

# Minimiser le risque lié au médicament en santé mentale : quelques exemples

---

# Exemples de domaines d'actions

---

Le stockage du médicament

La prescription médicamenteuse

La prise médicamenteuse

L'observance

La surveillance de la tolérance tout au long du parcours

En discussion au niveau de la CPTS Granville-Villedieu et du

Dispositif d'Appui à la Coordination

# Le stockage du médicament

---

**Les pathologies prises en charge en santé mentale exposent à des prises massives quels que soit le type de prise en charge :**

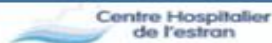
**-Hospitalisation à temps complet**

**-Hospitalisation à temps partiel**

**-Suivi ambulatoire : Centre Médico-psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel, Structures médicosociales, équipes mobiles,**

**POINT DE VIGILANCE SUPPLEMENTAIRE : la double dispensation PUI et Pharmacie d'officine**

# Audits bi-annuels en intra et extra-hospitalier



## PHARMACIE A USAGE INTERIEUR (PUI)

### PROCES VERBAL DU CONTRÔLE SEMESTRIEL DE L'ARMOIRE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET DE L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS DANS L'UNITE DE SOINS

Année 20....

Semestre 1

Semestre 2

U.F. : .....

Cadre de santé : .....

Date du contrôle : .....

...../...../.....

### Armoire de Médicaments, piluliers et semainiers

SECURITE	
Armoire fermée à clé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Coffre des stupéfiants verrouillé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

RANGEMENT DE L'ARMOIRE DE MEDICAMENTS :	
Classement par forme pharmaceutique	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Classement par ordre alphabétique	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Dotation minimale respectée	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contrôle inventaire physique/ informatique tous les mois à minima	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Étiquettes médicaments en DCI distribuées par la PUI	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contre-étiquettes distribuées par la PUI : «Solution hypertonique », « Attention dosage »	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contre-étiquettes anticancéreux distribuées par la PUI : «manipuler avec des gants, ne pas écraser »	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Date de péremption et n° de lot conservés	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Formes orales sèches : un seul blister entamé à la fois	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de médicaments différents dans un même compartiment	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de dosages différents dans un même compartiment	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Formes injectables photosensibles protégées de la lumière	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Rangement spécifique du Chlorure de potassium injectable	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Point de stockage unique sauf chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
CLOZAPINE : traitement nominatif pour chaque patient	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Aucun périmé retrouvé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

CHARIOT D'URGENCE & SAC D'URGENCE	
Contrôle mensuel du chariot réalisé et tracé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Planning de contrôle IDE/AS du chariot affiché	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Trousses pour les sorties < 24h : contrôle mensuel réalisé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contrôle mensuel du sac de B1 réalisé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

REFRIGERATEUR POUR LES MEDICAMENTS	
Présence d'une sonde d'enregistrement des températures ou d'un thermomètre si procédure dégradée	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Surveillance des températures 2 fois par jour par l'unité	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Stylos injectables non entamés ex : Insuline...	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de présence d'aliments	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Conduite à tenir en cas d'excursion des températures en dehors des limites connue	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

HYGIENE	
Armoire visuellement correcte extérieurement	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nettoyage extérieur tracé tous les mois	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Hygiène bacs intérieurs armoire visuellement correcte	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nettoyage des bacs intérieurs tous les 6 mois tracé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nettoyage piluliers et semainiers tous les 6 mois tracé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nettoyage réfrigérateur tous les mois tracé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Dégivrage tous les trimestres si nécessaire	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

CHARIOT de DISPENSATION JOURNALIERE	
Pilulier : traitement conforme à la dernière prescription	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Gestion des homonymies satisfaisante	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Identification patient : Nom, Prénom, Sexe, Date de naissance	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Traitement non déconditionné jusqu'à administration	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

ARMOIRES A SEMAINIERS	
Semaine conformes	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Sur chaque pilulier figure le jour de la semaine	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Gestion des homonymies satisfaisantes	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Identification patient : Nom, Prénom, Sexe, Date de naissance	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Traitement non déconditionné jusqu'à administration	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

AUTRES RANGEMENTS de PRODUITS PHARMACEUTIQUES	
Détention de liquides inflammables maximum 3 litres	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

RANGEMENT DES TRAITEMENTS PERSONNELS	
Sous clef	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Rangement dans un compartiment nominatif par patient	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Avec la feuille d'inventaire complétée	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de médicament périmé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de traitement conservé après la sortie du patient	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

MEDICAMENTS A RISQUE	
Dernière version de la liste des MAR affichée	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Logo MAR sur les séparateurs	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Savoir-vous qui valide la liste des MAR	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

PREPARATION	
Préparation des gouttes moins de 30 mn avant administration	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Date d'ouverture gouttes buv notée si flacon entamé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Zone de préparation des injectables identifiée	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Stylo insuline entamés avec nom et prénom du patient	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Stylo insuline entamés avec date ouverture < 1 mois ou 6 semaine selon spécialité	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Préparation réalisée à partir d'FHM	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Ecrasement des comprimés EXTEMPORANE si écrasement	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

SECURISATION COMPLEMENTAIRE DE LA PREPARATION ET DE L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS	
Contrôle conforme de l'identité du patient lors de l'administration	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Double contrôle pour les traitements concernés	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Règle des 5B appliquée	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Si édition des prescriptions : le document édité pour la préparation et l'administration correspond à la dernière modification de la prescription	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

Observations (Points à améliorer) :

ADMINISTRATION	
Pas de mélange des gouttes dans le même gobelet	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Usage externe : date d'ouverture et nom du patient notés si flacon/tube entamé	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Tracabilité de l'administration en temps réel	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Rangement par ordre alphabétique des médicaments conditionnels dans le chariot de distribution	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Rangements séparés des médicaments conditionnels dans le chariot de distribution	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

AFFICHAGES OBLIGATOIRES	
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

GESTION DE L'INTERRUPTION DE TACHE PENDANT LA PREPARATION ET L'ADMINISTRATION	
Fermeture de la pharmacie pendant la préparation des médicaments (ardoise, pancarte, ...)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Port du gilet fluorescent lors de l'administration	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Téléphone confié à un collègue	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Autre(s) disposition(s) mise(s) en place	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Poster « interruption de tâches » affiché	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

Présences lors de la visite de contrôle en date du ..... Date de la dernière visite : .....

Cadre de Santé ou infirmier(e) ..... Contrôle Préparateur (trice) .....

NOM Prénom .....  
 Signatures .....

Validation des conclusions de la visite de contrôle :  
 Médecin responsable de l'unité de soins ..... Pharmacien(ne) présent(e) oui  non

NOM Prénom .....  
 Signature .....

Indicateurs

# La prescription médicamenteuse

---

Médicaments ou voies d'administration proscrits en raison du risque d'autolyse (perfusion, voie orale → formes orodispersibles)

Chevauchement des prescriptions des psychiatres hospitaliers et médecins traitants en hospitalisation à temps partiel ou ambulatoire → risque de surstockage au domicile → risque de passage à l'acte

# La prise médicamenteuse et l'observance

Le partenariat avec les libéraux souvent fort utile

## Prise en charge médicamenteuse du patient suivi en Hôpital de Jour et en CMP :

### 1) Le(a) pharmacien(ne) officinal(e)

<input type="checkbox"/>	TRAITEMENT: DISPENSATION FRACTIONNEE PAR PHARMACIE...							1				DISP		23/05/2023	10:20
<input type="checkbox"/>	Admin TRAITEMENT: DISPENSATION FRACTIONNEE PAR PHARMACIE VILLE							1						23/05/2023	10:20
1 dispositif par jour -- À partir de J0 à (indetermine)															

### 2) L'infirmier(e) libéral(e) : deux modalités non cumulables pour la prise en charge par la CPAM

a.

<input type="checkbox"/>	Administration et surveillance d'une thérapeutique...							1						23/05/2023	10:20
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage : 1AM															
1 par jour -- À partir de J0 à (indetermine)															

b.

<input type="checkbox"/>	Séance hebdomadaire de surveillance clinique infir...							1						23/05/2023	10:20
<input type="checkbox"/>	TRAITE Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure : 4A15 (Demande d accord préalable)											DISP		23/05/2023	10:20



# Définition des patients à risque médicamenteux

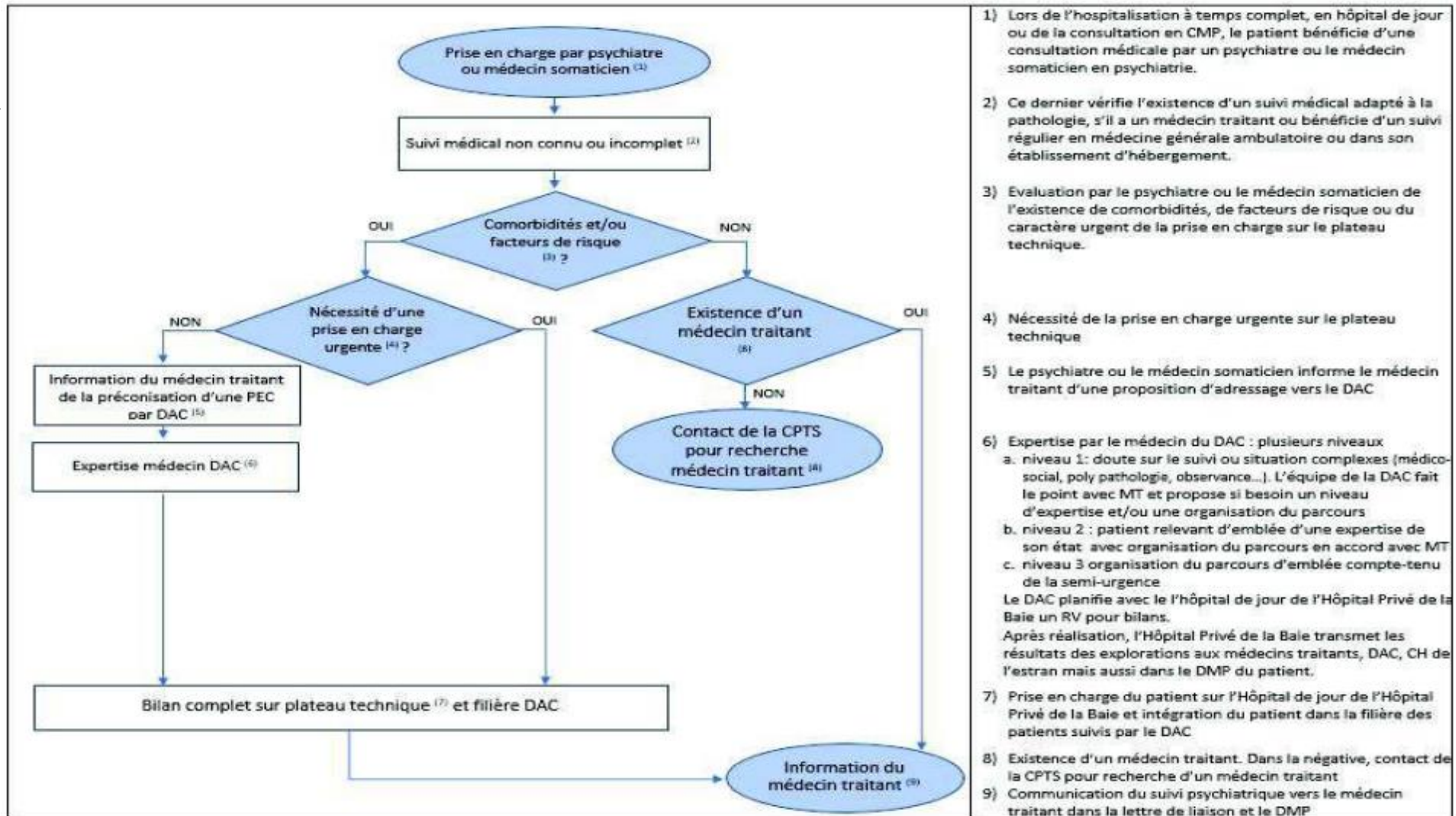
## **Préparation et stockage des traitements: patient à risque en psychiatrie adulte (Consensus psychiatres)**

- **NB: les possibilités suivantes auront du être préalablement éliminées avant d'envisager la préparation et le stockage des médicaments en hôpital de jour**
  - laissé au domicile du patient
  - préparé par le pharmacien d'officine avec dispensation fractionnée
  - laissé au domicile et administré par l'infirmièr(e) libéral(e)
  - préparation du semainier par l'infirmièr(e) libéral(e)
- **INDICATIONS :**
- Patient agressif dans la relation
- Patient à risque suicidaire
- Patient addictif en psychiatrie
- Patient ayant des difficultés cognitives
- Patient pour lequel la supervision de la préparation et l'administration du traitement est impossible à mettre en place soit par la famille soit par IDE
- Patient non stabilisé
- Patient peu ou pas compliant
- Méconnaissance des troubles psychiatriques
- Patient pour lequel un changement de traitement récent a été effectué avec nécessité de surveiller et d'évaluer les effets secondaires

Réévaluation tous les 3 mois des « patients à risque ».

13/07/2014

# La surveillance de la tolérance tout au long du parcours





# QUESTIONNAIRE

## FACTEURS DE RISQUE DE CANCER ET PRÉVENTIONS DES MALADIES CHRONIQUES



Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre parcours de soins, votre médecin vous propose ce questionnaire. Les informations que vous lui confierez dans ce document lui permettront d'engager un échange en vue de vous proposer l'offre de soins et de prévention la plus adaptée à votre situation.

D'avance, merci  
Votre médecin

(Ces données resteront confidentielles et ne seront exploitées que par votre médecin)

Date = \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Vos coordonnées

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse mail = \_\_\_\_\_

### 1 Facteurs de risques et antécédents

PATHOLOGIES, ANTÉCÉDENTS	ANTÉCÉDENT PERSONNEL	ANTÉCÉDENT FAMILIAL	NON	NE SAIT PAS
Accident vasculaire cérébral (AVC)				
Infarctus				
Cancer du sein				
Cancer du côlon ou polypes intestinaux				
Cancer de la prostate				
Cancer des ovaires				
Diabète (Précisez depuis combien d'années)				
Pathologie de la thyroïde				
Mélanome				
Tumeur cérébrale				
Lymphome ou autre hémopathie (Précisez)				
Autres maladies				

### 2 Expositions personnelles et professionnelles

Activité professionnelle exercée, actuelle ou passée = \_\_\_\_\_

*Avez-vous été exposé(e) dans votre vie personnelle ou professionnelle à ces produits ?*

PRODUITS	OUI	NON	NE SAIS PAS
Amiante (Z 57.5)			
Benzène (Z 57.5)			
Poussière des bois (Z 57.2)			
Silice (Z 57.5)			
Rayonnements ionisants (rayons X) (Z 72.3)			
Tabac (Z 72.0)			
Pesticides (Z 72.4)			
Produits phytosanitaires (désherbants) (Z 92.3)			
Huilles minérales			
Perturbateurs endocriniens (Phtalates, bisphénol, prise de pilule contraceptive plus de 10 ans, autres ...)			
Autres			

### 3 Habitudes de vie

FACTEURS	OUI	NON
Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? Combien de verres d'alcool standard par semaine ?		
Fumez-vous ? Si oui, combien de paquets par jour ? Depuis combien de temps ?		
Pratiquez-vous une activité physique régulière ? (Marche, course, jardinage, ménage, autres ...)		
Pensez-vous faire 5000 pas par jour ?		
Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ?		
Avez-vous une alimentation biologique locale ?		
Avez-vous des troubles du sommeil ?		
Avez-vous le sentiment d'être stressé(e) ?		

### 4 Dépistages

*Participez-vous régulièrement aux dépistages organisés ?*

PATHOLOGIES	OUI	NON
Du cancer du sein		
Du cancer du colon		
Du cancer de l'utérus		

Merci ! A remettre à votre médecin traitant

# Conclusion

---

Le médicament: une thérapeutique évaluée, à adapter au patient tout au long de son parcours de vie.

Sa prescription médicale, sa surveillance, sa tolérance, son rapport bénéfice-risque doivent être évaluées par rapport aux autres thérapeutiques non médicamenteuses.

La prudence et l'humilité demeurent la règle malgré des résultats encourageants dans une structure de soins → réflexion sur des modes de prise en charge complémentaires à l'arsenal actuel.

