

EIGS en lien avec les effets indésirables des médicaments psychotropes utilisés en santé mentale

Intervenants :

Dr Dimitri RAKOTOMALALA médecin psychiatre Clinique Béthanie, chef de service à L'Unité Libournaise de Soins Spécialisés (Uliss) Hôpital Garderose CH Libourne

Dr Myriam ROUDAUT pharmacien coordonnateur adjoint à l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) Nouvelle Aquitaine

Dr Marike GRENOUILLET médecin interniste réanimateur chef de projet responsable scientifique CCECQA

Muriel ZAGO cadre de santé chargée de mission CCECQA



EIGS en lien avec les effets indésirables des médicaments psychotropes utilisés en santé mentale

- Trois comptoirs thématiques consacrés à la Santé mentale en 2023
 - Mardi 7 mars
 - Vendredi 2 juin
 - Mardi 10 octobre
- La Mission EIGS du CCECQA a analysé plusieurs EIGS en lien avec les effets indésirables de médicaments psychotropes utilisés en santé mentale.
- Ces évènements ont eu pour conséquence le décès des patients, qu'ils soient hospitalisés en établissement de santé mentale, dans des établissements médico-sociaux ou en MCO.
- Parmi les facteurs latents contributifs identifiés, l'utilisation des médicaments psychotropes occupe une place importante et nous vous proposons d'aborder cette thématique autour de ce comptoir Qualité destinés à tous les professionnels de santé utilisant des médicaments psychotropes, plus spécifiquement dans les secteurs spécialisés en santé mentale.

Programme

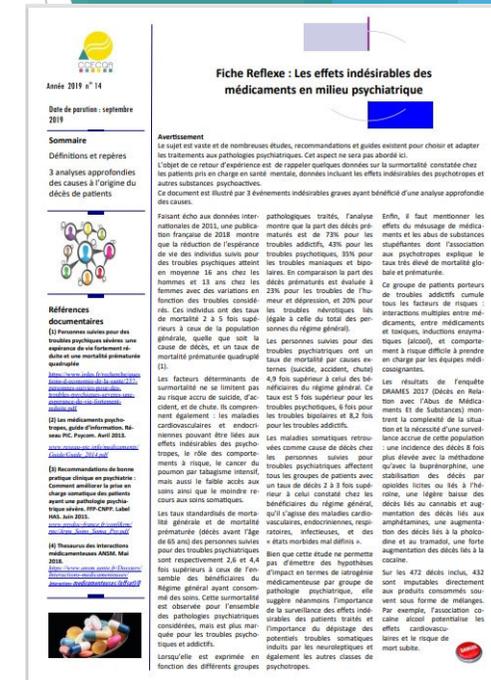
- Cas clinique : REX psychotropes et conduites addictives
- Partage de la prise en charge entre psychiatre et somaticien
- Accompagnement proposé par l'OMEDIT
- Cas clinique : Analyse Approfondie des Causes (AAC) d'un cas d'EIGS
- Déclaration CRPV (Pharmacovigilance), certification et évaluation HAS
- Questions

Effets indésirables des médicaments en milieu psychiatrique

- **Réduction de l'espérance de vie** des individus suivis pour des troubles psychiques en moyenne :
 - 16 ans chez les hommes / 13 ans chez les femmes
- **Taux de mortalité 2 à 5 fois supérieurs** à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès
- **Taux de mortalité prématurée quadruplé**
- **Les facteurs déterminants de surmortalité** ne se limitent pas au risque accru de suicide, d'accident, et de chute. Ils comprennent également :
 - les maladies cardiovasculaires et endocriniennes pouvant être liées aux effets indésirables des psychotropes,
 - le rôle des comportements à risque,
 - le cancer du poumon par tabagisme intensif,
 - mais aussi le faible accès aux soins ainsi que le moindre recours aux soins somatiques.

Données publication française de 2018

Webinaire Santé mentale 7 mars 2023 EIGS et PECM



Fiche Reflexe : Les effets indésirables des médicaments en milieu psychiatrique

Année 2019 n°14
Date de parution : septembre 2019

Sommaire
Définitions et repères
3 analyses approfondies des causes à l'origine du décès de patients

Avertissement
Le sujet est vaste et de nombreuses études, recommandations et guides existent pour choisir et adapter les traitements aux pathologies psychiatriques. Cet aspect ne sera pas abordé ici. L'objectif de ce retour d'expérience est de rappeler quelques données sur la surmortalité constatée chez les patients pris en charge en santé mentale, données incluant les effets indésirables des psychotropes et autres substances psychoactives. Ce document est illustré par 3 événements indésirables graves ayant bénéficié d'une analyse approfondie des causes.

Faisant écho aux données internationales de 2011, une publication française de 2018 montre que la réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes, et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité 2 à 5 fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé (1).

Les facteurs déterminants de surmortalité ne se limitent pas au risque accru de suicide, d'accident, et de chute. Ils comprennent également : les maladies cardiovasculaires et endocriniennes pouvant être liées aux effets indésirables des psychotropes, le rôle des comportements à risque, le cancer du poumon par tabagisme intensif, mais aussi le faible accès aux soins ainsi que le moindre recours aux soins somatiques.

(1) **Recommandations de bonne pratique clinique en psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge ambulatoire des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère.** HPP CHU de Lausanne, Juin 2018. <https://www.hpp.ch/medecine/psychiatrie/Recommandations-de-bonne-pratique-clinique-en-psychiatrie>

(2) **Recherche des interactions médicamenteuses AMM.** Mai 2018. <https://www.hpp.ch/medecine/psychiatrie/Recherche-des-interactions-medicamenteuses-amm>

(3) **Recommandations de bonne pratique clinique en psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge ambulatoire des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère.** HPP CHU de Lausanne, Juin 2018. <https://www.hpp.ch/medecine/psychiatrie/Recommandations-de-bonne-pratique-clinique-en-psychiatrie>

(4) **Recherche des interactions médicamenteuses AMM.** Mai 2018. <https://www.hpp.ch/medecine/psychiatrie/Recherche-des-interactions-medicamenteuses-amm>

Enfin, il faut mentionner les effets du mésusage de médicaments et des abus de substances stupéfiantes dont l'association aux psychotropes multiplie le taux très élevé de mortalité globale et prématurée. Ce groupe de patients souffre de troubles addictifs, consulte tous les facteurs de risques : interactions multiples entre médicaments, entre médicaments et boissons, inductions enzymatiques (alcool), et comportement à risque difficile à prévenir en charge par les équipes médico-soignantes.

Les résultats de l'enquête DRIAMES 2017 (décès en relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances) illustrent la complexité de la situation et la nécessité d'une surveillance accrue de cette population : une incidence des décès 8 fois plus élevée avec la méthadone qu'avec la buprénorphine, une stabilisation des décès par opioïdes licites ou liés à l'héroïne, une légère baisse des décès liés aux cannabis et augmentation des décès liés aux amphétamines, une augmentation des décès liés à la phénothiazine et au tramadol, une forte augmentation des décès liés à la codéine.

Sur les 473 décès inclus, 432 sont imputables directement aux produits consommés suivent sous forme de mélanges. Par exemple, l'association codéine alcool potentialise les effets cardiovasculaires et le risque de mort subite.

Lorsqu'elle est exprimée en fonction des différents groupes

<https://www.ccecqqa.fr/sites/default/files/EIG/Fiches%20R%C3%A9flexe/fiche%20REFLEXE%2014%20V4%20-%20juillet%202022.pdf>



Effets indésirables des médicaments en milieu psychiatrique

- **Cette surmortalité** est observée pour l'ensemble des pathologies psychiatriques considérées, mais est plus marquée pour les troubles psychotiques et addictifs
- Bien que cette étude ne permette pas d'émettre des hypothèses d'impact en termes de **iatrogénie médicamenteuse** par groupe de pathologie psychiatrique, elle suggère néanmoins **l'importance de :**
 - La surveillance des effets indésirables des patients traités
 - Du dépistage des potentiels troubles somatiques induits par les neuroleptiques et également les autres classes de psychotropes.
- Les effets du mésusage de médicaments associés aux abus de stupéfiants (association psychotropes stupéfiants) expliquent le taux très élevé de mortalité globale et prématurée.
- Ce groupe de patients porteurs de troubles addictifs cumule tous les facteurs de risques
 - **Interactions multiples entre médicaments, entre médicaments et toxiques,**
 - **Inductions enzymatiques (alcool)**
 - **Comportements à risque difficile à prendre en charge par les équipes médico soignantes**
- >90 % des décès sont imputables directement aux produits consommés souvent sous forme de mélanges (l'association cocaïne alcool potentialise les effets cardiovasculaires et le risque de mort subite)

Fiche Réflexe : Les effets indésirables des médicaments en milieu psychiatrique

Année 2019 n° 14
Date de parution : septembre 2019

Sommaire
Définitions et objectifs
3 analyses approfondies des causes à l'origine du décès de patients

Références documentaires
E1) Prescriptions multiples pour des troubles psychiques sévères : une approche de la surmortalité et d'un risque de mortalité précoce
E2) Les médicaments psychotropes, guide d'information, 10e éd. PC, Pyram, Avril 2018.
E3) Représentativité de la base de données de mortalité des personnes souffrant de troubles psychiques : une étude de charge sanitaire des patients
E4) Prescriptions des médicaments psychotropes en France : une étude de charge sanitaire des patients

Avant-propos
Le sujet est vaste et de nombreuses études, recommandations et guides existent pour choisir et adapter les traitements aux pathologies psychiatriques. Cet aspect ne sera pas abordé ici. L'objectif de ce retour d'expérience est de rappeler quelques données sur la surmortalité constatée chez les patients pris en charge en santé mentale, données incluant les effets indésirables des psychotropes et autres substances psychotroques. Ce document est illustré par 3 événements indésirables graves ayant bénéficié d'une analyse approfondie des causes.

Faisant écho aux données inter-nationales de 2011, une précédente étude française de 2018 montre que la réduction de l'espérance de vie des individus souffrant de troubles psychiques atteint moyenne 10 ans chez les hommes et 11 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité 2 à 5 fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la classe de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé (1).

Les facteurs déterminants de surmortalité ne se limitent pas au risque accru de suicide, d'accident, et de chute, ils comprennent également : les maladies cardiovasculaires et endocrines pouvant être liées aux effets indésirables des psychotropes, le rôle des comportements à risque, le cancer du poumon par tabagisme intensif mais aussi le tabac accrus sans être pris en compte.

Les taux standardisés de mortalité générale et de mortalité précoce (avant 65 ans) des personnes souffrant de troubles psychiques sont respectivement 2,6 et 4,4 fois supérieurs à ceux de l'ensemble des bénéficiaires du régime général ayant consommé des soins. Cette surmortalité est observée pour l'ensemble des pathologies psychiatriques considérées, mais est plus marquée pour les troubles psychotiques et addictifs.

Enfin, il faut mentionner les effets du mésusage de médicaments et les abus de substances stupéfiants dont l'association aux psychotropes multiplie le taux très élevé de mortalité globale et prématurée.

Ce groupe de patients porteurs de troubles addictifs cumule tous les facteurs de risques : interactions multiples entre médicaments, entre médicaments et toxiques, inductions enzymatiques (alcool), et comportement à risque difficile à prendre en charge par les équipes soignantes.

Les résultats de l'enquête DRAMES 2017 (Décs en Médecine avec l'abus de Médicaments Et les Substances) montrent la complexité de la situation et la nécessité d'une surveillance accrue de cette population : une incidence des décès 8 fois plus élevée avec la méthadone qu'avec la buprénorphine, une stabilisation des décès par opioïdes brèves ou liés à l'héroïne, une légère baisse des décès liés au cannabis et augmentation des décès liés aux amphétamines, une augmentation des décès liés à la phénothiazine et au tramadol, une forte augmentation des décès liés à la cocaine.

Sur les 412 décès notés, 432 sont imputables directement aux produits consommés souvent sous forme de mélanges. Par exemple, l'association cocaïne alcool potentialise les effets cardiovasculaires et le risque de mort subite.

<https://www.ccecqa.fr/sites/default/files/EIG/Fiches%20R%C3%A9flexe/fiche%20n%C3%B0%2014%20V4%20-%20Juillet%202022.pdf>

REX

EIGS/médicament en santé mentale Psychotropes + conduite addictive = une surveillance de tous les instants (2)

- De possibles **effets indésirables des psychotropes et/substances psychoactives** ont été évoqués : troubles du rythme à type de torsade de pointe, et/ou asphyxie par fausse route ?
- Deux causes immédiates ont été retenues :
 - **Discontinuité de la surveillance** au moment des transmissions lors des **changements d'équipes paramédicales** et au **moment du staff**
 - **Sous-évaluation des risques** liés à l'administration conjointe de méthadone, de psychotropes, de benzodiazépine, avec une consommation d'alcool et de cannabis.
- Comme c'est souvent le cas pour un patient cumulant une pathologie psychiatrique et une conduite addictive, la prise en charge a été complexe :
 - Difficultés d'expression et de compréhension orale liées à la barrière de la langue,
 - Absence de ressource familiale,
 - Schizophrénie non traitée à l'admission,
 - Poursuite des addictions, traitements psychotropes multiples,
 - Patient en rupture de contrat de soins avec autogestion des prises de méthadone.
- Cependant, l'analyse a relevé d'autres facteurs contributifs à la survenue de l'événement :
 - **Le recueil incomplet de l'histoire** de la maladie du patient,
 - **L'absence de recours auprès des professionnels** ayant pris en charge le patient en dehors de la métropole
 - **La réponse insuffisante de l'équipe** face aux ruptures du contrat de soins (sorties non autorisées, prises d'alcool ou de méthadone hors établissement)

Veille en santé mentale 7 mars 2023 EIGS et PECM



Analyse Approfondie de Cas N° 82
Occlusion stercorale
chez un patient en psychiatrie

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'ETI

ÉLÉMENTS MARQUANTS

L'analyse de cette prise en charge illustre la difficulté de gérer les effets indésirables des neuroleptiques et des autres médicaments psychiatriques.

Les équipes y sont souvent déstabilisées en temps de rendez-vous et en expertise pour traiter une urgence qui ne relève pas de leur champ de compétences.

La déconnexion du parcours patient entre l'établissement psychiatrique et l'hôpital général de recours repose sur la qualité de la communication et de la coopération entre les deux équipes.

Cette coopération se décline dans le mise en place de protocoles concertés de surveillance et de traitement.

La connaissance réciproque des moyens disponibles de part et d'autre du parcours garantit la prise en charge d'un bon patient au bon endroit au bon moment.

Le patient âgé de 27 ans est hospitalisé en Unité Ferme d'un Centre important de soins. L'évacuation tardive de la personnalité de ce patient fait prendre la ture psychotique avec des antécédents d'un retour du patient de soins à l'hôpital psychiatrique. Son trouble de l'attention, associé à l'usage de médicaments, associe amnésies, idées délirantes et troubles de l'orientation. Le patient est stable jusqu'en fin de nuit où il présente une agitation et des troubles de l'orientation. Une surveillance clinique nocturne montre une patiente stable jusqu'en fin de nuit où il présente une agitation et des troubles de l'orientation. Le patient est stable jusqu'en fin de nuit où il présente une agitation et des troubles de l'orientation. Le patient est stable jusqu'en fin de nuit où il présente une agitation et des troubles de l'orientation.

CARACTÉRISTIQUES :

Genre :
Dés :

<https://www.ccecca.fr/activite/C3%A9s/C3%A9v/C3%A9nemen%20ts-ind%C3%A9sirables-graves>

REX

EIGS/médicament en santé mentale Psychotropes + conduite addictive = une surveillance de tous les instants (3)

- Il a également été noté :
 - La non mise en œuvre **du protocole de suivi** des effets indésirables des neuroleptiques,
 - Le manque de fiabilité **de la traçabilité des prises de psychotropes**,
- L'absence de suivi par **dosage plasmatique** de la méthadone ou **de suivi cardiologique (ECG)** ont été relevés.
- L'analyse a permis de rappeler l'importance des recommandations concernant :
 - **Les règles de prescription et de surveillance des psychotropes**, surtout lorsqu'ils sont associés chez un patient non sevré en substances toxiques capables d'interagir avec les médicaments administrés
 - Ainsi que l'importance **des analyses urinaires périodiques de la méthadone**.
- Le rôle **du travail d'équipe (transmissions, coordination)** a également été mis en valeur pour améliorer la sécurité des soins dans ce contexte.



Analyse Approfondie de Cas N° 82
Occlusion stercorale
chez un patient en psychiatrie

Date de parution : octobre 2020

• Catégorie : MCO
• Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'ÉTI

ÉLÉMENTS MARQUANTS
L'analyse de cette prise en charge illustre la difficulté de gérer les effets iatrogènes insidieux des neuroleptiques et des autres sédatifs en établissement psychiatrique.

Les équipes sont souvent déficitaires en termes de médecine symptomatique et en expertise pour traiter une urgence qui ne relève pas de leur champ de compétences.

La sécurisation du parcours patient entre l'établissement psychiatrique et l'hôpital général de recours repose sur la qualité de la communication et de la coordination entre les deux équipes.

Cette coopération se décline dans la mise en place de protocoles concrets de surveillance et de traitement.

La connaissance réciproque des moyens disponibles de part et d'autre du parcours garantit la prise en charge « du bon patient au bon endroit au bon moment ».

Un patient âgé de 27 ans est hospitalisé en intrahospitalier. L'évacuation talusé en Unité fermée d'un Centre hospitalier spécialisé. Il présente des troubles de la personnalité de nature psychotique avec des antécédents d'écoulement d'un retour du patient le centre d'épisodes de décompensation soigné à l'hôpital psychiatrique. Son traitement est la surveillance clinique nocturne ment, associant amilorisole, ilsoa montre un patient stable jusqu'en pire et dialepam, a permis une fin de nuit ou à 6h du matin l'alerte bonne amélioration clinique sans est donnée par la surveillance de douleur exprimée au plan neuro- logique et digestif (pas de constipation hémodynamique évoluant en ton moelle).

Un samedi, il présente des douleurs matton est débute sur place just-abdominales avec nausées ; la pa- qu'au transfert SMUR du patient au pation abdominale perçus des CNI. La prise en charge réanimato- masses du flanc gauche et l'abdo- toire est complétée par une explora- tion sans préparation confirme la ton- chirurgicale montre une présence d'une importante stase souffrance colique majeure en lien stercorale colique ainsi qu'un niveau avec le fécatoire étendu ainsi que la hydrogène. Le patient est adressé à l'urgence de réanimation. Le bilan fait aux urgences confirme la présence d'un estomac dilaté pro- se au service des urgences de l'hôpi- blement secondaire aux ma- tal général de proximité.

Le bilan fait aux urgences confirme la présence d'une collectionne gauche le diagnostic de syndrome occlusif et une réaction gastrique, complé- sur stase stercorale majeure, il y a été par une double antibiothérapie, aucun signe de gravité clinique, blo- La poursuite de la réanimation ne logique et radiologique. Le scanner permettra pas d'éviter l'évolution abdomino-pelvienne montre une stase vers un état de défaillance multivis- gastrique, une stase stercorale co- cérale avec choc septique et cardio- lique diffuse sans niveau hydro-grique rétractant.

anériques griques et sans épanché-

CARACTÉRISTIQUES :
Gravité :
Dixes

<https://www.ccecqa.fr/activite/C3%A9s/C3%A9v%C3%A9nements-ind%C3%A9sirables-graves>



Importance d'une prise en charge somatique associée

- Les patients pris en charge pour une pathologie psychique ont des antécédents somatiques à prendre en compte
- Des traitements médicamenteux et non médicamenteux pour lesquels une poursuite ou non est à discuter avec les prescripteurs
- Un bilan pré thérapeutique des médicaments prescrits est nécessaire avec étude des interactions avec les pathologies, traitements et antécédents associés
- Pour chaque psychotrope, un bilan pré thérapeutique est recommandé selon la classe, le produit
- Ce traitement psychotrope nécessite un suivi sur le plan somatique (surveillance des évènements indésirables) en lien avec le patient, ses pathologies, les facteurs de risque du patient et des thérapeutiques, des conduites à risques
- Une évaluation régulière par un médecin somaticien est à évaluer au cas par cas, elle reste nécessaire dans tous les cas
- Le recours à un avis de médecin somaticien permet de prévenir les risques d'EI
- De limiter les EI graves
- Communiquer avec le patient et entre soignants ainsi qu'avec les aidants est indispensable pour la qualité et la sécurité des soins, et de tous

Questions

- Quelle surveillance clinique, paraclinique
- Quels médicaments aux urgences MCO chez patient agité en attente de transfert en hôpital psychiatrique : quelle voie administration et comment (en chambre isolement « dite de sécurité » ou en box aux urgences)
- Quelle PEC sur le plan médicamenteux pour patients en MCO qui présentent une pathologie mentale : avis, prescription, administration, surveillance, bénéfice/risque
- Quand et comment redemander l'avis du psychiatre pour adaptation thérapeutique : quel interlocuteur
- Quel bilan pré thérapeutique
- Principaux risques : cardiovasculaires, métaboliques, digestifs, neurologiques, quels autres risques
- Quelles évolutions thérapeutiques médicamenteuses ces dernières années
- Quelles perspectives d'amélioration

Questions OMEDIT

- Quel accompagnement de l'OMEDIT sur l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale ? (*Commission santé mentale, outils, CAQES, pharmacie clinique*)
- Quels outils spécifiques de bon usage sur la prévention des risques d'occlusion intestinales ? (*Fiche never events, Livret prise en charge de la constipation*)
- Quels médicaments pour la prise en charge aigüe de l'agitation en établissements de santé ? (*Proposition de la Commission Santé mentale sur la prise en charge pharmacologique de la phase aiguë de l'agitation*).

Quel accompagnement de l'OMEDIT sur l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale ?

→ La commission santé mentale



La

Pluriprofessionnelle, représentativité territoriale

**Psychiatre
ville**

**Médecins
ES PSY**

**Pharmaciens
ES PSY, MCO à
activité PSY**

CRPV, CEIP

ARS



**Ordre des
médecins**

Assurance Maladie

**URPS
pharmaciens**



Les

- ✓ Favoriser le partage d'expérience et l'harmonisation des pratiques au niveau régional.
- ✓ Promouvoir la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse en psychiatrie
- ✓ Promouvoir le déploiement des activités de pharmacie clinique dans une logique de parcours.
- ✓ Mettre à disposition des outils, des EPP



Les principaux

- ✓ EPP sur les prescriptions de sortie de benzodiazépines
- ✓ Outils de sensibilisation et bon usage : never events, fiches de bon usage, carnet de suivi du lithium, prise en charge de l'hyponatrémie, quizz
- ✓ Journées régionales

Quel accompagnement de l'OMEDIT sur l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale ?

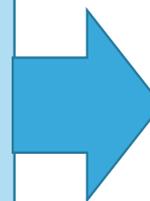


→ La contractualisation CAQES 2 2022-2024

Indicateurs qualitatifs
Indicateur régional « iatrogénie parcours santé mentale »

Evaluation et valorisation des actions menées

- ✓ **Engagement de la Direction et communauté médicale**
Programme d'actions qualité/sécurité/efficience des produits de santé
- ✓ **Évaluation des pratiques de pertinence**
Audit sur les prescriptions de sortie de benzodiazépines
- ✓ **Mise en œuvre des activités de pharmacie clinique**
Analyse pharmaceutique/ conciliation médicamenteuse / réévaluation des traitements
- ✓ **Mise en œuvre d'actions coordonnées ville/hôpital**



Intégration dans le contexte régional d'accompagnement au déploiement

- ✓ des activités de pharmacie clinique dans une logique de parcours en santé mentale
- ✓ de pertinence des prescriptions

Quels outils spécifiques de bon usage sur la prévention des risques d'occlusion intestinale ?

Prévenir les risques d'OCCLUSIONS INTESTINALES

Règles HYGIENO-DIETIQUES à fournir au patient

- Repas riches en fibres, légumes verts et fruits frais
- Éviter les aliments trop gras, trop sucrés
- Hydratation (au moins 1,5L/j) soit au moins 8 verres de table en plus des apports du petit déjeuner
- Activité physique, massages abdominaux
- Education du patient : présentation régulière à la selle, 3 repas par jour à heure régulière

CONSTIPATION d'origine médicamenteuse

Associer ces médicaments majeure l'effet constipant et augmente le risque d'occlusion intestinale

MEDICAMENTS PSYCHOTROPES	AUTRES MEDICAMENTS (liste non exhaustive)
NEUROLEPTIQUES : amisulpride, arpiprazole, aripiprazole, chlorpromazine, cyaméazine, dropridol, flupentixol, fluphénazine, halopéridol, lévomépromazine, loxapine, olanzapine, palipéridone, pimozide, pipamperone, pipolazine, propéricazine, rispéridone, sulpiride, tiapride, zuclopenthixol, quétiapine	ANTHYPERTENSEURS : vérapamil, clonidine ANTICONGULIVANTS : carbamazépine ANTIPARKINSONIENS : biperidène, trétyphénidyle, ropiniptène ANTISPASMODIQUES : oxybutynine, trospium, solifénacine ANTIHISTAMIQUES : hydroxyzine, méquazine, alémémazine, prométhazine, dexchlorphénamine, bromphénamine, cyproheptadine, cétizène,
ANTIDÉPRESSEURS (MIPRAMINIQUES) : amitriptyline, imipramine, clomipramine, maprotiline AUTRES : chlorazépine - bromure de clidémium	OPIACÉS : alfentanil, codéine, dihydrocodéine, fentanyl, hydromorphone, morphine, oxycodone, péthidine, rémifentanyl, sufentanil, tramadol, dextrométhorphan, roscapine, pholcodine ANTICONGULIVANTS : carbamazépine ANTIPARKINSONIENS : biperidène, trétyphénidyle, ropiniptène ANTISPASMODIQUES : oxybutynine, trospium, solifénacine ANTIHISTAMIQUES : hydroxyzine, méquazine, alémémazine, prométhazine, dexchlorphénamine, bromphénamine, cyproheptadine, cétizène,

POINTS CLES d'une bonne prise en charge

1. Evaluation initiale du transit du patient avant prescription
2. Ré-évaluation à J+8
3. Durée définie du traitement pour chaque prescription de laxatif
4. Ré-évaluation à chaque changement de prescription

Commission psychiatrie et santé mentale de l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine

Comité de rédaction : T. BONNEAU, C. DHELEMMÉ, K. DIALLO, L. PARNEX-SEDEY

LA CONSTIPATION EN PSYCHIATRIE

Septembre 2017

Flash sécurité patient

Patient sous neuroleptique

La vigilance est la bonne pratique

27 octobre 2022

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

ABSENCE D'EXAMEN CLINIQUE CHEZ UN PATIENT SOUS CLOZAPINE EN PSYCHIATRIE

Un patient schizophrène, hospitalisé en psychiatrie et traité par clozapine, est retrouvé, à 3 heures du matin, endormi dans ses selles. Les soignants ont du mal à le réveiller; il arrive cependant à prendre sa douche. Les constantes étant bonnes, il retourne se coucher. Mais à son réveil, le patient est retrouvé cyanosé, essoufflé, et présente un ventre distendu. Alors que les douleurs abdominales sont de plus en plus importantes et que son état général se dégrade rapidement, l'interne de garde décide de le transférer aux urgences de l'hôpital le plus proche, où il décède dans la journée.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

En l'absence d'examen clinique, le patient est décédé des suites des complications d'une occlusion intestinale.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Durant la nuit, le médecin de garde n'a pas été appelé et le patient n'a pas eu d'examen clinique.
- La surveillance du transit pour les patients autonomes sous traitement de clozapine n'a pas été réalisée.
- Il y a eu une sous-estimation par les soignants du risque de constipation engendré par la clozapine.
- Probable méconnaissance par les soignants de la possibilité de survenue de complications, dont l'occlusion intestinale.
- Le protocole relatif à la reconnaissance et à la prise en charge des troubles du transit (constipation ou occlusion) n'était pas adapté.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Base REX-EIGS de la HAS

- ✓ 60 évènements graves médicamenteux liés à un mésusage de neuroleptiques,
- ✓ 1/3 sont liés à une absence d'évaluation régulière du traitement neuroleptique puis une méconnaissance des effets indésirables graves et des risques encourus
- ✓ La prise en charge de ces patients s'articule autour de 4 actions de prévention :
 - Informer,
 - Dépister,
 - Surveiller,
 - Sensibiliser.



Documents

- ✓ disponibles sur le site de l'OMEDIT <https://www.omedit-nag.fr/outils-guides/sante-mentale-psychiatrie>
- ✓ relayés sur les réseaux sociaux LinkedIn et Twitter

Quels médicaments pour la prise en charge aiguë de l'agitation en établissements de santé ?

Proposition de prise en charge médicamenteuse par des experts de terrain susceptible d'évoluer Pas de recommandation régionale

Prise en charge pharmacologique de la phase aiguë de l'agitation psychiatrique chez l'adulte

Proposition de la Commission Santé Mentale

Le DSM 5 définit l'agitation comme une « activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure ». Cette situation représenterait 10 à 15 % des consultations aux urgences.
Les personnes agitées risquent de devenir agressives et violentes et de causer du tort à elles-mêmes, aux autres et aux biens.

- Les mesures d'apaisement non médicamenteuses doivent être privilégiées en première intention (désescalade verbale, régulation de la stimulation environnementale)
- La sédation médicamenteuse doit être utilisée en dernier recours afin d'éviter le risque de psychotomimesis pour le patient pouvant altérer sa prise en charge future en psychiatrie, mais aussi pour les soignants.
- Le recours aux médicaments doit intervenir lors d'une agitation incontrôlable et pour soulager l'agitation dans le cadre d'une contention effective afin de lever les mesures.

Ce protocole décrit les évaluations à réaliser, les règles de bonne pratique des médicaments à respecter et un arbre décisionnel de prise

1. Evaluation du patient

L'évaluation du patient est essentielle afin de déterminer l'étiologie de l'agitation et les comorbidités du patient pour une prise en charge appropriée.

- Evaluer la sémiologie de l'agitation
- Evaluer et score la souffrance morale (EVA)
- Pratiquer un examen somatique dès que possible, et si possible avant la mise en place du traitement, incluant un ECG
- Evaluer les comorbidités
- Evaluer la prise de toxiques et les comorbidités addictives (tabac, alcool)

→ Effectuer le diagnostic différentiel de l'agitation = exclure les causes somatiques

2. Règles de bonnes pratiques de prescription

Les règles suivantes doivent être respectées :

- Prendre en compte l'étiologie et les antécédents de traitement du patient
- Limiter l'utilisation des psychotropes en raison des effets anticholinergiques, sur l'allongement de QTc et hypotenseurs
- Prendre en considération les antécédents de QTc allongé, et la présence de facteurs de risque
- Considérer l'atropine et l'atropine comme le traitement de l'urgence dans les situations où l'historique du patient n'est pas disponible
- Privilégier la valproate
- Dès que l'agitation est maîtrisée, ré-évaluer les posologies vers la dose minimale efficace ou réaliser le switch rapidement vers l'antipsychotique retenu en traitement de fond, afin de limiter une durée d'hospitalisation trop longue.

Concernant les benzodiazépines :

- Par voie orale, privilégier :
 - Le diazépam
 - Obéssance et attente hépatique ou personne âgée
- Par voie intramusculaire, privilégier le clonazépam car la biodisponibilité du diazépam en intramusculaire est adéquate
- Prévoir l'arrêt des benzodiazépines avant la sortie de l'établissement de santé

Vigilance sur les risques de tolérance :

- Ne pas associer l'olanzapine en IM avec une benzodiazépine en IM, prévoir un délai d'au moins 1 heure en raison d'un risque cardiopulmonaire
- Eviter l'olanzapine chez un patient instable par l'absence en raison du risque d'apaisement du seul épileptique, utiliser préférentiellement thalopridol dans cette situation

3. Tableau récapitulatif des données pharmacocinétiques des principaux médicaments utilisés

Selon les RCP consultés en décembre 2022, se rapprocher de votre pharmacien pour plus d'information

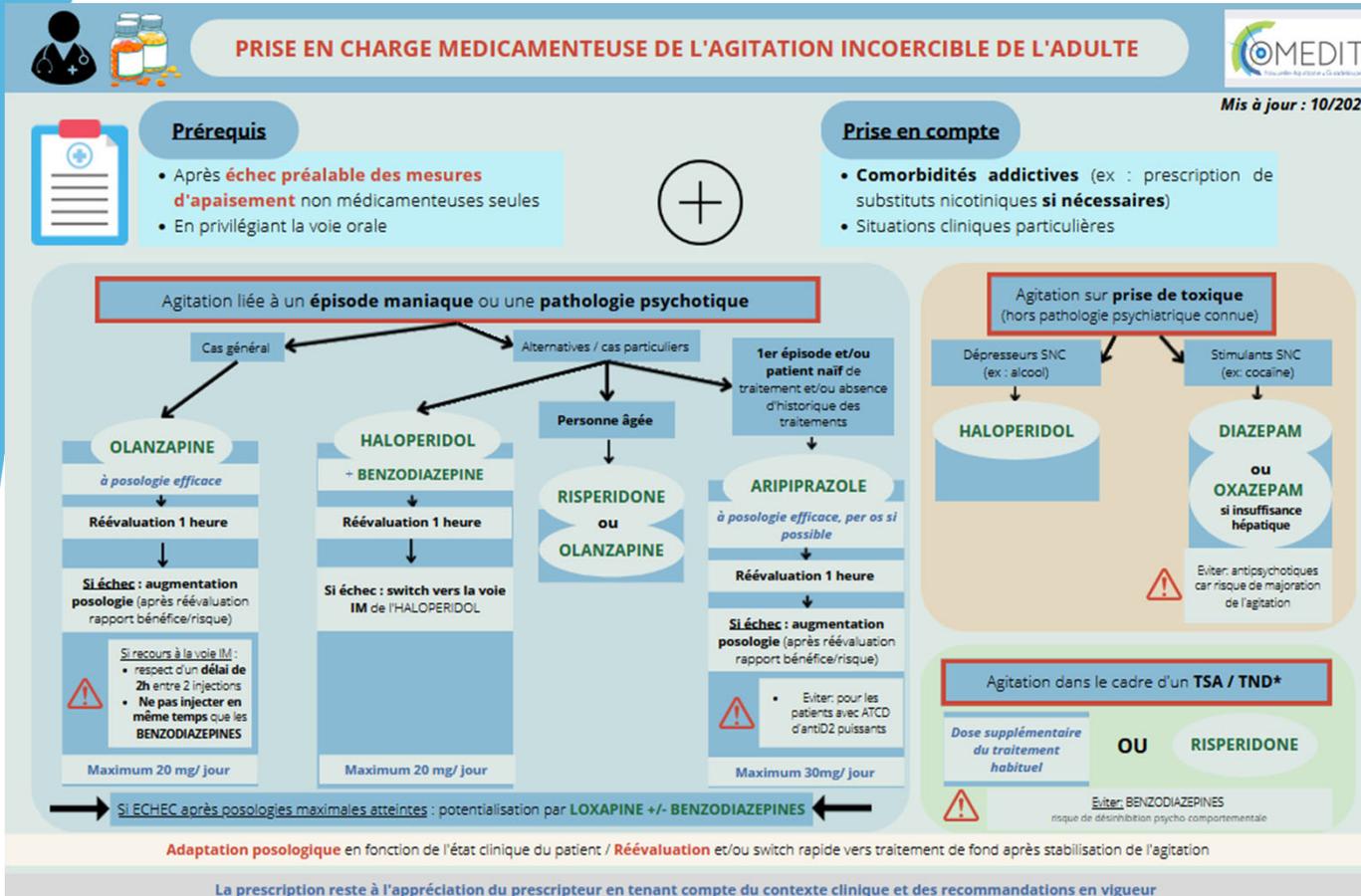
Médicament	Dose (g)	Durée de l'effet (h)	Principaux métabolites pharmacocinétiques	Impact pronostic
Olanzapine IV	1 à 2	10-15h pour la molécule active	Metabolites actifs : Inactifs	Métabolites hépatiques à éviter au RCP
Argiprazole IV	3 à 5	10-15h	Metabolites actifs : Inactifs	Métabolites hépatiques à éviter au RCP
Halopéridol	5 à 10	10-15h	Metabolites actifs : Inactifs	Métabolites hépatiques à éviter au RCP
Clonazépam	1 à 2 jours	3 semaines	Metabolites actifs : Inactifs	Métabolites hépatiques à éviter au RCP
Diazépam	10	10-15h	Metabolites actifs : Inactifs	Métabolites hépatiques à éviter au RCP
Valproate IV	2	10-15h	Metabolites actifs : Inactifs	Métabolites hépatiques à éviter au RCP
Thalopridol IM	10-15	10-15h	Metabolites actifs : Inactifs	Métabolites hépatiques à éviter au RCP

- 1 Evaluation du patient
- 2 Règles de bonnes pratiques de la prescription
- 3 Données pharmacocinétiques des principaux médicaments
- 4 Arbre décisionnel
- 5 Situations cliniques particulières

+ références bibliographiques

Quels médicaments pour la prise en charge aiguë de l'agitation en établissement de santé ?

Les règles de bonnes pratiques de prescription



- Prendre en compte **l'étiologie et les antécédents de traitement du patient**
- Limitier l'utilisation des phénothiazines en raison des effets anticholinergiques, sur l'allongement du QT, et hypotenseurs
- Prendre en considération les antécédents de QTc allongé, et la présence de facteurs de risque
- Considérer **l'olanzapine et l'aripiprazole** comme le traitement de l'urgence dans les situations où l'historique du patient n'est pas disponible
- Privilégier la **voie orale**
- Dès que l'agitation est maîtrisée, ré-évaluer les posologies vers la dose minimale efficace ou réaliser le **switch rapidement** vers l'antipsychotique retenu en traitement de fond, afin de limiter une durée d'imprégnation trop longue.

*TSA : Troubles du spectre autistique / TND : Troubles neuro-développementaux
Source : proposition de la Commission Santé Mentale, OMEDIT Nouvelle-Aquitaine & Guadeloupe, octobre 2022

Déclaration du cas à la pharmacovigilance



Déclarer en quelques clics : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>
[Liste des Centres Régionaux de Pharmacovigilance \(CRPV\)](#)

S'il s'agit d'un effet indésirable survenu avec un médicament

quel que soit le contexte de survenue (usage conforme ou non à son autorisation, erreur médicamenteuse, abus, mésusage, surdosage, exposition professionnelle)

Tout autre professionnel de santé ayant connaissance d'un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament peut le signaler.

Votre signalement sera transmis au [centre régional de pharmacovigilance \(CRPV\)](#) dont vous dépendez et que vous pouvez aussi contacter directement.

•Le rôle des CRPV

- Information sur le médicament sur l'information pour la prévention des accidents :
- en cas de questionnement : appeler pour connaître les risques et la surveillance préconisée
- Déclaration d'un évènement

•Risques liés à l'emploi des psychotropes (et surveillance préconisée)



Evaluation de la qualité des ESMS

Objectif 3.6 – L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de gestion du risque médicamenteux



CRITÈRE 3.6.1 – L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre.

Niveau d'exigence : **Standard / Impératif**

Champ d'application : **Tous ESSMS / Social / Médico-social**

Toutes structures / Établissement / Service

Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ

CRITÈRE 3.6.2 – Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament.

Critère impératif

Niveau d'exigence : **Standard / Impératif**

Champ d'application : **Tous ESSMS / Social / Médico-social**

Toutes structures / Établissement / Service

Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ

CRITÈRE 3.6.4 – Les professionnels alertent en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont la iatrogénie.

Niveau d'exigence : **Standard / Impératif**

Champ d'application : **Tous ESSMS / Social / Médico-social**

Toutes structures / Établissement / Service

Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ

CRITÈRE 3.6.3 – Les professionnels accompagnent les personnes dans la continuité de leur prise en charge médicamenteuse.

Niveau d'exigence : **Standard / Impératif**

Champ d'application : **Tous ESSMS / Social / Médico-social**

Toutes structures / Établissement / Service

Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ

OBJECTIF 3.6 – L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de gestion du risque médicamenteux.

CRITÈRE 3.6.5 – Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la gestion du risque médicamenteux.

Niveau d'exigence : **Standard / Impératif**

Champ d'application : **Tous ESSMS / Social / Médico-social**

Toutes structures / Établissement / Service

Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ

Certification des établissements de santé



- Critère standard
- Critère avancé
- Critère impératif

Secteur	Critères
Tout établissement	1.1-09 : le patient, prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits
Tout établissement	1.1-10 Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées
Tout établissement	1.1-11 Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés
Tout établissement	1.2-08 : le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur
Tout établissement	2.1-06 : la pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée
Tout établissement	2.2-07 : la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux
Hospitalisation à domicile	2.2-13 Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent
Tout établissement	2.3-03 : les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments
Tout établissement	2.3-04 : les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments
Tout établissement	2.3-05 : les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé
Tout établissement	2.3-06 : les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque
Tout établissement	2.3-07 : l'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques
Tout établissement	2.3-08 : les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie
Chirurgie et interventionnel	2.3-12 : les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs
Tout établissement	2.3-13 : les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux traitements et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables
Tout établissement	2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates
Tout établissement	2.3-16 Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène
Tout établissement	2.3-17 Les équipes respectent les recommandations vaccinales et obligations pour les professionnels de santé
Tout établissement	2.4-04 : les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins
Tout établissement	3.3-01 : la gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

Cas clinique (1/3)

Occlusion stercorale chez un patient en psychiatrie

- Un patient âgé de 25 ans est hospitalisé en Unité fermée d'un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM)
- Il présente des troubles de la personnalité de nature psychotique avec des antécédents d'épisodes de décompensation schizophrénique.
- Son traitement, associant amisulpiride, clozapine et diazépam, a permis une bonne amélioration clinique.
- Il n'y a pas d'intolérance exprimée au niveau neurologique et digestif (pas de constipation notée).
- Un samedi, il présente des douleurs abdominales et des nausées ; la palpation abdominale perçoit des masses du flanc gauche
- La radiographie de l'abdomen sans préparation confirme la présence d'une importante stase stercorale colique ainsi qu'un niveau hydro-aérique.
- Le patient est adressé au service des urgences de l'hôpital général de proximité.



Analyse Approfondie de Cas N° 82
Occlusion stercorale
chez un patient en psychiatrie

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'ETI

Un patient âgé de 27 ans est hospitalisé en Unité fermée d'un Centre hospitalier spécialisé. Il présente des troubles de la personnalité de nature psychotique avec des antécédents d'épisodes de décompensation schizophrénique. Son traitement, associant amisulpiride, clozapine et diazépam, a permis une bonne amélioration clinique sans intolérance exprimée au plan neurologique et digestif (pas de constipation notée).

Un samedi, il présente des douleurs abdominales et des nausées ; la palpation abdominale perçoit des masses du flanc gauche et l'abdomen sans préparation confirme la présence d'une importante stase stercorale colique ainsi qu'un niveau hydro-aérique. Le patient est adressé au service des urgences de l'hôpital général de proximité.

Le bilan fait aux urgences confirme le diagnostic de syndrome occlusif et une réaction gastrique compliquée par une double antibiothérapie. La poursuite de la stammination neurologique et radiologique. Le scanner permet de confirmer l'évolution abdomino-pelvienne montrant une stase vers un état de défécation multiviscérique, une stase stercorale occlusale avec choc septique et cardiaque diffuse sans niveaux hydro-aériques réfractaires.

CARACTÉRISTIQUES :

- Gravité : Déclat

<https://www.ccecqa.fr/activite/C3%A9s/C3%A9v/C3%A9nements-ind/C3%A9sirables-graves>

Occlusion stercorale chez un patient en psychiatrie



- La réanimation est débutée sur place jusqu'au transfert via le SMUR du patient vers le CHU de recours.
- La prise en charge réanimatoire est complétée par une exploration chirurgicale montrant une souffrance colique majeure en lien avec le fécalome étendu ainsi que la présence d'un estomac dilaté probablement secondairement aux manœuvres de réanimation.
- La chirurgie associe une colectomie gauche et une résection gastrique, complétée par une double antibiothérapie.
- La poursuite de la réanimation ne permettra pas d'éviter l'évolution vers un état de défaillance multi viscérale avec choc septique et cardiogénique réfractaire

Analyse Approfondie de Cas N° 82
Occlusion stercorale
chez un patient en psychiatrie

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'É

Un patient âgé de 27 ans est hospitalisé intra-péritonéal. L'évacuation taillé en Unité fermée d'un Centre importante de matières fécales hospitalier spécialisé. Il présente des après lavement et la stabilité circulatoire de la personnalité de naissance du patient font prévoir la ture psychotique avec des antécédents de retour du patient le dents d'épisodes de décompensation sur même à l'hôpital psychiatrique, tion schizo-phrénique. Son travail. La surveillance clinique nocturne ment, associant amisulpride, clozapine, montre un patient stable jusqu'en pino et diazépam, a permis une fin de nuit où à 6h du matin l'attente bonne amélioration clinique sans est donnée par la survenue de diarrhées intolérance exprimée au plan neuro- leurs abdominales et d'une intol- logique et digestif (pas de constipation hémodynamique évoluant en arrêt cardio-respiratoire. La réanimation abdominale perçoit des CHU. La prise en charge réanimatoire est complétée par une exploration sans préparation confirme la tion chirurgicale montrant une présence d'une importante stase souffrance colique majeure en lien stercorale colique ainsi qu'un niveau avec le fécalome étendu ainsi que la présence d'un estomac dilaté près de la coordination entre les deux équipes.

Cette coopération se décline dans la mise en place de protocoles concertés de surveillance et de traitement.

La connaissance réciproque des moyens disponibles de part et d'autre du parcours garantit la prise en charge « du bon patient au bon endroit, au bon moment ».

CARACTÉRISTIQUES :

- Gravité :
- Décès :

<https://www.ccecgq.fr/activite/C3%A9s/%C3%A9v%C3%A9nements-ind%C3%A9sirables-graves>

Causes immédiates identifiées

- Traitement inapproprié d'une occlusion stercorale majeure.
- Surveillance non adéquate de l'occlusion et retard à la prise en charge chirurgicale des complications.

Facteurs latents **ALARME** : Patient

- Patient traité par deux neuroleptiques au long cours
- Expression/communication orale perturbée qui contribue à sous-évaluer la gravité des signes fonctionnels :
 - **Seuil de tolérance élevé à la douleur**
 - **Rapport pathologique avec sa fonction digestive (alimentation, transit)**
- Etat de santé faussement rassurant :
 - Pas de vomissement
 - Alimentation poursuivie
 - Bonne hydratation
 - Patient jeune ayant conservé une activité physique quotidienne (marche)

Facteurs latents **ALARME** Professionnels/Individuels

- Sous-évaluation de la gravité clinique du patient dans un contexte de charge de travail très élevée au service des urgences du CH
- Défaut de raisonnement et décision thérapeutique inadaptée à la situation clinique :
 - **Une occlusion stercorale colique diffuse ne peut être traitée par un simple lavement au Normacol® dont l'effet est limité au rectum +/- première anse sigmoïdienne**
 - **L'efficacité ne se juge pas sur la présence de selles mais sur la disparition des masses abdominales et, si besoin, une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) de contrôle**

Facteurs latents **ALARME** : Equipe

- Absence de recours à un médecin spécialisé
- Défaut de coordination et de communication inter établissements permettant d'assurer la continuité des soins entre les deux équipes
- Surestimation par les médecins des urgences du CH des capacités de surveillance clinique de l'équipe paramédicale de l'EPMS

Facteurs latents **ALARME**: Tâches

- La procédure institutionnelle de surveillance des selles à l'EPSM n'est pas adaptée à l'unité et/ou non appliquée :
 - WC collectif
 - Traçabilité de la surveillance des selles
- Absence de protocole de prise en charge somatique
- Soins ne relevant pas du champ d'action du service au l'EPSM

Facteurs latents **ALARME**: Environnement

- A l'unité fermée de l'EPSM, environnement non adapté à la surveillance d'un patient en situation d'occlusion digestive
- Ratio patient/soignant insuffisant pour une surveillance somatique sécurisée
- Locaux des urgences inadaptés à la gestion du patient : pas de box spécifique dédié aux patients en provenance de l'EPSM

Facteurs latents **ALARME** Organisation-Management

- Charge de travail excessive aux Urgences du CH le samedi :
 - Effectifs inappropriés à l'activité
 - Turnover rapide pour la prise en charge de l'ensemble des patients/flux élevé
 - Biais de décision pour le devenir du patient : recherche permanente d'une alternative à l'hospitalisation du fait du manque de lit (retour à domicile ou retour dans l'établissement d'origine).
- Permanence des soins et parcours patient entre les 2 établissements insuffisamment efficaces selon les dernières recommandations de l'HAS

Facteurs latents **ALARME** : Institution

- Politique de prévention des risques insuffisamment structurée dans la définition du parcours inter établissements (GHT)
- Programme de prévention des effets indésirables des neuroleptiques insuffisamment mis en œuvre au sein de l'EPSM.

Actions d'amélioration

Spécifiques :

- À l'unité fermée de l'EPSM, **actualiser les protocoles** en concertation avec les médecins somaticiens et les gastroentérologues :
 - **Suivi des selles** car le discours des patients peut être faussé du fait de leur pathologie
 - Suivi des patients à risque d'occlusion :
 - **Différencier le fécalome distal et l'obstruction colique étendue,**
 - Définir les modalités de la progression thérapeutique
 - Palpation abdominale **par le médecin somaticien (et par les IDE)**
 - Réalisation d'une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)
 - Recommandations hygiène de vie : **alimentation adaptée**
- La réfection des locaux est prévue avec des **WC individuels** pour permettre une surveillance visuelle des selles

Actions d'amélioration

- **Communes :**
- À l'unité fermée de l'EPSM : réévaluer le temps médical nécessaire en **médecin généraliste** somaticien en intégrant une consultation de gastroentérologie
- Aux urgences du CH : **organiser un recours à un gastroentérologue** pour les urgences digestives complexes
- Proposer l'organisation, avec le soutien des 2 présidents de CME, **de réunions de concertation** entre les équipes médicales des 2 établissements concernant les retours d'expérience des EIGS récurrents survenus aux patients de l'EPSM adressés aux urgences du CH
- Formaliser des **outils de communication inter-établissements**
- Formaliser **les critères de retour des patients** admis en soins somatiques au CH vers l'EPSM

Actions d'amélioration

- **Générales :**
- **Favoriser les échanges** entre les équipes du CHS et celle des urgences du CH afin que chacun connaisse les limites et les difficultés d'exercice respectifs.
- Partager les informations **avant les décisions de transfert** d'un patient psychiatrique, avec protocoles de soins et surveillance réalisable en EPSM.
- Prendre en compte les contraintes d'environnement et **d'organisation dans le parcours** patient.
- Sécuriser le parcours patient dans le cadre de la **direction commune**, en ciblant notamment la prise en charge des urgences somatiques au sein de l'EPSM

Questions

Serait-il possible d'éclaircir le positionnement du service qualité concernant l'analyse, l'accès au dossier patient...

Qu'est-ce qui pourrait être nommé EIGS dans un service type Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

Y a-t-il eu des EIGS en lien avec des mineurs? avec des spécificités réglementaires (info aux représentants légaux)?

Qu'est-ce qu'un EIGS ? (1)

Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016

Art. R.1413-67

Un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le **décès**, la **mise en jeu du pronostic vital**, la survenue probable d'un **déficit fonctionnel permanent**, y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Art. R.1413-68

Tout professionnel de santé quels que soient son lieu et son mode d'exercice ou tout représentant légal d'établissement de santé, d'établissement ou de service médico-social ou la personne qu'il a désignée à cet effet, qui constate un événement indésirable grave associé à des soins le déclare au directeur général de l'agence régionale de santé au moyen du formulaire prévu à l'article R. 1413-70.

Définition ENEIS 3

Un événement indésirable associé aux soins était un événement clinique **ou paraclinique?**, non désiré pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement ou de surveillance relatifs à la prise en charge du patient. Les événements indésirables survenus pendant l'observation ont été considérés comme graves s'ils étaient associés à un décès ou à une menace vitale, s'ils étaient susceptibles d'entraîner une **prolongation de l'hospitalisation** d'au moins un jour, un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation dans l'unité concernée par l'étude. Tous les événements indésirables à l'origine de l'hospitalisation et consécutifs à des soins antérieurs en soins de santé primaires ou dans le cadre d'une hospitalisation, étaient par convention considérés comme graves.

Qu'est-ce qu'un EIGS ? (2)

Définition d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS)

Un évènement indésirable associé aux soins répond à plusieurs critères (8). Ainsi, il s'agit :

- d'un évènement défavorable survenant chez un patient ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un évènement inattendu.

Par ailleurs, en fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera aussi :

- d'un évènement porteur de risque (EPR) lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré) (synonymes : *near miss*, *near hit*, *close call*, échappée belle, presque accident, presque évènement, etc.) ;
- d'un évènement indésirable grave associé aux soins¹ (EIGS) lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Mode d'emploi. Guide HAS-FORAP. 2021.

Bibliographie EIGS médicaments en santé mentale

- Guy C. et al. Prescription d'antipsychotiques en milieu hospitalier spécialisé. *L'Information psychiatrique* 2006 ; 82 : 503-9_ *Information psychiatrique* 2006 ; 82 : 503-9
- Saravane D, et al. Elaborations de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *Encéphale* 2009; 35(4) : 330-9.
- Pancrazi MP. Le sujet âgé et les psychotropes. *L'information psychiatrique* vol. 86, n° 1 - janvier 2010
- Vaille C, et al. Mort subite, antipsychotiques et schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques* 2011;169:269-79.
- Sharma S. et al. [Development of a Trigger Tool to Identify Adverse Events and Harm in a Neuropsychiatry Setting.](#) *J Patient Saf.* 2022 Jan 1;18(1):e343-e350. doi: 10.1097/PTS.0000000000000784.
- Belvederi Murri M. Second-Generation Antipsychotics and Neuroleptic Malignant Syndrome: Systematic Review and Case Report Analysis article (doi:10.1007/s40268-014-0078-0) *Drugs R D* (2015) 15:45–62 DOI 10.1007/s40268-014-0078-0
- Wiesel Cullen S et al. [Comparing rates of adverse events and medical errors on inpatient psychiatric units at Veterans Health Administration \(VHA\) and community-based general hospitals.](#) *Med Care.* 2019 Nov; 57(11): 913–920. doi: 10.1097/MLR.0000000000001215
- Walter F. et al. [Multiple adverse outcomes following first discharge from inpatient psychiatric care: a national cohort study.](#) *Lancet Psychiatry.* 2019 Jul; 6(7): 582–589. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30180-4
- Stolz E. et al. [Frailty index predicts geriatric psychiatry inpatient mortality: a case-control study.](#) *Psychogeriatrics.* 2020 Jul; 20(4): 469–472. Published online 2020 Feb 24. doi: 10.1111/psyg.12535
- Thibaut B. et al. [Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review](#) *BMJ Open.* 2019; 9(12): e030230. Published online 2019 Dec 23. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030230
- Nilsson L. et al. [Adverse events in psychiatry: a national cohort study in Sweden with a unique psychiatric trigger tool.](#) *BMC Psychiatry.* 2020; 20: 44. Published online 2020 Feb 4. doi: 10.1186/s12888-020-2447-2
- Chi-Shin Wu et al. Antipsychotic Drugs and the Risk of Ventricular Arrhythmia and/or Sudden Cardiac Death: A Nation-wide Case-Crossover Study *J Am Heart Assoc.* 2015;4:e001568 doi: 10.1161/JAHA.114.001568
- Poulin MJ et al. Atypical antipsychotics in psychiatric practice: practical implications for clinical monitoring. *Can J Psychiatry* 2005; 50:555-62.
- de Hert M et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009; 24(6):412-24.

Bibliographie

- [Haute Autorité de Santé - Flash Sécurité Patient - « Patient sous neuroleptique... la vigilance est la bonne pratique » \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr)
- Actes et prestations, affection de longue durée ; schizophrénies ; guide HAS ; décembre 2017 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf
- Les neuroleptiques : Quelle place dans les troubles du comportement : www.has-sante.fr
- Fiche d'action-maladie d'alzheimer-iatrogenie des neuroleptiques- Plateforme professionnelle HAS PMSA « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et prévention de la iatrogénie». www.has-sante.fr
- Les troubles digestifs graves induits par les neuroleptiques, Agathe MORIN, Sciences pharmaceutiques.2017. <dumas-01621720>, HAL « archives-ouvertes » ; mémoire du diplôme d'études spécialisées de pharmacie ; option pharmacie hospitalière-pratique et recherche ; soutenu le 05 octobre 2017 ; Faculté de Pharmacie Aix Marseille <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01621720/document>
- Management of antipsychotic adverse effects: movement disorders Revised February 2013. ©Therapeutic Guidelines, Ltd (etg42 March 2014) [World Psychiatry](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6127750/). 2018 Oct; 17(3): 341–356. Published online 2018 Sep 7.doi : [10.1002/wps.20567](https://doi.org/10.1002/wps.20567) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6127750/>
- Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation (texte long). 2017 ; Société Nationale Française de Colo-Proctologie ; GFNG ; SNFGE.https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/12/livre-RCP-consti2017_long.pdf
- Occlusion intestinale aigüe. Société nationale Française de Gastro-entérologie. SNFGE. Septembre 1999 <https://www.snfge.org/content/occlusion-intestinale-aigue>
- La perforation stercorale du colon, à propos d'un cas et revue de littérature. 26/10/2015 doi :10.11604/pamj.2015.22.249.8114 <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/249/full/>

Bibliographie Médicaments et santé mentale

- Haute autorité de santé (HAS) : www.has-sante.fr
- Portail de signalement des événements sanitaires indésirables : Signalement-sante.gouv.fr
- Agence nationale du médicament (ANSM) : www.ansm.sante.fr
- Base de données publique des médicaments : base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr
- Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire – HAS juin 2015. www.has-sante.fr
- [Fiches psychotropes : Fiche Réseau PIC - OMÉDIT Bretagne \(omeditbretagne.fr\)](http://omeditbretagne.fr)
- Synthèse thématique : médicaments psychotropes, OFDT, juin 2015 <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/#conso>
- Martel J. Dysphagie iatrogénique *Pharmactuel Vol. 34 No. 1 Janvier/Février 2001/International Journal of Neuropsychopharmacology* (2020) 23(2): 67–75doi:10.1093/ijnp/pyz046
- Purper Ouakil.D. Prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 (2) : 109-14
Bousquet E et al. Utilisation des antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 (2) : 115-20
Purper Ouakil D. Les effets indésirables des antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent et leur surveillance. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 (2)
- [Haute Autorité de Santé - Problèmes de repérage, mauvais usage des antidépresseurs : la dépression doit être mieux identifiée et traitée de façon personnalisée \(has-sante.fr\)](http://has-sante.fr)
- [La prise en charge d'un trouble bipolaire](http://has-sante.fr), HAS, 2014 et [Vivre avec un trouble bipolaire](http://has-sante.fr), HAS, 2017, Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours Fiche Mémo (has-sante.fr)
- [Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours](http://has-sante.fr), HAS, Octobre 2017

Questions Site CCECQA

- Quel bilan pré thérapeutique pour les neuroleptiques de 1ère 2 ème 3 ème génération, les thymorégulateurs etc.
- Quelles associations médicamenteuses à risques
- Quelle surveillance clinique, paraclinique
- Quels médicaments aux urgences MCO chez patient agité en attente de transfert en hôpital psychiatrique : quelle voie administration et comment (en chambre isolement « dite de sécurité » ou en box aux urgences)
- Quelle PEC sur le plan médicamenteux pour patients en MCO qui présentent une pathologie mentale : avis, prescription, administration, surveillance, bénéfique/risque
- Quand et comment redemander l'avis du psychiatre pour adaptation thérapeutique : quel interlocuteur
- Principaux risques : cardiovasculaires, métaboliques, digestifs, neurologiques, quels autres risques
- Quelles évolutions thérapeutiques médicamenteuses ces dernières années
- Quelles perspectives d'amélioration

Bilan pré thérapeutique et surveillance y compris anxiolytiques (non exhaustif)

- Bilan clinique
 - IMC, TA, FC, température, Grossesse, glaucome, transit intestinal
 - SAOS
- bilan paraclinique
 - **ECG**
 - Hémogramme, ionogramme, fonction rénale, glycémie, bilan lipidique, β -hCG
 - Cas particulier
- Surveillance :
 - T°, Pouls, PA, ECG, examen neurologique, transit, diurèse, poids
 - Risque hypersensibilité +++ thymorégulateur : peau (antiépileptique), diplopie pour lamotrigine
 - Glycémie et bilan lipidique annuels, hémogramme si clozapine
- Arrêt : diminution progressive des doses, risque de sevrage

Bilan pré-lithium

- Examen clinique complet
- **ECG**
- Biologie dans le cadre de lithium
 - Hémogramme
 - Ionogramme sanguin, **calcémie**
 - Créatininémie avec clairance
 - Glycémie à jeun
 - **TSH**
 - BU ± protéinurie des 24h
 - **β-hCG**
- EEG si ATCD neurologiques
 - Dosage Hebdomadaire le premier mois
 - Puis tous les 2 à 6 mois
 - 5 jours après tout changement de posologie
 - En cas d'affection médicale intercurrente ou d'introduction d'un autre médicament
- Biologie : TSH, créatinine, calcémie

Surveillance des antipsychotiques

- Pour le bilan lipidique, sa surveillance est à 5 ans en cas de bilan normal, ou plus fréquemment selon les données cliniques (prise de poids, diabète).
- Surveillance du transit intestinal, hydratation, douleurs (contractures...)
- La survenue de symptômes évocateurs d'hyperprolactinémie : galactorrhée, gynécomastie, troubles de la libido, ... doivent faire réaliser un dosage de prolactine.
- La prescription de clozapine, du fait du risque d'agranulcytose médicamenteuse essentiellement en début de traitement, est conditionnée à la réalisation d'une NFS à l'initiation du traitement puis une fois par semaine pendant les 18 premières semaines de traitement et, ensuite, au moins toutes les 4 semaines durant toute la durée du traitement.

Situation à risque avec les antipsychotiques

- **SITUATIONS À RISQUE OU DÉCONSEILLÉES**

- - Comme pour tout médicament la notion d'hypersensibilité au principe actif ou à ses excipients
- Risque de glaucome par fermeture de l'angle
- Risque de rétention urinaire
- Association avec des médicaments inducteurs de troubles de la fonction cardiaque

- **PRÉCAUTIONS D'EMPLOI**

- Toute fièvre inexplicquée nécessite une démarche diagnostique afin d'éliminer un syndrome malin des neuroleptiques, qui engage le pronostic vital.
- Du fait du risque d'induire une agranulocytose avec la clozapine, une NFS devra être réalisée à l'initiation du traitement puis toutes les semaines pendant 18 semaines et mensuelles toute la durée du traitement.

Du fait du risque d'allongement du QTc et des risques d'arythmies, il faudra s'assurer de l'absence de facteurs de risque supplémentaires, en particulier l'existence de troubles ioniques (la réalisation d'un ECG dans le bilan initial est recommandée).

Du fait du risque d'abaissement du seuil épileptogène, la surveillance des sujets à risque devra être renforcée.

- **EFFETS INDÉSIRABLES**

- Effets indésirables de type A, en rapport avec les propriétés pharmacologiques
- **Effets indésirables neurologiques centraux**
- Ce sont essentiellement des effets dits extrapyramidaux, qui correspondent au blocage des récepteurs D2 dans les voies dopaminergiques motrices. Similairement le blocage des récepteurs D2 dans les voies hypothalamo-hypophysaires dérégule la sécrétion de prolactine. Ces effets sont dose dépendants et beaucoup moins fréquents avec les molécules de deuxième génération (clozapine < olanzapine < rispéridone). Les antipsychotiques possèdent également une action antagonistes sur les récepteurs alpha1, M1, H1 à l'origine d'effets indésirables.

Conclusion

- L'analyse de cette prise en charge illustre **la difficulté de gérer les effets iatrogènes intestinaux des neuroleptiques et des autres psychotropes en établissement psychiatrique.**
- **Les équipes y sont souvent déficitaires** en équivalent **temps de médecin somaticien** et en expertise pour traiter une urgence qui ne relève pas de leur champ de compétences.
- La sécurisation du parcours patient entre l'établissement psychiatrique et l'hôpital général de recours **repose sur la qualité de la communication et de la coordination entre les deux équipes.**
- Cette coopération se décline dans **la mise en place de protocoles concertés de surveillance et de traitement.**
- **La connaissance réciproque des moyens disponibles de part et d'autre** du parcours garantit la prise en charge « du bon patient au bon endroit au bon moment ».

ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES

PROJETS OUTILS FORMATIONS EXPERTISES ÉVÉNEMENTS



Un Événement Indésirable Grave Associé aux Soins (EIGS) tous les 5 jours dans un service hospitalier de 50 lits... dont 1/3 sont évitables !

Professionnels d'établissements de santé, médico-sociaux et soins primaires, nous sommes tous concernés.

L'équipe du CCECQA, mission EIGS, vous propose un soutien dans la mise en place :

D'actions de prévention,
D'Analyses Approfondies de Causes (AAC) d'EIGS,
Du suivi de vos actions d'amélioration.

Mission EIGS : CHARTE de collaboration entre le CCECQA et les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médicosociaux en Nouvelle-Aquitaine



Les retours d'expériences

Les retours d'expériences sont mis en forme en fiche REX qui relate un EIGS, son analyse et plan d'action. En fiche Reflexe qui regroupe un thème et les enseignements principaux. Enfin, des analyses de scénarios cliniques pour à priori évaluer en équipe les barrières de sécurité intra-service disponibles ou à mettre en place.

Les outils

Ces outils sont des aides méthodologiques pour aider les professionnels à déclarer, analyser, puis partager leurs pratiques par le Retour d'expériences

Fiches disponibles



Recommandations de l'OMS, aide à l'inclusion des EIAS, préparer la réunion d'AAC, dossier d'AAC d'un EIGS, grille ALARM, compte-rendu d'AAC, comment communiquer et annoncer un dommage associés aux soins, guide de conduite de REX, sites internet utiles

Des fascicules ou fiches thématiques

Pour alerter les professionnels de santé sur certains sujets de gestion des risques



Un serious game

Proposé en 2D, il est issu des retours d'expériences des équipes ayant été confrontées à un EIGS, permettant ainsi de revivre les EIGS analysés en immersion dans des exercices de simulation.



Mission EIGS : site du CCECQA



LA MISSION EIGS DU CCECQA VOUS PROPOSE

- Un accompagnement des soignants dans la réalisation d'une Analyse Approfondie des Causes (AAC) en utilisant la méthode ALARME : et/ou une relecture, une reprise d'analyse, un avis d'expert, ou une aide à la formalisation et au suivi de vos actions
- Une sensibilisation des professionnels à la déclaration des EIGS : aide à la définition de l'évènement, accompagnement dans la rédaction des volets de déclaration
- Un échange avec les patients et leur famille pour comprendre leurs besoins, leurs attentes et leurs préoccupations concernant la sécurité des soins.

Contact : eigs@cecqa.asso.fr

Tel : 05 57 62 31 16 ou 06 02 08 98 92

Docteur Véronique Garcla

Docteur Marlike Grenouillet

Muriel Zago cadre de santé IBODE

Référents cliniciens (selon domaine de soins)

Pour en savoir plus :

[EIGS CCECQA présentation unité clinique favoriser signalement](#)

[Guide HAS de l'analyse des événements indésirables associés aux soins \(EIAS\) - Mode d'emploi](#)

[Portail signalement ARS en Nouvelle Aquitaine](#)

Une mission réalisée avec le soutien financier de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

<https://www.cecqa.fr/activité-événements-indésirables-graves>

Nos prochains comptoirs Qualité ...



Dates	Thématiques
31 mars 2023	Promotion de la semaine QVT
11 avril 2023	REX, expérience patient
27 avril 2023	Ethique, nouveaux critères V2023
11 mai 2023	IFAQ, HOP'EN
23 mai 2023	Présentation de la Mission EIGS du CCECQA
02 juin 2023	Santé mentale et EIGS