

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER**  
**FACULTE DE SANTE**  
**DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**ANNEE : 2023**

**THESE 2023/TOU3/2045**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement

par

MARMOUGET Mathilde

**Le parcours de soins du patient en  
psychiatrie : quelle place pour le pharmacien  
d'officine ?**

Le 30 juin 2023

Directeur de thèse : SEGONDS Mylène

**JURY**

Président : Professeur CESTAC Philippe

1<sup>er</sup> assesseur : Docteur LECHANTRE Pierre Etienne

2<sup>ème</sup> assesseur : Docteur AUGE Martine

3<sup>ème</sup> assesseur : Docteur SEGONDS Mylène

## PERSONNEL ENSEIGNANT

### du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé au 20 février 2023

#### Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

#### Professeurs des Universités

##### Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

##### Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique

## Maîtres de Conférences des Universités

### Hospitolo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

### Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUAJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
Mme DERAËVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V. (*)	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(\*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

## Enseignants non titulaires

### Assistants Hospitolo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique
Mme DINTILHAC A.	Droit Pharmaceutique
Mme RIGOLOT L	Biologie Cellulaire, Immunologie

### Attaché Temporaire d'Enseignement

#### et de Recherche (ATER)

M. TABTI Redouane	Chimie Thérapeutique
Mme HAMZA Eya	Biochimie
Mme MALLI Sophia	Pharmacie Galénique

## **REMERCIEMENTS :**

**Monsieur le professeur Philippe CESTAC,**

*Professeur des Universités*

*Pharmacien praticien hospitalier au CHU de Toulouse*

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, je vous en remercie très sincèrement. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect pour tous ce que vous faites et notamment avec le REIPO.

**Monsieur le Docteur Pierre Antoine LECHANTRE,**

*Médecin généraliste au CH Gérard Marchant à Toulouse*

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

**Madame le Docteur Mylène Segonds,**

*Pharmacien praticien hospitalier au CH Gérard Marchant à Toulouse*

Je vous remercie très sincèrement d'avoir encadré mon travail de thèse. Je suis très reconnaissante pour l'aide que vous m'avez apportée, avec toutes ces relectures et conseils précieux. Je vous remercie d'avoir su m'accompagner dans cette rédaction d'un sujet compliqué, mais vous avez su me rassurer. Peut-être qu'un jour nous serons emmenées à collaborer ensemble afin de continuer à développer le lien ville-hôpital.

**Madame le Docteur Martine Augé,**

*Pharmacien d'officine*

Merci d'avoir répondu présent pour siéger dans ce jury. J'en suis très honorée et je tenais à avoir une pharmacienne d'officine et plus particulièrement vous, car vous êtes déjà très impliquée dans le suivi du patient et les nouvelles missions du pharmacien en officine.

## **A ma famille,**

Papa, maman, vous avez su créer autour de moi un climat de confiance qui m'a permis d'évoluer avec sérénité tout au long de mes études. Je ne vous remercierai jamais assez pour ce soutien et cette bienveillance dont vous faites preuve chaque jour, cette réussite, je vous la dois en partie. Maman, merci pour ta dévotion et les nombreux allers/retours pour aller acheter des nouveaux fluos, des cahiers qui me remplissaient de bonheur. Ainsi que toutes ces heures d'écoute et de conseils dont tu as fait preuve. Papa, merci pour ces discours de renforcement positifs et motivants qui ont accompagnée toutes mes années d'études et permis de réussir.

Hélène, merci d'être la petite sœur en or que tu es, pour tous ces moments de joie et de rigolade partagés. Merci d'avoir parfois participé à mes séances de révision (en découpant toutes les petites fiches mémos) qui m'ont du coup, paru beaucoup plus joyeuses. Julian, merci pour tous ces moments de rigolade et pour l'ami que tu es devenu.

Baptiste, merci d'être un grand frère présent et bienveillant et pour tous ces moments de joie partagée. Malaurie merci pour tous ces bons moments partagés.

Manou, merci pour tous tes conseils précieux et pour tout l'accompagnement dont tu as fait preuve tout au long de ces 6 années d'étude. Tu as maintenant une pharmacienne personnelle pour s'occuper de toi, moyennant paiement quelques petites douceurs sucrées...

Tatie, Tonton, Agathe, Hugo et Marianne merci pour votre bonne humeur qui a su rendre ces petits repas de famille si agréables et merci également pour votre soutien tout au long de mes études.

A ma grand-mère et mon grand-père qui me soutiennent maintenant du ciel... Mamie merci d'avoir été une grand-mère aimante et bienveillante, lorsque j'ai ouvert avec toi mes résultats de troisième année à l'hôpital...

## **A mes amis,**

A la team GINTO sans qui ces années m'auraient paru beaucoup plus tristes : merci à toutes les trois de les avoir rendu si magiques. Amélie, merci pour ton soutien sans faille tout au long de cette thèse à coup de Donuts. Merci pour toute la joie et la bonne humeur que tu m'apportes chaque jour. Valou, merci pour tous ces moments de joie partagés, merci pour ta bienveillance et ton soutien et notamment en anglais. Clara, merci pour tous ces moments si précieux, merci pour toutes ces longues discussions et conseils, notamment lors de nos gouters BU dont un qui me marque particulièrement. Je ne vous remercierai jamais assez pour tous ces moments magiques gravés dans ma mémoire. Je suis fière de vous avoir comme alliées de taille et j'en suis sûre pour encore longtemps.

Clara merci d'avoir été une partenaire d'études de taille, merci pour ces années de rigolade et sessions de révisions de dernière minute.

Rayane et Kim, merci d'avoir été des amis si présents, pour tous ces bons moments partagés et ceux depuis le lycée.

Justine, merci d'avoir été présente de la maternelle à aujourd'hui. Et notamment lors de nos débuts en PACES, des moments pas faciles, mais tu auras su les rendre un peu moins durs.

Clémence, merci pour ton soutien et ces bons moments de coloc partagés et merci d'avoir été si patiente lorsque je prenais toute la table du salon pour la rédaction de ma thèse.

## TABLE DES MATIERES

---

INTRODUCTION :.....	15
PARTIE 1 – UN PARCOURS DE SOINS ADAPTE A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN PSYCHIATRIE .....	16
1. Le patient en psychiatrie .....	16
1.1. Santé mentale et trouble psychique :.....	16
1.2. Principales maladies psychiatriques :.....	17
1.2.1. Les troubles psychotiques : exemple de la schizophrénie .....	18
1.2.1.1. Les signes cliniques :.....	18
1.2.1.2. Les traitements médicamenteux :.....	20
1.2.2. Troubles bipolaires :.....	22
1.2.2.1. Les signes cliniques :.....	23
1.2.2.2. Traitement médicamenteux :.....	23
a. Traitement de la phase maniaque :.....	23
b. Traitement de la phase dépressive :.....	25
1.2.3. Troubles dépressifs :.....	26
1.2.3.1. Signes cliniques :.....	26
1.2.3.2. Traitements :.....	26
1.3. La psychiatrie : un champ particulier, une approche de soins à adapter.....	28
2. Le parcours de soins du patient en psychiatrie .....	31
2.1. L'offre de soins en psychiatrie : .....	31
2.2. Le parcours de soins en psychiatrie en Haute Garonne : problème de répartitions et d'offres de soin : .....	34
2.3. Les différentes structures de soins en psychiatrie : .....	37
2.3.1. L'hôpital :.....	37

2.3.2. Les centres médico-psychologiques (CMP) :.....	39
2.3.3. Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : .....	41
2.3.4. Les hôpitaux de jour (HDJ) : .....	43
2.4. Synthèse des différents acteurs qui entrent en jeu dans le parcours de soins du patient en psychiatrie : .....	45
2.5. Quelques exemples de parcours de soins en psychiatrie :.....	48
<b>PARTIE 2 – LE PHARMACIEN D’OFFICINE : QUELLE PLACE AU SEIN DU PARCOURS DE SOINS DU PATIENT EN PSYCHIATRIE .....</b>	<b>51</b>
1. Le pharmacien d’officine : un professionnel de santé exerçant ses missions au plus près de la population.....	51
1.1. Un rôle de professionnel de santé de proximité : .....	51
1.2. Les nouvelles missions confiées aux pharmaciens d’officines – convention pharmaceutique – Avril 2022 :.....	53
1.2.1. La dispensation des produits de santé :.....	54
1.2.2. Un rôle d’accompagnement :.....	55
1.2.3. La prévention :.....	56
1.2.4. Amélioration du parcours de soins : .....	57
2. Le pharmacien d’officine, expert du médicament : à la recherche d’une alliance thérapeutique avec le patient en psychiatrie .....	60
2.1. Informer un patient en psychiatrie :.....	60
2.2. Les spécificités du patient en psychiatrie et notion d’observance :.....	62
2.2.1. Le comportement du patient en psychiatrie face à son traitement médicamenteux :.....	62
2.2.2. Le pharmacien d’officine : acteur clé pour contribuer à améliorer l’observance médicamenteuse du patient en psychiatrie .....	65
2.2.3. Illustration du rôle de conseils associés par le pharmacien d’officine : .....	67
3. Coopération entre professionnels de santé : analyse du lien ville/hôpital.....	69



3.1. Etat des lieux du lien entre les pharmacies d'officines et les structures ambulatoires : .....	70
3.1.1. Le constat en officine : .....	70
3.1.2. Le constat des centres médico-psychologiques : .....	71
3.2. Exemple de mise en place d'une coopération ville-hôpital en psychiatrie impliquant les officinaux : .....	72
3.3. Les principales difficultés rencontrées : .....	73
3.4. Parallèle avec ce qui est fait en cancérologie et étude du lien ville-hôpital : .....	74
3.4.1. Les entretiens oncologiques : .....	75
3.4.2. Exemple pratique de lien ville-hôpital en cancérologie: .....	77

**PARTIE 3 : PROPOSITIONS ET REFLEXIONS POUR AMELIORER LA COLLABORATION DES DIFFERENTS ACTEURS DU PARCOURS DE SOINS DU PATIENT EN PSYCHIATRIE ET INTEGRER LE PHARMACIEN D'OFFICINE..... 79**

1. Les différentes actions mises en place autour du patient en psychiatrie mettant lien plusieurs acteurs du parcours de soins .....	79
1.1. Les entretiens pharmaceutiques : .....	79
1.2. La conciliation médicamenteuse – place des pharmaciens d'officines : .....	83
1.2.1. L'iatrogénie médicamenteuse et erreur médicamenteuse : .....	83
1.2.2. La conciliation médicamenteuse d'entrée : .....	84
1.2.3. La conciliation médicamenteuse de sortie : .....	85
1.2.4. Le rôle du pharmacien d'officine dans la conciliation médicamenteuse : .....	86
1.3. L'éducation thérapeutique : .....	87
1.3.1. Le pharmacien acteur de l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie : .....	88
1.3.2. L'information médicamenteuse dispensée sous forme de programme éducatif : exemple de « pharmation », de l'Atelier du Médicament.....	89

2. Quels outils pour améliorer l'intégration du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient en psychiatrie ? .....	93
2.1. Mise en place de formations dédiées : .....	93
2.2. Mise à disposition de fiches d'information destinées aux patients : .....	95
2.3. La mise à disposition d'un dossier communiquant d'information : .....	97
2.4. Ligne téléphonique dédiée –adresse mail dédiée : .....	97
CONCLUSION.....	99
BIBLIOGRAPHIE .....	100
ANNEXES .....	104

## **TABLE DES FIGURES :**

---

**Figure 1 :** Carte de la sectorisation de la psychiatrie adulte - Toulouse

**Figure 2 :** Découpage du département de la Haute-Garonne selon le découpage des secteurs de la psychiatrie générale adulte

**Figure 3 :** Implantation des lits d'hospitalisation à temps plein

**Figure 4 :** Troubles bipolaire - Prise en charge du patient - Aspects médico-sociaux (troubles-bipolaires.com)

**Figure 5 :** Schéma récapitulatif du parcours de soins du patient en psychiatrie

**Figure 6 :** Le plan pharmaceutique personnalisé et le nouveau modèle de pharmacie clinique

**Figure 7 :** Le modèle de pharmacie clinique de la SFPC

**Figure 8 :** Schéma synthétique de la conciliation médicamenteuse

## **TABLE DES ANNEXES :**

---

**Annexe 1 :** Questionnaire de l'entretien au CMP des minimales

## **ABREVIATIONS :**

---

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCA : Trouble des Conduites Alimentaires

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de Sérotonine

IMAO : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase

CMP : Centre Médico-Psychologique

SDRE : Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

SDTU : Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence

SPI : Soins pour Péril Imminent

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

HDJ : Hospitalisation De Jour

HJ : Hôpitaux de Jour

CHGM : Centre Hospitalier Gérard Marchant

NAP : Neuroleptique à Action Prolongée

AVK : Anti-Vitaminique K

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

DAI : Drug Attitude Inventory

ROMI : Rating Of Medical Influence

DMP : Dossier Médical Partagé informatisé

DCC : Dossier Communicant en Cancérologie

ETP : Education Thérapeutique du Patient

PIC : Psychiatrie Information Communication

## INTRODUCTION :

---

« Être soignant de ces personnes-là, c'est accepter d'être le réceptacle psychique des épreuves qu'elles ont traversées. Ressentir d'une manière atténuée les émotions qui se sont emparées d'elles et n'en être pas brisé. Les transformer en quelque chose de triste mais vivant et les leur restituer, enfin, d'une manière telle que de la vie, de l'espoir, un sens possible puisse en naître » (1). Ici, le soin apporté par l'infirmier au patient atteint de maladie psychiatrique se fait par le biais du dialogue. Il doit être construit et avoir comme sujet principal le patient en lui-même. Quand est-il de l'approche de soins adoptée par le pharmacien d'officine vis à vis du patient en psychiatrie ?

La pharmacie d'officine est un établissement de santé où les médicaments sont délivrés aux patients, dont les patients atteints de maladie psychiatrique. Bien qu'ils soient fréquemment en contact régulier avec le pharmacien, celui-ci ne connaît que peu leur parcours de soins ainsi que les différents aspects du soin du patient en psychiatrie.

Il s'agit donc dans un premier temps d'analyser ce parcours de soins en détaillant les différents acteurs de santé qui vont intervenir, approfondir les connaissances sur le patient en psychiatrie et sur les principales pathologies psychiatriques, ainsi que leurs prises en charge spécifiques.

Par ailleurs, le pharmacien d'officine est un acteur de soins de proximité : en effet, la pharmacie est facilement accessible, ce qui en fait un lieu stratégique de prise en charge et d'orientation dans le parcours de santé des patients. Nous allons voir dans une deuxième partie, comment le pharmacien se positionne en tant qu'acteur de santé incontournable, avec des missions de plus en plus variées, et quel est son rôle au sein du parcours de soins du patient en psychiatrie.

Enfin, fort de son expertise du médicament, le pharmacien est potentiellement un acteur du parcours de soins en psychiatrie, mais nous allons voir qu'il existe plusieurs freins. Pour terminer, nous allons chercher à proposer des pistes de réflexion afin d'essayer d'améliorer la collaboration ville/hôpital et de ce fait renforcer le rôle du pharmacien d'officine au sein du parcours de soins du patient en psychiatrie.

# **PARTIE 1 – UN PARCOURS DE SOINS ADAPTE A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN PSYCHIATRIE**

---

## **1. Le patient en psychiatrie**

Le domaine de la psychiatrie représente un champ particulier de la médecine, qui nécessite de bien connaître les spécificités du patient afin d'adopter un discours plus adapté. Nous allons donc dans un premier temps nous intéresser au patient psychiatrique, à sa maladie, sa prise en charge ainsi que ses traitements.

### **1.1. Santé mentale et trouble psychique :**

La santé mentale est une composante de notre santé aussi importante que la santé physique. En effet, pour définir la santé au sens large, l'OMS énumère trois dimensions indispensables : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé mentale est avant tout une affaire d'équilibre ; chaque personne est en permanence à la recherche d'un équilibre entre les ressources qu'elle peut mobiliser pour se sentir bien, et les obstacles qu'elle rencontre dans son existence. Son état varie du bien-être au mal-être et vice-versa ; et cela, tout au long de la vie (2).

Après avoir défini ce qu'est la santé mentale, venons-en au trouble psychique qui peut également survenir chez chacun d'entre nous, qu'on ait une bonne ou une mauvaise santé mentale. En effet, trop souvent, on pense qu'être en bonne santé mentale signifie n'être concerné par aucun trouble psychique. Or nous pouvons tout à fait être en bonne santé mentale, alors que nous vivons avec un trouble psychique. De même, une personne peut ressentir un mal-être, sans pour autant être concernée par un trouble psychique.



De manière générale, un trouble psychique (ou trouble psychiatrique ou trouble mental), désigne un ensemble de troubles psychologiques et de troubles du comportement, dont les origines peuvent être très différentes. Le trouble psychique regroupe un vaste ensemble de symptômes qui se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui difficiles et douloureux dans la vie quotidienne(3). Il peut s'agir par exemple de troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles schizophréniques, troubles addictifs, troubles des conduites alimentaire (TCA), troubles de stress post-traumatique ou encore un trouble qui regroupe anxiété, phobies et TOC...

Le diagnostic est posé par le médecin psychiatre, avec de nombreuses méthodes fondées sur l'observation clinique d'une part, et sur des questionnaires et échelles d'autre part. Les troubles psychiques peuvent être causés par de multiples facteurs et toucher tous les sexes et tous les âges. Les facteurs peuvent être psychologiques, génétiques, physiques ou environnementaux. La plupart des troubles psychiques peuvent être traités par des traitements psychothérapeutiques associés ou non à des traitements médicamenteux (3).

### **1.2. Principales maladies psychiatriques :**

Nous avons vu précédemment qu'un trouble psychique peut être de différentes natures : troubles bipolaires, troubles schizophréniques, troubles dépressifs, troubles addictifs, troubles des conduites alimentaire (TCA), trouble de stress post-traumatique ou encore un trouble qui regroupe anxiété, phobies et TOC...Nous allons en développer quelques-uns, et en tant que pharmacienne d'officine, j'ai choisi de m'attarder principalement sur trois d'entre eux, troubles qui sont fréquemment rencontrés à l'officine : les troubles psychotiques ou plus particulièrement la schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles dépressifs.

### **1.2.1. Les troubles psychotiques: exemple de la schizophrénie**

Ce sont des troubles d'expression très variée. La schizophrénie, trouble psychotique majeur, touche entre 0,8 et 1,3 % de la population mondiale, soit en France environ 635 000 personnes (5). C'est une maladie invalidante de l'adulte jeune, entraînant souffrance, trouble des émotions, de la cognition et du comportement, et parfois pouvant mener à des conduites suicidaires.

Les troubles débutent le plus souvent entre 15 et 25 ans et évoluent sur la vie entière(5). De nombreuses hypothèses existent sur ses causes, mais son origine reste inconnue. Actuellement, les chercheurs pensent que l'addition de facteurs génétiques et de stress psychologiques et environnementaux créerait une vulnérabilité, permettant de développer des troubles. Divers systèmes de neurotransmission, en particulier dopaminergique et glutaminergique, sont impliqués. De plus, le rôle précipitant des toxiques, notamment du cannabis, est maintenant acquis.

L'impact des troubles psychotiques sur l'adaptation sociale peut être très important et entraîner une grande souffrance chez la personne et ses proches. Ce sont des troubles qui aboutissent à une désorganisation de la personnalité et altèrent sévèrement le rapport à la réalité (6).

#### **1.2.1.1. Les signes cliniques :**

Le patient atteint de schizophrénie va présenter une désorganisation ou une dissociation d'idées : c'est la perte de l'unité psychique, qui provoque un relâchement des associations entre idées, émotions et attitudes. De ce fait, la pensée devient floue, discontinue et parfois le discours est illogique et difficile à suivre. La réalité est souvent perçue de façon erronée (6).

Les principaux symptômes sont regroupés en deux catégories : les symptômes dits positifs et les symptômes dits négatifs. Dans la schizophrénie, ces deux groupes de symptômes vont être présents avec une prédominance pour l'un ou pour l'autre selon la forme de pathologie dont est atteint le patient (6).

Les symptômes dits positifs ou productifs peuvent se présenter sous différentes formes : la personne voit, entend, sent ou ressent des choses qui n'existent pas. Ce sont des hallucinations acoustico-verbales et intrapsychiques avec automatisme mental (par exemple, le patient a l'impression que sa pensée est devinée, commentée ou volée). Pour une personne donnée, les thèmes délirants sont souvent récurrents. Ils peuvent être persécutifs, mystiques, mégalomaniaques, hypochondriaques, d'influence, avec par exemple la conviction d'être sous l'emprise d'une force extérieure (6).

Les symptômes dits négatifs ou déficitaires correspondent à un désinvestissement de la réalité : la personne va progressivement se replier sur elle-même, et on observera une diminution des capacités de penser, de parler et d'agir alors qu'elle en était tout à fait capable avant d'être malade. Il y aura également une diminution des réactions émotionnelles et des troubles cognitifs. En effet, le patient aura plus de difficultés à se concentrer, à être attentif, à mémoriser et à faire preuve de capacités d'abstraction (5).

Les troubles schizophréniques peuvent être de plusieurs formes selon les symptômes qui seront prédominants, et le traitement peut varier en fonction des différentes expressions de la maladie. Ce sont autant de formes différentes de schizophrénie qui montrent à quel point cette maladie psychiatrique est difficile à prendre en charge, à la fois de par la complexité et la nature des symptômes dont peuvent être atteints les patients, mais également en fonction de la réponse aux traitements qui vont être mis en place (7). Par ailleurs, on sait que cette maladie est souvent associée à un risque suicidaire important : 9 à 13 % des patients souffrant de schizophrénie mettent fin à leurs jours, en particulier durant les premières années de la maladie, et près de la moitié font au moins une tentative de suicide au cours de leur existence. Ce risque important peut être lié à des épisodes de dépression, qui doivent être identifiés et traités. Cela renforce l'importance de bien poser le diagnostic, et de mettre en place une prise en charge adaptée, et personnalisée le plus tôt possible (7).

### 1.2.1.2. Les traitements médicamenteux:

La prise en charge médicamenteuse des troubles psychotiques repose sur les médicaments psychotropes, et en première intention sur les neuroleptiques, appelés communément antipsychotiques.

Les antipsychotiques de seconde génération, appelés également « atypiques » sont indiqués en première intention (6).

Il s'agira par exemple de :

- Rispéridone (Risperdal®),
- Olanzapine (Zyprexa®),
- Aripiprazole (Abilify®),
- Amisulpride (Solian®),
- Quétiapine (Xéroquel®),
- Clozapine (Leponex®).

Les antipsychotiques de seconde génération sont préférés dans la prise en charge des troubles psychotiques car ils ont une efficacité égale sur les symptômes dits positifs mais probablement supérieure sur les symptômes dits négatifs, comparativement aux molécules dites de première génération. Mais surtout, ils entraînent moins d'effets indésirables notamment d'effets indésirables neurologiques de type syndrome parkinsonien ou encore d'effets indésirables de type cognitif. Cependant, ils peuvent être pourvoyeurs d'effets indésirables de type métabolique (troubles glycémiques, troubles lipidiques, syndrome métabolique...) et avoir davantage de conséquences sur la prise de poids du patient par exemple, ou sur son équilibre métabolique (4).

Les antipsychotiques « classiques » ou de 1<sup>ère</sup> génération, sont aujourd'hui utilisés plutôt en deuxième intention dans le traitement des troubles psychotiques, mais ils sont maintenus chez les personnes bien stabilisées avec. Ils peuvent entraîner des effets indésirables

gênants comme les effets indésirables neurologiques ou extrapyramidaux, avec des tremblements, des rigidités ou encore des contractures musculaires, mais aussi des effets indésirables anticholinergiques qui se manifestent notamment par une constipation ou encore une sécheresse buccale. Des troubles du rythme cardiaque, un syndrome malin, un risque convulsif, des troubles hématologiques et des risques de mort subite peuvent également survenir à la suite de la prise d'antipsychotiques (4).

Quelques exemples d'antipsychotiques de 1<sup>ère</sup> génération :

- Chlorpromazine (Largactil®)
- Flupentixol (Fluanxol®)
- Halopéridol (Haldol®)
- Pipotiazine (Piportil®)
- Zuclopenthixol (Clopixol®)
- Loxapine (Loxapac®)

Il existe plusieurs formes pharmaceutiques disponibles : les antipsychotiques peuvent se présenter sous forme de solutions buvables, de comprimés orodispersibles ou encore sous forme injectable, à action immédiate (utilisés le plus souvent dans les situations aiguës) ou à action prolongée. Cette dernière forme vise à améliorer le confort et l'observance du patient car il n'aura plus qu'une seule administration par quinzaine, par mois, voire par trimestre (pour le TREVICTA® par exemple) au lieu des prises quotidiennes.

Par ailleurs, quelque soit le traitement, il devra être administré dès que possible une fois le diagnostic établi, pris en continu, à la posologie minimale efficace et en monothérapie (un seul produit à la fois) chaque fois que cela est possible (4).

La prise en charge du patient atteint de troubles psychotiques ne doit pas se limiter seulement à une prise en charge médicamenteuse : en effet, elle doit être accompagnée, dans de nombreux cas, par une psychothérapie de soutien. Les psychothérapies permettent de modifier la perception, la compréhension et la gestion des symptômes. Elles doivent le plus souvent s'associer au suivi psychiatrique et au traitement médicamenteux, et

constituent rarement une alternative isolée. Ces prises en charge peuvent se présenter sous plusieurs formes : le patient pourra dans un premier temps suivre une thérapie de soutien avec un psychiatre ou un thérapeute afin d'échanger sur son quotidien, sa maladie et ses conséquences pour mieux cerner les difficultés et trouver des solutions pour améliorer son quotidien.

De plus, la thérapie comportementale et cognitive aide à réduire les symptômes en particulier délirants et peut améliorer la régulation des émotions et la gestion du traitement au quotidien (6). Des thérapies de groupe peuvent également être proposées : elles permettent un partage du vécu émotionnel et une entraide utile à la résolution des problèmes. Enfin, on pourra envisager une thérapie familiale qui peut être parfois nécessaire pour résoudre les conflits que le système familial ne peut plus gérer (8).

### **1.2.2. Troubles bipolaires :**

Il s'agit d'un trouble de l'humeur qui touche 1% de la population et trois fois plus dans leurs formes moins graves. Selon l'OMS, les troubles bipolaires comptent parmi les dix maladies les plus coûteuses et invalidantes. En effet, le taux de mortalité des personnes malades est 2 à 3 fois plus élevé que celui de la population générale. Le risque suicidaire est important : il touche 20% des patients. Une des causes du taux de mortalité élevé réside dans le retard de diagnostic : en effet, il est souvent posé tardivement, bien souvent après 8 à 10 ans d'évolution de la maladie, ce qui aggrave son pronostic (11).

Les troubles bipolaires se caractérisent par une variation anormale de l'humeur avec une alternance de périodes d'excitation, appelées manie ou hypomanie, et de périodes de dépression, voire de mélancolie profonde, entrecoupées de périodes de stabilité. Les troubles peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale, rendant le quotidien du patient difficile à vivre. Pour qu'un diagnostic de trouble bipolaire soit posé, il faut qu'il y ait eu au moins un épisode dépressif caractérisé et un épisode maniaque ou hypomaniaque (11).

#### 1.2.2.1. Les signes cliniques :

Les signes cliniques vont varier en fonction de l'humeur du patient : lorsqu'il sera en période d'excitation, des symptômes propres à cette phase vont être décrits, alors que lorsque le patient sera en période de dépression, ce seront d'autres symptômes totalement différents qui seront observés.

Lors d'un épisode dépressif, les symptômes vont associer : une humeur dépressive avec une tristesse associée, une perte d'intérêt, une fatigue ou une perte d'énergie, un trouble de l'appétit avec une perte ou une prise de poids, un trouble du sommeil, un ralentissement psychomoteur, un sentiment d'infériorité, une perte de l'estime de soi, un sentiment inapproprié de culpabilité, des difficultés de concentration, des idées noires comme des pensées de mort qui peuvent aboutir à un comportement suicidaire (11).

Lors d'un épisode maniaque ou hypomaniaque, période qui durera le plus souvent plusieurs jours consécutifs, la personne sera expansive ou irritable et très différente de son fonctionnement habituel. De plus, elle présentera au moins trois des symptômes suivants : augmentation de l'activité ou de l'agitation physique, augmentation du désir de parler, difficultés de concentration ou distractibilité, réduction des besoins de sommeil, augmentation de l'énergie sexuelle, achats inconsidérés ou autres types de conduites insouciantes ou irresponsables, augmentation de la sociabilité ou familiarité excessive (11).

On observera donc une alternance entre ces deux périodes. Dans certains cas, les périodes séparant les épisodes dépressifs des épisodes maniaques raccourcissent avec le temps, allant parfois vers une absence de périodes de rémission. Dans la grande majorité des cas, le traitement est ambulatoire et nécessite la collaboration du patient et de son entourage (10).

#### 1.2.2.2. Traitement médicamenteux :

##### a. Traitement de la phase maniaque :

Afin de traiter les épisodes aigus maniaques ou mixtes, il est prescrit en première intention un thymo-régulateur. Ce sont par exemple : le lithium (Teralithe®), le divalproate de sodium (Dépakote®) ou le valpromide (Depamide®) (9).

Les sels de lithium (Teralithe®) représentent le traitement thymorégulateur de première intention, mais il nécessite un bilan préthérapeutique strict. En effet, avant de mettre en place ce traitement, le patient devra réaliser plusieurs examens biologiques. La fonction rénale devra être contrôlée afin de s'assurer de son bon fonctionnement, le lithium étant exclusivement éliminé par le rein. D'autres examens préalables devront être réalisés, notamment un bilan cardiaque, car ce traitement est très pourvoyeur d'effets indésirables. La posologie du traitement doit être adaptée en fonction des concentrations sanguines, c'est la raison pour laquelle la lithémie est dosée deux fois par semaine au début du traitement, puis régulièrement, notamment en cas de traitement médicamenteux associé (4).

L'acide Valproïque (Dépakote) et le Valpromide (Dépamide®) ont une AMM dans le traitement des épisodes maniaques du trouble bipolaire en cas de contre-indication ou d'intolérance au lithium. Ils sont contre indiqués en cas d'antécédent personnel ou familial de pathologie hépatique, ces molécules étant éliminées par le foie. Ils sont également contre indiqués chez les femmes enceintes et en âge de procréer ainsi que chez les adolescents (4).

D'autres traitements peuvent être prescrits comme la carbamazépine (Tégretol®). C'est aujourd'hui un traitement thymorégulateur de deuxième voire de troisième intention dans le traitement de l'épisode maniaque et la prévention des rechutes thymiques. Ce traitement est à l'origine de nombreuses interactions médicamenteuses et peut être pourvoyeur de réactions allergiques graves ; il faudra donc être attentif lors de l'instauration du traitement et agir immédiatement en cas de réaction (4).

Ensuite, certains antipsychotiques atypiques peuvent être associés aux thymorégulateurs : l'Olanzapine (Zyprexa®), la rispéridone (Risperidal®), l'aripiprazole (Abilify®) (11). Ils ont l'AMM dans le traitement des épisodes maniaques ou mixtes, mais également dans la prévention des récives maniaques chez les patients ayant répondu à ces traitements lors d'un épisode maniaque antérieur. La quétiapine a également une AMM dans le cadre de la dépression bipolaire. Les principaux effets indésirables des antipsychotiques de deuxième



génération sont les effets métaboliques (diabète, prise de poids, dyslipidémie), mais les effets extrapyramidaux sont plus rares qu'avec les neuroleptiques classiques (4).

#### b. Traitement de la phase dépressive :

Pour traiter un épisode dépressif léger, une psychothérapie va être indiquée en première intention. Il n'est pas recommandé de traiter par un antidépresseur dans ce cas-là. Lorsqu'il s'agit d'un épisode dépressif moyen, des médicaments peuvent être prescrits en complément ou en préalable à la psychothérapie. Enfin, lorsqu'il s'agit d'un épisode dépressif sévère un antidépresseur est prescrit en association avec des séances de psychothérapie ou non. En fonction de la réponse au traitement, on peut également avoir une association d'antidépresseurs avec d'autres psychotropes, ou encore une hospitalisation selon les cas. Il faut éviter de prescrire un antidépresseur en monothérapie dans la maladie bipolaire, en raison du risque de « virage de l'humeur », c'est-à-dire un passage rapide d'une humeur dépressive à une humeur maniaque. L'association d'un antidépresseur, surtout sérotoninergique, et d'un régulateur de l'humeur sera souvent préconisée (11).

La Lamotrigine (Lamictal®) peut également être utilisée dans la prise en charge du trouble bipolaire. Elle dispose d'une AMM dans la prévention des épisodes dépressifs chez les patients présentant un trouble bipolaire avec une prédominance d'épisodes dépressifs. En revanche, elle n'est pas indiquée dans le traitement aigu des épisodes maniaques ou dépressifs. Les avantages de ce traitement sont une bonne tolérance générale, particulièrement cognitive, ainsi que l'absence d'induction enzymatique et de risque tératogène. La Lamotrigine peut cependant entraîner des réactions cutanées allergiques graves et ce d'autant plus lorsqu'elle est associée au Valpromide ou au divalproate de sodium. Le patient devra en être informé afin d'être en mesure de repérer ces situations (4).

Après un premier épisode de trouble bipolaire, le traitement doit être maintenu au moins deux années. Si le risque de rechute est très élevé, le traitement doit être maintenu au moins cinq années. L'interruption d'un traitement médicamenteux doit toujours être lente

et progressive. De plus la psychothérapie de soutien reste indispensable ainsi que l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des troubles bipolaires (10).

### **1.2.3. Troubles dépressifs :**

En France, la prévalence annuelle des épisodes dépressifs est estimée en 2017 à 10% de la population de 18-75 ans. Ce pourcentage serait en légère augmentation depuis 2010 (12). De plus, le risque suicidaire est fortement associé aux troubles dépressifs : 15 à 20% des personnes dépressives chroniques mettent fin à leurs jours. Il s'agit donc d'une priorité de santé publique. Il faut diagnostiquer ce trouble le plus rapidement possible afin de pouvoir agir précocement avant que les idées de suicide ne s'installent.

#### **1.2.3.1. Signes cliniques :**

La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie de manière générale. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes tels que diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit, un ralentissement ou une agitation psychomotrice. A la différence du « coup de blues » ou de la « déprime », l'humeur et le mal être varient peu d'un jour à l'autre ou selon les événements de vie, et les symptômes perdurent (12).

#### **1.2.3.2. Traitements :**

La classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, dixième version (CIM-10) classe les épisodes dépressifs selon la durée, la sévérité et la nature des symptômes. La prise en charge médicamenteuse va dépendre de l'épisode dépressif auquel le patient est confronté. En effet, pour les épisodes dépressifs mineurs on recommande en première intention une prise en charge basée sur la psychothérapie. Et ce n'est qu'à partir de l'épisode dépressif moyen qu'on peut associer une prescription d'antidépresseurs en complément. Le traitement d'un épisode dépressif majeur isolé comporte deux phases : la

phase aiguë avec un traitement d'attaque, dont l'objectif est la rémission complète des symptômes, et qui dure 6 à 12 semaines. Puis, la phase de consolidation, dont l'objectif est de prévenir la rechute de l'épisode aigu, et qui dure 4 à 12 mois (12).

Lorsqu'il est nécessaire d'introduire un traitement médicamenteux, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) constituent le traitement de première intention de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée ou sévère. Il s'agit du Citalopram (Seropram®), de l'Escitalopram (Seroplex®), de la Fluoxétine (Prozac®), de la Fluvoxamine (Floxyfral), de la Paroxétine (Deroxat®) et de la Sertraline (Zoloft®). Il est important de savoir que le Citalopram et l'Escitalopram peuvent induire un allongement dose-dépendant de l'intervalle QT responsable de troubles du rythme ventriculaire graves (4).

D'autres antidépresseurs peuvent également être mis en place, comme par exemple les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). Ce sont également des médicaments de première intention de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère. Il s'agit de la Duloxétine (Cymbalta®), du Milnacipran (Milnacipran®) et de la Venlafaxine (Effexor®) (4).

Les antidépresseurs tricycliques (ou imipraminiques) sont indiqués en deuxième ou troisième intention (en cas d'échec des autres traitements). Il s'agit de l'Amitriptyline (Laroxyl®), de l'Amoxapine (Defanyl®), de la Clomipramine (Anafranil®), de la Dosulépine (Prothiaden®), Doxépine (Quitaxon®), Imipramine (Tofranil®), Maprotiline (Ludiomil®) et Trimipramine (Surmontil®). Les principaux effets indésirables sont atropiniques (sécheresse buccale, rétention urinaire, constipation) et cardiologiques (troubles du rythme). Cela justifie la réalisation d'un électrocardiogramme avant la mise en route du traitement (4).

Enfin, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) regroupent les IMAO non sélectifs avec l'Iproniazide (Marsilid®) et les IMAO-A sélectifs avec la Moclobémide (Moclamine®). C'est une option thérapeutique pour traiter des épisodes dépressifs majeurs résistants après

échec de plusieurs antidépresseurs, du fait des problèmes de tolérance et d'interactions médicamenteuses. Ils ne sont jamais prescrits en première intention (4).

La description des trois principales affections psychiatriques rencontrées en officine nous a permis de faire un point sur les différentes prises en charge qui sont propres à chaque maladie dont souffre le patient psychiatrique. Nous allons à présent nous intéresser au patient psychiatrique à proprement parler et à la psychiatrie de manière générale.

### **1.3. La psychiatrie : un champ particulier, une approche de soins à adapter**

La psychiatrie reste un champ particulier avec une approche de soins différente, qui sera à adapter au patient. Le caractère fluctuant de la maladie en fait l'une des principales difficultés. Le patient devra être suivi dans le temps et évalué systématiquement afin de déceler un éventuel changement de comportement et ainsi éviter une décompensation de la maladie ou une rechute. La prise en charge est également complexe du fait des traitements médicamenteux qui possèdent un large intervalle thérapeutique avec un délai d'action assez long. Ce sont également des traitements pourvoyeurs d'effets indésirables : il faudra donc bien en informer le patient afin de bien les connaître pour pouvoir les identifier et les prendre en charge.

Les professionnels de santé en psychiatrie vont être confrontés à la méfiance et à la moindre alliance des patients vis-à-vis du corps soignant. Bien souvent les malades n'ont pas conscience de leur maladie, et refusent toute prise en charge, ce qui soulève le problème de l'inobservance souvent constatée en psychiatrie. Il s'agit donc d'une prise en charge complexe qui nécessite d'adopter un comportement d'écoute et d'accompagnement tout au long du parcours de soins du patient.

Afin d'illustrer cette prise en charge j'ai choisi d'extraire une situation clinique du livre « Le raisonnement clinique en psychiatrie » écrit par Dominique Friard (1).

Il s'agit de Roland atteint de schizophrénie, qui est pris d'un délire mystique « qui exige de lui qu'il se mortifie pour se libérer de son enveloppe corporelle, seule manière de ne plus être aveuglé par l'ignorance fondamentale qui cède devant l'illumination de la connaissance ». Il ne va pas être hospitalisé tout de suite, car dans un premier temps, il garde un certain équilibre entre ses aspirations mystiques et la réalité, en pratiquant du yoga. Dans le cadre de son projet de soins, il doit se rendre régulièrement dans un service d'hospitalisation de jour où il participe à plusieurs ateliers et groupes de paroles. Mais un jour, il décide subitement d'entreprendre un jeûne rituel et de ne plus s'alimenter. Entrepris dans ce délire, il ne considère pas cela comme un changement de comportement qui in fine pourrait mettre en danger sa santé. Face à cela, les professionnels de santé qu'il rencontre régulièrement, réagissent et une réunion clinique est organisée, d'autant plus que la perte de poids de Roland devient inquiétante. Une hospitalisation sous contrainte est alors envisagée. Mais tout l'enjeu de l'équipe soignante a été de décider si l'hospitalisation devait être immédiate ou bien d'attendre encore un peu. Roland continue toujours à se rendre aux ateliers, et notamment, participe à une sortie au musée, en groupe. L'infirmier accompagnateur (l'auteur du roman) se charge de la visite et explique notamment l'importance pour les Romains de se rassembler au moment des repas, et que pour eux ne pas venir à table, c'était ne pas exister, « ne pas être dans l'univers » puisque pour eux, la table était la représentation des vivants. Après cette visite Roland cesse son jeûne et il évite par conséquent, l'hospitalisation (1).

Avec cet exemple on pourrait se demander comment la démarche de soin aurait pu prévoir cette réaction. Mais on retient que les médiations de groupe ont un rôle majeur à jouer dans les soins aux personnes souffrant de troubles psychiatriques et impliquent des soins au long cours (1).

Par ailleurs, la spécificité de la psychiatrie en tant que discipline médicale, tient au fait que les troubles qu'elle définit ne reposent pas sur des lésions identifiables. En effet, il n'existe pas de traitement étiologique en psychiatrie, les médicaments interviennent sur certaines manifestations de la maladie mais pas sur la maladie en elle-même (traitements

symptomatiques). Cependant, trois grandes théories explicatives ont été dégagées : la théorie de l'organogenèse qui signifierait que les maladies trouveraient leur cause dans un dysfonctionnement du cerveau, la psychogenèse où là, la source en serait la structuration psychique de l'individu et la sociogenèse, où la cause serait d'abord et avant tout, sociale ou culturelle (1).

Par exemple, une personne souffrant de schizophrénie va être traitée avec des antipsychotiques : il s'agit de l'approche par organogenèse. Ensuite, une psychothérapie de soutien au CMP peut être instaurée, dans le cadre de la théorie de la psychogenèse. Si la théorie de la sociogenèse est retenue, un appartement thérapeutique pourra être proposé, ainsi que la mise en place d'ateliers et d'activités de réinsertion psychosociale en hôpital de jour, où le patient pourra se rendre périodiquement. Les théories d'organogenèse et de sociogenèse sont alors prises en compte, ou encore des activités artistiques (sociogenèse et psychogenèse). Bien souvent, il s'agit d'associer ces trois grands types de prise en charge car la théorie de l'organogenèse, de psychogenèse et de sociogenèse sont associées et interdépendantes et une prise en charge multifactorielle et pluridisciplinaire semble être à mettre en place (1).

Après avoir décrit les principales maladies psychiatriques et abordé les spécificités de la prise en charge du patient en psychiatrie, nous allons détailler le parcours de soins du patient en psychiatrie, en décrivant les différentes structures faisant partie intégrante du projet de soins dont le patient en psychiatrie va bénéficier.

## **2. Le parcours de soins du patient en psychiatrie**

Le patient en psychiatrie dispose d'un parcours de soins bien établi et surtout très spécifique : il va bénéficier d'une suite de soins à partir de la première prise en charge du trouble, et en fonction de son évolution. Pour ce faire, plusieurs acteurs au sein de différentes structures interviennent et agissent en coordination, afin d'obtenir la stabilisation du patient. Nous allons maintenant détailler le rôle de chacun.

### **2.1. L'offre de soins en psychiatrie :**

Nous avons vu précédemment que la psychiatrie était un champ de soins particulier, avec une prise en charge selon des modalités différentes : le patient atteint d'une maladie psychiatrique va demander un investissement plus important de la part des équipes soignantes pour ce qui est du suivi en particulier. En effet, lors du retour au domicile après une hospitalisation par exemple, le patient devra être suivi tout au long de son parcours de soins. Pour cela, des structures ont été pensées et mises à disposition afin d'assurer cette prise en charge en ambulatoire, hors de l'hôpital, au plus près du patient.

L'offre ambulatoire publique est divisée en secteurs de soins. Le secteur peut être plus ou moins vaste, selon la densité de population et les conditions démographiques. Le secteur est constitué de diverses structures de soins destinées à permettre l'exercice des activités de prévention, de soins, et de suivi (13).

La sectorisation de l'offre de soins en psychiatrie constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside. Ce système représente une refonte du système de soins en psychiatrie. La sectorisation est considérée comme une révolution en regard de l'asile du XIXe siècle où le principe était hospitalo-centriste. La politique de psychiatrie de secteur a permis de développer la prise en charge « hors les murs » de l'hôpital. En effet, le lieu de résidence d'une personne malade la relie au secteur géographique qui pourra la prendre en charge, si elle l'accepte, et selon les modalités du

service public. Les principes français de libre choix de son médecin et de possibilité de refus de traitement restent valables sauf pour les soins psychiatriques sans consentement (SDRE, soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état et les SPDT, soins psychiatriques à la demande d'un tiers) qui sont minoritaires (13).

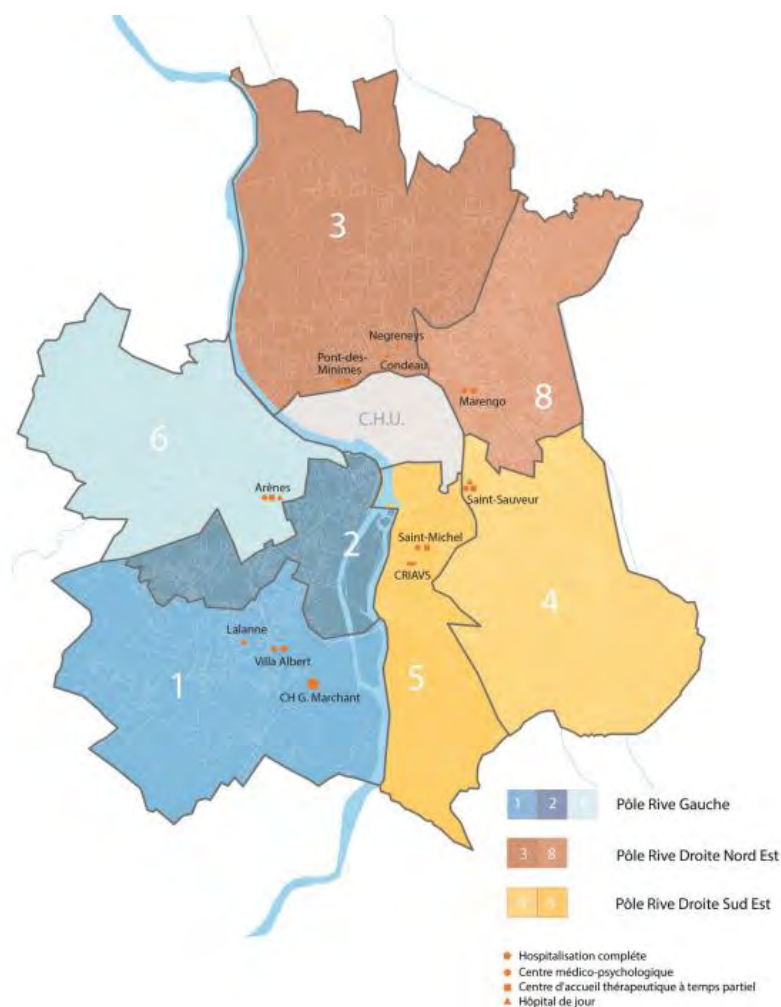
Nous allons illustrer l'offre de soins en psychiatrie en prenant l'exemple de Toulouse et de la Haute-Garonne.

A Toulouse, la prise en charge des patients en psychiatrie s'effectue dans un premier temps dans des structures hospitalières : il s'agit du Centre Hospitalier Gérard Marchant ou encore du Centre Hospitalier Universitaire de Purpan qui comprend un service de psychiatrie. Mais la prise en charge va se poursuivre également en dehors des structures hospitalières, afin d'assurer un suivi du patient. C'est pour cela, qu'un vaste réseau de centres de soins de proximité est mis à disposition du patient. Ce dispositif permet d'assurer plus de 80 % des prises en charge dans des centres de soins situés hors de l'hôpital. Il permet d'orienter, en priorité la personne sur un ensemble de dispositifs de soins, a pour avantage de rapprocher les soins au plus près de la population et permet une prise en charge du quotidien de la personne suivie (14).

A Toulouse et en Haute Garonne, pour ce qui concerne l'offre publique de soins en psychiatrie, on distingue 8 secteurs de psychiatrie adulte, 3 secteurs de psychiatrie pour enfants et adolescents et un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Le Centre Hospitalier Gérard Marchant est en charge de 7 secteurs de psychiatrie adulte (31G01, 31G03, 04, 05 ,06 ET 31G08), d'un secteur de psychiatrie pour enfants et adolescents (31I02) et du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (13).



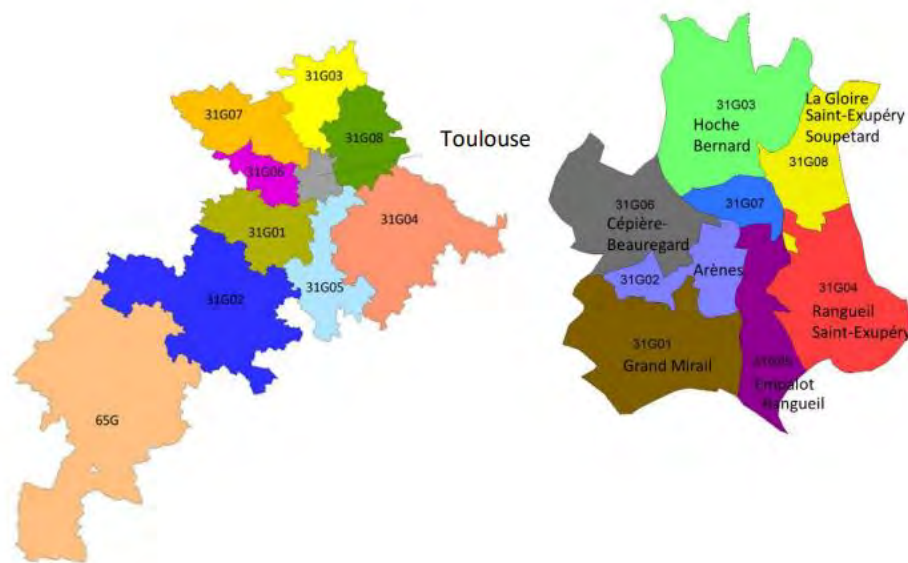


**Figure 1 :** Carte de la sectorisation de la psychiatrie adulte - Toulouse

Un secteur de psychiatrie générale est rattaché au CHU de Toulouse (31G07), qui a également en charge un secteur de psychiatrie de l'enfant et adolescent (31I01).

Enfin, un secteur de psychiatrie générale (65G) couvrant le sud du département est rattaché au CH Lannemezan spécialisé en psychiatrie dans les Hautes-Pyrénées.

A noter que le 3<sup>ème</sup> secteur de Psychiatrie de l'enfant et adolescent (31I03) de la Haute Garonne est porté par l'agence régionale pour la sauvegarde de l'enfant et de l'adolescent (ARSEAA) mais ne dispose pas de lit d'hospitalisation complète (13).



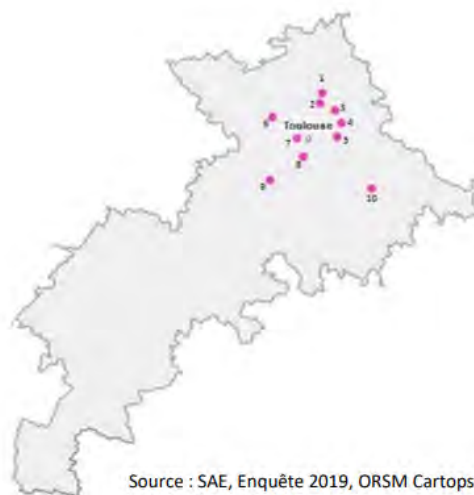
**Figure 2 :** Découpage du département de la Haute-Garonne selon le découpage des secteurs de la psychiatrie générale adulte

## **2.2. Le parcours de soins en psychiatrie en Haute Garonne : problème de répartitions et d’offres de soin :**

Nous avons décrit plus haut l’offre de soins publique en psychiatrie pour la Haute-Garonne. Le secteur privé participe également à l’offre de soins en psychiatrie : il est composé de huit établissements aux projets de soins différents.

Comme le montre la carte ci-dessous, les cliniques privées ne sont pas réparties de façon égale sur le territoire. En effet, elles se concentrent plutôt à proximité du centre-ville de Toulouse, et donc davantage au Nord du territoire, laissant de ce fait le sud du département dépourvu d’institutions de soins de psychiatrie privées. Cette organisation limite la prise en compte d’une part importante de la population du département, et plus particulièrement celle ayant des besoins sociaux élevés. Le sud du territoire n’est pas couvert par le secteur privé.

- 1 : Clinique de Montberon
- 2 : Clinique Marigny
- 3 : Clinique de Castelveil
- 4 : Clinique de Beaupuy
- 5 : Clinique d'Aufrery
- 6 : Clinique des Cèdres
- 7 : CHU Toulouse
- 8 : CHS Gérard Marchant
- 9 : Clinique du Château de Seysses
- 10 : Maison de santé de Mailhol



Source : SAE, Enquête 2019, ORSM Cartopsy®Occitanie -  
Exploitation : ORSM Occitanie

**Figure 3** : Implantation des lits à temps plein

Lors d'une analyse de données, on constate que le rôle dévolu au secteur public et au secteur privé n'est pas le même. Les profils des patients sont différents, que ce soit en termes de données socioéconomiques, de pathologies ou de provenance (en termes de lieu de résidence). Par exemple, 57% des patients pris en charge dans le secteur privé sont des patients avec des troubles de l'humeur en diagnostic principal, contre 21% dans le secteur public. Et 54% des patients pris en charge en hospitalisation à temps plein au CHGM souffrent de troubles psychotiques en diagnostic principal alors qu'ils ne sont que 12% dans le secteur privé et 25% au CHU. De plus, on constate qu'il y a plus d'hommes dans la file active en secteur public qu'en secteur privé (13).

D'après cette étude, les données décrivant l'offre du territoire permettent de mettre en lumière l'impossibilité des établissements du secteur privé d'accompagner les établissements publics concernés par de grosses problématiques de précarité, d'accès aux droits, voire pour certains, de comorbidités somatiques. Autrement dit, les patients aux besoins d'accompagnement élevés mettent en difficulté un service public sous dimensionné tant sur les questions d'hospitalisations qu'en matière ambulatoire. Ce travail montre que le rôle dévolu sur le territoire au secteur public et au secteur privé n'est pas le même. Il est impossible pour les établissements du secteur privé de venir « compenser » cette carence

d'offre du service public, car il serait nécessaire pour eux d'intervenir sur la totalité de la filière et pas seulement en aval, et pour eux cela n'est pas faisable (13).

Pour autant, inclure ces acteurs dans la réflexion de la politique publique du territoire en matière d'offre psychiatrique serait un atout. La mise en œuvre de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) a permis de construire des coopérations nouvelles entre secteur privé et secteur public, même si cette dynamique est à parfaire et à approfondir (13).

Les unités du secteur public sont sous dimensionnées pour répondre aux besoins du territoire, car elles doivent faire face à des orientations sans priorisation. L'absence de priorisation et l'absence de solutions alternatives mettent en difficultés l'accueil, le soin, la sortie autrement dit l'ensemble du parcours (13).

Notons qu'au-delà de la question de l'hospitalisation, la crise des Centres Médico Psychologiques (CMP) est profonde. Les délais de rendez-vous varient de 15 jours à un mois avec un infirmier, 3 à 6 mois avec un psychiatre. Les professionnels d'accueil au sein des CMP sont dans l'obligation de « trier » les patients sur le principe qu'ils « doivent accueillir les patients qui ne trouveraient pas leur place ailleurs ». L'inertie entre les demandes des populations et la capacité d'accueil est à l'origine de la dégradation des situations qui in fine, deviennent des urgences à traiter, et des hospitalisations (13).

Par conséquent, le secteur privé ne pouvant pas compenser les manques de places du secteur public en termes de nombres de lits d'hospitalisation, à cause d'un déficit ambulatoire, oblige les services d'hospitalisation à prendre en charge les publics les plus vulnérables. Et à cela s'ajoutent des profils de patients aux problématiques sociales et somatiques en augmentation, nécessitant une prise en charge plus complexe. De ce fait, cela pose des problèmes de rupture de parcours de soins pour certains patients. Cela nous permet de nous rendre compte que ce modèle de prise en charge reste très efficace pour le patient psychiatrique, mais comme tout dispositif il se heurte à quelques difficultés : le

manque de places (lit d'hospitalisation) ainsi que le manque de personnel en secteur public et ce manque est non compensé par le secteur privé qui n'est pas également réparti sur le territoire. L'engorgement des CMP met également à mal la prise en charge des patients et le plus souvent cela se solde par un retard de prise en charge (et de diagnostic) avec des conséquences qui en découlent (13).

Nous avons donc mis en lumière les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de santé, mais malgré tout ils s'efforcent à maintenir une continuité dans le parcours de soins du patient en psychiatrie.

Nous allons maintenant développer le parcours de soins du patient en psychiatrie avec les différentes structures qui le composent ; puis nous l'illustrerons avec un schéma récapitulatif et des exemples concrets de prise en charge.

### **2.3. Les différentes structures de soins en psychiatrie :**

#### **2.3.1. L'hôpital :**

L'hôpital est un établissement de soins qui accueille des patients, soit de manière libre et programmée, soit de manière contrainte.

Un patient peut être admis à l'hôpital de façon libre ce qui signifie qu'un consentement doit être obtenu si son état de santé le permet et hors situation d'urgence.

Mais il existe également des modes d'hospitalisation dites « sans consentement », à la demande d'un tiers, et il existe plusieurs situations différentes. Lorsque les troubles mentaux rendent le consentement impossible à recueillir et que l'état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant d'une hospitalisation complète, le patient sera hospitalisé de manière contrainte. Il s'agit de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT). D'autre part, en cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, l'hospitalisation est faite sans

consentement, c'est l'admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers en urgence (SDTU). S'il s'avère impossible d'obtenir une demande d'hospitalisation et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne au moment de l'admission, on aura alors une hospitalisation sous contrainte pour péril imminent (SPI) (17).

D'autre part, l'hospitalisation peut également se faire sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) : elle intervient lorsque le patient présente des troubles psychiques, nécessitant des soins, troubles qui porteraient atteinte à la sûreté des personnes, ou de façon grave, à l'ordre public. Ce mode d'hospitalisation est une mesure administrative prise par le Préfet du département par arrêté préfectoral ou bien par le maire mais uniquement de façon provisoire, par exemple en attendant la décision du préfet, par arrêté municipal. Ce n'est pas exactement l'hospitalisation qui est imposée mais plutôt le soin psychiatrique en lui-même (17).



**Figure 4** : Troubles bipolaire - Prise en charge du patient - Aspects médico-sociaux.

Lorsque le patient est admis à l'hôpital un projet de soins va être établi. De ce fait son temps d'hospitalisation va varier en fonction de celui-ci.

L'hospitalisation peut être à temps complet : elle se fera alors en unités d'admissions. L'unité d'admissions va permettre d'accueillir des patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë nécessitant, pour un temps limité, des soins et une surveillance médicale constante. Cette hospitalisation aura pour objectif d'amener les troubles aigus et préparer l'orientation ultérieure du patient pour un retour à domicile ou vers une autre structure de

soins. Par ailleurs, s'il s'agit d'une pathologie subaigüe ou chronique, le patient pourra être admis en unité de soins de suite et de réhabilitation, en vue de permettre de préparer le retour à une vie autonome en ambulatoire (17).

A côté de ces deux types d'unités d'hospitalisation à temps complet (en unité d'admission et unité de suite), il existe également l'hospitalisation de jour où une consolidation thérapeutique est mise en place, ainsi que des objectifs visant à la réhabilitation et à la réinsertion. C'est par exemple souvent ce qui est privilégié pour le patient mineur : en effet, l'hospitalisation de jour est vécue comme moins « traumatisante » puisqu'il s'agit d'une hospitalisation uniquement en journée et qu'elle permet donc de rentrer chez soi une fois la journée terminée (16).

Les patients, une fois admis dans ces différents services de l'hôpital vont recevoir des soins afin de restaurer un nouvel équilibre. Les traitements vont être psychothérapeutiques et médicamenteux. Les patients seront accompagnés tout au long de leur hospitalisation par les médecins, les infirmiers et les pharmaciens ainsi que par d'autres intervenants (aides-soignants, éducateurs, diététiciens...). Tous ces professionnels de santé travaillent en coordination, afin de pouvoir permettre une sortie du patient et que celle-ci soit réussie.

La sortie de l'hôpital du patient représente une étape importante : celui-ci, va se retrouver confronté à la « vie réelle » à laquelle il va devoir s'adapter. La confrontation de la prise de son traitement à son quotidien de vie n'est pas toujours une réussite, et c'est pour cela que le parcours de soin du patient ne s'arrête pas à l'hospitalisation et que d'autres structures de soins prennent le relais lorsque le patient est sorti de l'hôpital. Nous allons poursuivre en développant chacune d'elles.

### **2.3.2. Les centres médico-psychologiques (CMP) :**

C'est un lieu d'accueil, de soins et d'orientation en santé mentale. En effet, lorsque le patient sort de l'hôpital, la prescription médicale pourra associer un traitement médicamenteux

mais également des soins psychothérapeutiques, et un suivi régulier. Le patient se rendra alors au CMP pour sa dimension de soins : par exemple, chaque mois pour l'injection de son neuroleptique à action prolongée, administré par voie intramusculaire par les infirmiers du CMP. De plus, il va également pouvoir s'y rendre pour avoir un suivi psychologique avec des rendez-vous avec un psychologue ou avec un psychiatre notamment pour renouveler son traitement médicamenteux. Il pourra également avoir un suivi infirmier rapproché.

Ces centres sont également un centre d'accueil et d'orientation en santé mentale, de par notamment leur répartition sur tout le territoire et grâce à une permanence d'accueil. En effet, ils représentent des soins de proximité pour toute personne rencontrant des difficultés d'ordre psychologique ou psychiatrique, ou bien pour les parents ou ayant droits, ainsi que pour tout professionnel souhaitant orienter un patient vers une prise en charge spécialisée en psychiatrie. Et c'est donc pour ces raisons que ces structures sont bien souvent le point d'entrée dans le parcours de soins du patient psychiatrique (18).

A Toulouse, on compte six CMP rattachés au Centre Hospitalier Gérard Marchant : le CMP de Marengo, le CMP des Arènes, le CMP Pont des minimes, le CMP Port Saint-Sauveur, le CMP de Saint Michel et le CMP Villa Albert. Un autre CMP dépend du CHU de Toulouse (19).

Ils quadrillent la ville de Toulouse de manière à couvrir tous les besoins de la population et sont placés sous la responsabilité d'un psychiatre de secteur. Ces centres ont tous les mêmes missions, à savoir l'accueil, la prévention, la coordination/liaison, l'orientation, l'information, les soins et traitements ambulatoires, les consultations, les diagnostics, la formation, la recherche et ce sont également des centres d'expertise pour d'autres professionnels (19).

Le patient en détresse psychologique va pouvoir prendre contact avec le CMP dont il dépend, en fonction de sa sectorisation géographique. Il s'agit alors du premier contact et c'est une étape cruciale pour l'infirmier de permanence réalisant l'entretien. En effet, il doit rapidement évaluer la situation et décider si cela relève de l'urgence ou non. Le premier contact permet également de recueillir les informations principales du patient comme ses



coordonnées, ses antécédents médicaux, son histoire, ses traitements mais aussi les coordonnées de son médecin traitant ainsi que ceux de sa pharmacie d'officine...

Afin de définir des objectifs thérapeutiques, des réunions cliniques sont organisées toutes les semaines avec toute l'équipe ; l'infirmier qui a effectué le premier entretien présente le cas à l'ensemble des acteurs présents et ils discutent de la meilleure prise en charge. Il peut être décidé d'orienter le patient vers une consultation avec un médecin psychiatre ou un psychologue, ou bien vers un entretien et un suivi infirmier, un accompagnement social, une orientation vers un dispositif complémentaire ou mieux adapté à la demande.

Le suivi étant primordial pour les patients psychiatriques et notamment afin de maintenir cette alliance thérapeutique, l'infirmier référent du patient va réaliser des entretiens de suivis afin de « l'évaluer » pour pouvoir déceler d'éventuel problème ou difficulté qui pourrait jouer sur son observance médicamenteuse et sur son alliance aux soins, le caractère fluctuant de ces patients étant important à prendre en compte. De plus, ces entretiens de suivi servent également à écouter le patient et relever la présence d'effets indésirables ressentis par le patient et son comportement face à cela.

### **2.3.3. Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel**

#### **(CATTP) :**

Il s'agit également d'un service de soins psychiatriques ambulatoire. Ce sont des structures qui participent au dispositif de soins psychiatriques publics et elles sont rattachées au Centre Hospitalier Gérard Marchant et placées sous la responsabilité d'un psychiatre de secteur.

Ces structures sont des centres d'accueil pour des patients orientés par un professionnel de santé et présentant des difficultés psychologiques ou psychiatriques. Ce dispositif s'adresse à des adultes pour lesquels l'insertion sociale ou familiale reste possible mais nécessite d'être accompagnée par une équipe de soins de manière plus soutenue que ce que peut proposer un centre médico-psychologique. Des actions de soutien et des prises en charge en groupe seront proposées dans le but de favoriser l'autonomie du patient ainsi que de l'accompagner dans son rétablissement. Les soins en CATTP peuvent, entre autre, permettre de rompre l'isolement, de créer ou maintenir des liens sociaux, mettre en œuvre un projet

de vie, ou encore apprendre à reprendre confiance. Les soins s'organisent autour d'un temps d'accueil de groupe, avec la possibilité d'avoir comme support différents ateliers. Par exemple, il peut s'agir de relaxation, créations et arts plastiques, peinture, bien-être et soins corporels, marche, gym douce, vidéo, cuisine ou encore vie culturelle. Des ateliers autour du traitement médicamenteux peuvent aussi être proposés.

Les CATTP sont souvent présents à côté d'un centre médical psychologique car leurs missions sont complémentaires. En effet, une fois que le projet thérapeutique a été défini en CMP, le CATTP intervient plus tard dans le parcours de soins, davantage au niveau du suivi du patient. Il vise à maintenir et/ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Toutes ces activités, adaptées au patient psychiatrique, font partie de l'arsenal thérapeutique mis à disposition et sont déterminantes dans le maintien d'un lien social (18). Les ateliers thérapeutiques permettent également aux infirmiers en charge de l'activité thérapeutique d'évaluer encore une fois les patients : en effet, leurs comportements en groupe peuvent être complètement différents de celui qu'ils adoptent lorsqu'ils sont seuls. Les comportements varient très souvent en fonction de l'environnement (lieux, personne, moment) et cela permet à l'équipe de s'adapter et de fixer des objectifs thérapeutiques différents mais plus adaptés. Cela a été précédemment illustré avec l'histoire de Roland (1).

A Toulouse, on compte six CATTP : le CATTP Port Saint-Sauveur, le CATTP Marengo, le CATTP Saint-Michel, le CATTP Villa Albert, le CATTP Pont des Minimes et le CATTP Arènes. Leurs missions sont donc en continuité de celles des CMP et toujours en coordination, afin de suivre le patient et de lui permettre de garder une certaine autonomie (20).

CMP et CATTP sont donc toutes deux des structures d'accueil complémentaires pour les patients. Elles ont pour but principal d'accompagner le patient au moment de sa sortie de l'hôpital, afin d'avoir une continuité des soins, et d'étayer sa prise en charge. Par ailleurs, se rendre au CMP de son propre fait est possible, puisque c'est un centre d'accueil de

proximité ; mais pour se rendre en CATTP, une première consultation devra être faite et c'est à la fin de celle-ci qu'est prise la décision ou non d'orienter le patient vers un CATTP.

#### **2.3.4. Les hôpitaux de jour (HDJ):**

Afin de terminer notre description des différents acteurs et structures qui interviennent au sein du parcours de soins du patient en psychiatrie, nous allons décrire la dernière structure de soins en ambulatoire : il s'agit des hôpitaux de jour.

L'hôpital de jour est un lieu de soins pour les patients qui présentent des troubles psychopathologiques et qui nécessitent des soins quotidiens et prolongés. Il constitue une alternative à l'hospitalisation continue pour des patients souffrant de troubles psychiques non stabilisés. La sortie de l'hôpital a été possible pour ces patients-là bien qu'ils ne soient pas totalement stabilisés, mais suffisamment pour pouvoir les faire sortir de l'hôpital. De ce fait, le suivi est encore plus renforcé et soutenu qu'un simple suivi en CMP. Le patient devra se rendre plusieurs fois par semaine dans les locaux de l'hôpital de jour afin de recevoir des soins. L'admission est validée par le médecin responsable, sur proposition de l'équipe d'un centre médico-psychologique, le plus souvent à l'issue d'un bilan complet.

Les principales missions sont dans un premier temps d'éviter l'hospitalisation à temps complet pour des personnes fragilisées que l'on ne peut pas « isoler » comme par exemple le mettre à l'écart du contexte familial (mère-enfant) afin d'éviter de perdre le lien social. L'hospitalisation de jour permet également d'aider les personnes sortant d'hospitalisation à temps plein, ou insuffisamment stabilisées, à retrouver l'équilibre nécessaire pour réintégrer un cadre de vie ordinaire, pour se resocialiser. Cette structure constitue donc une étape et permet un retour au domicile de façon plus progressive. Ce dispositif est adapté aux patients dont la maladie reste très présente et les empêche d'être suffisamment autonomes afin de pouvoir se gérer dans la vie au quotidien. L'hôpital de jour permet donc un suivi rapproché quotidien dans certains cas, afin de réussir la sortie d'un patient et d'éviter une nouvelle hospitalisation vécue comme un échec par le patient lui-même et par l'équipe soignante (18).

Enfin, une autre mission des hôpitaux de jours consiste à prendre en charge de manière ponctuelle des personnes qui ont besoin de soins, par exemple des personnes refusant l'hospitalisation à temps plein, ou en attente d'une hospitalisation à temps plein. Les HDJ sont également là pour apporter de l'animation psychique dans la vie quotidienne de certains patients, évaluer leur autonomie et maintenir le lien thérapeutique.

Contrairement au CATTP qui laisse une relative autonomie au patient, en HDJ il ne sera pas possible d'annuler au dernier moment sa participation à un atelier. En effet, le CATTP est plus souple et cela s'adresse au patient relativement autonome dans la vie de tous les jours. Pour les patients plus lourdement atteints, des dispositifs plus soutenant seront nécessaires, et ils seront donc dirigés vers l'hôpital de jour pour tout ce qui est activité de réinsertion. En HDJ, un cadre strict est imposé, les activités sont proposées mais avec des horaires à respecter, des règles, une obligation de présence et tout ceci afin d'établir un cadre de travail rigoureux en vue d'une future réinsertion dans le monde du travail par exemple, avec un emploi adapté. Les professionnels de santé intervenant en HDJ travaillent pour donner toutes les clefs possibles au patient, afin que sa réinsertion soit la plus réussie possible.

A Toulouse, on en compte cinq : HJ Negreneys, HJ Condeau, HJ Saint-Sauveur, HJ Arènes, HJ Lalanne. Ces cinq structures travaillent donc en continuité avec ce qui est fait en CMP et en CATTP, mais comme décrit précédemment, c'est une structure qui s'adresse davantage au patient en psychiatrie plus lourdement atteint ou à la stabilisation encore fragile (21).

Toutes ces structures de soins que nous venons de décrire, sont interdépendantes et en lien permanent, et s'offrent au patient de psychiatrie tout au long de son parcours de soins. Les différents professionnels de santé interviennent sur ces différents sites et suivent chaque patient tout au long de son parcours de soins. On note que le CMP est au cœur de cette prise en charge car il fait le lien entre des structures de ville et l'hôpital.

A côté de ces structures de soins qui constituent un véritable maillage du territoire, et permettent une réelle proximité avec le patient, en fonction de l'évolution de ses troubles, de nombreux professionnels de santé font également leur entrée dans ce parcours de soins comme le médecin traitant, le pharmacien, le biologiste pour le laboratoire d'analyses médicales ou encore les services sociaux. Tous sont acteurs au sein du parcours de soins et doivent travailler en coordination. Pour ce faire chacun doit connaître les différentes étapes que comprend ce parcours de soins afin de pouvoir intervenir de manière la plus juste et la plus adaptée possible.

Nous allons donc terminer la description de ce parcours de soins en développant le rôle d'autres professionnels de santé qui y interviennent.

#### 2.4. Synthèse des différents acteurs qui entrent en jeu dans le parcours de soins du patient en psychiatrie :

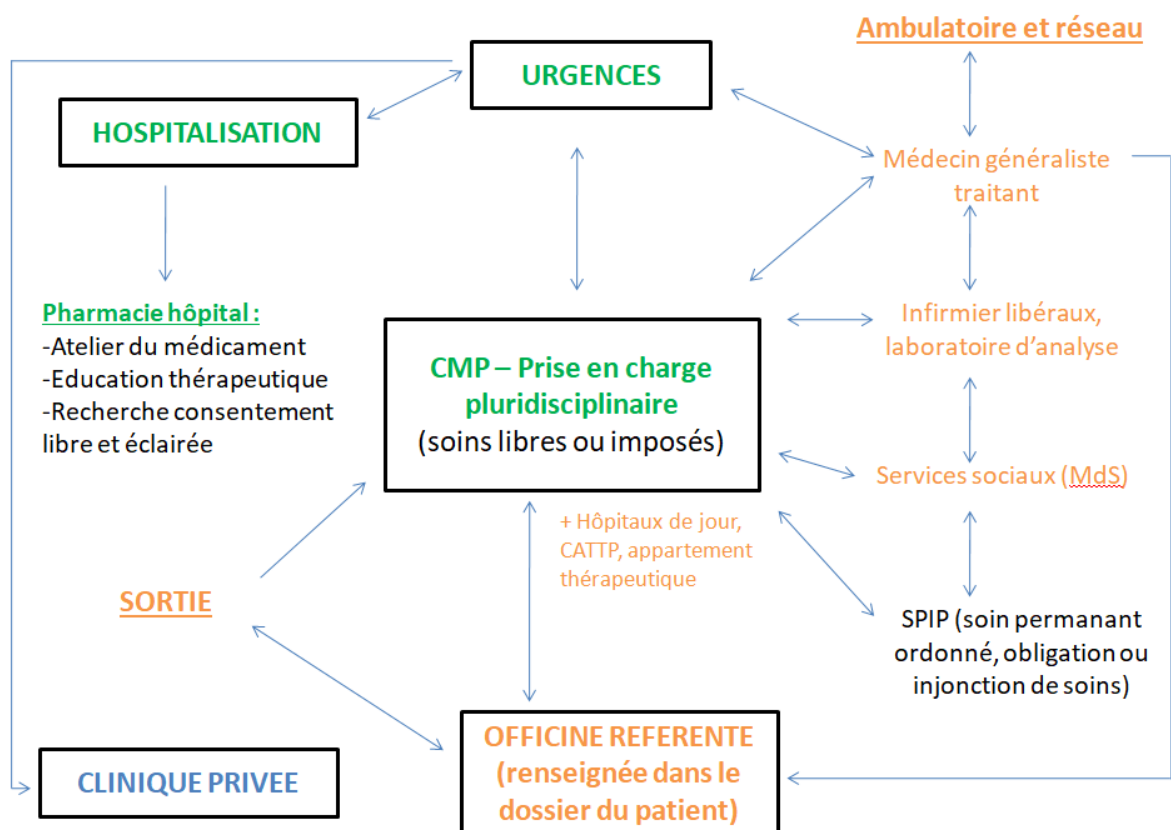


Figure 5 : schéma récapitulatif du parcours de soins du patient en psychiatrie

Comme décrit précédemment, plusieurs acteurs interviennent au cours du parcours de soins du patient en psychiatrie, au sein de structures hospitalières avec notamment, pour l'agglomération toulousaine, le Centre Hospitalier Gérard Marchant (CHGM) ou le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Purpan, mais également au sein de structures ambulatoires organisées en réseau : les CMP, les CATTP, les hôpitaux de jours et les appartements thérapeutiques. Toutes ces institutions communiquent et sont en étroite relation.

En ambulatoire, d'autres acteurs de santé sont présents dans ce parcours, comme le médecin généraliste, qui doit se positionner comme un professionnel de santé de premier recours : il entre dans ce vaste réseau car il peut être sollicité par le patient au cours d'une consultation. Mais inversement, celui-ci peut également solliciter le CMP en adressant les patients vus en consultation lorsqu'il juge qu'une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique est nécessaire. L'entrée dans le parcours de soins en psychiatrie peut donc également se faire par ce biais-là.

Les infirmiers libéraux sont également des acteurs importants de proximité. Ils peuvent intervenir au domicile du patient pour l'aider à la prise de ses traitements, à la préparation de son pilulier, ou pour réaliser des prélèvements sanguins, par exemple, pour des analyses au laboratoire sur demande du médecin généraliste ou du psychiatre.

Un autre acteur se dessine alors : il s'agit des personnels des laboratoires d'analyses. Ils communiquent des résultats biologiques essentiels pour le suivi du patient.

Ensuite, dans ce parcours de soins vont également intervenir les services sociaux. En effet, de nombreux patients vont présenter des problématiques sociales. Leur rôle va être très important, le bien être du patient passant par sa situation sociale, et de ce fait sa réussite face à son traitement et à sa maladie.

Enfin, le pharmacien est un acteur de ce parcours. Il intervient à l'hôpital lors des hospitalisations, où son rôle est de valider les ordonnances, surveiller et garantir la sécurité du médicament. Il intervient également lors de la mise en place des ateliers du médicament et fait de l'éducation thérapeutique. Les pharmaciens d'officine ont également un rôle majeur à jouer, en particulier lorsque, chaque mois, les patients viennent à la pharmacie pour un renouvellement de leur traitement. De plus, ils restent en lien avec le CMP du patient lorsqu'il y a des problématiques de rupture d'un médicament par exemple.

Pour conclure, si on prend comme exemple le patient qui entre dans le parcours de soin, après un passage aux urgences psychiatriques (tentative de suicide, bouffée délirante aigue...), il va ensuite être hospitalisé au Centre Hospitalier Gérard Marchant ou au CHU pour poursuivre sa prise en charge. La durée d'hospitalisation est très souvent de plus de 1 mois, nécessaire à la mise en place du traitement et à la résolution de la symptomatologie. L'hospitalisation peut être libre ou sous contrainte; dans ce cas, le patient a reçu une injonction de soins ou une obligation de soins ordonnée à la demande d'un tiers ou bien à la demande de l'état (par le biais du préfet ou du maire). Lors de son hospitalisation, les psychiatres vont mettre en place le traitement de manière progressive et suivre l'évolution du patient. La difficulté avec le patient en psychiatrie réside dans la complexité des prises en charge : il n'existe que peu de protocoles thérapeutiques pré établis qui prévoient une date d'entrée en hospitalisation et une date précise de sortie. Les infirmiers en psychiatrie sont des acteurs « pivot » dans la prise en charge car ils sont au contact direct avec les patients : administration des traitements, évaluation régulière selon différentes approches (seul à seul lors d'une sortie comme décrit précédemment ou lors d'un entretien ou bien en groupe lors des ateliers mis en place). Le pharmacien va également pouvoir intervenir en animant des ateliers du médicament où il va, par différentes approches, informer et éduquer le patient sur son traitement comme par exemple en abordant les moments de prise, comment prendre le médicament, la reconnaissance des effets indésirables et les moyens d'y remédier. Tout ceci dans un objectif de rendre le patient acteur de sa prise en charge et contribuer à améliorer son observance.

Ensuite lorsque le patient est stabilisé, une sortie va être envisagée, et sa prise en charge se poursuivra en ambulatoire via notamment le CMP qui reste l'acteur central dans le parcours de soin du patient en psychiatrie.

### **2.5. Quelques exemples de parcours de soins en psychiatrie :**

Le parcours de soins en psychiatrie est très vaste et de nombreux acteurs interviennent. Afin de l'illustrer, je me suis rendue au CMP des Minimes pour découvrir en pratique les différents parcours de soins. Au cours de la discussion avec l'équipe soignante, nous avons pu évoquer cinq exemples de parcours de soins plus ou moins typiques.

Le premier exemple concerne un jeune homme âgé de 20 à 30 ans (beaucoup de patients sont concernés par ce profil de soins). Il est admis aux urgences psychiatriques après une première décompensation psychique et une suspicion d'entrée dans la schizophrénie, dans un contexte de consommation excessive de drogues et d'errance sociale. Il est ensuite hospitalisé au CH Marchant pour continuer sa prise en charge et une fois son traitement mis en place, une sortie est envisagée. Sa sortie est programmée, et il peut retourner chez lui mais il doit se rendre au CMP tous les mois pour faire son injection de neuroleptique à action prolongée. Pour ce patient, il n'a pas été jugé utile de poursuivre sa prise en charge en CATTP ou en hospitalisation de jour, seul un rendez-vous mensuel en CMP suffit à sa prise en charge mais ceci est bien-sûr systématiquement réévalué.

Le deuxième exemple est également un profil assez fréquemment rencontré. Il s'agit d'une femme âgée de 30 à 40 ans qui entre dans le parcours de soins suite à une intoxication médicamenteuse volontaire dans un contexte familial non stable (divorce). Un trouble anxio-dépressif avec intolérance à la frustration est évoqué. De plus, elle présente une addiction à l'alcool et aux benzodiazépines. Son hospitalisation se fera de manière libre. Le diagnostic posé est un trouble borderline associé à un trouble des conduites addictives. Sa prise en charge se poursuivra en clinique psychiatrique privée (22).



Pour le troisième exemple, il s'agit d'un homme de 50 ans qui réalise de nombreux passages aux urgences pour des troubles ostentatoires, type maniaque. Il est atteint de trouble bipolaire de type I. C'est un patient dont on connaît la maladie mais qui se retrouve souvent aux urgences après un accès maniaque car il n'est pas observant vis-à-vis de son traitement. Il doit se rendre tous les mois en CMP pour son injection de NAP, mais régulièrement il ne se présente pas. Cet exemple, classique par les étapes du parcours de soins (diagnostic au cours d'une hospitalisation, suivi ambulatoire en CMP) illustre également une autre difficulté rencontrée chez ces patients, qui est celle de l'observance au traitement. En effet, cette problématique est fréquemment rencontrée en psychiatrie car même si l'équipe référente du CMP rappelle au patient son rendez-vous et l'importance de ne pas l'oublier, certains patients ne s'y rendent pas régulièrement, et s'exposent au risque de rechute et à une nouvelle hospitalisation. Le CMP promeut une certaine autonomie du patient, mais celui-ci reste libre de se rendre à ses rendez-vous ou pas. Pour ce patient une réévaluation de son profil sera discutée à la réunion hebdomadaire du CMP (22).

Un autre exemple illustre un adressage au CMP par le médecin traitant d'un homme pour un syndrome anxio-dépressif. Il est dans un premier temps accueilli par un infirmier qui le reçoit en entretien. Puis, lors de la réunion clinique hebdomadaire, son cas est discuté avec l'ensemble des acteurs et un courrier va être adressé au médecin traitant concernant sa prise en charge. Ici l'équipe du CMP a eu un rôle consultatif en tant qu'expert dans la prise en charge en psychiatrie. Une hospitalisation n'a pas été jugée nécessaire, et le suivi peut être poursuivi par le médecin traitant, avec des préconisations de prise en charge spécifiques (22).

Le dernier exemple témoigne d'un parcours plus complexe. Il s'agit d'un homme de 57 ans sous curatelle présentant un trouble schizo-affectif et autre trouble de la personnalité. Il a été hospitalisé une première fois en 2003 sous contrainte à la demande du représentant de l'état. Une fois hospitalisé, un projet de soin a été établi et une prise en charge en CMP et en CATTP a été prescrite. Mais quelques temps après, une deuxième hospitalisation a été nécessaire, mais cette fois plus longue, en unité d'admission dans un premier temps, puis en

unité de soins de suite. Au terme de plusieurs années d'hospitalisation au Centre Hospitalier Gérard Marchant, une sortie est envisagée avec comme projet de soins : un suivi au CMP, le passage d'une infirmière à domicile pour lui administrer ses traitements, le CATTP pour participer à des ateliers de groupe, et enfin une prise en charge en hôpital de jour est également jugée nécessaire pour étayer le tout (22).

Plus récemment ce même patient a été une troisième fois hospitalisé, dans un contexte de fléchissement thymique, et de changement de comportement avec une humeur dépressive et une tristesse associée. Devant ce tableau clinique, le psychiatre va instaurer un traitement par antidépresseur. Après quelques mois de traitement, ce patient va développer un délire érotomaniaque ce qui pousse l'équipe soignante à l'hospitaliser de nouveau afin de rééquilibrer sa prise en charge. Une fois stabilisé, il regagne son domicile avec le même projet de soins que celui précédemment proposé (22).

Ces différents exemples nous ont donc permis d'illustrer quelques parcours de soins du patient en psychiatrie, et de mieux comprendre leur complexité et leur diversité. On voit également que même si quelques profils sont plus fréquemment rencontrés, la prise en charge n'est jamais exactement la même, elle est toujours propre à chaque patient. Cela nous permet également de constater le caractère fluctuant de la maladie, et la nécessité d'évaluer sans cesse le patient, afin de l'accompagner dans sa prise en charge, mais également de prévenir un éventuel retour en hospitalisation.

Nous avons décrit dans cette première partie le patient en psychiatrie au sein de son parcours de soins, et nous avons pu constater que de nombreux professionnels de santé sont amenés à intervenir.

En sa qualité de professionnel de santé de proximité, spécialiste du médicament, le pharmacien d'officine a une place de choix dans ce parcours de soins. La deuxième partie de ce travail va donc permettre de décrire son rôle et d'évoquer les difficultés auxquelles le pharmacien en officine est confronté.

## **PARTIE 2 – LE PHARMACIEN D’OFFICINE : QUELLE PLACE AU SEIN DU PARCOURS DE SOINS DU PATIENT EN PSYCHIATRIE**

---

Dans cette seconde partie, nous allons appréhender le rôle du pharmacien d’officine. Nous savons dès lors qu’il a le statut de professionnel de santé de proximité, et ce rôle a notamment été mis au premier plan pendant, et depuis la crise sanitaire du Covid, où le pharmacien d’officine a joué un rôle essentiel dans la gestion de la pandémie. Forts de cette réussite, nous voyons de plus en plus de missions de santé confiées aux pharmaciens d’officine. Mais qu’en est-il de son rôle au sein du parcours de soins du patient psychiatrique ?

Nous décrirons les différentes missions du pharmacien d’officine et plus particulièrement son rôle d’information en tant qu’expert du médicament, ceci afin d’obtenir une alliance thérapeutique avec le patient et contribuer à améliorer l’observance médicamenteuse. Puis nous nous intéresserons au « lien ville-hôpital » entre les services hospitaliers de psychiatrie et la pharmacie d’officine du patient : nous l’analyserons et parlerons des difficultés rencontrées par les deux parties.

### **1. Le pharmacien d’officine : un professionnel de santé exerçant ses missions au plus près de la population**

#### **1.1. Un rôle de professionnel de santé de proximité :**

Les pharmacies d’officine, grâce à leur répartition géographique d’une part, et à leur amplitude d’ouverture d’autre part, sont facilement accessibles pour la population ; elles se placent donc au cœur des territoires et à proximité des patients.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, on compte 20 318 pharmacies d’officine en France métropolitaine, et 613 officines situées en outre-mer (23). D’après les données actuelles recueillies, 26 212

pharmaciens titulaires exercent en France métropolitaine et 26 873 pharmaciens adjoints ou gérants exercent en France métropolitaine au premier janvier 2019 (24). Les différentes pharmacies sont réparties de telle sorte qu'il y ait un maillage du territoire : en effet, l'installation est soumise à une autorisation qui dépend d'un quorum de population. Le législateur a souhaité que puissent être créées des officines en tenant compte des besoins de la population, ceci permettant de garantir une répartition plus égale et de freiner la concurrence préjudiciable à la moralité de la profession. Il est cependant possible d'obtenir une dérogation si la situation l'exige (accès difficile). Ce maillage territorial est un vrai atout pour la population et ce d'autant plus dans un contexte de « tension sur la démographie médicale », le but étant de libérer du temps médical. Tout ceci devra être fait en coopération avec les autres professionnels de santé et en lien étroit avec l'exercice médical (25).

De plus, le pharmacien à l'obligation de participer au service de garde, dans le but d'assurer un service pharmaceutique continu et harmonieux. Le patient est sûr de trouver à proximité du lieu où il se trouve un professionnel de santé qui saura répondre à ses interrogations ou l'orienter vers une prise en charge adaptée si besoin.

Les pharmacies d'officine, facilement accessibles, vont permettre des « soins de proximité ». Les soins de premier recours sont au cœur de la profession de pharmacien d'officine, et celui-ci y a une place pleine et entière. En effet, au plus près de la population, le pharmacien va donner des conseils pharmaceutiques, faire de la prévention et participer aux missions de dépistages. Il va suivre les patients tout au long de leur traitement médicamenteux et peut par exemple organiser des ateliers d'éducation à la santé afin de les aider à mieux s'approprier leurs traitements. Ils vont également avoir un rôle d'orientation dans le système de santé.

Dans la continuité de son rôle d'acteur de proximité, le pharmacien va pouvoir être désigné comme pharmacien référent d'établissements d'hébergement pour personnes âgées

dépendantes (EHPAD) non pourvus de pharmacie à usage intérieur, ou encore Pharmacien correspondant dans une équipe de soins (25).

Le pharmacien a toute sa place dans le réseau des différents professionnels de santé et ceci s'est confirmé avec la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19. Elle a permis de replacer le pharmacien d'officine au cœur du parcours de soins. Par exemple, la distribution des masques du stock de l'état aux professionnels de santé était confiée au pharmacien de ville car le maillage du réseau officinal permet d'être au contact d'un grand nombre de professionnels libéraux. Les pharmacies d'officines figuraient comme l'un des seuls lieux ouverts pendant les périodes de confinement, en faisant des établissements déterminants dans la gestion de la pandémie. Le pharmacien a eu un rôle clé dans la prévention avec notamment la vaccination, la distribution et la gestion des stocks de masques, des tests, le repérage de la violence conjugale et la gestion des pénuries de médicaments durant la pandémie.

Tout ceci a pu sans conteste, rendre plus visible le rôle du pharmacien comme acteur de santé de proximité, et acteur de santé publique. Il y a eu une réelle prise de conscience collective du rôle du pharmacien. La mobilisation des pharmaciens ne s'est pas arrêtée au déconfinement. En effet, encore aujourd'hui des missions de dépistage avec les TROD (test rapide d'orientation diagnostique) ainsi que la vente d'autotests et d'organisation de vastes campagne de vaccination leurs sont confiées (25).

### **1.2. Les nouvelles missions confiées aux pharmaciens d'officines – convention pharmaceutique – Avril 2022 :**

Dans ce contexte, la nouvelle convention pharmaceutique renforce le rôle majeur du pharmacien en tant qu'acteur de santé publique. On lui voit confier de plus en plus de missions en matière de prévention, d'accompagnement des patients et de premier recours.

### **1.2.1. La dispensation des produits de santé :**

Cette nouvelle convention rappelle les missions socles du métier de pharmacien avec notamment la dispensation des produits de santé. Il doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation des produits de santé, associant à leur délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, si elle existe. Il s'agira de vérifier la validité et l'authenticité de l'ordonnance, contrôler la durée légale du traitement et la possibilité du renouvellement du traitement prescrit. Ensuite, il faudra vérifier l'adéquation de la posologie prescrite avec celle mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché du médicament et s'assurer du respect des conditions réglementaires de prescription et de dispensation des médicaments prescrits et plus particulièrement pour les médicaments à statut ou délivrance particulière. Enfin, l'acte de dispensation comprend également la vérification de l'absence d'interactions entre les médicaments prescrits sur l'ordonnance qui lui est présentée, ainsi qu'avec les médicaments qui ont pu être prescrits ou conseillés antérieurement et dont le pharmacien a connaissance. Le pharmacien devra également apporter aux patients les informations et les conseils nécessaires au bon usage des produits de santé dispensés, à la bonne compréhension et à l'observance des traitements (27).

Le pharmacien a un devoir de conseil des patients lors de la dispensation. Dans ce cadre le pharmacien doit : s'assurer de la bonne compréhension par le patient du bon usage, des précautions d'emploi des produits de santé, préciser au patient, les modalités particulières de conservation du produit qui lui a été prescrit. Il devra s'assurer que le patient connaît la posologie, la durée du traitement prescrit et le moment recommandé pour la prise des médicaments, informer des effets indésirables possibles, faire le choix du conditionnement le plus économique possible (27).

Le traitement médicamenteux ayant une place prépondérante dans la majorité des prises en charge des patients atteints de troubles psychiatriques, il est évident que de par son rôle de professionnel expert du médicament, le pharmacien a toute sa place légitime dans le

parcours de soins du patient et a sans aucun doute un rôle majeur à jouer lors de la dispensation des traitements psychotropes.

### **1.2.2. Un rôle d'accompagnement :**

Le pharmacien a également un rôle d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques : au-delà des obligations réglementaires générales applicables en matière d'information, il importe de renforcer l'accompagnement de certains patients par les pharmaciens. La finalité de l'accompagnement pharmaceutique est de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement du patient (27).

Afin d'améliorer l'observance et l'adhésion au traitement et de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse, le pharmacien peut accompagner les patients chroniques suivants :

- Les patients sous anticoagulants oraux (AVK et AOD), ces traitements constituant une des premières causes d'accidents iatrogéniques en France. Du fait de leur marge thérapeutique étroite, ces médicaments nécessitent donc de mettre en place une surveillance renforcée et un accompagnement spécifique, en raison du risque hémorragique élevé, mais également du risque thromboembolique en cas de dosage inadapté.
- Les patients asthmatiques, ayant notamment un traitement de fond de corticoïdes inhalés. L'analyse de la littérature met en évidence un niveau de contrôle insuffisant des symptômes des patients asthmatiques. Les raisons de ce constat peuvent être multiples : aggravation de la maladie, mauvaise observance, erreur dans la manipulation de l'inhalateur... Impliquer le pharmacien dans le suivi de ces patients doit permettre d'assurer la bonne observance du traitement par les patients asthmatiques et sa bonne administration à long terme.
- Les patients sous anticancéreux oraux.
- Les personnes âgées polymédiquées.

Pour chacune de ces missions, l'accompagnement du patient consiste en une séquence d'entretiens au cours desquels le pharmacien est amené à :

- Evaluer l'adhésion du patient à son traitement,
- Evaluer la connaissance du traitement par le patient,
- Aider le patient à s'approprier son traitement,
- Renforcer ses rôles de conseil, d'éducation et de prévention auprès des patients.

Il faut que le pharmacien soit formé pour chaque thématique et disposer d'un espace de confidentialité.

Avec cette nouvelle convention pharmaceutique un accompagnement a été rajouté : il s'agit de l'accompagnement des femmes enceintes. Le pharmacien interviendra afin de sensibiliser les femmes enceintes aux risques liés à la consommation de substances tératogènes ou foëto-toxiques et l'importance de la vaccination (27).

Il est évident que cette mission d'accompagnement devrait aussi se décliner pour les patients atteints de pathologies psychiatriques, pour lesquels le traitement médicamenteux, associé ou non à d'autres prises en charge thérapeutiques, reste dans la majorité des cas le pivot de la prise en charge de leur pathologie psychiatrique.

### **1.2.3. La prévention :**

La prévention fait également partie des missions principales du pharmacien. Il va jouer un rôle déterminant auprès de la population en matière de promotion de la santé, et dans ce sens, plusieurs missions lui ont été confiées : la réalisation des TROD angine (tests rapides d'orientation diagnostique), qui permettent de déterminer l'origine d'une angine, virale ou bactérienne est un exemple de ces missions. Ceci permet ensuite d'initier une antibiothérapie uniquement s'il s'agit d'une angine bactérienne et ainsi de contribuer au bon usage des antibiotiques et limiter l'apparition des résistances (27).



Par ailleurs, la mobilisation des pharmaciens pour la campagne de vaccination, lors de la crise du Covid, a contribué à lutter contre la propagation rapide de la pandémie.

Depuis quelques années, les pharmaciens d'officine sont partie prenante de la campagne de vaccination antigrippale. Cette nouvelle mission a connu un réel succès, et a permis de vacciner plus de patients et de façon plus rapide.

S'ajoutent à cela des missions de dépistage, avec la délivrance des kits de dépistage du cancer colo rectal afin de dépister plus tôt le cancer du côlon et donc de pouvoir mettre en place un traitement rapidement et maximiser les chances de guérison sans séquelles. La nouvelle convention apporte une seconde mission de dépistage : il s'agit de dépister les infections urinaires au sein de l'officine, avec l'aide d'une bandelette réactive et ensuite de pouvoir dispenser un antibiotique adapté.

#### **1.2.4. Amélioration du parcours de soins :**

L'amélioration du parcours du soin du patient représente un axe clé dans la prise en charge du patient. Le pharmacien peut agir dans le cadre d'exercices coordonnés avec d'autres professionnels de santé afin de renforcer les dispositifs de coordination entre professionnels de santé, notamment à l'interface ville/hôpital, et garantir un parcours sans rupture et offrir un accès aux soins pour tous.

La permanence pharmaceutique est l'une des garanties de l'accès aux soins et de leur continuité. Les services de garde et d'urgence pharmaceutiques sont organisés, conformément aux dispositions du code de la santé publique, aux fins d'assurer une permanence pharmaceutique, dans l'intérêt des patients. Afin d'avoir une réponse adéquate aux besoins en médicaments et en dispositifs médicaux de la population, un découpage en secteurs de garde et d'urgence permet une couverture territoriale rationnelle minimisant le temps de déplacement du patient (27).

La loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients à la santé et aux territoires a créé le dispositif du pharmacien correspondant, afin d'améliorer la prise en charge des patients en favorisant la collaboration entre leur médecin traitant et leur pharmacien. Le pharmacien correspondant est un pharmacien titulaire d'une officine ou gérant d'une pharmacie mutualiste ou de secours minière. Il est désigné, avec son accord, par le patient auprès de l'assurance maladie. Le pharmacien correspondant doit appartenir à la même organisation d'exercice coordonné que le médecin traitant du patient en application de la réglementation en vigueur et doit en avoir été informé préalablement ce dernier (27).

Le pharmacien correspondant peut notamment, pour les seules ordonnances du médecin traitant des patients l'ayant désigné comme pharmacien correspondant :

- Renouveler des traitements chroniques au-delà de l'indication de la durée mentionnée sur l'ordonnance, lorsque le médecin traitant y a inscrit une mention précisant la durée pendant laquelle le pharmacien correspondant peut procéder au renouvellement sans que cette durée ne puisse excéder la limite de validité d'une ordonnance (12 mois), ni celle prévue par la réglementation pour certains médicaments,
- Ajuster des posologies lorsque le médecin traitant a inscrit sur l'ordonnance une mention précisant cette faculté.

Un projet d'expérimentation est également en cours au travers des lois de financement de la Sécurité Sociale. Il s'agirait d'autoriser une dispensation par le pharmacien d'officine de certains médicaments à prescription médicale obligatoire dans le cadre d'un protocole médical et de coopération conclu avec le médecin traitant et les communautés de santé des structures d'exercices coordonnés.

Le pharmacien apparaît ainsi comme un professionnel de santé au cœur des territoires, facilement accessible. La loi de santé HPST de juillet 2009 ainsi que la nouvelle convention pharmaceutique ont mis en exergue le rôle pivot du pharmacien dans le système de santé en lui confiant des nouvelles missions. Néanmoins, le déploiement de ces missions suppose

d'une part, l'adoption de nombreux textes réglementaires et d'autre part que les pharmaciens d'officine se les approprient.

Enfin, la convention pharmaceutique intègre le pharmacien dans le dispositif PRADO. Il s'agit d'une dispensation à domicile dans le cadre du service de retour à domicile du patient, après une hospitalisation. Cela permet d'assurer un meilleur suivi des patients au retour de leur hospitalisation et une meilleure coordination ville-hôpital. La sortie d'hospitalisation est en effet un moment à risque de rupture dans la prise en charge d'un patient avec notamment un risque accru d'iatrogénie médicamenteuse. Ce dispositif vise également à favoriser la coordination avec les autres professionnels de santé. Le pharmacien ainsi sollicité pourra, en fonction des besoins du patient et en complément de la dispensation à domicile de ses médicaments, également l'accompagner dans la prise en charge de ses traitements chroniques (27).

La dispensation à domicile implique le déplacement d'un pharmacien d'officine au domicile du patient. Il doit respecter les mêmes règles de dispensation qu'en officine. Il doit rappeler au patient tous les éléments nécessaires à la bonne prise et compréhension de son traitement tel que définis à l'article 2 de l'arrêté du 28 novembre 2016 modifié relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments.

La dispensation à domicile s'adresse au patient répondant aux deux conditions suivantes :

- Avoir intégré l'un des programmes PRADO suivants : PRADO Personnes âgées, PRADO chirurgie, PRADO pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, AVC ou BPCO) ou PRADO Covid ;
- Et dont le besoin d'une dispensation à domicile aura été évalué au vu de sa situation personnelle (impossibilité de se déplacer, isolement du patient). Ce besoin est apprécié par l'équipe de soins de l'établissement de santé.

Lorsque ces conditions sont remplies, le conseiller de l'Assurance Maladie intervenant dans le cadre du dispositif PRADO contacte le pharmacien d'officine choisi par le patient pour organiser avec lui la dispensation. Nous avons décrit précédemment le rôle essentiel du médicament dans la prise en charge du patient souffrant de troubles psychiatriques, et nous

avons également souligné la période fragile qui peut faire suite à la sortie de l'hospitalisation pour ces patients : nous pouvons donc imaginer que les pathologies psychiatriques pourraient naturellement faire l'objet d'un programme PRADO spécifique.

Le pharmacien d'officine se place donc de plus en plus comme le pivot central du parcours du soin du patient de par les conseils donnés, l'écoute, les compétences et l'expertise qu'il apporte ainsi que le maillage territorial que la répartition des officines permet d'assurer. Tout cela contribue à mieux maîtriser les dépenses de santé, à avoir un meilleur suivi et de ce fait d'être mieux soigné. Mais cela contribue également à accentuer la prévention et à optimiser les actions de dépistage. Toutes ces actions sont mises en place dans un but final d'obtenir un parcours de soins coordonné du patient (26) et une qualité de prise en charge améliorée.

Nous ne pouvons donc que convenir que le pharmacien, de par les missions qui lui sont attribuées, se positionne en tant qu'acteur du parcours de soins des patients, quelle que soit la maladie. Cette place est déjà bien définie et formalisée pour certaines pathologies ou situations bien spécifiques, qui n'incluent malheureusement pas le patient atteint de pathologies psychiatriques. Nous allons poursuivre en démontrant que son rôle d'expert du médicament place naturellement le pharmacien comme un acteur majeur dans le parcours de soins du patient en psychiatrie.

## **2. Le pharmacien d'officine, expert du médicament : à la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient en psychiatrie**

### **2.1. Informer un patient en psychiatrie :**

Lors de la description du parcours de soins du patient en psychiatrie, nous avons vu que la pharmacie de ville du patient fait partie des établissements dans lesquels le patient sera

emmené à s'y rendre de façon régulière: chaque mois, lors du renouvellement de son traitement médicamenteux, il devra se rendre à sa pharmacie d'officine pour que le pharmacien lui délivre les médicaments nécessaires à sa prise en charge. Et de manière générale, nous avons vu que le pharmacien est un maillon essentiel dans le parcours de soins du patient avec des atouts indéniables que sont les conseils donnés, l'écoute, les compétences, l'expertise et le maillage territorial. Mais la psychiatrie reste un champ particulier, c'est une approche du soin qui doit être adaptée aux spécificités du patient en psychiatrie.

Dans un premier temps, le pharmacien est le référent de l'information pharmacothérapeutique. Il se doit d'informer le patient afin d'optimiser la thérapeutique pharmacologique, prévenir l'iatrogénie et améliorer l'observance médicamenteuse et par la même occasion l'efficacité des traitements médicamenteux prescrits (28).

Lors d'un témoignage d'un patient dépressif il a été recueilli : « la liberté du patient n'est pas donnée au départ, si ce n'est parcimonieusement, à savoir la liberté de se faire soigner ou non et de choisir le praticien » et en ambulatoire, « poursuivre le traitement ou bien l'interrompre constitue encore une des rares possibilités d'exercer sa liberté » vis-à-vis de la prise en charge de sa maladie. Il dit également « en dispensant le savoir d'une façon intelligible, quel que soit le niveau culturel du malade accroît la liberté de celui-ci jusqu'à la libération finale que constitue la guérison. » (28).

L'information thérapeutique restituée au patient la « liberté éclairée » de prendre ou de ne pas prendre ses médicaments. Elle lui permet de comprendre et d'accepter le fait que ses médicaments, loin de le déposséder de sa liberté et de sa personnalité, vont au contraire lui permettre une réappropriation de sa maladie et de sa vie. Il va devoir avoir confiance en son traitement, ce qui s'en doute participe à sa guérison. Une alliance thérapeutique de confiance entre le patient et le pharmacien s'instaure alors et va participer à une meilleure prise en charge du patient (28).

Cela nous permet d'introduire la notion d'observance et quelle peut être la place du pharmacien d'officine afin de la préserver.

## **2.2. Les spécificités du patient en psychiatrie et notion d'observance :**

L'observance se définit comme la parfaite concordance entre la conduite du patient et les recommandations et prescriptions qu'il a reçues de son médecin (29).

### **2.2.1. Le comportement du patient en psychiatrie face à son traitement médicamenteux :**

Depuis quelques années, on assiste à une modification du positionnement du patient vis-à-vis de sa prise en charge et de sa relation avec son traitement. Ainsi, on recherche à ce que le patient soit acteur de sa prise en charge avec une notion de responsabilité. Or, en psychiatrie, la notion de responsabilité et le suivi du traitement prennent une tonalité particulière, avec notamment la difficulté d'obtenir le consentement des patients et de les installer dans une continuité de suivi.

Certaines études évaluent, plus qu'elles ne mesurent, l'observance médicale en tant qu'attitude en interrogeant la relation subjective des patients vis-à-vis de leur traitement. L'outil d'évaluation Drug Attitude Inventory (DAI) est critiqué car il surestime le niveau d'observance et ne prend pas en compte la composante motivationnelle. Le Rating of Medical Influence (ROMI) propose aux patients de s'exprimer sur les raisons de leur bonne ou mauvaise observance. De manière générale le phénomène d'observance est un aspect multi-dimensionnel et grandement influencé par l'environnement du patient (30).

Il a été dégagé trois types de patients vis-à-vis de leur observance :

- Les patients actifs : ils ont une bonne conscience des symptômes de leur maladie, sont réactifs vis-à-vis d'elle et acceptent globalement leur statut de malade (ils ont parfois quelques difficultés à décrire leurs symptômes).
- Les patients « passifs » : ils n'ont pas toujours une bonne conscience de la gravité de leurs symptômes ou n'en parlent pas, leur entourage familial et/ou médical est la clé

de leur maintien dans la prise en charge, mais peut aussi constituer un frein au développement de leur autonomie.

- Les patients « ambivalents » : ils sont pris par les symptômes de leur maladie et/ou les relations conflictuelles qu'ils entretiennent avec leur entourage familial ou les soignants et n'arrivent pas à concevoir leur maladie comme étant un phénomène extérieur à leur identité. Toute tentative de diagnostic voire de soin est vécue comme une attaque à leur intégrité, le plus souvent ce sont des patients hospitalisés (1).

Il est important de connaître ces différents comportements de patients vis-à-vis de leurs traitements afin de pouvoir avoir une approche la plus adaptée possible, et que l'intervention (soins, information, éducation thérapeutique...) soit la plus réussie possible, et de ce fait favoriser une bonne observance. En effet, une mauvaise observance peut entraîner une augmentation des risques de rechutes, une aggravation des symptômes et du pronostic de la maladie, une diminution de la qualité de vie des patients et une augmentation des coûts, de la prise en charge...

Plusieurs facteurs vont influencer l'observance du patient en psychiatrie. La bonne tolérance et l'efficacité du traitement vont être les premiers facteurs conditionnant l'observance. Par ailleurs, un facteur indispensable à prendre en compte dans le cadre des pathologies psychiatriques est le manque d'«insight» (30). Il s'agit d'un terme anglais qui désigne le manque de discernement par le patient d'une modification de son état mental. C'est un des symptômes diagnostiques de la schizophrénie et c'est l'un des facteurs majeurs d'influence sur l'observance.

Si on reprend l'exemple de la schizophrénie, les patients sont parfois dans le déni de la maladie : ils vont avoir des hallucinations, un sentiment de persécution ou même une méfiance à l'égard du personnel soignant ce qui peut expliquer une moindre observance. Pour 70% des patients schizophrènes, les fonctions exécutives sont altérées, donc rendent difficile la réalisation de tâches imposées, comme le suivi des prescriptions médicamenteuses (31).

Pour le patient atteint de troubles dépressifs, il va avoir une modification de l'humeur, associant souvent un sentiment de dévalorisation et de culpabilité. Il aura parfois du mal à rentrer dans un protocole de soins car il sera démoralisé et défaitiste. De plus, le délai d'action des antidépresseurs peut également être un facteur de mauvaise observance, puisque le patient dépressif ne percevra pas dans un premier temps les effets bénéfiques du traitement alors qu'il en ressentira potentiellement des effets indésirables (31).

Pour le patient souffrant de troubles bipolaires, lors d'épisodes maniaques avec fuite de ses idées, sentiment de toute puissance... son sentiment d'être malade va être diminué. Durant ces périodes, il est très fréquent que le patient stoppe son traitement volontairement car ce sont des épisodes durant lesquels il ressent plutôt un certain « bien-être », incompatible pour lui avec une prise médicamenteuse régulière (31).

Il existe d'autres facteurs qui peuvent influencer l'observance du patient, comme la présence de troubles associés tels que l'addiction ou encore l'anxiété. La présence de comorbidités peut également avoir un impact sur l'observance du patient. De plus, l'accompagnement psychothérapeutique et l'environnement familial et/ou social peuvent également conditionner la bonne observance du patient, ou au contraire avoir un effet néfaste sur celle-ci : c'est le cas par exemple lorsque l'entourage, au lieu d'être aidant dans la prise en charge, y est plutôt hostile ou tout au moins en désaccord.

Enfin, un des facteurs qui va jouer de manière prédominante sur l'observance est la présence et la gestion des effets indésirables, ainsi que l'importance de leur prévention, afin d'en informer le patient et le préparer à l'apparition éventuelle de ces effets indésirables. Bien souvent, le soignant a peur de l'effet négatif d'informer le patient, déjà très anxieux, des effets indésirables que peut lui provoquer son traitement. Or, il a été constaté que les sujets ayant bénéficié d'informations adaptées ont été sensiblement moins anxieux face à l'apparition éventuelle d'une symptomatologie indésirable (1). Cependant, aujourd'hui la mise sur le marché de nouveaux antipsychotiques pour la prise en charge de la



schizophrénie a permis une efficacité sur la symptomatologie psychotique productive et déficitaire tout en préservant le patient de nombreux effets indésirables. Ils garantissent donc une amélioration de la qualité de vie du patient. De plus, il peut être envisagé la mise en place temporaire de correcteurs si l'effet indésirable est trop important.

Lorsque le terme d'observance est mis en avant, cela revient à prendre en compte l'influence de la relation et des attentes du patient vis-à-vis de son traitement. Il est nécessaire d'avoir une approche pluridisciplinaire et psychosociale de la prise en charge des pathologies psychiatriques. Il semble donc indispensable de considérer l'observance non plus comme le suivi correct du traitement médicamenteux, mais d'élargir ce concept à l'attitude d'un individu nourri de l'interaction entre sa personnalité, sa maladie et son environnement. Ainsi, il s'agirait d'interroger l'observance non plus en la considérant comme un but à atteindre (difficile à définir et à évaluer), mais plutôt comme un espace de dialogue permettant une prise de conscience non seulement des patients, mais aussi des soignants, des caractéristiques de la maladie, de ses conséquences, des difficultés rencontrées dans la prise d'un traitement, des différents besoins qui en découlent et des conséquences d'une mauvaise observance (30).

### **2.2.2. Le pharmacien d'officine : acteur clé pour contribuer à améliorer l'observance médicamenteuse du patient en psychiatrie**

Le pharmacien se définit comme le professionnel de santé expert du médicament. Il a un rôle à part entière notamment avec l'analyse de l'ordonnance à délivrer et la mise à disposition d'informations de qualité, nécessaires au bon déroulement du traitement.

De manière générale, le pharmacien d'officine se doit de dialoguer avec son patient afin de connaître son état psychologique, physique et moral. Il devra le laisser s'exprimer et se montrer à l'écoute, afin d'instaurer une relation de confiance. Ce premier contact peut être fait au comptoir, ou bien dans un lieu de confidentialité si l'échange l'exige. Le pharmacien

pourra donner des informations : elles devront être simples et adaptées au patient, afin d'améliorer ses connaissances sur son traitement et renforcer leur relation de soins. En effet, l'informer sur sa maladie peut être une première étape pour garantir l'observance du patient. Le pharmacien va pouvoir dialoguer avec le patient sur les différents symptômes de la maladie dont il est atteint, afin qu'il puisse les reconnaître et pouvoir apprécier une amélioration clinique en lien avec le traitement, mais aussi les signes d'une rechute. Nous verrons dans notre troisième partie que tout ceci passe indéniablement par des actions spécifiques de formation sur les pathologies psychiatriques et leur prise en charge.

Par ailleurs, le pharmacien devra s'assurer de la bonne compréhension de son patient et devra répéter régulièrement les informations importantes selon lui afin qu'elles soient acquises dans le temps. Ce rôle d'accompagnement tout au long du parcours du patient peut se matérialiser lorsque le patient revient tous les mois pour le renouvellement de son traitement ; le pharmacien pourra alors constater d'éventuels oublis de prise, un phénomène de tolérance, une évolution de la maladie, ou encore l'adaptation des prises médicamenteuses à sa vie de tous les jours et des difficultés qu'il pourrait rencontrer. Cet accompagnement s'inscrit en collaboration avec les autres professionnels de santé au sein de son parcours de soin afin de contribuer à optimiser la prise en charge, et d'éviter in fine une réapparition des symptômes, une rechute ou une éventuelle ré-hospitalisation. Celle-ci est en effet souvent vécue comme un échec par le patient, comme un retour en arrière, et il s'agira donc de mettre tout en œuvre pour l'éviter (31).

D'un point de vue plus spécifique à la profession de pharmacien, son rôle d'expert du médicament va lui permettre d'intervenir au moment de l'initiation du traitement en reprenant avec le patient ce qui a été dit durant la consultation avec le prescripteur. Il va axer son discours sur le bénéfice attendu et de ce fait renforcer la confiance du patient vis-à-vis de son traitement. Ensuite, il va pouvoir expliquer les modalités de prise en se basant sur les critères pharmacologiques et sur le mode de vie du patient, et la réalisation d'un plan de prise afin de mieux visualiser son traitement pourra être proposée. Le pharmacien pourra informer sur la durée du traitement, en prévenant le patient qu'une amélioration clinique ne

sera pas visible tout de suite et cela à cause du délai d'action des antidépresseurs, normothymiques, et antipsychotiques qui est plutôt long (3 semaines). La notion de traitement de fond devra être abordée, ainsi que la nécessité de ne pas stopper brutalement son traitement pour éviter le risque de rechute et de rebond de la symptomatologie (31).

La gestion des oublis devra également être abordée avec le patient. En anticipant, le pharmacien évite certains comportements qui peuvent être délétères comme doubler la dose lors de la prise suivante. Et enfin, l'information relative aux effets indésirables est primordiale. Le pharmacien devra être attentif et notamment en début de traitement pour agir précocement avant que l'adhésion thérapeutique ne soit altérée (31).

### **2.2.3. Illustration du rôle de conseils associés par le pharmacien d'officine :**

Le pharmacien d'officine va pouvoir proposer quelques conseils avisés afin de limiter les effets indésirables vécus par le patient, et nous allons illustrer cela par quelques exemples concrets.

Nous avons vu que les psychotropes sont pourvoyeurs d'effets indésirables : il s'agira donc de bien savoir les reconnaître et les expliquer au patient, afin qu'il soit informé et adopte la bonne attitude lorsqu'ils apparaissent. Nous pouvons en présenter quelques exemples qui illustrent déjà le rôle primordial que peut avoir le pharmacien auprès de ces patients.

La survenue de problèmes de constipation est souvent constatée chez les patients traités par des antipsychotiques au long cours (même si ce n'est pas une plainte spontanément décrite par les patients). Afin de limiter cet effet indésirable, le pharmacien peut conseiller quelques mesures hygiéno-diététiques : favoriser les aliments contenant des fibres (fruits crus, légumes verts), manger des pruneaux et des figes, boire suffisamment d'eau, en particulier le matin à jeun. De plus, on insistera sur la nécessité de pratiquer une activité physique adaptée comme la marche qui doit être pratiquée régulièrement, le but principal étant

d'éviter la sédentarisation. Enfin un dernier conseil pourra être de se présenter à la selle à heure régulière. Si cela n'est pas suffisant le patient pourra se voir prescrire des laxatifs à prendre en si besoin, de façon adaptée aux symptômes ressentis (31).

La prise de poids est également fréquemment rencontrée avec les traitements, antipsychotiques, antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, et bien souvent source d'incompréhension voire d'inobservance au traitement. Notre rôle de conseil va donc être dans un premier temps d'informer le patient des troubles lipidiques et glycémiques que peut entraîner son traitement et dans un second temps lui apporter des conseils afin de pouvoir agir sur cet effet indésirable. En effet, on pourra conseiller au patient d'avoir une alimentation saine et équilibrée, d'éviter de grignoter entre les repas et de pratiquer une activité physique régulière. Un suivi avec une diététicienne pourra également être envisagé (31).

De manière générale, il est important qu'une communication interprofessionnelle soit mise en place afin de garantir l'observance à tous les niveaux, et le suivi doit être pluridisciplinaire. La communication interprofessionnelle aura pour but d'établir un protocole de soins et garantir une prise en charge globale. Le pharmacien se positionnera en relayeur d'informations importantes (analyses interactions), cela en collaboration avec les psychiatres (échange professionnel) et en partenariat avec l'ensemble des acteurs au sein du parcours de soins du patient afin d'obtenir une harmonisation du discours et de la prise en charge bien que cela se heurte à quelques difficultés et notamment à une prise en charge du patient trop cloisonnée et une moindre implication du patient.

Cela nous emmène à nous demander si cette communication interprofessionnelle est réellement mise en application : est-ce que chacun des acteurs du parcours de soins du patient en psychiatrie agit en collaboration avec les autres professionnels de santé et quels sont les liens entre tous ces acteurs et plus particulièrement un lien ville/hôpital existe-il en psychiatrie ?

### **3. Coopération entre professionnels de santé : analyse du lien ville/hôpital**

Nous avons vu que le pharmacien d'officine avait un rôle à jouer dans le parcours de soin du patient en psychiatrie, mais que cela devait s'inscrire dans une démarche de soins pluriprofessionnelle, chaque acteur de santé devant agir en coopération avec le même projet de soin commun.

Nous avons analysé le parcours du patient en psychiatrie et cela nous a permis de voir le maillage important que représentent les différentes institutions en psychiatrie, notamment pour le volet ambulatoire de la prise en charge. L'objectif premier reste un retour à domicile avec une réinsertion sociale et tout cela est possible grâce à la mise en place d'un traitement adapté dans un premier temps, mais également du déploiement des structures de suivis et de soins mis en place. Cela nous a également permis de connaître les différents acteurs qui travaillent au sein de ce parcours de soin, et en tant que pharmacienne d'officine je me suis davantage intéressée au rôle du pharmacien. On a vu que les officines de par leur déploiement et leur accessibilité sont des acteurs importants dans le parcours de soin du patient en psychiatrie. Le pharmacien d'officine, en tant qu'expert du médicament a également un rôle déterminant à jouer, notamment au niveau de l'information délivré au patient, sur ses médicaments, mais cela doit s'inscrire dans une démarche de soins pluriprofessionnelle, dans laquelle chaque acteur de santé doit agir en coopération avec le même projet de soin commun.

On entend par « lien ville hôpital » une forme de coopération entre les professionnels de santé de l'hôpital et ceux de la ville. Il s'agit d'analyser s'il existe une forme de communication, de mise en commun d'informations sur un patient donné. En effet, ce même patient va être emmené à rencontrer les professionnels de santé de l'hôpital ainsi que les pharmaciens d'officine lors du retour au domicile.

### **3.1. Etat des lieux du lien entre les pharmacies d'officines et les structures ambulatoires :**

Afin de faire un état des lieux du lien qui existe entre les pharmaciens d'officines et les structures ambulatoires du parcours de soins en psychiatrie, je me suis appuyée sur mon expérience et les discussions avec mes collègues pharmaciens, sur le témoignage d'autres pharmaciens d'officine dans diverses publications scientifiques, et sur mon entretien réalisé au CMP des Minimes à Toulouse.

#### **3.1.1. Le constat en officine :**

Les pharmaciens d'officines déclarent avoir peu de contacts avec les CMP, l'hôpital psychiatrique ou encore avec le psychiatre. Cependant, il peut arriver que le pharmacien veuille prendre contact avec le CMP et ce contact est le plus souvent établi par l'intermédiaire d'un infirmier et par téléphone. La prise de contact se fait le plus souvent pour un questionnement au niveau de l'ordonnance (33).

Les pharmaciens déclarent pour autant être au contact régulier de patients suivis en psychiatrie au sein de leurs officines, mais admettent que le suivi spécifique et formalisé de ces patients n'est que peu réalisé. Peu de pharmaciens disent être sollicités par le psychiatre ou par le personnel soignant du CMP afin de participer au projet de soins du patient en psychiatrie. Nombreux sont les pharmaciens qui pensent qu'il y a un manque de collaboration entre les différents acteurs de santé au sein du parcours de soins du patient en psychiatrie (33).

Par ailleurs, les pharmaciens sont pourtant convaincus qu'il y a un réel intérêt à développer le lien ville-hôpital. En effet cela pourrait permettre d'établir un meilleur relationnel avec le patient et donc d'instaurer une relation de confiance qui in fine permettrait d'obtenir une meilleure observance. Le patient, désormais en confiance avec le personnel de la pharmacie, aura plus de facilité à y retourner régulièrement ce qui permettra d'éviter le phénomène de

« polypharmacie » ou nomadisme pharmaceutique, ce qui rendrait son suivi plus compliqué. Enfin, on y voit également un intérêt propre au pharmacien, qui est de se sentir valorisé et acteur dans la prise en charge du patient en psychiatrie.

### **3.1.2. Le constat des centres médico-psychologiques :**

Du côté des professionnels des CMP, ils déclarent pour la plupart avoir des contacts avec des pharmacies et principalement par téléphone. Ils contactent les pharmacies, ou sont contactés, principalement pour des problèmes au niveau de la validité de l'ordonnance, pour un renouvellement d'ordonnance ou encore pour une interaction médicamenteuse (33).

De leur côté les professionnels des CMP que j'ai rencontrés, ont pu exprimer un manque de collaboration avec les pharmaciens d'officine, et peuvent être confrontés à quelques difficultés comme des avances de traitement sans que le psychiatre ne soit au courant, ou encore lorsqu'il y a plusieurs prescriptions de plusieurs médecins concernant des psychotropes...On pourrait imaginer aisément que le pharmacien, s'il était pleinement intégré dans le parcours de soins, aux côtés des professionnels des CMP, pourrait jouer un rôle « d'alerte ».

D'autre part, afin d'améliorer cette collaboration, les professionnels des CMP seraient prêts à dispenser des formations sur le parcours du patient, sur les pathologies psychiatriques, expliquer les difficultés rencontrées par les patients, et organiser une visite du CMP...

D'après les professionnels des CMP interrogés, l'avantage de cette collaboration serait un bon moyen d'éviter un « centrisme » de la psychiatrie, et garantir une meilleure prise en charge avec moins d'effets indésirables, ainsi qu'une meilleure alliance thérapeutique et une diminution du risque de rechute. Cela permettrait également de diminuer le phénomène de « polypharmacie », et par conséquent, d'instaurer une relation de confiance pharmacien-patient et donc de garantir in fine, une meilleure prise en charge. Le patient va dialoguer davantage et on pourra repérer plus facilement la survenue d'un effet indésirable par

exemple. Pour que tout cela soit applicable, un échange d'informations est nécessaire, et il faut également connaître les attentes et les besoins de chacun. L'objectif final sera de pouvoir déterminer des objectifs communs et agir en collaboration tout au long du parcours de soins du patient en psychiatrie.

### **3.2. Exemple de mise en place d'une coopération ville-hôpital en psychiatrie impliquant les officinaux :**

Afin de palier à ce manque de communication et de collaboration que l'on peut très souvent constater, entre les professionnels de la psychiatrie et le pharmacien d'officine, nous avons recherché si des expériences pratiques avaient pu être menées sur cette thématique.

Au Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon, un exemple de coopération ville-hôpital a été mis en place : un groupe de travail a été créé, composé de trois officinaux étudiants ou pharmaciens en exercice, d'un pharmacien hospitalier, d'un pharmacien en santé publique et d'un psychiatre. Il s'agissait de discuter du développement d'un outil de travail afin d'avoir un meilleur aperçu global du suivi du patient pour les professionnels qui interviennent tout au long du parcours du patient en psychiatrie. En effet, on sait que la prise en charge doit être pluridisciplinaire, mais pour que chaque acteur puisse intervenir, il doit y avoir un moyen commun de suivre le patient afin d'avoir une prise en charge coordonnée et donc efficiente (34).

Les objectifs étaient dans un premier temps :

- De développer la connaissance des professionnels entre eux et leur connaissance de l'environnement en santé mentale et psychiatrie,
- De développer la communication entre les acteurs du parcours du patient en psychiatrie et santé mentale,
- Et enfin de potentialiser le rôle du pharmacien comme acteur de santé mentale (34).



L'organisation de réunions interprofessionnelles a été proposée afin de permettre aux différents acteurs de se connaître et de renforcer le lien de coopération entre la ville et l'hôpital : en effet, les pharmaciens avaient exprimé le souhait d'avoir un correspondant au sein du CMP, afin par exemple d'être prévenus lorsqu'il y a un changement complexe de traitement pour un patient donné, ou tout simplement afin de connaître le fonctionnement de cette structure et connaître les différents acteurs et leurs rôles au sein du CMP. De leur côté, les acteurs du CMP se proposaient d'expliquer les réseaux de soins et de faire visiter l'établissement, en vue d'améliorer les relations et dans une démarche de continuité des soins (34).

Tous les acteurs admettent qu'il y a un manque de collaboration dans leurs rapports mutuels. Au final, il semble que les pharmaciens comme les acteurs du CMP souhaitent améliorer les relations interprofessionnelles. Les objectifs sont nombreux : proposer des formations pour les officinaux, réduire le centrisme de la psychiatrie, mais aussi partager et améliorer la prise en charge du patient.

Il s'agit là d'une volonté de développer une coopération entre ces différents professionnels de santé : en effet, ces réunions pluriprofessionnelles sont un bon moyen de dialoguer et de comprendre les difficultés de chacun afin que tous puissent agir avec un même projet de soin commun.

### **3.3. Les principales difficultés rencontrées :**

Les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie sont deux domaines où le pharmacien d'officine reste moins sollicité et dans le lequel il est moins impliqué et cela en partie à cause d'un manque de formation spécifique. La plupart des pharmaciens d'officine ne connaissent pas ou peu le parcours de soins du patient en psychiatrie et de ce fait les différentes structures de soins qui entrent en jeu. Cela constitue un premier frein d'action. Ne sachant pas que des structures comme les CMP existent, le pharmacien ne pourra donc pas les contacter pour travailler en collaboration avec eux (35).

La principale difficulté reste par ailleurs le manque de formation spécifique en psychiatrie, concernant notamment la physiopathologie des maladies mentales, les différents traitements, la façon d'aborder les patients et être plus apte à juger l'état du patient et notamment ce qui relève de l'urgence.

Enfin, un autre frein a été identifié, il s'agit du manque de temps des pharmaciens d'officine à consacrer à l'accompagnement du patient. En effet, leurs officines sont ouvertes sur de larges créneaux horaires, ce qui laisse peu de place à l'élaboration d'outils de suivis ou de participation à des groupes de travail. Un entretien avec le patient par exemple, doit se faire dans un espace dédié à l'écart de la zone de vente et cela prend plus de temps que le simple renouvellement de traitement. Le pharmacien doit alors organiser sa journée de sorte à pouvoir se rendre libre et à l'écoute du patient, et plusieurs des pharmaciens déclarent en être incapables par manque de temps. L'absence de rémunération, ainsi que des contraintes législatives freinent également les pharmaciens d'officine et les empêchent d'être davantage impliqués. Enfin, les patients ne sont pas demandeurs directement et cela peut constituer un frein et limiter de ce fait l'implication des pharmaciens d'officines dans le suivi des patients atteints de maladies psychiatriques (33).

Ces nombreuses difficultés font que le lien ville/hôpital reste peu développé dans le domaine de la psychiatrie.

Pourtant, ce lien existe et nous allons nous intéresser à une autre spécialité médicale afin de comprendre et comparer avec ce qui est déjà mis en place.

#### **3.4. Parallèle avec ce qui est fait en oncologie et étude du lien ville-hôpital :**

Afin d'essayer d'imaginer quelle place pourrait avoir le pharmacien d'officine dans le parcours de soins en psychiatrie, nous avons cherché un exemple de lien ville-hôpital plus abouti dans une autre spécialité médicale. Le domaine de l'oncologie est riche d'expériences sur ce sujet, et on peut voir qu'il existe déjà une collaboration entre l'hôpital où sont

instaurés les traitements anticancéreux et la ville, avec les pharmacies d'officines où chaque mois les patients viennent renouveler leur traitement. Ce lien s'est développé avec la mise sur le marché de traitement anticancéreux par voie orale en particulier.

#### **3.4.1. Les entretiens oncologiques :**

Les dépistages organisés, la mise à disposition de traitements ciblés limitant la toxicité et la disponibilité des anticancéreux en ville ont sensiblement modifié la prise en charge des cancers. Face à ces changements, l'accompagnement des patients adultes sous anticancéreux par voie orale est essentielle. Les entretiens oncologiques ont donc été mis en place.

L'accompagnement des patients traités par anticancéreux par voie orale permet de :

- Rendre le patient autonome et acteur de son traitement,
- Limiter la perte de repère de ces patients,
- Favoriser le suivi, le bon usage et l'observance des anticancéreux oraux,
- Informer le patient et obtenir son adhésion au traitement,
- L'aider dans la gestion des traitements,
- Prévenir les effets indésirables,
- Assurer une prise de soins coordonnée du patient.

Cela mobilise les professionnels de santé en ville mais aussi les équipes de primo-prescription des établissements de santé. Et cela implique un échange avec le médecin traitant et le service d'oncologie (36).

L'accompagnement débute par l'analyse des interactions des traitements pris par le patient, et un lien ville hôpital est alors indispensable pour obtenir sa prise en charge, grâce au dossier communicant de cancérologie. Ensuite, le pharmacien d'officine réalise un entretien initial puis deux entretiens thématiques : un entretien « vie quotidienne et effets secondaires » et un entretien « observance » (37).

La deuxième année, il convient d'adapter la séquence d'accompagnement au type de molécule. Pour l'hormonothérapie et les traitements au long cours, un seul entretien d'observance sera à réaliser et pour les autres molécules, il faudra organiser un entretien vie quotidienne et effets indésirables, ainsi qu'un entretien observance (37).

Il s'agit là d'un exemple de coopération entre professionnels de santé, et le développement des entretiens oncologiques rend le pharmacien d'officine acteur dans le parcours de soins en cancérologie.

On constate donc une évolution réglementaire de la profession avec la mise en place des entretiens en oncologie. Il s'agit d'une nouvelle mission qui tend à valoriser le rôle éducatif du pharmacien en s'appuyant sur des compétences de conseil, de prévention et d'information. Pour ce faire plusieurs outils sont mis à disposition :

- Le dossier médical partagé informatisé (DMP)
- Le dossier communicant en cancérologie (DCC)

Ils permettent tout deux obtenir des informations sur le dossier médical du patient, et il est consultable après accord du patient et uniquement par un professionnel de santé (36).

Mais une formation initiale et continue des pharmaciens de ville ainsi qu'une coopération entre les acteurs de la ville et l'hôpital sont nécessaires, une des principales difficultés étant le manque de connaissances dans le domaine de l'oncologie.

A ce stade-là on peut aisément imaginer qu'un tel dispositif puisse être décliné dans le domaine de la psychiatrie, puisque les objectifs des entretiens oncologiques autour du traitement médicamenteux, pourraient tout à fait s'appliquer à des entretiens pour le patient souffrant de pathologies psychiatriques.

### **3.4.2. Exemple pratique de lien ville-hôpital en cancérologie:**

A l'Oncopôle de Toulouse, le lien ville-hôpital existe bel et bien. Chaque jour, un pharmacien hospitalier est chargé du lien avec les pharmaciens de ville.

- Il doit répondre aux sollicitations par mail, ou par téléphone grâce à une ligne téléphonique dédiée.
- A chaque instauration de traitement, pour un patient donné, ce pharmacien contacte la pharmacie d'officine habituelle du patient pour connaître son traitement chronique habituel et faire une recherche d'interaction éventuelle. Une fois cette analyse effectuée, le pharmacien transmet par mail à la pharmacie habituelle du patient les précautions à prendre et les modalités de prise particulières (décalage de prise, avant ou pendant les repas...), ainsi qu'une fiche d'information sur le médicament anticancéreux.

Les médicaments anticancéreux sont des thérapies souvent lourdes avec une gestion des effets indésirables qui sont nombreux, et le rôle du pharmacien d'officine est donc essentiel, afin de pouvoir donner des conseils pour améliorer le quotidien du patient et éviter qu'il ne se décourage et interrompe son traitement. Par ailleurs, les médicaments anticancéreux étant des médicaments à marge thérapeutique étroite, une grande vigilance s'impose concernant les médicaments qui leur seront potentiellement associés, et qui pourraient modifier le profil pharmacologique et compromettre leur efficacité ou augmenter leur toxicité. Le rôle d'alerte et d'information du pharmacien d'officine est primordial, et c'est pour cela qu'il est un acteur important au sein du parcours de soins du patient en cancérologie.

Cela nous permet d'avoir un exemple de lien ville hôpital et pour que cela fonctionne, l'accès aux informations sur le patient via notamment le DCC est essentiel pour l'analyse des interactions par le pharmacien. En psychiatrie, la mise à disposition d'un dossier communicant n'est pas faite, ce qui complique l'analyse du dossier médical du patient et donc sa prise en charge. De plus, la mise en place d'une ligne téléphonique ou d'une adresse

mail dédiée me semble être indispensable, afin de garantir un échange d'informations de qualité ainsi qu'une coordination d'actions entre les pharmaciens, qu'ils exercent en officine de ville, ou au sein de l'hôpital psychiatrique.

Nous constatons donc que le lien ville hôpital en psychiatrie n'est pas encore très développé, et ce pour plusieurs raisons que nous avons évoquées précédemment. En effectuant une comparaison avec ce qui est actuellement réalisé en oncologie par exemple, nous voyons que ce lien est à mettre en place pour le patient, afin d'avoir un suivi de qualité. Cette comparaison permet également de soulever des manques qui empêchent une bonne communication entre les différents acteurs du parcours de soin en psychiatrie. Nous allons donc proposer dans la dernière partie de ce travail, quelques pistes de réflexion à mettre en place afin d'améliorer le lien ville/hôpital et plus largement, la coopération interprofessionnelle entre le pharmacien et les professionnels de santé qui travaillent en psychiatrie.

## **PARTIE 3 : PROPOSITIONS ET REFLEXIONS POUR AMELIORER LA COLLABORATION DES DIFFERENTS ACTEURS DU PARCOURS DE SOINS DU PATIENT EN PSYCHIATRIE ET INTEGRER LE PHARMACIEN D'OFFICINE**

---

Dans cette troisième partie, nous allons proposer des pistes de réflexion afin de développer la collaboration entre les différents professionnels de santé qui interviennent en psychiatrie et tout particulièrement le pharmacien d'officine.

Il existe déjà des programmes mis en place pour le patient qui font intervenir plusieurs professionnels de santé ; ils sont donc à développer et doivent intégrer de plus en plus de professionnels de santé de ville afin de garantir une continuité tout au long du parcours de soins du patient en psychiatrie.

### **1. Les différentes actions mises en place autour du patient en psychiatrie mettant lien plusieurs acteurs du parcours de soins**

Certaines initiatives existent déjà, et intègrent plus ou moins le pharmacien d'officine. Nous allons successivement aborder les entretiens pharmaceutiques, la conciliation médicamenteuse et les actions d'éducation thérapeutique.

#### **1.1. Les entretiens pharmaceutiques :**

A ce jour, les entretiens pharmaceutiques avec le patient en psychiatrie sont réalisés à l'hôpital par des pharmaciens hospitaliers. Ces entretiens vont permettre de mettre en lien plusieurs professionnels de santé de ville et de l'hôpital favorisant ainsi la collaboration inter professionnelle. Le pharmacien d'officine y a toute sa place.

L'entretien pharmaceutique est un échange entre un patient et un pharmacien, permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation.

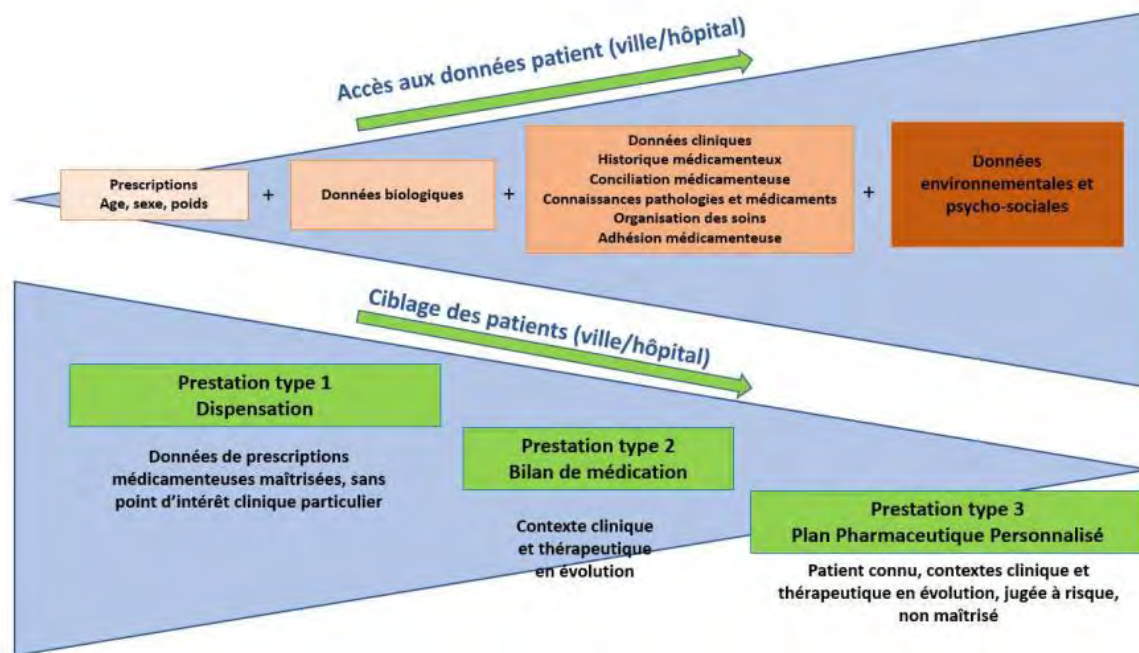
L'entretien peut être mis en œuvre dans le cadre d'une conciliation des traitements médicamenteux (entrée ou sortie), d'une évaluation et/ou d'un renforcement de l'adhésion thérapeutique et d'une action éducative ciblée. Il peut être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle, d'une hospitalisation de jour, d'une consultation externe, à domicile, à l'officine de manière conventionnée ou non, ou dans le cadre d'une maison de santé. Il peut être conduit dans le contexte d'une consultation pluridisciplinaire (ex : consultation de primo-prescription chimiothérapie orale).

L'entretien pharmaceutique fait partie intégrante du parcours de soins des patients (38).



**Figure 6** : Le plan pharmaceutique personnalisé et le nouveau modèle de pharmacie clinique





**Figure 7** : Le modèle de pharmacie clinique de la SFPC

Le processus de pharmacie clinique débute par la dispensation de produits de santé : analyse pharmaceutique de l'ordonnance, préparation éventuelle des doses à administrer, mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé. Ensuite un bilan de médication sera effectué avec la réalisation d'une synthèse et la proposition d'interventions pharmaceutiques, pour ensuite avoir un plan pharmaceutique de suivis personnalisé du patient (38).

En amont, le pharmacien doit prendre connaissance de toutes les informations qui lui seront utiles. Il prendra des notes de manière libre ou dirigées par un guide d'entretien, sachant qu'elles ne doivent pas gêner les échanges entre patient et pharmacien. Il devra prendre en compte toutes les données du patient, les données biologiques, cliniques ainsi que les données environnementales et psycho-sociales (38).

Ensuite, l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, permettra de mettre à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé.

Les différentes étapes de l'entretien pharmaceutique sont :

- Faire connaissance avec le patient,
- S'assurer de la capacité du patient à participer à l'entretien,
- Etablir la liste des traitements,
- Repérer les problèmes liés à la thérapeutique,
- Evaluer le comportement du patient,
- Evaluer les connaissances et savoir-faire des patients (pathologie, indication/mécanisme d'action, gestion effet indésirable),
- Evaluer l'organisation/traitement – autonomie médicamenteuse,
- Repérer les besoins/ressources/freins/motivation du patient,
- Evaluer la bonne compréhension des informations transmises,
- Répondre aux besoins éducatifs,
- Tracer l'activité,
- Transmettre et partager les informations avec les autres professionnels de santé :  
lien ville hôpital.

Ces entretiens pharmaceutiques sont donc, de façon générale, mis en place pour s'entretenir avec le patient au sujet de ses traitements médicamenteux. Ils peuvent être réalisés à l'hôpital ainsi qu'à la pharmacie d'officine du patient. Comme nous l'avons dit plus haut, pour réaliser un entretien pharmaceutique il faut recueillir un maximum de données sur le patient, et elles s'obtiennent auprès des différents professionnels de santé, qu'ils se trouvent à l'hôpital comme le médecin prescripteur, les pharmaciens hospitaliers, les infirmières spécialisées... ou en ville avec le médecin traitant, les pharmaciens d'officine...

Développer ces entretiens pharmaceutiques va donc également permettre d'assurer une continuité de prise en charge tout au long du parcours de soins du patient. Pour ce qui est de la prise en charge du patient en psychiatrie ces entretiens sont régulièrement réalisés à l'hôpital mais encore peu (voire pas) réalisés à la pharmacie d'officine du patient. En effet, il n'existe pas d'entretien pharmaceutique spécifique à la prise en charge du patient en

psychiatrie, alors qu'il existe des entretiens pharmaceutiques ciblés sur les AVK, la BPCO, la femme enceinte. Ce sont des programmes bien définis par l'assurance maladie avec une trame de réalisation spécifique ainsi qu'une rémunération précise proposée pour chaque étape de la réalisation de l'entretien pharmaceutique. Quels sont les freins qui bloquent la réalisation d'un entretien pour le patient en psychiatrie ? Très clairement, le pharmacien préfère se consacrer à des programmes déjà préexistants, et bien définis, alors qu'il apporterait beaucoup au patient en psychiatrie et poursuivrait le travail déjà effectué à l'hôpital, participant ainsi à la continuité dans la prise en charge.

## **1.2. La conciliation médicamenteuse – place des pharmaciens d'officines :**

La conciliation médicamenteuse répond aux exigences portées par la réglementation actuelle en matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses, potentiellement iatrogènes, en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes concernant les médicaments pris par le patient, entre professionnels de santé, aux points de transition de son parcours de soins (entrée en hospitalisation, transfert entre services, sortie d'hospitalisation). Elle améliore donc la sécurité de la prise en charge et renforce le processus de réévaluation des traitements au cours du parcours du patient et contribue à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts associés à l'iatrogénie médicamenteuse (39).

### **1.2.1. L'iatrogénie médicamenteuse et erreur médicamenteuse :**

L'iatrogénie médicamenteuse désigne les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé (40).

L'erreur médicamenteuse est le risque ou un événement indésirable pour le patient dû à l'omission ou à la réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins (40).

Les erreurs médicamenteuses sont fréquentes : la fréquence est d'une erreur pour 7 à 15 prescriptions(35). Ce sont la plupart du temps des prescriptions inappropriées, des erreurs de dispensation, d'administration et d'utilisation du médicament. Ces erreurs médicamenteuses interviennent à tous les niveaux du circuit de prise en charge et qui seraient responsables d'environ 4 % des admissions à l'hôpital (35).

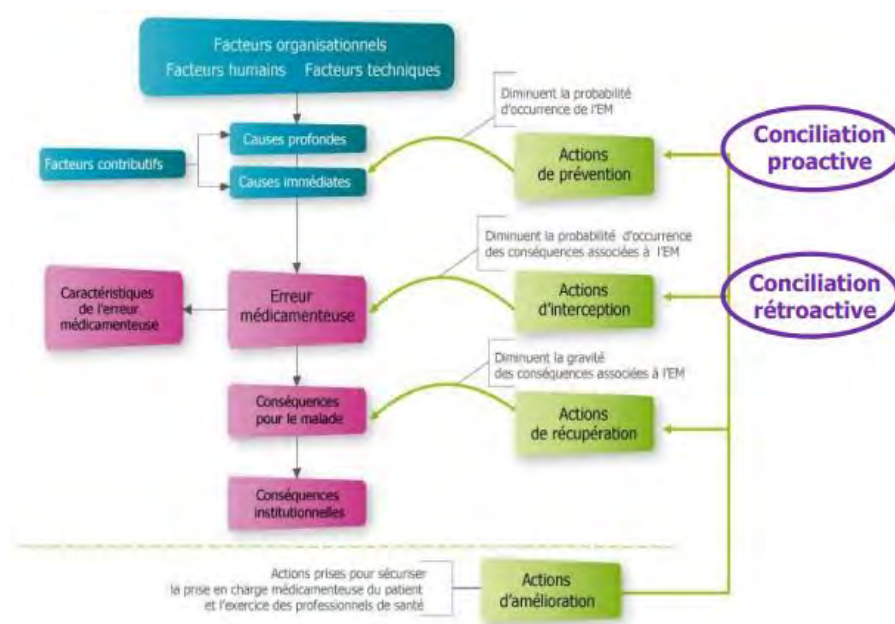
Il est donc primordial d'agir de façon coordonnée au sein du parcours de soins pour limiter ces erreurs médicamenteuses : la conciliation médicamenteuse y contribue.

### 1.2.2. La conciliation médicamenteuse d'entrée :

C'est un processus formalisé pluri professionnel associant le patient et les professionnels de santé, membres de l'équipe de soin : médecins, pharmaciens, préparateurs en pharmacie et infirmiers.

Il existe deux types de conciliation des traitements médicamenteux :

- La conciliation proactive réalisée avant la rédaction de la prescription permettant de prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses.
- La conciliation rétroactive permettant d'intercepter et de corriger d'éventuelles erreurs médicamenteuses.



**Figure 8 :** schéma synthétique de la conciliation médicamenteuse

La première étape consiste à recueillir les informations du patient à propos de son traitement, son attitude face à ses médicaments, les médicaments, ainsi que les médicaments pris en automédication. Il s'agira de faire une synthèse sur les différents traitements qui lui sont prescrits tout au long de son parcours de soin. Ensuite un bilan devra être rédigé dans le but d'optimiser la prescription et la dispensation et d'améliorer l'information du patient et donc éviter les erreurs médicamenteuses (41).

Parmi les 3 sources d'information différentes nécessaires à la réalisation de la conciliation d'entrée, le pharmacien d'officine a une place de choix, au côté du médecin traitant, et des informations recueillies auprès du patient.

### **1.2.3. La conciliation médicamenteuse de sortie :**

C'est un processus interactif qui garantit la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé. C'est la transmission d'une information validée au patient afin de l'aider à poursuivre son traitement médicamenteux à domicile, au pharmacien d'officine afin de lui permettre d'optimiser son acte de dispensation, et au médecin traitant pour intégrer à sa nouvelle prescription, les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation.

Lors de la décision médicale de sortie, des documents de sortie sont remis au patient (ordonnance de sortie, courrier médical, prescription médicale de transport...), et certains autres sont transmis aux professionnels de santé acteurs dans le parcours de soins du patient : une fiche d'information sur le traitement du patient est transmise au pharmacien d'officine, et le courrier de sortie est transmis au médecin traitant (41).

Bien souvent le traitement de sortie du patient en psychiatrie est mal compris par le patient et nécessite un suivi et des conseils par le pharmacien d'officine. Si ce dernier est informé du nouveau traitement qui lui a été prescrit, lors de la sortie du patient d'hospitalisation, il

pourra, lors de la dispensation des traitements à l'officine, s'entretenir avec le patient, s'assurer de la bonne compréhension du traitement et éventuellement lui apporter des informations et conseils supplémentaires et adaptés.

#### **1.2.4. Le rôle du pharmacien d'officine dans la conciliation médicamenteuse :**

On a vu précédemment que la principale source d'information pour réaliser une conciliation reste le pharmacien d'officine. En effet, il a accès à toutes les ordonnances du patient : elles sont enregistrées à chaque fois que le pharmacien lui délivre des médicaments. Le pharmacien va également connaître les différents médicaments que prend le patient en automédication, pour peu qu'il soit reconnu par le patient comme son pharmacien « référent ».

Le pharmacien est donc un acteur essentiel dans le processus de réalisation des conciliations médicamenteuses. Ce rôle central est d'autant plus important dans la prise en charge du patient en psychiatrie qui possède bien souvent, plusieurs prescriptions émanant de différents spécialistes, avec potentiellement des médicaments qui confèrent de nombreux effets indésirables.

Par ailleurs, il arrive fréquemment que les patients suivis en psychiatrie ne mentionnent pas spontanément leur traitement psychotrope aux autres professionnels de santé qu'ils sont amenés à consulter, et on mesure bien là le rôle central que doit jouer le pharmacien d'officine lorsqu'il va dispenser les différents traitements émanant de différents professionnels de santé.

Tout ceci soulève cependant la problématique du « nomadisme » pharmaceutique : c'est lorsque le patient ne va pas toujours dans une seule pharmacie de ville, mais fréquente au contraire plusieurs pharmacies d'officine, quelques fois en fonction des ordonnances qui lui sont prescrites (traitement somatique délivré dans une officine et traitement psychotrope délivré dans une autre). Dans ces situations, l'historique des délivrances de médicaments effectuées devient plus compliqué à suivre. Choisir un pharmacien référent pourrait aider à éviter cette problématique de suivis. Cela est possible, mais seulement dans le cadre d'un

exercice coordonné. On voit cependant que c'est une pratique qui devrait être promue afin d'inscrire systématiquement le pharmacien d'officine comme un acteur incontournable du parcours de soins du patient.

Au-delà de l'intérêt évident pour le patient que ce travail de conciliation confère, il constitue également un bon moyen de renforcer la communication et donc le lien entre l'hôpital et l'officine.

Nous allons poursuivre avec l'éducation thérapeutique qui est également un autre moyen de renforcer la communication interprofessionnelle, et qui place indéniablement le pharmacien d'officine au cœur du parcours de soins du patient.

### **1.3. L'éducation thérapeutique :**

Définie par l'OMS en 1996, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (43).

La maladie chronique confronte les patients à une surveillance quotidienne de leur état de santé, à la nécessité de faire face aux situations de crises, de prendre régulièrement des traitements et de savoir prendre des initiatives, de s'adapter en permanence à la situation et à l'évolution de la maladie, de trouver un équilibre, d'associer les parents d'un enfant malade, les proches, à cette gestion quotidienne. L'éducation thérapeutique du patient permet aux patients d'acquérir et de mobiliser fréquemment des compétences d'auto-soins et d'adaptation, de les renforcer et de les maintenir dans le temps. Elle peut encourager le patient à avoir un rôle actif au sein de l'équipe de soin et faciliter l'autogestion de sa maladie.

Des programmes pharmacothérapeutiques éducatifs peuvent être dispensés par le pharmacien, mais cela doit être structuré et encadré. Il faut qu'ils soient construits à partir de recherches et d'une réflexion qui intègre à la fois des notions pharmacologiques, sociologiques et pédagogiques, et cela peut donner les moyens d'améliorer le

comportement d'observance médicamenteuse des patients. Le plus souvent, ces programmes sont réalisés à l'hôpital avec un pharmacien hospitalier formé.

### **1.3.1. Le pharmacien acteur de l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie :**

Le pharmacien en tant que professionnel du médicament est un professionnel habilité et compétant pour mettre en place une action d'éducation thérapeutique avec un patient donné. C'est alors la rencontre entre deux expertises sur le médicament, celle du patient et celle du pharmacien. Le patient apporte son expertise clinique personnelle de l'efficacité et des effets indésirables des médicaments (45).

Nous avons vu précédemment que le pharmacien avait un rôle à jouer afin de contribuer à garantir l'observance du patient en psychiatrie ; celle-ci est déterminante, elle conditionne la prise correcte de son traitement médicamenteux. Le pharmacien, avec son approche additionnelle complémentaire à celle du médecin, permettra d'instaurer une autre vision, tournée davantage vers un projet commun de soins et de ce fait rendre le patient plus motivé à suivre les recommandations. Le but est également de changer la relation souvent conflictuelle qui existe entre les médecins, les équipes soignantes et le patient, ou l'entourage familial, à propos de ceux-ci (45).

Le pharmacien se situe à l'interface entre le patient et le médecin, c'est un médiateur précieux, et cela aussi bien à l'hôpital qu'à la pharmacie d'officine du patient. Il permet de contribuer à renforcer les messages positifs déjà prodigués au patient par les différents professionnels de santé rencontrés au sein de son parcours de soins. Cela implique la nécessité d'avoir une grande cohérence des messages diffusés. Ainsi, impliquer le maximum de professionnels de santé, et notamment des pharmaciens d'officines lors de ces actions d'ETP permet d'avoir une cohérence d'action et de ce fait des différents messages diffusés (45).



La position du pharmacien, indépendante de l'équipe soignante, favorise le plus souvent les échanges. Le patient a l'impression de se « confier » à une personne extérieure ce qui diminue sa méfiance, qui a pu être développée auparavant vis-à-vis de l'équipe soignante. Le patient sera plus réceptif à ce que va lui expliquer le pharmacien, il se confiera peut-être de manière plus spontanée. Le pharmacien va alors pouvoir aider le patient à reformuler ses impressions, son vécu à propos de son traitement médicamenteux, et l'aider à transmettre son vécu au prescripteur, notamment en cas d'un ressenti négatif jugé trop important (45).

### **1.3.2. L'information médicamenteuse dispensée sous forme de programme éducatif: exemple de « pharmation », de l'Atelier du Médicament**

L'éducation thérapeutique peut être dispensée sous forme d'un groupe de paroles, sur le médicament. Dans les unités de soins psychiatriques, un lieu d'expression et d'interrogation est mis à disposition des patients, où un pharmacien va leur apporter des réponses objectives. Le groupe constitue un réel outil pédagogique : les échanges vont y être favorisés et cela donne la possibilité au patient de s'identifier à d'autres vécus.

Les objectifs primaires de ces actions d'éducation thérapeutique sont :

- Donner l'opportunité au patient de s'exprimer en groupe pour exprimer son vécu et ses questionnements.
- Apporter des informations techniques ou pharmaceutiques sur les traitements.
- Savoir reconnaître les effets indésirables et savoir ce qu'il faut faire pour y remédier.

Les objectifs secondaires sont :

- Dédramatiser l'utilisation des médicaments psychotropes.
- Mettre en œuvre la complémentarité médecins-pharmaciens-infirmiers.

Les objectifs primaires ont pour but d'informer et d'éduquer le patient, afin d'acquérir des connaissances, compétences, attitudes, et donc le responsabiliser face à son traitement et le

rendre acteur. Les objectifs secondaires ne sont possibles qu'une fois les objectifs primaires atteints. Ils permettent une optimisation de la prise en charge et ont pour but final d'améliorer l'observance, l'adhésion au traitement, et favoriser l'autonomie du patient à la sortie.

Il est possible d'avoir accès à un annuaire de recherche de programmes d'éducation thérapeutique (ETP) en fonction de son lieu de résidence (44), afin de permettre, en ambulatoire, de s'inscrire à un atelier d'éducation thérapeutique proche de son lieu de vie si on en ressent le besoin.

Si on s'intéresse au champ de la psychiatrie, certaines actions d'informations existent. Prenons l'exemple d'une expérience d'éducation pharmacothérapeutique menée en collaboration avec le pharmacien : « Pharmation » (28).

Une enquête épidémiologique menée auprès de patients psychotiques a permis de faire une analyse des besoins : elle a permis d'identifier leurs carences en information et les déterminants psychosociaux qui influent sur leur comportement d'observance médicamenteuse.

Quatre objectifs ont alors été dégagés :

- Améliorer l'acceptation de la maladie et l'appréciation de l'intérêt et des limites d'un traitement chronique par neuroleptique,
- Connaître les effets indésirables des neuroleptiques et des médicaments fréquemment associés,
- Optimiser les connaissances nécessaires à une gestion responsable de son traitement au quotidien, à une coopération efficace avec son médecin traitant,
- Permettre de mieux accepter les contraintes du traitement dans son mode de vie, à mieux assumer socialement.

Cette expérience a été mise en place dans un centre médico-psychologique par un groupe de cinq personnes, avec un dispositif éducatif adapté dispensé en quinze séances sur deux

mois. Le groupe de parole était animé par un pharmacien et deux infirmiers par le biais de méthodes pédagogiques appropriées : pédagogie active, supports éducatifs variés, jeux de rôle, activités de résolution de problèmes, discussion interactives (28).

La participation était libre, et le taux d'assiduité a été de 85% ce qui est très encourageant compte tenu de la difficulté de motivation et d'investissement inhérente aux troubles psychologiques et de la durée du programme.

Un questionnaire de 19 questions rempli avant et après les 15 séances, a permis d'évaluer les connaissances acquises : tous les patients améliorent leurs connaissances. Un questionnaire de satisfaction rempli par les participants a montré des réponses très enthousiastes et positives. Ils apprécient qu'un pharmacien soit présent pour ses connaissances sur le médicament mais également car c'est une personne extérieure (28).

Cette expérience a permis :

- Une amélioration des connaissances sur les médicaments,
- Donné envie de s'impliquer davantage dans la gestion de leur traitement (dialoguer plus avec le psychiatre, prendre leur traitement régulièrement et sans oublis),
- Accorder davantage de confiance à leurs médicaments car « ils savent maintenant exactement à quoi ils servent ».

Au centre Hospitalier Gérard Marchant, des Ateliers du médicament sont animés par le pharmacien hospitalier, en collaboration avec un infirmier, sous 2 formats (47) :

- Au sein des unités de soins, sous forme de groupes de paroles au cours desquels les patients peuvent trouver les réponses aux questions qu'ils peuvent se poser sur le médicament et sur leurs traitements en général,
- Au sein des structures de soins ambulatoires (CMP, CATTP ou l'hôpital de jour), sous forme d'action d'éducation thérapeutique. 8 séances sont organisées sur des thématiques bien définies :
  - o Le médicament en général
  - o Mon ordonnance

- Identification des effets positifs de mon traitement
- Identification des effets indésirables de mon traitement, et leur prise en charge,
- Mon traitement au quotidien : gérer les oublis, association avec l'alcool...
- Résolution de situations de la vie quotidienne...

Les exemples décrits précédemment impliquent le pharmacien hospitalier, mais le pharmacien d'officine a également un rôle d'information auprès des patients atteints de maladie psychiatrique : à l'occasion de la dispensation de l'ordonnance, les échanges au comptoir permettent de mettre en confiance le patient et potentiellement le rendre acteur de sa prise en charge. Les actions d'éducation thérapeutique sont plus compliquées à mettre en place à l'officine, car elles nécessitent du temps dédié, parfois conséquent. Les pharmaciens officinaux peuvent cependant être identifiés pour relayer les acquis de ces actions d'éducation et en permettre le renforcement sur le long terme, l'objectif principal étant d'augmenter l'observance et donc diminuer le risque de rechute et de réhospitalisation.

Ces trois dispositifs que sont les entretiens pharmaceutiques, la conciliation et les actions d'éducation thérapeutique sont donc un bon moyen à mon sens de faire intervenir les différents acteurs de santé du parcours de soins du patient en psychiatrie, et d'intégrer pleinement le pharmacien d'officine. Les développer davantage serait à mon avis un bon moyen d'améliorer le lien ville/hôpital puisque la réussite de ces dispositifs dépend dans un premier temps du recueil d'informations sur le patient et pour cela une collaboration interprofessionnelle est nécessaire afin d'obtenir un flux d'information de bonne qualité.

Afin de continuer à mener à bien ces différents projets et renforcer la communication interprofessionnelle, des outils d'aide doivent être développés.

## **2. Quels outils pour améliorer l'intégration du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient en psychiatrie ?**

Pour conclure ce travail, nous avons essayé d'imaginer quels sont les outils qui pourraient aider les pharmaciens à être davantage acteurs du parcours de soins du patient en psychiatrie.

La mise en place d'une collaboration ville/hôpital, comme nous l'avons vu précédemment, se heurte à quelques difficultés. Outre le manque évident de communication entre les professionnels qui travaillent en psychiatrie et les pharmaciens d'officines, l'une des difficultés mise en avant est le manque de formation spécifique des pharmaciens officinaux à la psychiatrie : méconnaissance des traitements psychotropes et par conséquent de leurs effets indésirables potentiels, appréhension par rapport à l'abord du patient souffrant de troubles psychiatriques...

### **2.1. Mise en place de formations dédiées :**

La prise en charge multifactorielle des maladies psychiatriques est importante à prendre en compte, et les professionnels de santé qui interviennent tout au long du parcours de soins du patient en psychiatrie se doivent de connaître les spécificités de cette prise en charge, et par conséquent, doivent être formés à tous les aspects de la maladie. Pour cela, la dispensation de formations adaptées est essentielle et doit être faite par les professionnels de santé au contact quotidien avec des patients en psychiatrie. Ces formations doivent aborder la physiopathologie des maladies mentales, les différents traitements, stratégies thérapeutiques et modalités de prise en charge, la façon d'aborder les patients et comment être plus apte à juger l'état du patient et notamment ce qui relève de l'urgence.

Concernant tout particulièrement le médicament, nous avons vu précédemment que les traitements psychotropes utilisés en psychiatrie sont pour certains pourvoyeurs d'effets indésirables gênants et parfois graves. Ce n'est qu'une connaissance approfondie de ses

effets, qui va permettre d'apporter des conseils adaptés et personnalisés au patient lors de l'acte de dispensation en particulier. Pour certains de ces médicaments, le délai d'action peut être long et les effets peu ou pas ressentis en début de traitement, information capitale à communiquer au patient afin de le rassurer, et de lui donner confiance en son traitement. Dans le cas du Lithium par exemple, les conseils hygiéno-diététiques spécifiques, importants à respecter lors du traitement, sont également à connaître par le pharmacien, afin de pouvoir en informer le patient, et rester « en alerte » lors de la dispensation du traitement.

Il existe des initiatives de ce type en région aquitaine : ainsi une formation a été organisée par le biais du réseau PIC et de la SFPC sur les entretiens pharmaceutiques. Elle a fait suite à la publication d'un mémo généraliste sur les entretiens pharmaceutiques par la SFPC. Un groupe de travail « psychiatrie » a souhaité le décliner à la psychiatrie : il expose le déroulé et la méthode de la réalisation de ces entretiens adaptés au patient en psychiatre. De plus, cette formation a également fait suite à de nombreuses demandes des officinaux de bénéficier de l'expérience dans ce domaine plus largement pratiqué par les pharmaciens hospitaliers (46).

D'autres formations spécifiques ciblées sur la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques commencent à voir le jour. Ainsi, le groupement de pharmacies Alternativ Pharma XV propose à ses adhérents des formations sur des thématiques diverses, et 2 sessions ont déjà été organisées depuis 2021 sur la thématique de la psychiatrie et de l'accompagnement des patients en psychiatrie (48).

On ne peut que souhaiter que ce genre d'initiatives n'en soit qu'à son début, et elles pointent dans tous les cas l'intérêt des pharmaciens d'officine pour le champ de l'accompagnement des patients atteints de pathologies psychiatriques.

Des réunions de sensibilisation, au sein même du CMP, permettraient d'échanger avec les personnels soignants du CMP sur comment optimiser le parcours de soins du patient en psychiatrie, et comment y renforcer le rôle du pharmacien d'officine, acteur de santé de proximité par excellence comme nous l'avons développé dans une partie précédente de ce travail.

En effet, un autre problème relevé et qui freine la collaboration ville/hôpital était le « centrisme » des établissements de psychiatrie. L'organisation de ces temps d'échanges et de formation permettrait de contribuer à mieux connaître le « monde » de la psychiatrie, et à améliorer la fluidité du parcours de soins de ces patients. En organisant des journées de formation, le centre hospitalier ouvrirait ses portes « aux acteurs de soins ambulatoires », et donc permettrait à chacun d'échanger sur la prise en charge du patient en psychiatrie et du rôle de chacun.

Les CMP étant des centres de soins en ambulatoire, ils doivent à mon sens davantage communiquer et être en lien avec les pharmacies d'officines des patients. Lors des réunions hebdomadaires où l'infirmier présente le cas de chaque patient, on pourrait imaginer que dans certaines situations complexes et bien identifiées, le pharmacien d'officine, référent du patient, puisse y intervenir, afin d'apporter son expertise et son suivi pharmacothérapeutique.

## **2.2. Mise à disposition de fiches d'information destinées aux patients :**

Le Réseau PIC (Psychiatrie Information Communication) est un réseau constitué de professionnels exerçant dans différents établissements publics ou privés de Santé mentale. Il a pris naissance dans le Sud-ouest en 1993, à l'initiative de Marie-Lise BISCAY, pharmacien au CH des Pyrénées à PAU et Claudine FABRE, pharmacien au CH Gérard Marchant à TOULOUSE. Il regroupe de nombreux professionnels, répartis dans toutes les régions de France. Le but de ce réseau est de chercher à promouvoir l'information sur les médicaments utilisés en Santé Mentale, dans une démarche partenariale entre professionnels de santé (pharmaciens, médecins, infirmiers, psychologues) au service du soin destiné au patient.

Les principaux objectifs du réseau PIC sont :

- Développer l'information sur les médicaments psychotropes auprès des patients, des familles et accompagnants pour favoriser le bon usage des médicaments.
- Développer l'éducation thérapeutique du patient par une approche pluridisciplinaire intégrée aux soins et répondant aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.
- Favoriser la communication.
- Evaluer les pratiques professionnelles : partager les informations, travaux, études entre les différents adhérents du réseau pour une meilleure prise en charge du patient et son entourage.
- Participer à la formation professionnelle continue de ses adhérents ou de ses collaborateurs (médecins et pharmaciens, libéraux ou hospitaliers, infirmiers et autres professionnels de la santé mentale).

De plus, le site internet, en accès libre pour une partie, répertorie tous les médicaments psychotropes, classés par famille ou par ordre alphabétique, avec une description détaillée pour chacun d'entre eux. Chaque « fiche médicament » est composée de plusieurs rubriques :

- Quel bénéfice attendre de ce médicament ?
- Comment prendre votre médicament ?
- Quels effets indésirables peuvent apparaître ? (et que dois-je faire ?)
- Que surveiller pendant le traitement ?
- Quelles précautions à observer ?
- La régularité du traitement

Le contenu de ces fiches est synthétique et adapté au patient. C'est un bon outil d'information pour le patient et son entourage mais également pour les professionnels de santé. Ces fiches constituent un support d'information disponible facilement, que le pharmacien d'officine pourrait remettre aisément au patient, à l'occasion d'un entretien



pharmaceutique par exemple, ou tout simplement lors d'un échange plus ou moins formalisé avec le patient, au moment de la dispensation de ses traitements.

### **2.3. La mise à disposition d'un dossier communiquant d'information :**

Les informations médicales spécifiques sur le patient sont parfois compliquées à obtenir et ce même avec l'accès au DMP (Dossier Médical Partagé). L'accès à ces informations est pourtant le point de départ afin de pouvoir connaître le patient, ses traitements, ses antécédents médicaux... Il faut donc trouver un moyen d'avoir un espace où ces informations seraient stockées de manière sécurisée et accessible pour les professionnels de santé après accord du patient. Par exemple, en cancérologie, nous avons vu qu'il existait un DCC (dossier communicant en cancérologie) permettant un accès facile aux professionnels de santé habilités, concernant les informations spécifiques de cancérologie. Développer un dossier spécifique « psychiatrie » permettrait peut-être de faciliter l'accès à l'information et donc faciliter l'analyse du patient.

Une fois les informations recueillies, le pharmacien pourra alors réaliser un suivi du patient en analysant son ordonnance, un entretien pharmaceutique pourra par exemple être proposé. Ensuite, afin de travailler de façon coordonnée, une synthèse devra être rédigée et transmise par des moyens sécurisés afin d'informer tous les acteurs de santé qui interviennent au sein du parcours de soins du patient en psychiatrie.

La mise en place récente de « Mon Espace Santé » qui remplace le DMP va peut-être faciliter la mise à disposition d'informations de santé sur le patient par un professionnel de santé. Ce nouvel outil facilitera peut-être l'accès aux informations nécessaires à un suivi partagé du patient et sera un point fondamental pour encourager la réalisation d'entretiens pharmaceutiques.

### **2.4. Ligne téléphonique dédiée –adresse mail dédiée :**

L'absence de ligne ou adresse mail dédiée est également un frein à une collaboration ville/hôpital. Avec ce flux d'informations, il faut un espace dédié et surtout sécurisé. Ce sont

des informations de santé propres au patient et aux professionnels de santé, elles doivent rester confidentielles, et seul le professionnel de santé peut y avoir accès après accord du patient. Il ne faut donc pas échanger avec une adresse mail classique non sécurisée.

Il existe déjà un espace sécurisé pour l'envoi d'e-mail contenant des données médicales sur le patient afin qu'elles soient communiquées en toute sécurité (messagerie Medimail au niveau de la région Occitanie). Mais en pratique cet outil est peu investi par les pharmaciens d'officine.

Afin de favoriser la communication interprofessionnelle, il me paraît essentiel de développer un outil de communication dédiée au lien ville hôpital. Au-delà de l'aspect réglementaire, avoir une ligne de communication téléphonique dédiée permettrait également de favoriser les échanges. En effet, savoir que l'interlocuteur auquel on s'adresse est directement celui qu'on recherche faciliterait les démarches, sans perte de temps. Cela peut donc être un argument pour faciliter la mise en place et le renforcement du lien ville/hôpital, et fluidifier les échanges entre les professionnels intervenant en psychiatrie et les pharmaciens d'officine.

## CONCLUSION

---

La prise en charge du patient en psychiatrie s'effectue en grande partie en ambulatoire, et les structures de soins sont organisées de telle sorte que l'offre de soins soit déployée sur tout le territoire et au plus près du patient afin d'éviter toute rupture et errance du patient vis-à-vis de sa prise en charge. Ce maillage important est un atout et participe grandement à la réintégration du patient, il est donc primordial de le conserver et de l'optimiser.

Le pharmacien d'officine, au plus près du patient en psychiatrie participe à ce maillage territorial, mais reste encore peu impliqué dans la prise en charge du patient en psychiatrie. Des entretiens pharmaceutiques sont réalisés, mais principalement pour d'autres pathologies chroniques, et la psychiatrie reste un domaine parfois abstrait et difficile à appréhender pour la plupart des pharmaciens d'officines. Le lien ville/hôpital n'est que peu développé en psychiatrie, et cela n'aide pas à impliquer davantage les pharmaciens d'officine. Continuer à développer les entretiens pharmaceutiques, la conciliation médicamenteuse ou encore l'éducation thérapeutique, en lien avec les officines, devrait permettre de continuer à développer ce lien ville/hôpital et donc intégrer le pharmacien d'officine au projet de soins commun.

Ces dernières années, notamment avec la gestion de la crise sanitaire du covid-19 une émergence de missions ont été confiées aux pharmaciens d'officine et elles se sont avérées concluantes et bénéfiques pour la population, dans un contexte de pénurie du personnel médical notamment. Fort de cette réussite le pharmacien d'officine a confirmé son rôle d'acteur de proximité. Le suivi de la prise en charge du patient en psychiatrie pourrait alors faire l'objet d'un entretien pharmaceutique à l'officine au même titre que les autres entretiens déjà formalisés. Ce serait très clairement une première étape cruciale pour positionner le pharmacien d'officine comme un acteur incontournable du parcours de soins du patient en psychiatrie.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- 1) Le raisonnement clinique en psychiatrie - un entretien d'accueil infirmier décisif – Dominique Friard - Seli Arslan. 2022.
- 2) Psycom-Santé Mentale-Info. <https://www.psycom.org/>.2023
- 3) Les troubles psychiatriques – Etablissement Public de Santé Mentale – Agglomération Lilloise (epsm-al.fr). 2023.
- 4) VIDAL, le site de référence des professionnels de santé. 2023.
- 5) Signes précoces de schizophrénie : des prodromes à la notion de prévention. Krebs, Marie-Odile. Cairn.2019.
- 6) Troubles schizophréniques. A Caria, C Loubières. Psychom-Santé Mentale Infos. 2021.
- 7) Suicide et schizophrénie : évaluation du risque et prévention. Besnier N, Gavaudan G, Lancon C. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.2006.
- 8) L'indispensable. Guide pour l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale. UNAFAM-FFAPAMM. 2013 téléchargeable sur [www.unafam.org](http://www.unafam.org)
- 9) Trouble bipolaire, Guide ALD, Haute Autorité de Santé, Mai 2009
- 10) Vivre avec un maniaco-dépressif, C. Gay, Paris, Hachette littérature, 2008
- 11) Troubles bipolaire – J-D Guelfi, A Caria, C Loubières. Psychom –Santé Mentale Infos. 2020.
- 12) Troubles dépressifs - J-D Guelfi, A Caria, C Loubières. – Psychom – Santé Mentale Infos. 2020.
- 13) Observatoire régional santé mentale occitanie/Ruiz Inca/Olivier François/Suderie Guillaume /Salis Alexandrine, PPSY-Etude des parcours de soins des patients adultes au sein des services psychiatriques de la Haute-Garonne. Observatoire régional santé mentale Occitanie/FERREPSY/CREAI ORS Occitanie, 2022.
- 14) Découvrir l'offre de soins de secteur – Centre Hospitalier Gérard Marchant – 2023.

- 15) La prise en charge de la santé mentale – Recueil d'études statistiques. M Coldefy DREES Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. 2007.
- 16) Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. Coldefy Magali. Revue française des affaires sociales. 2016
- 17) L'hospitalisation à la demande d'un tiers – Centre Hospitalier Gérard Marchant – 2023.
- 18) Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 – Lopez A, Turan-Pelletier G. Rapport IGAS. 2017
- 19) Les centres médico-psychologiques – Centre Hospitalier Gérard Marchant – 2023.
- 20) Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel – Centre Hospitalier Gérard Marchant – 2023.
- 21) Les hôpitaux de jour – Centre Hospitalier Gérard Marchant – 2023
- 22) Etude des parcours de soins des patients adultes au sein des services psychiatriques de la Haute-Garonne – Ruiz I, Olivier F, Suderie G, Salis A, PPSY-Observatoire régional santé mentale Occitanie, 2022.
- 23) Démographie des pharmaciens : panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2022 – Conseil national de l'ordre des pharmaciens – 2022.
- 24) La répartition démo-géographique des pharmacies d'officine – le pharmacien.fr – 2022
- 25) Le parcours de soins et les pharmaciens d'officine : approche normative – Aulois-Grisot Marine - Revue générale de droit médical, 2022.
- 26) Le pharmacien référent d'officine : acteur central du parcours de soins – Moinier Xavier /Bonnal Liliane - Revue générale de droit médical, 2018.
- 27) Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine entrée en vigueur le 7 mai 2022 – Amélie.fr – 2023.
- 28) Informer le patient en psychiatrie rôle de chaque intervenant : entre légitimité et obligation – Jérôme Palazzolo – Elsevier Masson. 2003.
- 29) Le comportement d'observance des patients atteints de schizophrénie : impact du diagnostic et du traitement. Analyse phénoménologique de trois attitudes – Benasson G, Vassal L, Linard F, Mnif S - Evolution psychiatrique, 2011.

- 30) Comportement d'observance et autonomie des patients en psychiatrie - Benasson Géraldine - Evolution psychiatrique, 2013.
- 31) Observance médicamenteuse en psychiatrie : Le pharmacien d'officine pourrait-il avoir un rôle ? [Thèse de doctorat]. Gery C. Université Claude Bernard Lyon-1. 2019.
- 32) Optimisation du conseil pharmaceutique pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques. [Thèse de doctorat]. Briguet M. Université Claude Bernard Lyon-1. 2017.
- 33) Liens entre les pharmacies d'officine et les structures ambulatoires de psychiatrie en Ille-et-Vilaine : état des lieux et propositions d'organisation. [Thèse de doctorat]. Branger C. Université de Rennes 1. 2018.
- 34) Prise en charge du patient suivi en psychiatrie : déploiement du lien ville-hôpital autour du CH Le Vinatier et développement d'un outil de communication. [Thèse de doctorat]. Aulagnon E. Université Claude Bernard Lyon-1. 2020.
- 35) Le pharmacien d'officine et la pathologie psychiatrique, une revue. J.W Foppe van Mil. Elsevier Masson – Science Direct. 2010.
- 36) L'accompagnement pharmaceutique des patients sous anticancéreux par voie orale. L'assurance maladie – Amélie.fr. 2022.
- 37) Un entretien pour accompagner les patients sous anticancéreux oraux. Mosnier Thoumas X, Mrozovski J-M, Faure S, Buxeraud J. Elsevier Manson SAS. 2021.
- 38) Fiche mémo – Les entretiens pharmaceutiques – Société française de pharmacie clinique – mars 2019.
- 39) Fiche mémo – Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux – Société Française de Pharmacie Clinique- Décembre 2015.
- 40) Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé indispensable à la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux chez le patient hospitalisé en psychiatrie [Thèse d'exercice] Delighazarian C. Université d'Aix-Marseille. 2021.
- 41) Guide conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Haute Autorité de Santé. 2017.
- 42) Education thérapeutique du patient. Haute Autorité de santé. 2013.

- 43) L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? Lang J-P, Jurado N, Herdt C, Sauvanaud F, Lalanne Tongio L. Science Direct. 2018.
- 44) [www.mon-etp.fr](http://www.mon-etp.fr)
- 45) Le pharmacien hospitalier et l'éducation thérapeutique du patient en santé mentale. Segonds M. Mémoire année 2008-2009.
- 46) Les entretiens pharmaceutiques groupe de travail SFPC – Réseau PIC. Debruyne A-L – CH PERRENS BORDEAUX, Roberge C – EPSM CAEN. 8<sup>ème</sup> Journée Nationales Réseau PIC
- 47) L'Atelier du médicament en psychiatrie : de l'information à l'éducation thérapeutique du patient, Segonds M., Derrieux C., Bonnet L., Rencontres Prescrire, Toulouse, 23 et 24 juin 2017.
- 48) [www.alternativ-pharmaxv.fr](http://www.alternativ-pharmaxv.fr)

## ANNEXES

---

### Questionnaire de l'entretien au CMP des Minimes :

- 1) Quel est le fonctionnement interne du CMP ? Les différents services ?
- 2) Quels sont les différents acteurs de santé qui interviennent ? Et qu'elles sont leurs missions ?
- 3) Le parcours type d'un patient, de son arrivée jusqu'à son départ ? (Adressage, diagnostic, évaluation, prise en charge, suivis)
- 4) Les activités proposées pour faciliter la réinsertion du patient ?
- 5) Les principales problématiques de traitement auxquelles sont confrontés les soignants ?
- 6) Existe-t-il une communication avec l'hôpital Marchant et le CMP au sujet du parcours de soin du patient ? si oui sous quelle forme ?
- 7) Que pensez-vous de la place du pharmacien d'officine dans le parcours du patient ?

### Questionnaire à destination du personnel hospitalier et CMP :

Vous-êtes ?

- Pharmacien hospitalier
- Infirmier spécialisé en psychiatrie
- Aide-soignant
- Psychiatre
- Psychologue
- Cadre de santé
- Autre

Etes- vous en lien avec la pharmacie de ville pour un patient donné ?

- Oui
  - Non
- Si oui dans quel champ ? .....



Pensez-vous que les officines ont une place dans le parcours de soin du patient psychiatrique ?

- Oui
- Non

Si oui en quoi sont-ils acteurs selon-vous ?

.....  
.....

Aimeriez-vous renforcer le suivi et mettre en place une évaluation d'observance en officine ?

- Oui
- Non

Aimeriez-vous que dans le cadre des nouvelles missions les pharmaciens d'officines réalisent des entretiens pharmaceutiques dans le but d'identifier des difficultés, effets indésirables rencontrés par le patient ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que le personnel travaillant dans des officines ne soit pas assez formé sur la psychiatrie ?

- Oui
- Non

Jugeriez-vous utile d'établir des journées d'échanges ou de formation entre personnel hospitalier psychiatrique et personnel d'officine ?

- Oui
- Non

**TITRE EN FRANÇAIS :**

LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT EN PSYCHIATRIE : QUELLE PLACE POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE ?

**RESUME EN FRANÇAIS :**

Quelle est la place du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient en psychiatrie ? Les pathologies psychiatriques sont relativement fréquentes dans la population générale, et le traitement médicamenteux est dans la grande majorité des cas le pilier de la prise en charge. De ce fait, le pharmacien est un acteur incontournable dans le parcours de soins de ces patients, mais son rôle reste encore à définir. Le patient en psychiatrie nécessite une approche spécialisée et sa prise en charge est organisée de sorte que le suivi soit garanti à toutes les étapes du parcours de soins. Le pharmacien d'officine n'est que peu intégré à celui-ci alors qu'il possède des atouts de proximité et d'accessibilité indéniables, mais également une expertise sur le médicament. La communication interprofessionnelle notamment au travers d'actions d'éducation est à poursuivre et à développer davantage afin d'intégrer pleinement le pharmacien d'officine au parcours de soins du patient en psychiatrie.

---

**TITRE EN ANGLAIS:**

THE PATIENT CARE PATHWAY IN PSYCHIATRY : WHAT PLACE FOR THE DISPENSING PHARMACIST ?

**RESUME EN ANGLAIS:**

What is the place of the dispensing pharmacist in the patient care pathway in psychiatry? Psychiatric pathologies are relatively common in the general population, and drug treatment is in the vast majority of cases the mainstay of care. As a result, the pharmacist is a key player in the care pathway of these patients, but his role remains to be defined. The psychiatric patients require a specialized approach and their care is organized so that follow-up is guaranteed at all stages of the care pathway. The dispensing pharmacist is only slightly integrated into it, although he has undeniable advantages of proximity and accessibility, but also expertise on the drug. Interprofessional communication, in particular through educational actions, should be pursued and further developed in order to fully integrate the dispensing pharmacist into the patient care pathway in psychiatry.

---

**DISCIPLINE administrative : PHARMACIE**

---

**Mots clés : PHARMACIEN D'OFFICINE – PSYCHIATRIE – PARCOURS DE SOINS – LIEN VILLE-HOPITAL – OBSERVANCE  
MÉDICAMENTEUSE – ENTRETIENS – ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE**

---

**UNIVERSITE TOULOUSE III –Paul Sabatier****Facultés des sciences Pharmaceutiques  
35 chemin des maraîchers,  
31062 Toulouse cedex 9**

---

**DIRECTEUR DE THESE :SEGONDS Mylène**