- A prendre en compte□

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)

-Précaution d'emploi
- Association déconseillée
- Contre-indication
7. EFFET INDESIRABLE
8. VOIE/ADMINISTRATION INAPPROPRIEE
- Autre voie plus efficace et moins coûteuse à efficacité équivalente□
- Méthode d'administration non adéquate□
- Mauvais choix de forme galénique
-Libellé incomplet (absence de dosage)
- Plan de prise non optimal (répartition horaire et moment)□
9. TRAITEMENT NON REÇU
- Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments injectables \square
- Problème d'observance
10. MONITORAGE A SUIVRE (surveillance particulière du traitement à mettre en place) □
13.2. INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES (IP):
IP1 - Ajout (prescription
nouvelle)
IP2 -Arrêt
IP3-Echange/mise en place d'une nouvelle alternative thérapeutique
• proposition d'alternatives plus simples
 proposition d'alternatives plus économiques (génériques, rapport coût/efficacité plus favorable, diminution de posologies possibles)
IP4- Choix de la voie d'administration plus adaptée au patient :
-surveillance biologique □, <i>préciser le type</i>
-Demande/arrêt du dosage d'un médicament □, préciser
IP6- Optimisation des modalités de dispensation / d administrations
-Précision des modalités d'administration
propriétés pharmaceutiques et pharmacocinétiques des médicaments, des

pathologies associées, du mode de vie du patient, des interactions
médicamenteuses)
IP7 Adaptation posologique
-Adaptation de la posologie (d'un médicament par ajustement des doses en
tenant compte du poids, l'âge, la situation clinque du patient ou qu'il s'agisse d'ur
médicament à marge thérapeutique étroite)□,
préciserpréciser
-Allongement d'une durée de traitement jugée trop
<i>courte</i> □,
préciserpréciser
IDO EVOLICATION DE L'ODDONNANCE ET EMISSION DE CONSEIL
IP8-EXPLICATION DE L'ORDONNANCE ET EMISSION DE CONSEILS
AUX PATIENTS
13.4. DONNER UNE OPINION PHARMACEUTIQUE PRECISE A
COMMUNIQUER AU
PRESCRIPTEUR
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
••••••
••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
••••••
••••••
•••••

13.5. DEVENIR DES INTERVENTONS PHARMACEUTIQUES (IP) 1. IP acceptée avec modification □ 2. IP acceptée sans modification □ 3.IP non acceptée □ 13.6. COTATION DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES : -IP₀: IP sans impact clinique direct mais à objectif financier, informatif□ -IP₁: IP avec impact clinique significatif : augmente l'efficacité du traitement et/ou la sécurité du patient et/ou améliore la qualité de vie du patient□ -IP₂: IP avec impact clinique très significatif: empêche un dysfonctionnement organique, évite une surveillance médicale intensive ou une séquelle irréversible.□

-IP₃: IP avec impact clinique vital: évite un accident potentiellement fatal.......□

ANNEXE 2

NUMERO	DESCRIPTION DU PROBLEME		INTERVENTION		MEDICAMENT
			PHARMACEUTIQUE		
	Libellé du	Raison de l'IP	Libellé de l'IP	Type de l'IP	_
	problème	selon l'outil de		selon l'outil de	
		classification		classification de	
		SFPC		la SFPC	
1	Patient de 17 ans	Non-conformité	L'efficacité et la	Arrêt	Amisulpride
	reçoit	aux	tolérance de		
	l'amisulpride non	recommandations	l'amisulpride		
	indiqué aux		n'ont pas été		
	enfants de moins		établies chez les		
	de 18 ans		enfants de moins		
			de 18ans		
2	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenid
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		yle
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
3	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque	Substitution par	Halopéridol et
	chlorpromazine et	indiqué	d'exacerbation	la risperidone	chlorpromazine
	de l'halopéridol,		des effets	antipsychotique	
	tous 2 appartenant		indésirables	de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
4	Patient reçoit de l	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Amisulpride
	amisulpride et la	médicamenteuse	survenue de		

	lumefantrine dont		torsade de pointe		
	l'association est				
	déconseillée				
5	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque	Substitution par	Halopéridol et
	chlorpromazine et	indiqué	d'exacerbation	la risperidone	chlorpromazine
	de l'halopéridol,		des effets	antipsychotique	
	tous 2 appartenant		indésirables	de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
6	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
7	Patient anxieux	Indication non	Pathologie non	Substitution de la	Chlorpromazine
	reçoit de la	traité	traitée	chlorpromazine	
	chlorpromazine			par un	
	qui est non			anxiolytique	
	indiqué.				
8	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de manie délirante	médicamenteuse	survenue de		
	reçoit de la		torsade de pointe		
	chlorpromazine,				
	de l'halopéridol,				
	de l'acide				
	valproïque et de l				
	alimemazine				

9	Patient reçoit de l	Interaction	Association	Arrêt	Alimemazine
	amitryptiline et de	médicamenteuse	risquant		
	1 alimemazine		d'entrainer une		
			majoration de la		
			dépression		
			centrale		
10	Patient sénile	Non-conformité	Ginkgo biloba	Arrêt	Ginkgo biloba
	dément reçoit du	aux	non recommande		
	ginkgo biloba ;	recommandations	chez les patients		
	non recommandé		atteints de		
	aux patients		démence		
	atteints de		confirmée,		
	démence				
	confirmée				
11	Patient reçoit de	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Levopromazine
	l'halopéridol, de	médicamenteuse	survenue de		
	la		torsade de pointe		
	chlorpromazine,				
	de la				
	Lumefantrine, de				
	la				
	Levopromazine				
12	Patient sénile	Non-conformité	Ginkgo biloba	Arrêt	Ginkgo biloba
	dément reçoit du	aux	non recommande		
	ginkgo biloba ;	recommandations	chez les patients		
	non recommandé		atteints de		
	aux patients		démence		
	atteints de		confirmée,		
	démence				
	<u>l</u>	<u> </u>	<u> </u>		

	confirmée				
13	Patient souffrant	Médicament non	Lorazepam	Arrêt	Lorazepam
	de psychose	indiqué	anxiolytique non		
	délirante reçoit de		indiqué dans la		
	la lorazepam et de		psychose		
	la chlorpromazine		délirante		
14	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
15	Patient reçoit de la	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Risperidone et
	risperidone, de la	médicamenteuse	survenue de		chlorpromazine
	lumefantrine et de		torsade de pointe		
	la chlorpromazine				
	dont l'association				
	est déconseillée				
16	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Diazépam
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	du diazépam dont		d'entrainer une		
	l'association est		majoration de la		
	déconseillée		dépression		
			centrale		
17	Patient	Médicament non	Diazépam	Arrêt	Diazépam
	schizophrène	indiqué	anxiolytique n'est		
	reçoit de la		pas indiqué dans		

	chlorpromazine,		le traitement de la		
	de l'halopéridol et		schizophrénie		
	du diazépam				
18	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
19	Patient reçoit de	Interaction	augmentation des	Suivi	Phénobarbital
	l'acide valproïque	médicamenteuse	concentrations	thérapeutique	
	et du		plasmatiques de		
	phénobarbital		l'acide valproïque		
	dont association		par le		
	est déconseillée		phénobarbital,		
20	Patient reçoit de	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Chlorpromazine
	l'amisulpride et	médicamenteuse	survenue de		
	de la		torsade de pointe		
	chlorpromazine				
	dont l'association				
	est déconseillée				
21	Patient reçoit de	Effets	Risque de	Suivi	Halopéridol
	l'halopéridol;	indésirables	manifestation des	thérapeutique	
	risque de		effets indésirables		
	survenue de		de l'halopéridol		
	dyskinésie				
22	Patient reçoit de	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Levopromazine

	l'halopéridol, de	médicamenteuse	survenue de		
	la chlorpromazine		torsade de pointe		
	et de la				
	Levopromazine				
	dont l'association				
	est déconseillée				
23	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
24	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de survenue des	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	effets indésirables	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,			antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
25	Patient reçoit de	Surdosage	Posologie de l	Adaptation de la	Alimemazine
	l'alimemazine à la		alimemazine de	posologie	
	posologie de 35		chez l'adulte varie		
	goutte par jour		de 5 -20gouttes en		
	les		une prise au		
	Soirs		moment du		
			coucher		
26	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		

	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
27	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré des	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	effets indésirables	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,			antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
28	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
29	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont l'association				
	est déconseillée				
30	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
			1		

31	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
32	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
33	Patient reçoit de	Interaction	Diminution de	Arrêt	Chlorpromazine
	la chlorpromazine	médicamenteuse	l'effet hypo-		
	et de glimepiride		glycémiant de la		
			glimepiride par la		
			chlorpromazine		
34	Patient	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Chlorpromazine
	schizophrène	indiqué	survenue des		
	reçoit de la		effets indésirables		
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
35	Patient	Médicament non	Risque de	Ajout de la	Halopéridol
	schizophrène	indiqué	survenue des	trihexylphenidyle	
	reçoit		effets indésirables		

	l'halopéridol				
36	Patient reçoit de	Interaction	Association	Arrêt	Lorazepam
	la chlorpromazine	médicamenteuse	risquant		
	et lorazepam dont		d'entrainer une		
	l'association est		majoration de la		
	déconseillée		dépression		
			centrale		
37	Patient reçoit de	Surdosage	Posologie de l	Adaptation de la	alimemazine
	l'alimemazine à la		alimemazine de	posologie	
	posologie de 35		chez l'adulte varie		
	goutte par jour		de 5 -20gouttes en		
	les		une prise au		
	Soirs		moment du		
			coucher		
38	Patient sénile	Non-conformité	Ginkgo biloba	Arrêt	ginkgo biloba
	dément reçoit du	aux	non recommande		
	ginkgo biloba ;	recommandations	chez les patients		
	non recommandé		atteints de		
	aux patients		démence		
	atteints de		confirmée		
	démence				
	confirmée				
39	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arret	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
40	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol

	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
41	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
42	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	anti-psychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
43	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
44	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol

	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
45	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
46	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue de	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		torsade de pointe	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
47	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
48	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
			1	1	

	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
49	Patient souffrant	Médicament non	Amitryptiline	Arrêt	Amitryptiline
	de psychose	indiqué	anti-dépresseurs		
	délirante aigue		n'est pas indiqué		
	reçoit de la		dans le traitement		
	chlorpromazine et		de la psychose		
	l'amitryptiline				
50	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
51	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
52	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				

53	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
54	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
55	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	chlorpromazine et
	tous 2 appartenant			de 2eme	halopéridol
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
56	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
57	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol

	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
58	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
59	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
60	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
61	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	1				

	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
62	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
63	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
64	Patient dépressif	Interaction	Association	Arrêt	Lorazepam
	reçoit de l	médicamenteuse	risquant		
	alimemazine, de		d'entrainer une		
	la fluoxetine et du		majoration de la		
	lorazepam		dépression		
			centrale		
65	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				

66	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
67	Patient reçoit de	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	la chlorpromazine	médicamenteuse	risquant		
	et de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
68	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
69	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
70	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		

	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
71	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Alimemazine
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de l'alimemazine		d'entrainer une		
			majoration de la		
			dépression		
			centrale		
72	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
73	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
74	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				

	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
75	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
76	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
77	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
78	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		

	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
79	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
80	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
81	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
82	Patient reçoit de la	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Amisulpride
	chlorpromazine et	médicamenteuse	survenue de		
	de l amisulpride		torsade de pointe		
83	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
		<u> </u>	<u> </u>	<u>I</u>	<u> </u>

	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
84	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
85	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
86	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
87	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
	est deconseniee				

88	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
89	Patient sénile	Non-conformité	Ginkgo biloba	Arrêt	Ginkgo biloba
	dément reçoit du	aux	non recommande		
	ginkgo biloba ;	recommandations	chez les patients		
	non recommandé		atteints de		
	aux patients		démence		
	atteints de		confirmée		
	démence				
	confirmée				
90	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Tropatepine
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la tropatepine		d'entrainer une		
	dont l'association		exacerbation de		
	est déconseillée		l'effet atropinique		
91	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
92	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	emorpromazine et	medicamenteuse	nsquant		

	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
93	Patient reçoit de la	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Amisulpride
	chlorpromazine et	médicamenteuse	survenue de		
	de l amisulpride		torsade de pointe		
94	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
95	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
96	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
97	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	<u> </u>		l		

	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
98	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
99	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
100	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Tropatepine
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la tropatepine		d'entrainer une		
	dont l'association		exacerbation de		
	est déconseillée		l'effet atropinique		
101	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				

	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
102	Patient reçoit de la	Voie	Risque	Optimisation des	Tropatepine
	Tropatepine à la	/administration	d'inefficacité du	modalités de	
	posologie d'un cp	Inappropriée	traitement	dispensation	
	les soirs en lieu et				
	place d'un cp les				
	matins				
103	Patient souffrant	Interaction	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	de psychose	médicamenteuse	survenue de		
	délirante aigue"		torsade de pointe		
	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
104	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
105	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				

106	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Tropatepine
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la tropatepine		d'entrainer une		
	dont l'association		exacerbation de		
	est déconseillée		l'effet atropinique		
107	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
108	Patient	Interaction	Risque de	Suivi	Fluoxetine
	hypertendu sous	médicamenteuse	majoration de	thérapeutique	
	spironolactone		l'hyponatrémie		
	reçoit de la				
	fluoxetine				
109	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
110	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				

111	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
112	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	trihexylphenidyle	médicamenteuse	risquant		
	et de		d'entrainer une		
	l'amitryptiline		exacerbation de		
			l'effet atropinique		
113	Patient dépressif	Médicament non	Trihexylphenidyle	Arrêt	Trihexylphenidyle
	reçoit de la	indiqué	antiparkinsonien		
	trihexylphenidyle		non indiqué dans		
	et l amitryptiline		le traitement de la		
			dépression		
114	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue de		
	de l'halopéridol,		torsade de pointe		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
115	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				

de psychose indiqué survenue des délirante aigue" effets indésirables reçoit de la	la risperidone antipsychotique de 2eme génération	halopéridol
reçoit de la	de 2eme	
	génération	
chlorpromazine et		
de l'halopéridol,		
dont association		
est déconseillée		
117 Patient reçoit de la Interaction Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
chlorpromazine et médicamenteuse risquant		
de la d'entrainer une		
trihexylphenidyle exacerbation de		
dont l'association l'effet atropinique		
est déconseillée		
118 Patient souffrant Médicament non Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
de psychose indiqué survenue de		
délirante aigue " torsade de pointe		
reçoit de la		
chlorpromazine et		
de l'halopéridol,		
dont association		
est déconseillée		
119 Patient reçoit de la Interaction Association	Arrêt	Tropatepine
chlorpromazine et Médicamenteuse risquant		
de la tropatepine d'entrainer une		
dont l'association exacerbation de		
est déconseillée l'effet atropinique		
120 Patient souffrant Médicament non Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
de psychose indiqué survenue de		
délirante aigue torsade de pointe		

	reçoit de la				
	chlorpromazine et				
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
121	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	tropatepine
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la tropatepine		d'entrainer une		
	dont l'association		exacerbation de		
	est déconseillée		l'effet atropinique		
122	Patient souffrant	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	de psychose	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	délirante aigue"		effets indésirables	antipsychotique	
	reçoit de la			de 2eme	
	chlorpromazine et			génération	
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
123	Patient souffrant	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	de psychose	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	délirante aigue"		effets indésirables	antipsychotique	
	reçoit de la			de 2eme	
	chlorpromazine et			génération	
	de l'halopéridol,				
	dont association				
	est déconseillée				
124	Patient sénile	Non-conformité	Ginkgo biloba	Arrêt	Ginkgo biloba
	dément reçoit du	aux	non recommande		
	ginkgo biloba ;	recommandations	chez les patients		
	non recommandé		atteints de		

atteints de démence confirmée 125 Patient souffrant Médicament non de psychose indiqué survenue de délirante aigue" torsade de pointe reçoit de la chlorpromazine et de l'halopéridol, 126 Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulpride de l'amisulpride, torsade de pointe antipsychotique	lol,
125 Patient souffrant Médicament non Risque majoré de Arrêt l'halopérid	lol,
Patient souffrant Médicament non Risque majoré de Arrêt l'halopérid de psychose indiqué survenue de délirante aigue" reçoit de la chlorpromazine et de l'halopéridol, Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulprid	lol,
de psychose indiqué survenue de délirante aigue" torsade de pointe reçoit de la chlorpromazine et de l'halopéridol, 126 Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulprid	lol,
délirante aigue" reçoit de la chlorpromazine et de l'halopéridol, 126 Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulprid	
reçoit de la chlorpromazine et de l'halopéridol, 126 Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulprid	
chlorpromazine et de l'halopéridol, 126 Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulprid	
de l'halopéridol, 126 Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulprid	
Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorproma chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulprid	
chlorpromazine et indiqué survenue de la risperidone amisulprid	
	azine et
de l'amisulpride, torsade de pointe antipsychotique	.e
tous 2 appartenant de 2eme	
à la même classe génération	
pharmaco-	
thérapeutique	
127 Patient reçoit de la Interaction Association Arrêt tropatepine	e
chlorpromazine et Médicamenteuse risquant	
de la tropatepine d'entrainer une	
dont l'association exacerbation de	
est déconseillée l'effet atropinique	
128 Patient souffrant Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorproma	azine et
de psychose indiqué survenue des la risperidone halopérido	1
délirante aigue effets indésirables antipsychotique	
reçoit de la de 2eme	
chlorpromazine et génération	
de l'halopéridol,	
tous 2 appartenant	
à la même classe	

	pharmaco-				
	thérapeutique				
129	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
130	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
131	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Tropatepine
	chlorpromazine,	médicamenteuse	risquant		
	et de la		d'entrainer une		
	tropatepine dont		exacerbation de		
	l'association est		l'effet atropinique		
	déconseillée				
132	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
133	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Halopéridol

	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la Arrêt e dont		d'entrainer une		
	l'association est		exacerbation de		
	déconseillée		l'effet atropinique		
134	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
135	Patient reçoit de la	Interaction	Association risquant	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	d'entrainer une exacerbation de		
	de la		l'effet atropinique		
	trihexylphenidyle				
	dont l'association				
	est déconseillée				
136	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
137	Patient reçoit de la	Interaction	risquant	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	d'entrainer une		
	de la		exacerbation de		
	trihexylphenidyle		l'effet atropinique		
	dont l'association				
	est déconseillée				

138	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
139	Patient reçoit de la	Interaction	risquant	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	d'entrainer une		
	de la		exacerbation de		
	trihexylphenidyle		l'effet atropinique		
	dont l'association				
	est déconseillée				
140	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
141	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	amisulpride,
	de l amisulpride,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
142	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	amisulpride
	de l amisulpride,		effets indésirables	antipsychotique	

	à la même classe				
				génération	
l P	pharmaco-				
tl	hérapeutique				
143 P	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
c	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	amisulpride
d	de l amisulpride,		effets indésirables	antipsychotique	
to	cous 2 appartenant			de 2eme	
à	à la même classe			génération	
p	pharmaco-				
tl	hérapeutique				
144 P	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
c	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	amisulpride
d	de l amisulpride,		effets indésirables	antipsychotique	
to	cous 2 appartenant			de 2eme	
à	à la même classe			génération	
p	pharmaco-				
tl	hérapeutique				
145 P	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	tropatepine
c	chlorpromazine,	médicamenteuse	risquant		
e	et de la		d'entrainer une		
tı	ropatepine dont		exacerbation de		
1	'association est		l'effet atropinique		
d	déconseillée				
146 P	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
c	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
d	de l'halopéridol,		effets indésirables		
to	cous 2 appartenant				
à	à la même classe				
p	pharmaco-				

	thérapeutique				
147	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Tropatepine
	chlorpromazine,	Médicamenteuse	risquant		
	et de la		d'entrainer une		
	tropatepine dont		exacerbation de		
	l'association est		l'effet atropinique		
	déconseillée				
148	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
149	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Tropatepine
	chlorpromazine,	médicamenteuse	risquant		
	et de la		d'entrainer une		
	tropatepine dont		exacerbation de		
	l'association est		l'effet atropinique		
	déconseillée				
150	Patient dépressif	Médicament non	Chlorpromazine	Arrêt	Chlorpromazine
	reçoit de la	indiqué	anti-psychotique		
	chlorpromazine		non indiqué dans		
			le traitement de la		
			dépression		
151	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		

	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
152	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
153	Patient	Non-conformité	Risque de	Arrêt	chlorpromazine et
	glaucomateux	aux	majoration des		trihexylphenidyle
	reçoit de la	recommandations	effets		
	chlorpromazine	/contre-indication	atropiniques voir		
	et de la		exacerbation du		
	trihexylphenidyle		glaucome par		
	contre indiqués		fermeture de		
	chez le patient		l'angle		
	glaucomateux				
154	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
155	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol,
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				

	thérapeutique				
156	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
157	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
158	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
159	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol,
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
160	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		

	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
161	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
162	Patient sénile	Non-conformité	Ginkgo biloba	Arrêt	Ginkgo biloba
	dément reçoit du	aux	non recommande		
	ginkgo biloba ;	recommandations	chez les patients		
	non recommandé		atteints de		
	aux patients		démence		
	atteints de		confirmée		
	démence				
	confirmée				
163	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
164	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				

	pharmaco-				
	thérapeutique				
165	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
166	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
167	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
168	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol,
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
169	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	amisulpride

	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de l'amisulpride,		d'entrainer une		
	tous 2 appartenant		exacerbation de		
	à la même classe		l'effet atropinique		
	pharmaco-				
	thérapeutique				
170	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
171	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
172	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
173	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				

	pharmaco-				
	thérapeutique				
174	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Tropatepine
	chlorpromazine,	Médicamenteuse	risquant		
	et de la		d'entrainer une		
	tropatepine dont		exacerbation de		
	l'association est		l'effet atropinique		
	déconseillée				
175	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
176	Patient reçoit du	Interaction	Diminution de la	Substitution de	Halopéridol
	phénobarbital et	médicamenteuse	concentration	l'halopéridol par	
	de l'halopéridol		plasmatique de	la	
			l'halopéridol par	chlorpromazine	
			le phénobarbital		
177	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Tropatepine
	chlorpromazine,	médicamenteuse	risquant		
	et de la		d'entrainer une		
	tropatepine dont		exacerbation de		
	l'association est		l'effet atropinique		
	déconseillée				
178	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	

	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
179	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
180	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
181	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
182	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				

183	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
184	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
185	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
186	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
187	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		

	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
188	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
189	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
190	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
191	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
				<u> </u>	

192	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'halopéridol,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
193	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
194	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine,de	indiqué	survenue des		
	la levopromazine		effets indésirables		
	et de				
	l'halopéridol,				
	toutes				
	appartenant à la				
	même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
195	Patiente âgée de	Non-conformité	l'acide	Arrêt	l'acide valproïque
	27 ans reçoit de	aux	valproïque		
	l'acide valproïque	recommandations	contre-indiqué car		
	sans méthode de		aucune méthode		
	contraception,		de contraception n		
	contre indiqué		est établies chez		
	chez les patientes		la patiente en âge		
L	<u> </u>				

	en âge de procréer		de procréer,		
	sans contraception				
196	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
197	Patient de 17 ans	Non-conformité	L'efficacité et la tolérance de	Arrêt	Amisulpride
	reçoit	aux	l'amisulpride		
	l'amisulpride non	recommandations	n'ont pas été établies chez les enfants de moins		
	indiqué aux		de 18ans		
	enfants de moins				
	de 18 ans				
198	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
199	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyl
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
200	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine,	indiqué	survenue des		
	1		l		

	et de		effets indésirables		
	l'halopéridol,				
	toutes				
	appartenant à la				
	même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
201	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
202	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Halopéridol
	chlorpromazine,	indiqué	survenue des		
	et de		effets indésirables		
	l'halopéridol,				
	toutes				
	appartenant à la				
	même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
203	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
204	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des	la risperidone	de l'halopéridol,

	de l'halopéridol,		effets indésirables	antipsychotique	
	tous 2 appartenant			de 2eme	
	à la même classe			génération	
	pharmaco-				
	thérapeutique				
205	Patient anxieux	Médicament non	Chlorpromazine	Substitution de la	Chlorpromazine
	reçoit la	indiqué	Anti-	chlorpromazine	
	chlorpromazine		psychotique non	par un	
			indiqué dans le	anxiolytique	
			traitement des		
			troubles anxieux		
206	Patient dépressif	Médicament non	Chlorpromazine	Arrêt	Chlorpromazine
	reçoit de la	indiqué	Anti-		
	paroxetine et de		psychotique non		
	la chlorpromazine		indiqué dans le		
			traitement de la		
			dépression		
207	Patient dépressif	Médicament non	Chlorpromazine	Arrêt	Chlorpromazine
	reçoit de	indiqué	Anti-		
	l'amisulpride et		psychotique non		
	de la		indiqué dans le		
	chlorpromazine		traitement de la		
			dépression		
208	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine, et
	chlorpromazine,	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	et de		effets indésirables	antipsychotique	
	l'halopéridol,			de 2eme	
	toutes			génération	
	appartenant à la				
	même classe				

	pharmaco-				
	thérapeutique				
209	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Arrêt	Amisulpride
	chlorpromazine et	indiqué	survenue des		
	de l'amisulpride,		effets indésirables		
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
210	Patient	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine et
	schizophrène	indiqué	survenue des	la risperidone	amisulpride,
	reçoit de la		effets indésirables	antipsychotique	
	chlorpromazine et			de 2eme	
	de l'amisulpride,			génération	
	tous 2 appartenant				
	à la même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
211	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
212	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine, et
	chlorpromazine,	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol,
	et de		effets indésirables	antipsychotique	
	l'halopéridol,			de 2eme	
	toutes			génération	
	appartenant à la				

	même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
213	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
214	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine, et
	chlorpromazine,	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	et de		effets indésirables	antipsychotique	
	l'halopéridol,			de 2eme	
	toutes			génération	
	appartenant à la				
	même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				
215	Patient anxieux	Médicament non	la fluoxetine et de	Substitution la	fluoxetine et
	reçoit de la	indiqué	la chlorpromazine	fluoxetine et de	chlorpromazine
	fluoxetine et de la		respectivement	la	
	chlorpromazine		antidépresseurs et	chlorpromazine	
			anti-	par un	
			psychotique sont	anxiolytique	
			non indiqué dans		
			le traitement des		
			troubles anxieux		
216	Patient	Médicament non	Chlorpromazine	Arrêt	Chlorpromazine
	épileptique sous	indiqué	Anti-		
	phénobarbital		psychotique non		

chlorpromazine, indiqué survenue des la risperidone halopéridol et de effets indésirables antipsychotique de 2eme génération appartenant à la		reçoit de la		indiqué dans le		
Patient reçoit de la chlorpromazine et de la chlorpromazine et de la chlorpromazine et de la chlorpromazine et de la trihexylphenidyle dont l'association est déconseillée Médicament non est déconseillée Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique Irhalopéridol Interaction plasmatique de l'halopéridol Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol Interaction plasmatique de l'halopéridol Interaction plasmatique de l'halopéridol Interaction plasmatique de l'halopéridol Irhalopéridol par le phénobarbital Ia chlorpromazine, et de l'halopéridol par le phénobarbital Ia chlorpromazine, et de l'halopéridol par le phénobarbital Ia chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la méme chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la méme chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la méme chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la méme chlorpromazine la risperidone antipsychotique de 2eme génération Irhalopéridol Ia risperidone Irhalopéridol		chlorpromazine		traitement		
chlorpromazine et de la trihexylphenidyle dom l'association est déconseillée 218 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique 219 Patient reçoit du Interaction phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la médicament non le phénobarbital 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la				antiépileptique		
de la trihexylphenidyle dont l'association est déconseillée 218 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la même classe pharmaco- thérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué chlorpromazine plasmatique de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué chlorpromazine, indiqué chlorpromazine indiqué chlorpromazine le phénobarbital 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué chlorpromazine indiqué cffets indésirables appartenant à la médicament non plasmatique de l'halopéridol par le phénobarbital 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué cffets indésirables appartenant à la Médicament non plasmatique de l'halopéridol achlorpromazine indiqué cffets indésirables appartenant à la	217	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
trihexylphenidyle dont l'association est déconseillée 218 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la chlorpromazine, et de l'halopéridol 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, i indiqué survenue des appartenant à la médicament non plasmatique de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, i indiqué survenue des appartenant à la médicament non plasmatique de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, i indiqué survenue des effets indésirables antipsychotique de 2eme génération		chlorpromazine et	Médicamenteuse	risquant		
dont l'association est déconseillée 218 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la chl'operidol 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables appartenant à la médicamenteuse de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables appartenant à la médicament non plasmatique de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables appartenant à la médicament non chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables antipsychotique de 2eme génération		de la		d'entrainer une		
est déconseillée 218 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de chlorpromazine, et de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 210 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol 2110 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 2120 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la médicament non l'halopéridol par le phénobarbital 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la médicament non l'halopéridol effets indésirables la risperidone antipsychotique de 2eme génération		trihexylphenidyle		exacerbation de		
Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, et de l'halopéridol Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, et de l'halopéridol Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, et la risperidone antipsychotique de 2eme génération Diminution de la Substitution de la la la méme classe pharmaco-thérapeutique Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol Patient reçoit de la Médicamenteuse concentration plasmatique de l'halopéridol par le phénobarbital Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la Médicament non chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la		dont l'association		l'effet atropinique		
chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la même classe pharmaco- thérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la médicament non chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la		est déconseillée				
et de l'halopéridol, toutes appartenant à la même classe pharmaco- thérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la médicament non chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la médicament non chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la	218	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine, et
l'halopéridol, toutes appartenant à la même classe pharmaco- thérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la		chlorpromazine,	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
toutes appartenant à la même classe pharmaco- thérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la dépéridol Risque majoré de la risperidone antipsychotique effets indésirables appartenant à la génération génération génération génération génération génération halopéridol l'halopéridol par chlorpromazine, et la risperidone antipsychotique de 2eme génération		et de		effets indésirables	antipsychotique	
appartenant à la même classe pharmacothérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la Chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la		l'halopéridol,			de 2eme	
même classe pharmaco- thérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la concentration plasmatique de l'halopéridol par le phénobarbital 220 Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, indiqué et de l'halopéridol, toutes appartenant à la		toutes			génération	
pharmaco- thérapeutique 219 Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la Diminution de la Substitution de halopéridol l'halopéridol par chlorpromazine le phénobarbital 220 Substitution par chlorpromazine, et de 2eme génération Diminution de la Substitution de halopéridol l'halopéridol par chlorpromazine la risperidone antipsychotique de 2eme génération		appartenant à la				
thérapeutique Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol Patient reçoit de la médicamenteuse concentration plasmatique de l'halopéridol par le phénobarbital Patient reçoit de la l'halopéridol par le phénobarbital Patient reçoit de la Médicament non le phénobarbital Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, indiqué survenue des la risperidone antipsychotique de 2eme génération Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, et de la risperidone antipsychotique de 2eme génération		même classe				
Patient reçoit du phénobarbital et de l'halopéridol médicamenteuse concentration plasmatique de l'halopéridol par le phénobarbital et chlorpromazine le phénobarbital 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la la limitation de la Substitution de la Substitution de l'halopéridol par chlorpromazine la risperidone antipsychotique de 2eme génération		pharmaco-				
phénobarbital et de l'halopéridol médicamenteuse concentration plasmatique de l'halopéridol par le phénobarbital 220 Patient reçoit de la chlorpromazine, et chlorpromazine, et de l'halopéridol, toutes appartenant à la la médicament non plasmatique de l'halopéridol par chlorpromazine, et survenue des la risperidone antipsychotique de 2eme génération		thérapeutique				
de l'halopéridol plasmatique de la l'halopéridol par le phénobarbital 220 Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, indiqué survenue des la risperidone antipsychotique l'halopéridol, toutes appartenant à la la la la chlorpromazine la risperidone la risperidone de 2eme génération	219	Patient reçoit du	Interaction	Diminution de la	Substitution de	halopéridol
1'halopéridol par le phénobarbital 220 Patient reçoit de la Médicament non chlorpromazine, indiqué survenue des effets indésirables la risperidone antipsychotique de 2eme génération de 2eme génération la risperidone de 2eme génération		phénobarbital et	médicamenteuse	concentration	l'halopéridol par	
le phénobarbital 220 Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de chlorpromazine, et indiqué survenue des la risperidone halopéridol et de l'halopéridol, toutes appartenant à la		de l'halopéridol		plasmatique de	la	
Patient reçoit de la Médicament non Risque majoré de Substitution par chlorpromazine, et chlorpromazine, indiqué survenue des la risperidone halopéridol et de l'halopéridol, toutes appartenant à la				l'halopéridol par	chlorpromazine	
chlorpromazine, indiqué survenue des la risperidone halopéridol et de l'halopéridol, toutes appartenant à la la risperidone la risperidone de 2eme génération				le phénobarbital		
et de l'halopéridol, toutes appartenant à la effets indésirables antipsychotique de 2eme génération	220	Patient reçoit de la	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine, et
l'halopéridol, toutes appartenant à la		chlorpromazine,	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
toutes génération appartenant à la		et de		effets indésirables	antipsychotique	
appartenant à la		l'halopéridol,			de 2eme	
		toutes			génération	
		appartenant à la				
même classe		même classe				

	pharmaco-				
	thérapeutique				
221	Patient reçoit de la	Interaction	Association	Arrêt	Trihexylphenidyle
	chlorpromazine et	médicamenteuse	risquant		
	de la		d'entrainer une		
	trihexylphenidyle		exacerbation de		
	dont l'association		l'effet atropinique		
	est déconseillée				
222	Patient reçoit de	Médicament non	Risque majoré de	Substitution par	chlorpromazine, et
	la	indiqué	survenue des	la risperidone	halopéridol
	chlorpromazine,		effets indésirables	antipsychotique	
	et de			de 2eme	
	l'halopéridol,			génération	
	toutes				
	appartenant à la				
	même classe				
	pharmaco-				
	thérapeutique				

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	XXX
LISTE DES FIGURES	XXXI
LISTE DES TABLEAUX	XXXII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	4

CHAPITRE I : PHARMACIE CLINIQUE	5
I. HISTORIQUE	5
II. Définition et activités de pharmacie clinique	7
II.1 Définition	7
II.2 Activités de pharmacie clinique	7
CHAPITRE II : ACTE PHARMACEUTIQUE ET PRESCRIPTION	
MEDICAMENTEUSE	12
I. DEFINITION DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE	12
II. SUPPORTS DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE	13
II.1 Eléments communs à la prescription réalisée à l'hôpital	13
II.1.1 Prescripteurs	13
II.1.2 Support principal de la prescription : ordonnance	14
II.1.2.1 Définition	14
II.1.2.2 Caractéristiques	15
II.1.2.3 Mentions importantes sur l'ordonnance	15
II.1.2.4 Différents types d'ordonnance	19
II.1.2.5 Durée de validité d'une ordonnance	21
II.2 Différents types de prescription	21
II.2.1 Prescription initiale (ou d'entrée)	21
II.2.2 Prescriptions au cours du séjour	22
II.2.3 Prescriptions conditionnelles	23
II.2.4 Prescription dans les situations de détresse vitale	23
II.2.5 Prescription de sortie	23
II.3 Critères de choix d'un médicament de prédilection	24
II.3.1 Notion de « médicament de prédilection »	24
II.3.2 Médicaments de prédilection et traitement de prédilection	25
II.3.3 Recommandation importante	25
II.3.4 Opter pour un groupe efficace en fonction des critères applicables	27
III. ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRIPTIONS	27
III.1 Prérequis à l'analyse pharmaceutique des prescriptions	28

III.2 Analyse réglementaire	29
III.3 Analyse pharmacothérapeutique	29
III.4 Analyse clinique	31
III.5. Formulation des interventions pharmaceutiques	33
IV. OUTILS D'AIDE A L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE	33
IV.1 Outil de recueil et de classification des interventions pharmaceutiques de	
la SFPC	34
IV.2 Questionnaire PLM	37
CHAPITRE III : MALADIES MENTALES	39
I-DEFINITIONS DES TERMES	39
I.1.Santé mentale	39
I.2.Maladie mentale	40
II-CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES	40
II.1. Catégories principales selon la CIM-10	41
III-FACTEURS DE VULNERABILITE	48
III.1. Facteurs de vulnérabilité génétique	48
III.2. Facteurs de vulnérabilité environnementaux	49
IV-PRISE EN CHARGE DES MALADIES MENTALES	51
IV.1. Prise en charge médico-psychologique	51
IV.1.1.Traitements préventifs	51
IV.1.2.Psychothérapie	51
IV.1.3.Traitement médicamenteux	52
DEUXIEME PARTIE :ETUDE PRATIQUE	55
CHAPITRE I : MATERIEL ET METHODES	56
I-MATERIEL	56
I.1.Type d'étude	56
I.2.Cadre de l'étude	56
I.3.Population d'étude	57
I.3.1. Critères d'inclusion	57
I.3.2. Critères de non inclusion	58

I.4.Outil de classification des interventions pharmaceutiques (IP) et supports	
documentaires de l analyse pharmaceutique	58
I.4.1. Outil de classification des IP de la société française de pharmacieclinique	e58
I.4-2-Supports documentaires de l'analyse pharmaceutique des prescriptions	58
II-METHODES	59
II.1. Echantillonnage	59
II.2.Classification des pathologies psychiatriques	60
II.3. Considérations éthiques	60
II.4. Déroulement de l'étude	60
II.5. Analyse des interventions pharmaceutiques (IP) et leur impact	61
IV.6. Analyse des données	62
CHAPITRE II : RESULTATS	63
I.PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	63
I.1.Age	63
I.2.Sexe	64
I.3.Lieu de résidence	65
I.4.Categorie socio-professionnelle	66
I.5.Situation matrimoniale	67
I.6.Niveau d'instruction	68
II.ASPECTS CLINIQUES	69
II.1. Modes d'admission au SAHM	69
II.2. Motifs de consultation	70
II.3. Antécédents médicaux	71
II.3.1. Antécédents psychiatriques	71
II.3.2.Autres antécédents médico-chirurgicaux	72
II.4. Perception de la maladie	73
II.5. Examens paracliniques	74
II.6. Hypothèses diagnostiques	75
III.PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES	76
III.1.Prescriptions de psychotropes	76
IV.PROBLEMES PHARMACOTHERAPEUTIQUES DETECTES	77

V-NATURE DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES (IP)	78
V.1.Interventions pharmaceutiques réalisées	78
V.2.Devenir des interventions pharmaceutiques	79
VI. EVALUATION DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS	
PHARMACEUTIQUES PAR LES PRESCRIPTEURS	80
CHAPITRE III : DISCUSSION	81
I.PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	
I.1.Age	
I.2.Sexe	
II.ASPECTS CLINIQUES	82
II.1.Motif de consultions	82
II.2.Perception mystico-religieuse de la maladie	83
II.3. Hypothèse de diagnostique	83
III.PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES.	83
IV. PROBLEMES PHARMACOTHERAPEUTIQUES DETECTES	84
V.NATURE DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES(IP)	85
V.1.Interventions pharmaceutiques réalisées	85
V.2. Devenir des interventions pharmaceutiques	
VI. EVALUATION DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS	
PHARMACEUTIQUES PAR LES PRESCRIPTEURS	87
CONCLUSION	88
RECOMMANDATIONS	90
REFERENCES	92
ANNEXES	105
TABLE DES MATIERES	169

ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES PRESCRISPTIONS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE ET D'HYGIENE MENTALE D'ABIDJAN (INSP)			

RESUME

Introduction. La qualité de la prescription tient une place importante dans l'usage rationnel des médicaments. L'analyse pharmaceutique des prescriptions aide à la détection des problèmes pharmacothérapeutiques et à l'optimisation du traitement médicamenteux. L'engagement du pharmacien à contribuer à l'atteinte des objectifs de prise en charge médicamenteuse des patients en psychiatrie.

L'émission d'interventions pharmaceutiques (IP) pertinentes contribue à optimiser la prescription des psychotropes. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'activité de pharmacie clinique dans le cadre de l'analyse des prescriptions au SAHM d'Abidjan (INSP, Côte d'Ivoire).

Matériel et méthodes. Nous avons mené une étude descriptive transversale de Décembre 2017 au mois de Février 2018. L'analyse pharmaceutique des prescriptions a été menée avec des documents de référence (Dorosz 2017, Vidal 2017, thesaurus ANSM des interactions médicamenteuses 2017). L'outil de classification des IP de la Société Française de Pharmacie Clinique a servi à l'élaboration d'une fiche incluant l'identification du problème, la nature des IP et l'opinion pharmaceutique. L'analyse des prescriptions a été effectuée de façon pro-active après la rédaction et la remise de l'ordonnance aux parents de patients. La cotation des IP a été faite par les prescripteurs. Cette cotation dérive de celle de Bayliff et Einarson. Le score attribuable à chaque IP varie de IP₀ à IP₃ et dépend de l'importance de l'impact clinique potentiel du problème et de la gravité des conséquences cliniques évitées. Le logiciel SPSS.18 a servi à l'analyse des données.

Résultats. L'étude a porté sur 209 patients d'âge moyen de 34,9 ans avec un écart-type de 15,52 et un sex-ratio (M/F) de 0,93. Les psychotropes les plus prescrits sont les antipsychotiques (61,1%). Parmi les antipsychotiques, les plus prescrits sont ceux de la première génération, notamment la Chlorpromazine (75,6%) et l'halopéridol (56,5%). Les principaux problèmes pharmacothérapeutiques détectés sur les prescriptions ont été de type : «Les médicaments non indiqués (47%) », «Les interactions médicamenteuses (45%)». Les IP les plus importantes ont consisté majoritairement à l'arrêt des prescriptions de psychotropes non indiqués (69,8%). La majorité des IP (94,1%) adressées aux prescripteurs a été acceptée. Les prescripteurs ont coté majoritairement IP1 c'est-à-dire l'IP avec impact clinique significatif (92,8%).

Conclusion. Le pharmacien peut se positionner comme un acteur important dans la prise en charge thérapeutique des pathologies en psychiatrie. Les analyses pharmaceutiques des prescriptions réalisées dans le cadre des activités de pharmacie clinique ont contribué à l'optimisation de la prescription des psychotropes. Les IP effectuées ont été acceptées par les prescripteurs avec des impacts cliniques appréciables.

Mots clés : Analyse pharmaceutique-prescriptions-psychiatrie-Abidjan