

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIÈRE EN
PRATIQUE AVANCÉE

MENTION : Santé Mentale et Psychiatrie

La conciliation médicamenteuse ambulatoire au 59G11 :

**Une opportunité pour améliorer la collaboration entre psychiatrie et
soins de premier recours ?**

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2022 à 08h00
au Pôle Formation
par **Gwladys ACOULON**

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Enseignant infirmier :

Madame la Docteure Catherine BARGIBANT

Directeurs de mémoire :

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Monsieur Cédric BACHELLEZ

Tuteur professionnel :

Monsieur le Docteur Michaël HÉNON

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Pierre Fontaine,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame la Docteure Catherine Bargibant, enseignante infirmière,

Je vous remercie pour votre détermination à faire évoluer notre profession, ainsi que votre souci pour la qualité de la formation menant au diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée.

A mon directeur de mémoire, Monsieur le Docteur Maxime Bubrovsky,

Je te remercie pour ton implication à me guider, tes éclairages, ta disponibilité et ta bienveillance. J'ai pris beaucoup de plaisir à rédiger ce travail et à voir ma compréhension évoluer à chacune de nos rencontres. Tu as grandement contribué à confirmer mon attrait pour la recherche et mon souhait de participer au développement de la recherche en sciences infirmières pour la suite de mes projets professionnels.

A mon Directeur de Mémoire, Monsieur Cédric Bachellez,

Je vous remercie d'abord de m'avoir offert l'opportunité d'intégrer cette formation qui m'a fait évoluer bien plus que je n'aurais pu l'imaginer. Merci pour votre bienveillance, votre accompagnement et vos retours riches d'enseignements et de perspectives. Plus généralement, je vous remercie de votre engagement au déploiement de la Pratique Avancée Infirmière et de l'importance que vous accordez à l'évolution de notre profession.

A mon tuteur professionnel, Monsieur le Docteur Michaël Hénon,

Je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée en me permettant de réaliser mon stage de deuxième année au sein du pôle tourquennois de psychiatrie. Merci pour ton écoute attentive et ton ouverture à mes propositions quant au déroulement de ce stage, ainsi qu'au soutien que tu apportes à l'implantation de la pratique avancée infirmière.

A l'Université de Lille,

A Monsieur le Professeur François Puisieux,

Responsable universitaire de la formation menant au Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée,

Je vous remercie d'avoir rendu possible l'ouverture de cette formation à l'Université de Lille et d'y accorder tant d'importance. Merci pour nos échanges, la confiance que vous m'avez témoignée, et pour votre ouverture à nos nombreux questionnements. Je vous remercie pour votre engagement à nos côtés, et vos retours toujours bienveillants et soutenant.

Au secrétariat pédagogique des études paramédicales,

Je remercie en particulier Madame Marie-Ève Godeffroy pour ces deux années durant lesquelles vous nous avez accompagnés, soucieuse du bien-être des étudiants et du bon déroulement de notre formation. C'est avec soulagement que nous avons appris votre arrivée, et avec bonheur que nous avons pu bénéficier de votre accompagnement. Merci de votre disponibilité lors de mes nombreux appels, et de votre réactivité et bienveillance face à la multitude de questions que je vous ai faites parvenir de la part des étudiants de notre promotion.

Aux membres du comité de pilotage de la formation et aux responsables pédagogiques,

Je vous remercie tou.te.s de votre engagement pour l'évolution de la profession infirmière. Vous y accordez de nombreuses heures de votre temps précieux, sans encore de statut permettant de les voir valorisées pour celles et ceux d'entre vous qui n'exercent pas à l'université.

A tous les enseignants et intervenants,

Je remercie particulièrement Mme Éliane Bourgeois et Mme Léone De Oliveira pour le partage de leurs visions de l'IPA en Santé Mentale et Psychiatrie, ainsi que pour la richesse de nos débats, parfois animés, qui m'ont poussée à travailler, à creuser et à structurer ma pensée et ma conception des sciences infirmières.

A mes camarades Infirmiers Étudiants en Pratique Avancée,

Nous venons d'horizons divers et variés qui ont pu nourrir nos échanges. J'ai découvert des personnes motivées, impliquées, et persévérantes.

Je remercie en particulier Élodie, Homar et Laurence. Nous avons partagé tant d'émotions dans les bons moments comme dans les instants difficiles, que de souvenirs dans nos très nombreuses visio-révisions ! J'ai découvert en vous des collègues, mais surtout des personnes avec qui les échanges ont été riches, éclairants, soutenant. Cette formation nous a permis de nous connaître et, j'en suis certaine, nos collaborations n'en sont qu'à leurs prémices.

Aux professionnels du pôle tourquennois de psychiatrie

Priscil, Agnès, Jordan, Isabelle, Pierre, Margaux, Cristina, Angéline, Nathalie, Marlène, et tous les autres, je vous remercie pour ce stage où j'ai pu développer mon projet professionnel IPA, approfondir mes connaissances et me sentir prête à prendre mes fonctions. Je vous remercie de votre implication à me transmettre votre savoir, qui nourrira mon exercice professionnel à venir.

A la F2RSM psy

Je remercie Camille, Laurent, Sophie, Sixtine, Oumaïma, Alina, Stéphane, Delphine, Marielle et tous les autres pour leur disponibilité, leur accompagnement, et le souci dont ils ont fait preuve à me transmettre leur savoir. Je vous remercie pour l'importance que vous accordez au

développement de la recherche en psychiatrie et santé mentale, et particulièrement concernant les sciences infirmières.

A la Maison de Santé Pluriprofessionnelle du Parc

Je remercie chaleureusement Aurélie, Nicolas, Sophie, Fanny, François, Céline, Clément, Ouafa, Charles et les autres, pour tout ce qu'ils m'ont apporté, leur accueil chaleureux et leur souci de participer à ma formation, nouvelle, et source de riches échanges.

Aux professionnels du secteur de psychiatrie adulte 59G11

Je remercie en particulier Arnaud et Cédric pour m'avoir permis d'intégrer le pôle. Je vous remercie pour la confiance que vous me témoignez et le soutien que vous m'apportez.

Je remercie mes collègues du CMP pour nos échanges, leur dynamisme et leur ouverture à l'implantation prochaine de mes futures fonctions.

A ma famille

Je remercie ma famille pour le soutien que chacun a pu m'apporter, ainsi que pour vos formidables capacités d'adaptation, en particulier Franck, Félix, Lysandre, Odile, Nicole, Émile et Éric.

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	A
AVERTISSEMENT	D
SOMMAIRE	E
GLOSSAIRE	F
INTRODUCTION GENERALE	G
PARTIE I - INTRODUCTION	1
I. PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET MEDECINE GENERALE EN SOINS DE PREMIER RECOURS : DES ENVIRONNEMENTS DE SOINS DIFFERENTS AUX ORGANISATIONS DISTINCTES.....	1
II. SANTÉ GLOBALE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES ET DIMINUTION DE LEUR ESPERANCE DE VIE : HYPOTHESES ACTUELLES.....	11
III. CONCILIATION MEDICAMENTEUSE AMBULATOIRE EN PSYCHIATRIE ET COORDINATION ENTRE MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR.....	14
IV. HYPOTHESES, OBJECTIFS ET CRITERES D’EVALUATION	17
PARTIE II - METHODE :	18
I. RECRUTEMENT : INCLUSION ET EXCLUSION DES SUJETS	18
II. DONNEES RECUEILLIES	19
PARTIE III - RESULTATS	22
III. POPULATION ETUDIEE	22
IV. CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	24
PARTIE IV - DISCUSSION.....	29
V. ANALYSE CRITIQUE DES RESULTATS	29
VI. FORCES ET LIMITES DE L’ETUDE	31
VII. PERSPECTIVES : AMELIORER LA COORDINATION DES SOINS ENTRE CMP ET MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT EN SOINS DE PREMIER RECOURS A VILLENEUVE D’ASCQ POUR AMELIORER LA SECURITE MEDICAMENTEUSE ET LA SANTE GLOBALE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES.	32
CONCLUSION.....	I
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	J
TABLE DES MATIERES	K
ANNEXES.....	M
BIBLIOGRAPHIE	N

GLOSSAIRE

APL :	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS :	Agence Régionale de Santé
CIM :	Classification Internationale des Maladies
CLSM :	Conseil Local de Santé Mentale
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS :	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DTpSM :	Diagnostic Territorial Partagé en Santé Mentale
EPSMAL :	Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise
F2RSM psy :	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS :	Haute Autorité de Santé
IPA :	Infirmiers en Pratique Avancée
IRDES :	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MCO :	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MSP :	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PRS :	Projet Régional de Santé
PTSM :	Projet territorial de Santé Mentale
RPPS :	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

INTRODUCTION GENERALE

Cette étude s'intéresse à la coordination des soins entre psychiatrie de secteur et soins de premier recours, abordée au travers de la conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie. Avant d'aborder les raisons pour lesquelles la coordination entre ces environnements de soins est nécessaire, leur description sera réalisée, laissant place à des éléments de compréhension de leur organisation territoriale en matière de politique de santé, puis à leur répartition géographique au sein du secteur de psychiatrie adulte 59G11 situé en métropole lilloise (Nord de la France).

En effet, depuis plus de 30 ans, en France et à l'international, il est démontré que le taux de mortalité des personnes souffrant de troubles psychiques est fortement augmenté en comparaison à celui de la population générale (Charrel et al. 2015), y compris en excluant les morts brutales par suicide ou par accident. Les habitudes de vie telles que tabagisme, addictions, sédentarité, habitudes alimentaires inadéquates qui accompagnent souvent les pathologies psychiques (Batty, Hamer, Der 2012), la iatrogénie liée aux psychotropes (Carli et al. 2021), ainsi que les difficultés de recours et d'accès aux soins par ces personnes (Goldbloom, Kurdyak 2007), représentent des facteurs dont l'accumulation résulte en une perte d'environ 15 ans d'espérance de vie, avec des variations selon le trouble psychique diagnostiqué (Coldefy, Gandré 2018).

A ces facteurs individuels s'ajoutent des facteurs systémiques entravant les parcours de soins et l'adaptation des soins somatiques aux spécificités que peuvent présenter ces personnes (Coldefy, Gandré 2020), impactant leurs trajectoires de santé. L'un de ces facteurs réside dans les difficultés de communication et de coordination entre psychiatrie de secteur et médecine générale (Hardy-Baylé, Younès 2014; Aubriet, Fau 2021). Les informations partagées entre ces deux environnements de soins sont insuffisantes en quantité comme en qualité (Cohen, Halkoum, Fau 2021), ce qui peut entraîner des risques d'événements indésirables liés aux soins telles que les erreurs médicamenteuses (Michel et al. 2014).

Pourtant, la conciliation médicamenteuse est une démarche qui a fait ses preuves dans l'amélioration de la sécurité médicamenteuse en services hospitaliers (McCarthy et al. 2016; Albano et al. 2018). Mais alors qu'environ 80% des personnes qui bénéficient de soins en psychiatrie de secteur sont suivis en ambulatoire (DREES 2021), ce processus d'amélioration

de la qualité des soins n'est utilisé qu'en unités d'hospitalisation à temps complet, y compris au 59G11.

Afin de questionner l'intérêt potentiel que pourrait représenter l'implantation de la conciliation médicamenteuse ambulatoire sur ce territoire, cette étude exploratoire, descriptive, rétrospective, monocentrique, a pour objectif principal de quantifier la proportion de personnes pour lesquelles au moins une divergence est retrouvée entre les traitements médicamenteux connus au centre médico-psychologique du 59G11 et ceux connus par le médecin généraliste traitant, au travers de l'utilisation de la démarche de conciliation médicamenteuse telle qu'elle est menée à l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise dont le 59G11 fait partie. La connaissance de l'identité du médecin généraliste traitant des personnes suivies au CMP étant un prérequis à la possibilité de comparer les médicaments prescrits entre ces deux environnements de soins, l'objectif secondaire de l'étude est de vérifier que les personnes souffrant de trouble psychique suivies au CMP ont bien un médecin traitant identifié dans les dossiers de soins informatisés du CMP du secteur de psychiatrie adulte 59G11.

PARTIE I - INTRODUCTION

I. Psychiatrie de secteur et médecine générale en soins de premier recours : des environnements de soins différents aux organisations distinctes

1. Psychiatrie de secteur

Lorsque les personnes souffrant de troubles psychiques recourent à des soins spécialisés en psychiatrie et santé mentale publics, ils rencontrent des équipes de psychiatrie de secteur, qui sont chargées de l'offre de soins à destination de la population d'un territoire géographique déterminé (cf annexe 1 : cartographie des secteurs des Hauts de France). Le centre médico-psychologique (CMP) est à la fois la porte d'entrée et le pivot de l'offre de soins ambulatoires en psychiatrie. Y exercent en collaboration interprofessionnelle des psychiatres, des infirmiers, un cadre de santé, des psychologues, des assistants sociaux, des éducateurs spécialisés et des assistants médico-administratifs entre autres, et depuis très peu de temps en France, des infirmiers en pratique avancée (IPA).

Les missions de service public gérées par le CMP, n'ont cessé de s'étendre avec les avancées de la science. Cette structure est ainsi chargée de l'accueil des personnes, de la prévention, du repérage et de la production des soins (dont l'aller-vers, le repérage précoce, par exemple des psychoses émergentes). A ces missions cliniques directes s'ajoutent la coordination d'aval – avec, entre autres, les structures d'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap psychique -, et d'amont, y compris avec les soins de premier recours non spécialisés (Dupays, Emmanuelli 2020).

La conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie, qui sera l'objet de cette étude, sera considérée comme un indicateur objectivable permettant d'estimer au moins partiellement la coordination entre psychiatrie de secteur – représentés par les psychiatres dans cette étude - et soins de premier recours - ces-derniers étant ici représentés par les médecins généralistes traitants, au sein du secteur de psychiatrie adulte 59G11.

2. Démocratie sanitaire, Projet Territorial de Santé Mentale et Conseils locaux de Santé Mentale

a) Le Diagnostic Territorial partagé en Santé Mentale (DTpSM)

Le secteur 59G11 se situe sur le territoire de démocratie sanitaire de santé mentale Métropole-Flandres (cf figure 1)

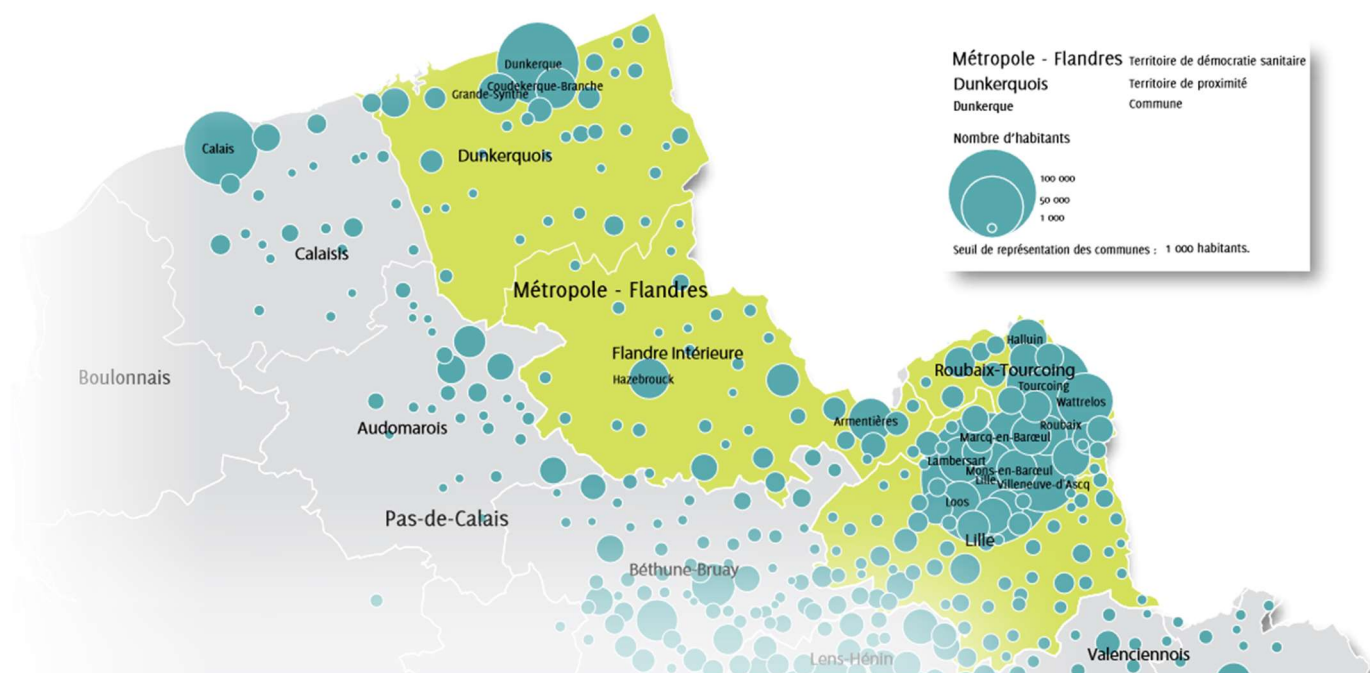


Figure 1: Communes de 10 000 habitants et plus du territoire de démocratie sanitaire Métropole-Flandres. Source : F2RSM Psy : Diagnostic territorial partagé en santé mentale de métropole Flandres

Le DTpSM¹ de ce territoire, réalisé en 2018, évoque les médecins généralistes et autres professionnels de soins de premier recours comme impliqués dans les soins aux personnes souffrant de troubles psychiques, par le repérage des troubles, la promotion de la santé mentale, ou encore la production de soins, bien qu'ils seraient souvent absents des concertations locales. (Plancke, Cadou, Amarei 2018).

b) Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

L'une des priorités nationales du PTSM², concerne l'accès aux soins somatiques adaptés aux spécificités des personnes souffrant de troubles psychiques (Premier ministre, Ministère des Solidarités et de la Santé 2017).

Le secteur de psychiatrie adulte 59G11 se situe dans l'arrondissement de Lille (cf figure 2).

¹ Cet état des lieux territorial s'inscrit dans une démarche de démocratie sanitaire. Il doit tenir compte des projets menés par les acteurs de soins de premier recours, qui seront développés ci-après (Présidence de la République Française 2016). Il sert de fondements à l'écriture du projet territorial de santé mentale.

² Introduit par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dans son article 69, le Projet Territorial de Santé Mentale identifie les axes d'amélioration continue de l'offre de soins en santé mentale à l'échelle d'un territoire. Il est construit en collaboration avec les tutelles régionales, les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social et des représentants des usagers, à partir du Diagnostic Territorial Partagé de Santé Mentale. Il vise à garantir aux personnes souffrant de trouble psychique « des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » (Présidence de la République Française 2016), selon des priorités inscrites dans le code de la santé publique.

Le périmètre des Projets territoriaux de santé mentale



Figure 2 : Périmètre des projets territoriaux de santé

Source : ARS – Cartographie : F2RSM Psy.

Le PTSM de ce territoire, concernant l'accès aux soins somatiques adaptés aux besoins spécifiques des personnes souffrant de trouble psychique, inclut plusieurs directives, dont

« l'amélioration des échanges d'informations entre les médecins généralistes ou spécialistes et les psychiatres (...) » (ARS Hauts de France 2020).

NB : L'approbation du DTpSM et du PTSM a été publiée par arrêté par le directeur générale de l'ARS (Agence régionale de la Santé) des Hauts de France en avril 2021 (Direction générale de l'ARS Hauts de France 2021).

c) Les conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Les premiers CLSM³ ont émergé dans les années 2000 en France. C'est en 2016 qu'ils seront inscrits au code de la santé publique dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé comme participants aux DTpSM et PTSM. Leur avis est requis avant validation des PTSM par le directeur de l'ARS (Présidence de la République Française 2016). Ces instances de démocratie sanitaire participent à l'amélioration, dans la cité, des parcours de soins, de santé et de vie des personnes souffrant d'un trouble psychique (DGS 2016).

Sur le territoire du 59G11, un CLSM intercommunal est aux prémices de sa constitution, concernant les 8 communes incluses dans le secteur.

d) Contrats territoriaux de santé mentale

Les contrats territoriaux de santé mentale résultent des objectifs inscrits au PTSM et définissent les actions que s'engagent à mettre en œuvre les différents signataires ainsi que les moyens alloués pour y parvenir. Ils sont conclus entre l'ARS et les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale.

Le contrat territorial de santé mentale de l'agglomération de Lille est en cours de réalisation.

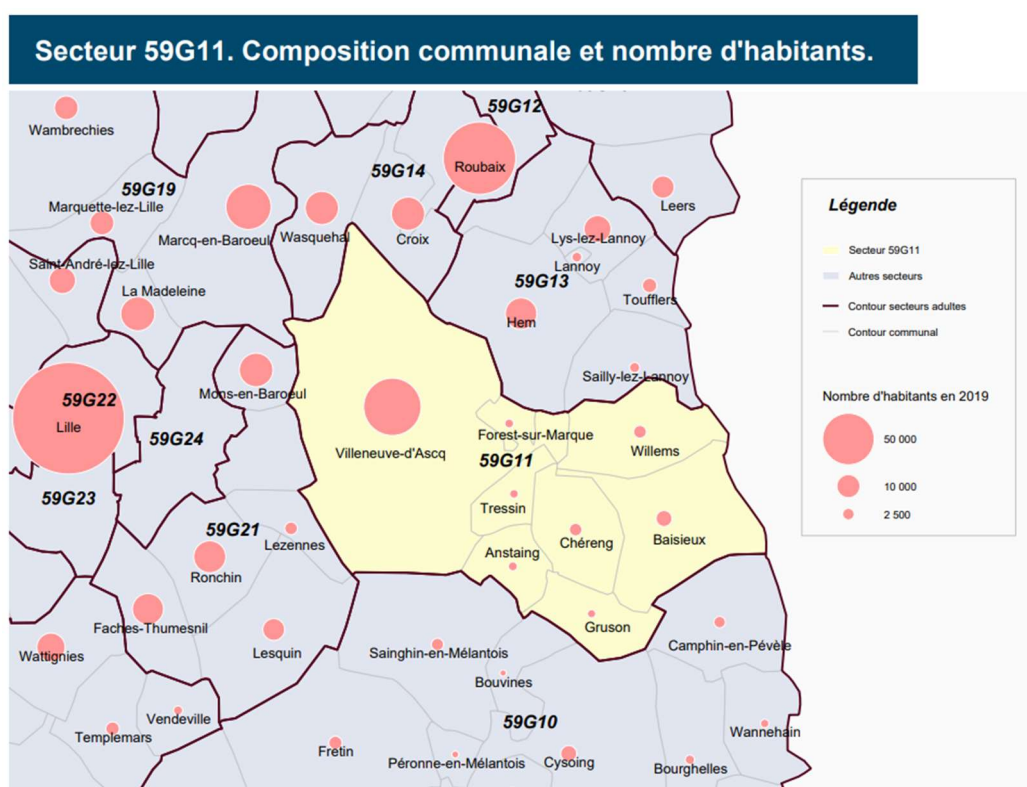
e) Le secteur de psychiatrie adulte 59G11 – EPSMAL – GHT psy NPDC : données socio-démographiques.

Ce secteur fait partie de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSMAL), situé dans le département du Nord. L'EPSMAL est par ailleurs l'un des 4 établissements du Groupement Hospitalier de Territoire de psychiatrie (GHT psy) du Nord-Pas-de-Calais.

Le 59G11 couvre huit communes du département : Villeneuve d'Ascq, Anstaing, Baisieux, Chérengh, Forest-sur-Marque, Gruson, Tressin, Willems, pour une population d'environ 80 000

³ Les conseils locaux de Santé Mentale sont des commissions réunissant les acteurs de démocratie sanitaire à une échelle locale (une commune ou un groupe de communes). Ils réunissent les élus locaux, les acteurs exerçant dans le champ de la santé mentale (sanitaires, médico-sociaux et sociaux, mais aussi Équipes de Soins Primaires, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, etc...), les habitants, les associations d'usagers, les usagers eux-mêmes, les associations d'aidants, l'Agence Régionale de la Santé (ARS), le préfet.

habitants. La densité de population de ce secteur est forte, répartie en deux zones distinctes :



Source : Insee. Traitement : F2RSM Psy
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Figure 3 : Composition communale et nombre d'habitants du 59G11

- Villeneuve d'Ascq, zone urbaine, qui concentre 79% de la population sur la moitié de la superficie totale du secteur, et dont le recensement de la population pourrait se situer en deçà de la réalité, compte tenu de l'importance de la population étudiante qui y réside partiellement (10 des 25 résidences universitaires de la région se situent au sein de cette commune).
- Les sept autres communes, plus rurales, plus étendues et moins denses, mais tout de même plus peuplées que la moyenne régionale (713,6 habitants/km² - min : 411,5 / max : 1397,1 – contre 188,8 habitants / km²)

Tableau 1 : 59G11 : Données socio-démographiques

	Villeneuve d'Ascq	Anstaing	Baisieux	Chérenq	Forest-sur-Marque	Gruson	Tressin	Willems	59G11	Hauts-de-France
Nombre d'habitants	62727	1511	4784	2991	1467	1288	1409	2999	79176	6004108
Densité de population*	2284,3	657	551,2	715,6	1397,1	411,5	745,5	517,1	909,9	188,8
Superficie en 2018 (en km ²)	27,5	2,3	8,7	4,2	1,1	3,1	1,9	5,8	54,6	31806,1
Taux de chômage des 18-64 ans (2018)	18	6,6	7,2	6,4	8	5,8	8	10,1	8,8	16,4

* nb d'habitants au km², 2018

La répartition de la population par âge est la suivante :

	0 à 14 ans	15 à 29 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus	Ensemble
Villeneuve d'Ascq	11730 (18,7)	17310 (27,6)	11368 (18,1)	10897 (17,4)	8282 (13,2)	3140 (5,0)	62727 (100)
7 autres communes du 59G11	3264 (19,8)	2566 (15,6)	3119 (19,0)	3532 (21,5)	2779 (16,9)	1191 (7,2)	16449 (100)

Tableau 2 : Répartition par âge de la population du secteur

La demande de soins ne fait que s'accroître, et la crise sanitaire liée à la Covid-19 a encore accéléré ce phénomène.

Tableau 3: Activité du secteur 59G11

Année	File active globale (n)	File active uniquement ambulatoire (n-%)	Part de mono-consultants (%)
2018	1728	1518 - 88	11,83
2019	1852	1617 - 88	11,83
2020	1969	1751 - 89	10,83
2021	2283	1927 - 84	13,92

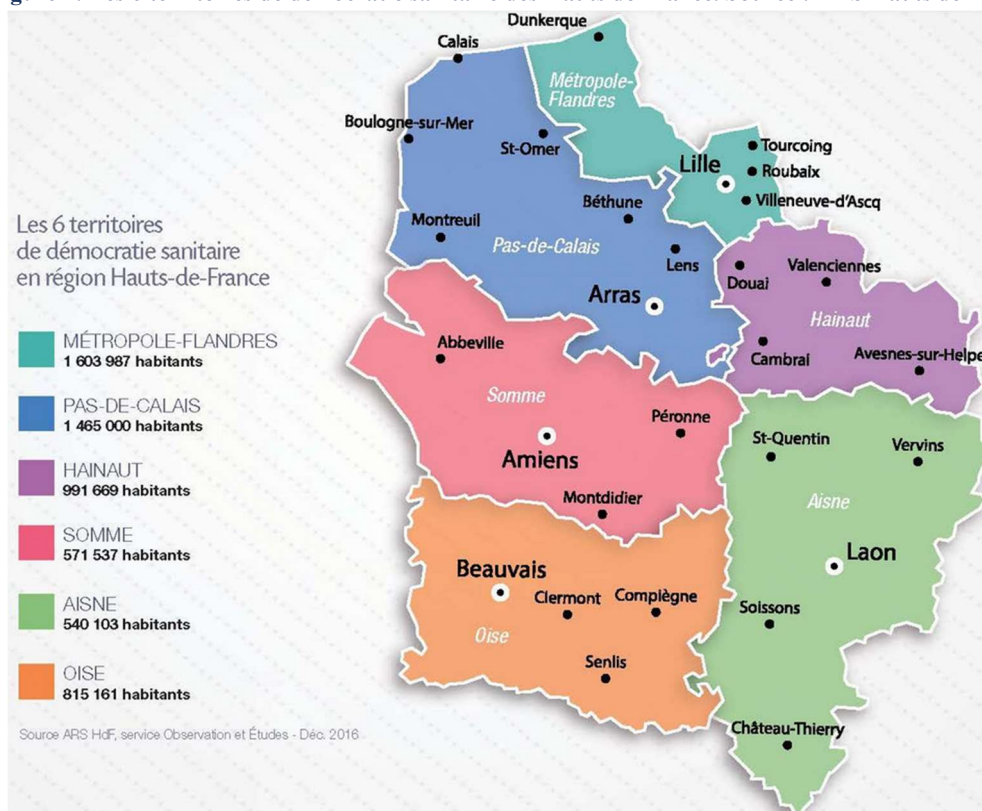
3. Médecine générale en soins de premier recours

a) Organisation territoriale de la politique de santé et soins de premier recours

La politique de santé gouvernementale est sous la responsabilité, à l'échelle régionale, de l'ARS.

Territoires de démocratie sanitaire

Figure 4: Les 6 territoires de démocratie sanitaire des Hauts de France. Source : ARS Hauts de France



L'ARS définit des territoires de démocratie sanitaire (cf figure 4), qui serviront, comme en psychiatrie de zonage du diagnostic territorial partagé de santé. En Hauts de France, ils sont au nombre de six. Concernant le territoire Métropole-Flandres sur lequel se situe Villeneuve d'Ascq, il est superposable au territoire des Diagnostics Territoriaux Partagés en Santé Mentale.

Le diagnostic partagé du Conseil Territorial de Santé Métropole-Flandres identifie 5 priorités, dont la première est **l'amélioration de l'accompagnement et des parcours de soins et de vie des personnes présentant un trouble psychique**. La seconde concerne « [l'amélioration du] *lien ville-hôpital-médico-social en développant un parcours de soins fluide et sans rupture en favorisant l'interopérabilité entre les systèmes d'information* » (Conseil Territorial de Santé de Métropole Flandres 2017).

Projet régional de Santé (PRS)

Dans les Hauts de France, le PRS⁴ retient 7 orientations stratégiques pour la période 2018-2028, déclinées en 23 objectifs généraux dans le schéma régional de santé 2018-2023, dont la favorisation **du parcours de vie en santé mentale** en veillant à limiter les hospitalisations, le développement de la culture et du souci de la qualité et de la **sécurité des soins**, et la promotion des **synergies territoriales** (ARS Hauts de France 2018).

b) Le médecin généraliste traitant

En France, la médecine générale est une spécialité médicale depuis janvier 2004 (Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche 2004). Depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaurant le parcours de soins coordonné, le médecin généraliste est le pivot du parcours de soins dans lequel doit s'inscrire la personne si cette-dernière veut éviter une majoration de ses frais de santé, excepté pour certaines spécialités, dont la psychiatrie (Ministère de la Santé et des Sports 2009). Ainsi, une personne qui se présente au CMP peut y être adressée par son médecin généraliste traitant, mais peut ne pas avoir informé celui-ci de sa demande de soins de psychiatrie.

⁴ Le projet régional de santé définit à l'échelle régionale les objectifs pluriannuels de l'ARS et les mesures prises pour les atteindre, dans le respect de la stratégie nationale de santé.

Il est constitué d'un cadre d'orientation stratégique à 10 ans visant l'amélioration de l'état de santé de la population et de lutte contre les inégalités sociales de santé du territoire régional. Le deuxième volet du PRS est un schéma régional de santé, valable 5 ans. Il décline en objectifs opérationnels les objectifs stratégiques du PRS. Un dernier volet, le Programme Régional d'Accès aux Soins, affine les objectifs du schéma régional de santé afin de les adapter aux plus démunis.

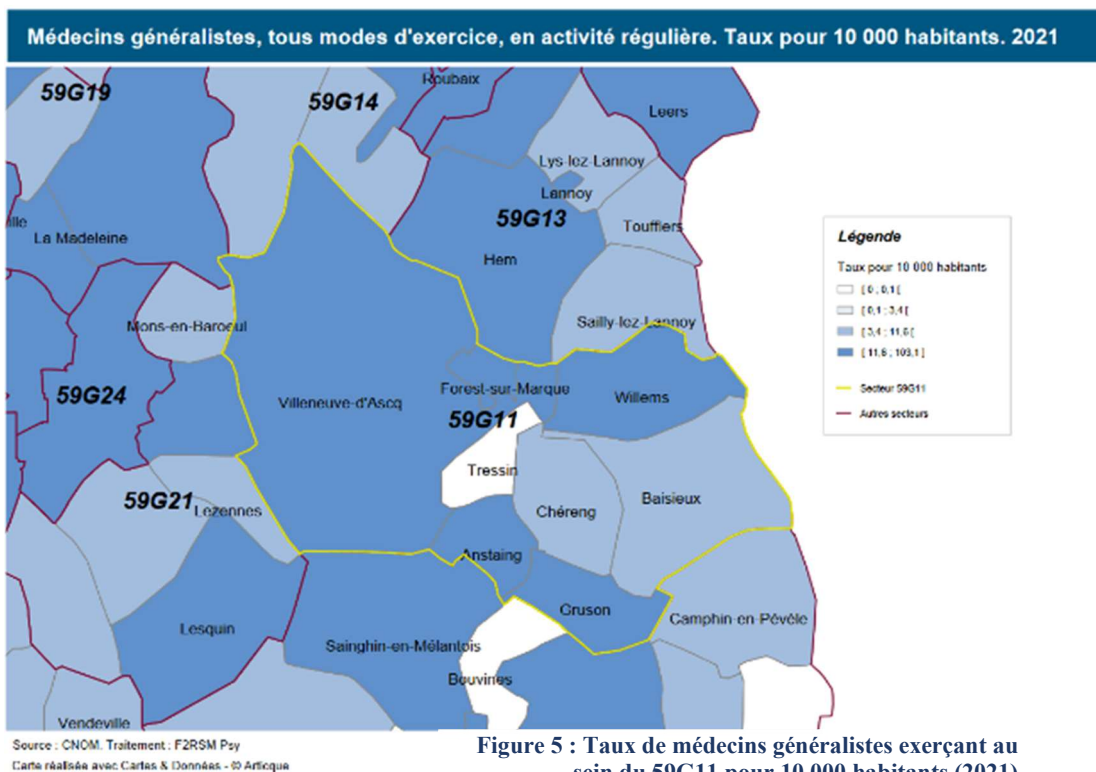


Figure 5 : Taux de médecins généralistes exerçant au sein du 59G11 pour 10 000 habitants (2021)

Au sein du 59G11, 230 médecins généralistes - tous modes d'exercice - sont en activité régulière, dont 96 à Villeneuve d'Ascq. Comme représenté en figure 5, la densité médicale généraliste est supérieure à la moyenne nationale, qui est de 12,8 médecins pour 10 000 habitants (CNOM 2021).

Pour évaluer plus précisément l'adéquation entre offre et demande de soins de premier recours disponibles pour la population, un indicateur a été créé : l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), exprimé en nombre de consultations par an et par habitant⁵. Au sein du secteur de psychiatrie

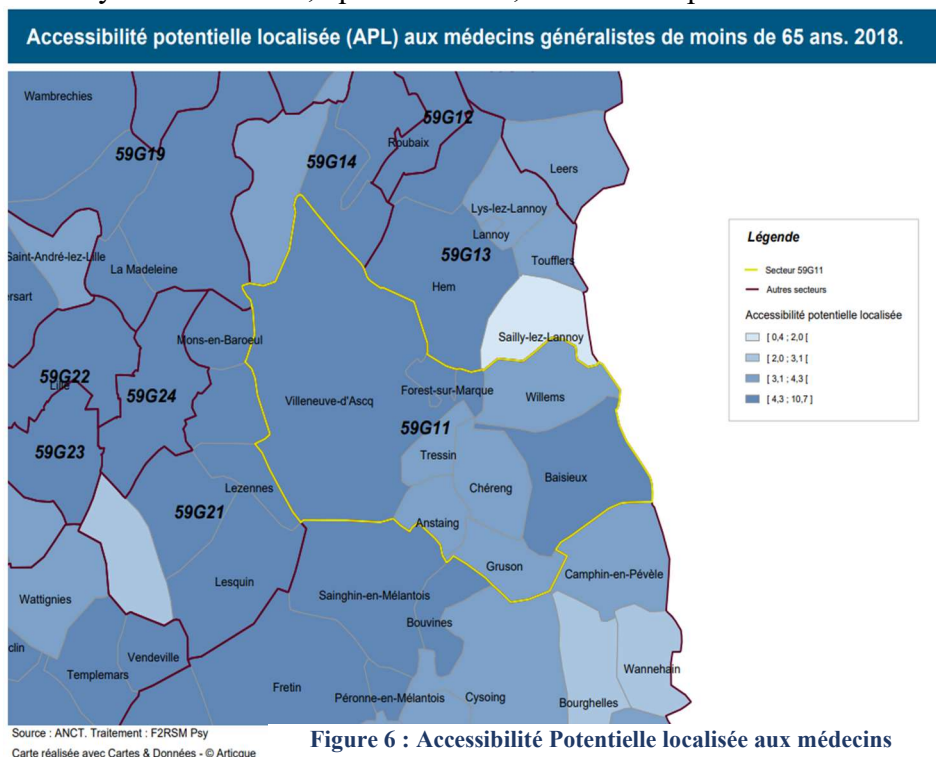


Figure 6 : Accessibilité Potentielle localisée aux médecins généralistes au sein du 59G11

⁵A partir des données de l'assurance maladie (SNIIR-AM), pour chaque commune du territoire national, l'APL est calculée en tenant également compte de la répartition par âge de la population, ainsi que du niveau d'activité des professionnels (DREES [sans date]; Vergier, Chaput, Lefebvre-Hoang 2017)

adulte 59G11, concernant les médecins généralistes de moins de 65 ans, elle est globalement supérieure à la moyenne nationale (3,5), allant de 3,5 à Gruson à 4,9 à Villeneuve d'Ascq (cf figure 6).

c) Les soins de premier recours (ou soins primaires)

Les soins de premier recours - souvent appelés soins primaires ou de proximité -, bien que définis par l'OMS en 1978 dans la charte d'Alma Atta, n'ont été officiellement définis en France qu'en 2009 par la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire, dans son article 36. Le code de la santé publique stipule depuis que ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé. » (Présidence de la République Française 2009).

Dans le même temps, la loi HPST précise les missions du médecin généraliste de premier recours, dont font partie : la contribution à l'offre de soins ambulatoires, l'orientation des personnes dans le système de soins, la coordination des soins, ou encore de s'assurer de la **synthèse des informations émanant des autres professionnels** (Présidence de la République française 2009).

d) Exercice coordonné en soins de premier recours

Equipes de soins primaires

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 inscrit au code de la santé publique la définition des équipes de soins primaires en tant qu'équipes de professionnels de santé constituées autour de médecins généralistes de premier recours, cosignataires d'un projet de santé commun visant à répondre aux besoins spécifiques de la population locale (Présidence de la République Française 2016).

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et centres de Santé.

Ces structures sont une forme d'exercice regroupé de professionnels de santé de premier recours, visant à favoriser leur coordination et les activités transversales. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont sur le plan juridique des personnes morales. Elles regroupent des professionnels libéraux (médecins généralistes, auxiliaires médicaux et/ou pharmaciens)

(Présidence de la République Française 2016), tandis que le centre de santé les emploie (Présidence de la République Française 2016; Ministère des Solidarités et de la Santé 2022)

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé (...) et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (...) des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé » (Présidence de la République française 2016),

Ces CPTS couvrent un territoire plus large que les MSP ou les Centres de Santé. Sur le secteur de psychiatrie adulte du 59G11, une CPTS est en activité. Elle couvre 3 communes dont Villeneuve d'Ascq⁶. Une autre CPTS est en cours de création et couvrira Forest-Sur-Marque⁷. Une Maison Pluriprofessionnelle a été créée à Villeneuve d'Ascq⁸.

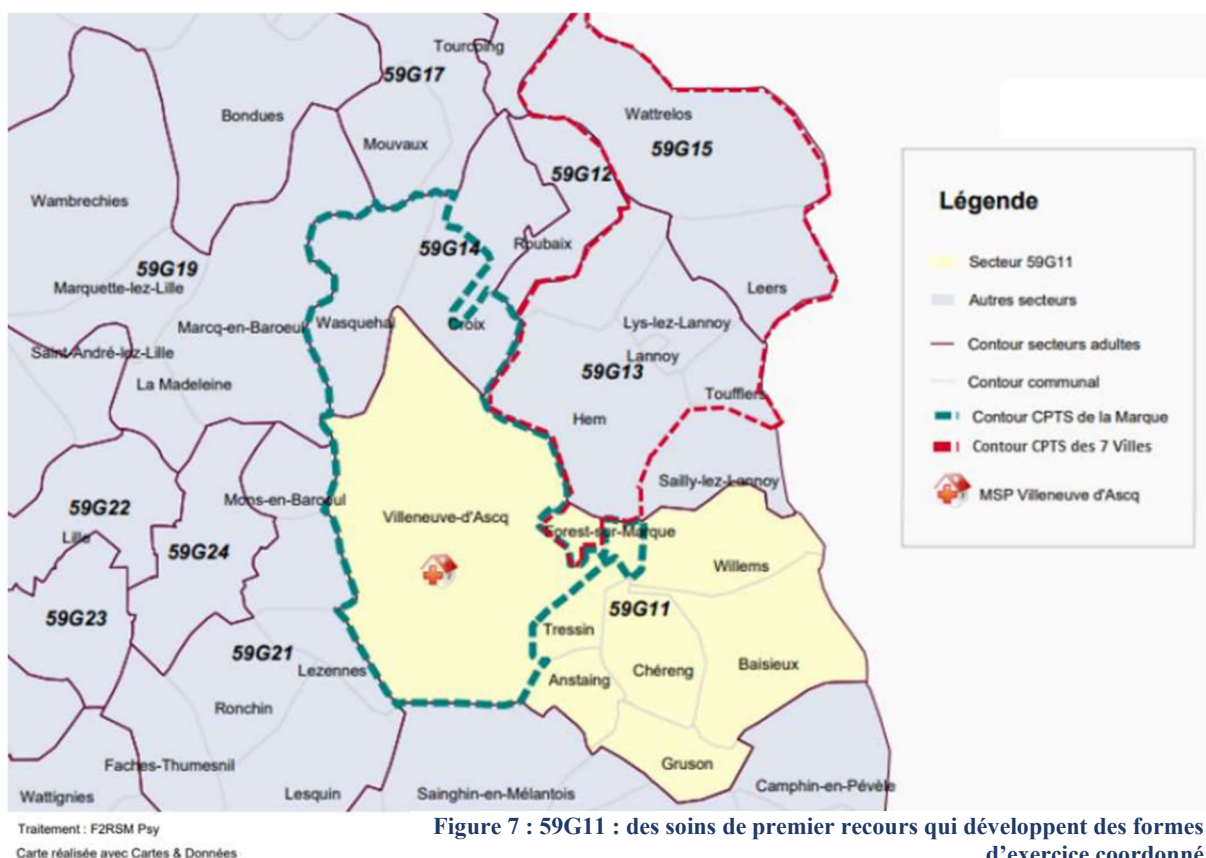


Figure 7 : 59G11 : des soins de premier recours qui développent des formes d'exercice coordonné

Ainsi, pour coordonner les soins entre psychiatrie de secteur et soins de premier recours sur le territoire du 59G11, persistent une multitude de professionnels, qui exercent au sein de

⁶ CPTS de la Marque : Villeneuve d'Ascq, Croix, Wasquehal

⁷ CPTS des 7 villes : Forest-sur-Marque, Hem, Lannoy, Leers, Lys-lez-Lannoy, Toufflers, Wattrelos

⁸ Maison médicale Montalembert

territoires qui ne se superposent pas aux mêmes zones géographiques que le secteur psychiatrique, et qui, majoritairement, n'ont pas encore de structure facilitant la coordination⁹, la transversalité et le partage d'un projet commun en accord avec les projets territoriaux.

II. Santé globale des personnes souffrant de troubles psychiques et diminution de leur espérance de vie : hypothèses actuelles.

Les premiers constats concernant la mauvaise santé physique des personnes souffrant de troubles psychiques remontent aux années 1980 au niveau international (Martin et al. 1985). Comme évoqué en introduction, souffrir d'un trouble psychique est synonyme d'une réduction de l'espérance de vie à la naissance en comparaison à la population générale, toutes causes de décès confondues, estimée en moyenne à 13 ans chez les femmes, et 16 ans chez les hommes, avec des variations selon les pathologies (Gandré, Coldefy 2020).

1. Troubles psychiques et médecine générale

Son champ d'intervention en premier recours fait du médecin généraliste traitant l'interlocuteur privilégié des personnes qu'il suit. En 2014, 80% des personnes le rencontraient depuis plus de 5 ans. Le médecin de famille, exerçant souvent plus de trente ans au même endroit, a de plus une relation toute particulière avec les personnes qu'il accompagne, apportant fréquemment des soins à plusieurs générations de la même famille (Gallais 2014).

En ce qui concerne les problèmes de santé mentale et troubles psychiatriques en médecine générale, 20 à 30% des actes concerneraient la santé mentale (Robiliard 2013). Le médecin généraliste serait consulté en premier recours par 42% des personnes présentant des difficultés psychologiques (Milleret et al. 2014), et les troubles mentaux seraient le deuxième motif de consultation du médecin généraliste en population générale, et le premier chez les 25-60 ans (Gallais 2014). Pourtant, une étude a estimé à 33% la proportion de souffrant de troubles psychiques consultant en CMP qui a un suivi effectif par son médecin généraliste traitant. 85% de ces personnes avaient un problème somatique connu, mais l'identité du médecin généraliste n'était renseignée dans les dossier du CMP que pour 27% d'entre elles (Bohn, Denis, Guegan 2007).

⁹ L'exercice regroupé en cabinets médicaux et/ou paramédicaux existe sur le territoire étudié. Ils travaillent en réseau professionnel, mais sans structuration officielle correspondant aux textes précités, et sans temps dédié à la coordination

2. Des facteurs de risques individuels plus nombreux lorsque l'on souffre d'un trouble psychique.

De nombreux facteurs de risques individuels liés aux troubles psychiques constituent en eux-mêmes des déterminants d'inégalités de santé. Parmi eux, sont identifiés dans la littérature : la sédentarité, l'auto-stigmatisation, la stigmatisation par la société, l'isolement social, la précarité plus fréquente qu'en population générale, la difficulté à se maintenir en bonne santé, les conduites à risque (tabagisme et autres comorbidités addictives) ou encore les difficultés à identifier, prendre en compte ou exprimer une douleur ou d'autres signes d'affection médicale générale. L'iatrogénie liée aux médicaments psychotropes et leurs effets secondaires, parfois insupportables pour les personnes qui les prennent, mettent également à mal leur recours et leur adhésion aux soins, ce qui peut les amener à ne plus consulter leurs médecins et à arrêter les soins, au risque de décompensations et d'hospitalisations non programmées souvent délétères pour leurs trajectoires de soins, de santé et de vie (Gandré, Coldefy 2020; Hjorthøj et al. 2017; Saravane 2017; Batty, Hamer, Der 2012; Carli et al. 2021).

3. Accès et recours aux soins par les personnes souffrant de troubles psychiques : des situations complexes entravant l'optimisation des soins

En 2020, Coralie Gandré et Magali Coldefy, ont réalisé pour l'IRDES une étude visant à objectiver l'accès et le recours aux soins somatiques par les personnes souffrant d'un trouble psychique sévère (Gandré, Coldefy 2020). Selon leurs résultats, l'accès aux soins de premier recours semble supérieur dans cette population en comparaison à la population générale, bien que ces-mêmes personnes présentent un nombre supérieur d'hospitalisations évitables (mauvais suivi du diabète, asthme décompensé non suivi par exemple), une surmortalité par cancer, et un moindre accès aux soins de prévention. Ces personnes auraient par ailleurs un recours et un accès très significativement moindres aux soins spécialisés (chirurgie dentaire, gynécologie, etc). Se pose ainsi la question de l'adaptation des soins prodigués à cette population vulnérable aux besoins spécifiques. Elles se trouvent en effet souvent en situation de soins complexe, ont affaire à une multitude d'intervenants, dans des environnements de soins cloisonnés. La complexité de leurs situations implique enfin que le suivi par le médecin généraliste traitant seul n'est souvent pas suffisant (Weiss 2007; DGOS 2012; HAS 2014).

Bien que les données objectives soient rares au sujet des éléments systémiques entravant les parcours de soins des personnes souffrant de troubles psychiques (FFP, CNPP 2015), des constats existent dans la littérature.

4. Coordination et communication entre psychiatrie de secteur et soins de premiers recours : des difficultés à plusieurs niveaux et un parcours de soins fragmenté.

Parmi les difficultés de communication et de coordination confirmées par de nombreuses études, le manque de coordination et de communication entre psychiatrie de secteur et soins de premier recours seraient des obstacles majeurs à la continuité des soins prodigués aux personnes souffrant de troubles psychiques. La coopération interprofessionnelle permettant un maillage territorial efficient entre professionnels de santé d'environnements distincts en est de fait entravée. Les trajectoires individuelles des personnes souffrant de troubles psychiques rencontrent des obstacles, non seulement à l'entrée dans les soins – par des difficultés d'accès et/ou de recours, mais également dans la poursuite de ceux-ci dans la durée (Cohen, Halkoum, Fau 2021; Mercier et al. 2010; FFP, CNPP 2015; Aubriet, Fau 2021; Gallais 2014; Fau, Ample, Meunier 2017; Gandré, Coldefy 2020).

Les éléments entravant la communication et la coordination des soins entre médecins généralistes exerçant en soins de premier recours et psychiatrie de secteur (quasi toujours représentée par les médecins psychiatres dans la littérature citée), les difficultés de communication peuvent être sources d'insatisfaction chez les médecins généralistes (Younes et al. 2005; Viaud, Velly 2016). La communication entre environnements de soins est souvent vécue comme chronophage. Des difficultés précises sont identifiées. Elles concernent les difficultés à obtenir un retour d'informations (téléphonique ou écrite) quand une personne est adressée au psychiatre par le médecin généraliste. Le manque de temps face à l'indisponibilité du confrère est également cité de façon récurrente. Le doute quant à la pertinence de communiquer, y compris en situation de soins à risque pour la personne accompagnée pourrait également s'y ajouter. Enfin, l'absence de connaissances réciproques des contraintes et ressources de chacun, ainsi que l'absence d'utilisation d'outils de communication partagés efficients, entravent encore davantage la collaboration interprofessionnelle en réseau et le décloisonnement des disciplines.

Les études sont plus rares quant à la satisfaction des psychiatres dans leurs échanges avec les médecins généralistes. Il est toutefois reconnu que les médecins généralistes n'informent pas toujours suffisamment leurs confrères spécialisés quant aux antécédents et traitements médicamenteux suivis par la personne dans leurs courriers d'adressage.

L'encart suivant reprend les difficultés rencontrées quant à l'échange et au partage d'informations utiles.

2.2 Échanger et partager les informations utiles

Difficultés rencontrées

- Dans le cadre d'une demande d'avis/conseil ou d'adressage du médecin généraliste :
 - objet de la demande pouvant être perçu comme peu clair par le professionnel spécialisé ;
 - pas toujours de retour de la part du professionnel spécialisé au médecin généraliste ;
 - rôle de chaque professionnel non clarifié après l'adressage : perte de confiance du patient, non-adhésion voire arrêt des soins.
- Dans le cadre d'une prise en charge conjointe :
 - échange d'informations souvent partiel, pouvant être à l'origine d'erreurs de prescriptions, d'interactions médicamenteuses, de pathologies iatrogènes, d'une non-prise en considération d'intolérances ou d'allergies, de stratégies thérapeutiques non efficaces (duplication des examens et/ou des traitements) et d'un déficit de confiance dans la collaboration ;
 - rôle de coordination et d'orientation du médecin généraliste traitant, dans une approche de prise en charge globale, insuffisamment pris en compte par les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale.

Figure 8 : Difficultés rencontrées dans le partage d'informations entre psychiatres et médecins généralistes (HAS 2018a)

III. Conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie et coordination entre médecine générale et psychiatrie de secteur

1. Coordination entre médecine générale et psychiatrie : engagement, obligation et recommandations

Malgré des initiatives répétées depuis de nombreuses années, la collaboration entre ces deux environnements de soins, comme énoncé ci-dessus, est globalement peu efficace.

En 2014, une charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur a été rédigée et acceptée par le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME (Commission Médicale d'Etablissement) (CNP-CME, CMG 2014). Elle aborde diverses modalités d'amélioration du partenariat entre médecins, dont la proposition de traitement médicamenteux par le psychiatre au médecin généraliste qui serait alors seul prescripteur. Cela serait en adéquation avec son rôle de coordonnateur qui connaît le mieux l'état de santé global de la personne.

En 2016, l'obligation de production de lettres de liaison d'adressage aux étapes de transitions du parcours de soins et leur contenu a été inscrit au code de la santé publique (Ministère des Solidarités et de la Santé 2016).

En 2018, l'HAS a produit un guide visant à améliorer la coordination entre médecin généraliste et psychiatrie, émettant de nombreuses préconisations. Parmi celles-ci figurent des repères et outils afin d'améliorer la qualité et la suffisance des informations partagées, grâce à des outils de communication adaptés et sécurisés, au travers du développement de réseaux de soins coordonnés ou de dispositifs de soins partagés (HAS 2018a).

2. La conciliation médicamenteuse : stratégie d'amélioration de la sécurité médicamenteuse... et une occasion de communiquer entre professionnels de santé d'environnements distincts

a) Réduction du risque iatrogénique

Le risque iatrogénique est majoré lorsque la communication entre professionnels d'environnements de soins différents n'est pas optimale. Une étude quantifie à 21% les événements indésirables évitables survenus en soins de premier recours et qui seraient liés à un défaut de communication ou d'organisation entre environnements de soins (Michel et al. 2014). L'augmentation de la iatrogénie faute de communication est elle aussi documentée (Hardy-Baylé, Younès 2014).

L'une des stratégies visant à réduire le risque iatrogénique, préconisée par l'OMS d'abord (OMS 2019; 2013), et l'HAS ensuite (HAS 2015), consiste en la mise en œuvre d'une conciliation médicamenteuse aux étapes de transition dans le parcours de soins des personnes. Désormais incluse dans les critères de qualité évalués lors du processus de certification des établissements de soin (HAS 2021), cette démarche permet la sécurisation des prescriptions médicamenteuses par l'anticipation ou l'interception d'erreurs éventuelles de prescription. La conciliation médicamenteuse s'appuie sur l'empowerment de la personne soignée et la collaboration interprofessionnelle entre les acteurs impliqués dans ses soins. Ses objectifs sont de réduire la survenue d'erreurs médicamenteuses, de diminuer le recours aux hospitalisations évitables, et d'assurer une continuité médicamenteuse optimale. En somme, elle permet au professionnel de santé de s'assurer de la cohérence et de la complétude des informations transmises entre la personne et les différents intervenants de son parcours de soins (HAS 2018b).

b) Principe

La conciliation médicamenteuse d'entrée consiste, en milieu intra-hospitalier, en la vérification de la concordance des prescriptions médicamenteuses connues avant l'hospitalisation et celles prescrites à l'entrée, auprès d'au moins trois sources, dont la personne soignée. Un bilan médicamenteux optimisé est alors réalisé, par comparaison des informations recueillies. Les

erreurs retrouvées sont appelées divergences non intentionnelles, en ce qu'elles consistent en une erreur de posologie, l'ajout ou l'arrêt d'un médicament, sans volonté par le médecin prescripteur de modifier le traitement médicamenteux antérieur de la personne.

Pour une efficacité de cette stratégie d'amélioration de la qualité des soins, ce processus comporte quatre étapes lorsqu'il est proactif, c'est-à-dire réalisé avant la prescription d'un nouveau médicament, et cinq étapes lorsque la conciliation médicamenteuse est rétroactive (HAS 2018c) :

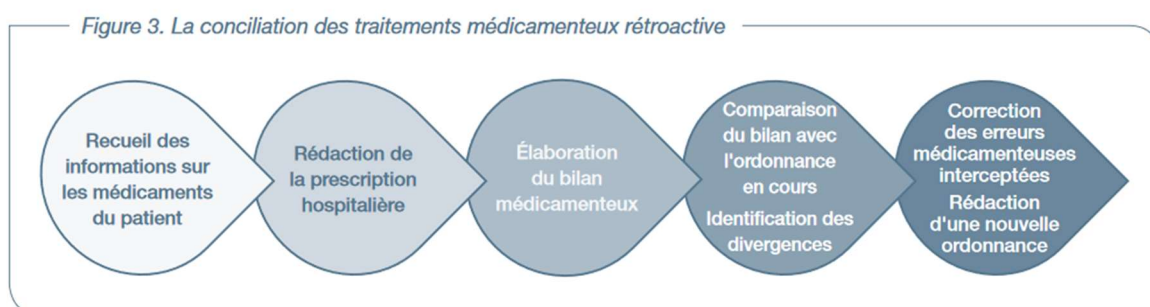


Figure 9 : La conciliation médicamenteuse rétroactive. Source : HAS 2018

c) En pratique

A l'EPSMAL, la méthode de conciliation médicamenteuse utilisée est proactive lorsqu'elle est réalisée par les médecins (internes et praticiens hospitaliers spécialisés en médecine générale le plus souvent) et, le plus souvent, rétroactive, réalisée par les pharmaciens de l'hôpital et leurs étudiants en pharmacie. Elle est déployée, au sein des secteurs Lillois de psychiatrie adulte, dans les unités d'hospitalisation à temps complet. La fiche de conciliation médicamenteuse d'admission utilisée à l'EPSMAL figure en annexe 2.

d) Conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie

A ce jour répandue en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et en psychiatrie, la conciliation médicamenteuse reste hospitalo-centrée, et peu de littérature concerne son application en ambulatoire, y compris au niveau international (McCarthy et al. 2016), et encore plus rarement en psychiatrie ambulatoire (Fosso 2021; Bock 2018; Albano et al. 2018). De même, elle est effective en hospitalisation complète en psychiatrie et santé mentale, mais n'est pas utilisée en psychiatrie ambulatoire, alors même que « *Le taux de recours aux soins ambulatoires (3 159 patients pour 100 000 habitants) est cinq fois plus élevé que pour les prises en charge à temps complet ou partiel (629 patients pour 100 000 habitants)* » (DREES 2021). Au sein du secteur 59G11 où se déroule cette étude, entre 2018 et 2021, 84 à 88% des personnes de la file active globale n'ont pas été hospitalisés en psychiatrie.

IV. Hypothèses, objectifs et critères d'évaluation

Sachant que les soins de premiers recours et les soins ambulatoires en psychiatrie présentent les difficultés de coordination et de communication présentées ci-avant, l'hypothèse principale formulée dans cette étude est que les prescriptions médicamenteuses connues au CMP pour des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent différer de celles connues par leur médecin généraliste traitant.

Une hypothèse secondaire inhérente au processus de conciliation médicamenteuse et aux difficultés de coordination entre soins de premier recours et CMP apparaît de fait : une partie des personnes suivies au CMP n'aurait pas de médecin traitant identifié dans les dossiers du CMP (informations manquantes, caduques, ou la personne n'a pas de médecin traitant)

Ainsi, les objectifs de cette étude sont :

- De quantifier la proportion de personnes pour lesquelles au moins une divergence est retrouvée entre les traitements médicamenteux connus au CMP et ceux connus par le médecin généraliste traitant, au travers de l'utilisation de la démarche de conciliation médicamenteuse telle qu'elle est menée à l'EPSMAL.
- De vérifier que les personnes souffrant de trouble psychique suivies au CMP du 59G11 ont bien un médecin traitant identifié dans les dossiers de soins de l'EPSMAL.

PARTIE II - METHODE :

Cette étude quantitative exploratoire, rétrospective, descriptive monocentrique vise à établir un état des lieux de la concordance des médicaments médicamenteux prescrits par un psychiatre aux personnes suivies au CMP du secteur 59G11 et par leur médecin généraliste traitant.

Ce travail de recherche répond à la méthodologie de référence relative aux médicaments de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) (CNIL 2018). Le protocole d'étude est déposé et enregistré auprès de la déléguée à la protection des données de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France (F2RSM psy).

La population étudiée est constituée de personnes venues consulter leur psychiatre au CMP entre le 28 février 2022 et le 11 mars 2022, à l'exclusion des personnes mineures durant la période de référence, sous tutelle, s'opposant à l'utilisation de leurs données de santé, ou dont le médecin généraliste traitant n'a pas souhaité participer à l'étude, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679).

Les données de santé collectées ont été anonymisées dès le moment de leur recueil par l'attribution d'un numéro d'identification, sans conservation de table de correspondance, rendant impossible l'identification ultérieure des personnes concernées. Le recueil de non-opposition à l'utilisation de leurs données s'est effectué après information éclairée des personnes par une lettre d'information.

I. Recrutement : inclusion et exclusion des sujets

Le recrutement des personnes concernées s'est fait à partir des dossiers de soins informatisés du CMP du secteur 59G11. Une requête a été adressée au Département de l'Information et de la Recherche Médicale de l'EPSMAL. Les personnes mineures durant la période de référence ont ainsi été exclues du protocole.

Concernant le critère d'exclusion des personnes sous tutelle, les données administratives ont été recontrôlées dans les dossiers de soins informatisés puis, lorsque les champs prévus à cet effet n'étaient pas remplis, une vérification a été effectuée en présentiel auprès des assistantes de service social du secteur.

Aucune personne ne s'est manifestée pour s'opposer au traitement de ses données de santé, une a demandé un complément d'informations avant de formuler son accord à l'utilisation de ses données anonymisées.

II. Données recueillies

L'information aux personnes a été réalisée durant la période de référence. Le recueil de données n'a débuté qu'une fois celle-ci achevée, afin que les personnes concernées aient le temps d'exprimer leur opposition à l'utilisation de leurs données personnelles.

Ensuite, dans le but d'établir des données socio-démographiques permettant de caractériser la population étudiée, le genre renseigné dans les dossiers de soins, l'âge et le diagnostic principal codé selon la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10) ont été recueillis, ainsi que la fréquence de rencontre avec le psychiatre référent durant la dernière année (< 1 mois : très fréquent ; ≥ 1 mois à < 2 mois : fréquent ; ≥ 2 mois à ≤ 3 mois : régulier ; > 3 mois : occasionnel ; 2 rdv non excusés ou > 6 mois : irrégulier ; 1er rendez-vous ; reprise de suivi).

Enfin, l'existence d'au moins un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie à l'EPSMAL et de conciliation médicamenteuse intra-hospitalière antérieure ont été recherchés afin d'évaluer l'impact de ces événements sur la concordance des médicaments connus au CMP et par le médecin généraliste traitant.

Le recueil des identités du médecin généraliste traitant et de la pharmacie habituelle est un prérequis à l'utilisation de l'outil de conciliation médicamenteuse préexistant au sein de l'EPSMAL, et répond à l'hypothèse secondaire selon laquelle certaines personnes n'auraient pas de médecin traitant identifié dans les dossiers du CMP. Lorsque cette information n'apparaît pas dans les données administratives du dossier de soins, les courriers médicaux émanant de l'EPSMAL sont consultés, puis les observations médicales, et enfin les transmissions infirmières. Une dernière étape de recherche est réalisée dans les archives papier de conciliation médicamenteuse intra hospitalière. La vérification de la concordance entre l'identité du médecin généraliste traitant identifié dans les dossiers du CMP et la réalité est réalisée lors des contacts avec les médecins généralistes. Les coordonnées des médecins généralistes traitants

sont relevés dans cette section des dossiers de soin du CMP, ou sur l'annuaire santé Ameli si nécessaire.

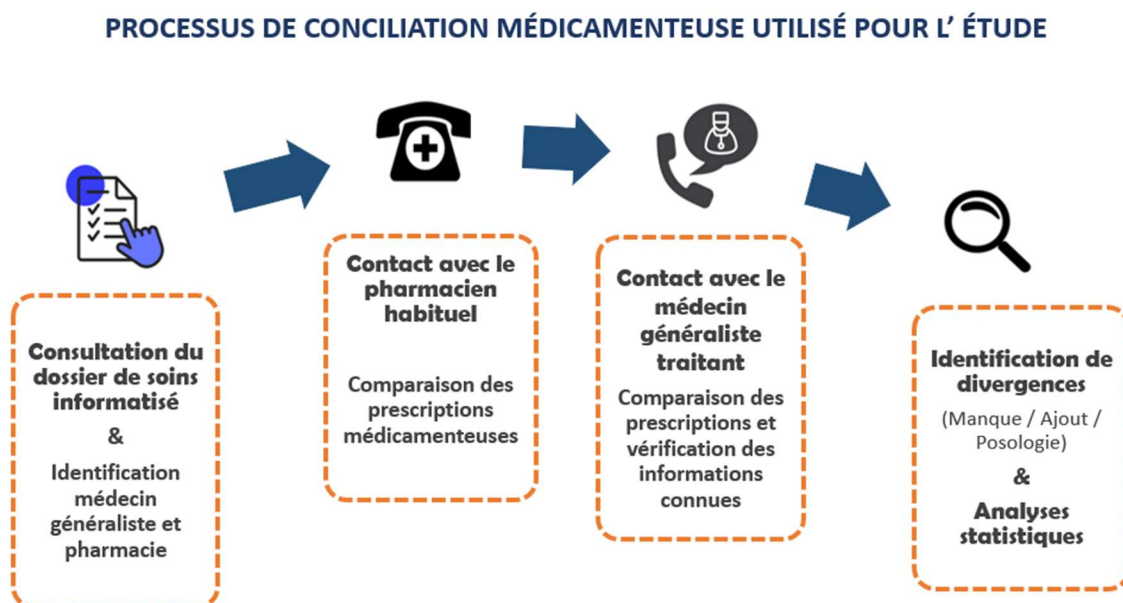


Figure 10 : Processus de conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie utilisé pour l'étude

Les contacts avec les pharmacies et les médecins généralistes traitants ont lieu dans un premier temps par téléphone, puis par e-mail avec explications de la recherche, et envoi du résumé de protocole enregistré auprès de la F2RSM psy et de la lettre d'information aux personnes. Des relances sont faites par téléphone - 3 maximum, espacées de minimum une semaine. Les informations transmises par ces professionnels de soins de premier recours sont collectées à leur convenance à la suite de ces échanges, par téléphone, par fax ou par e-mail.

Puis, la proportion de divergences des traitements médicamenteux prescrits est obtenue en comparant les ordonnances médicales émises pour les personnes incluses dans l'étude, en provenance des dossiers de soins du CMP, de la pharmacie habituelle des personnes, et de leur médecin généraliste traitant. Le médecin généraliste traitant est de plus interrogé sur la connaissance des médicaments psychotropes pris par la personne malgré la prescription et le renouvellement effectués par le médecin psychiatre. Le nombre total et les listes de médicaments dits « somatiques » sont séparés des médicaments dits « psychiatriques » afin d'affiner les résultats. Il est à signaler que les médicaments à indications multiples (tels que le valproate de sodium, aux propriétés antiépileptiques et thymorégulatrices, les bêta-bloquants, parfois utilisés pour certaines manifestations anxieuses, ou encore certains anti-dépresseurs utilisés dans le traitement de douleurs neuropathiques), sont classés en médicaments à visée psychiatrique lorsqu'ils apparaissent dans les ordonnances du CMP, et en médicaments somatiques dans le cas inverse. Les médicaments correcteurs d'effets secondaires des

psychotropes (Lepticur principalement) sont identifiés comme médicaments à visée psychiatrique, excepté pour les médicaments laxatifs (Lactulose, Movicol), antidiarrhéiques (Racecadotril) ou inhibiteurs de la pompe à protons et protecteurs gastriques (Oméprazole, Esoméprazole, Alginate de Sodium).

Puis, le nombre et le type de divergences est répertorié et comptabilisé pour chaque personne.

Contrairement à l'outil de conciliation médicamenteuse intra hospitalière, et au regard de la méthodologie de recueil des listes de médicaments, il n'est pas possible de différencier les divergences selon l'intentionnalité du prescripteur, car ces derniers ne sont pas interrogés systématiquement. Afin d'éviter un biais d'information, elles sont donc regroupées.

Les informations obtenues sont : présence ou absence de divergence. En cas de présence de divergences, elles sont comptabilisées par lignes de médicaments concernés, puis selon qu'elles concernent les médicaments psychiatriques ou non, puis par types (manque d'un médicament dans la liste de médicaments connue par le médecin généraliste traitant ; ajout d'un médicament ; divergence dans la posologie d'un médicament ; autre divergence). Le nombre total de divergences est obtenu par somme des types de divergences par personne.

Toutes les informations sont recueillies dans une table de données anonymisée conçue sur Excel®. Le traitement statistique consiste en la réalisation d'analyses univariées : description de l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages. Les analyses sont réalisées avec les logiciels Excel, R et R studio version 3.4.2. L'ensemble du processus de traitement des données est monitoré par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France.

PARTIE III - RÉSULTATS

III. Population étudiée

Parmi les 129 personnes ayant rencontré un psychiatre au CMP, 112 ont été incluses.

Le détail des données socio-démographiques de cet échantillon figure dans le tableau 4 ci-dessous :

Données sociodémographiques		N	112
Sexe, n (%)			
	Homme	45 (40.2)	
	Femme	67 (59.8)	
Age, moy (sd)			
		41.0 (15.7)	
Antécédent d'hospitalisation à l'EPSM AL, n (%)			
	Oui	56 (50.0)	
	Non	56 (50.0)	

Tableau 4 : Données socio-démographiques de l'échantillon total

Parmi les 112 personnes incluses, 17% n'avaient pas de médecin connu au CMP (n=19), et 2 avaient un médecin connu mais qui n'exerce plus. Au total, 18,8% des personnes incluses n'ont pas de médecin identifiable au CMP (n=21).

Des informations analysables ont été recueillies pour 33 d'entre elles (cf figure11), soit 29,5% de l'échantillon. La suite des analyses portera donc sur ces 33 personnes.

INCLUSION - EXCLUSION

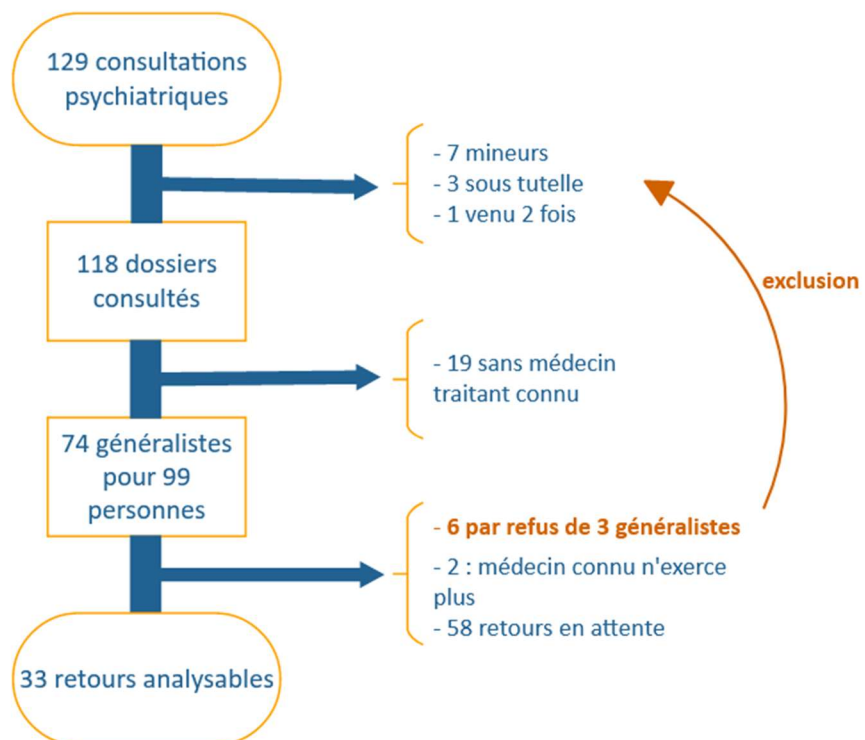


Figure 11 : Diagramme de flux de recrutement de la population étudiée

NB : Le reste des informations recueillies pour les 112 personnes incluses au début de l'étude ne sont pas exploitables à ce jour. Elles figurent en annexe 3.

Parmi les 33 personnes pour lesquelles le recueil de données a pu être mené à bien, 14 sont des hommes et 19 sont des femmes. Leur âge moyen est de 44 ans.

Les principales pathologies psychiatriques y sont représentées (cf tableau 5).

Diagnostic principal, n (%)	
F2 Schizophrénie	5 (15.2)
F3 Troubles de l'humeur	4 (12.1)
F4 Troubles névrotiques	4 (12.1)
F6 Troubles de la personnalité	4 (12.1)
F71 Retard mental	1 (3.0)
R45 Symptômes liés à l'humeur	6 (18.2)
R46 Symptômes liés à l'apparence et au comportement	1 (3.0)
Z55_Z65 Conditions socioéconomiques et psychosociales menaçant la santé du sujet	2 (6.1)
Autres	1 (3.0)
NA	5 (15.2)

Tableau 5 : Nombre de personnes par diagnostics principaux (n - %) - CIM 10

Dix-neuf d'entre elles ont des antécédents d'hospitalisation à l'EPSMAL (soit 57,6%). Parmi ces-dernières, huit ont déjà fait l'objet d'une conciliation médicamenteuse (qui, jusqu'à présent, n'a lieu qu'en service d'hospitalisation), trois non, et l'information n'a pas été retrouvée pour les huit restants.

Le tableau 6 reprend les données recueillies au sujet des prises en soins de ces 33 personnes.

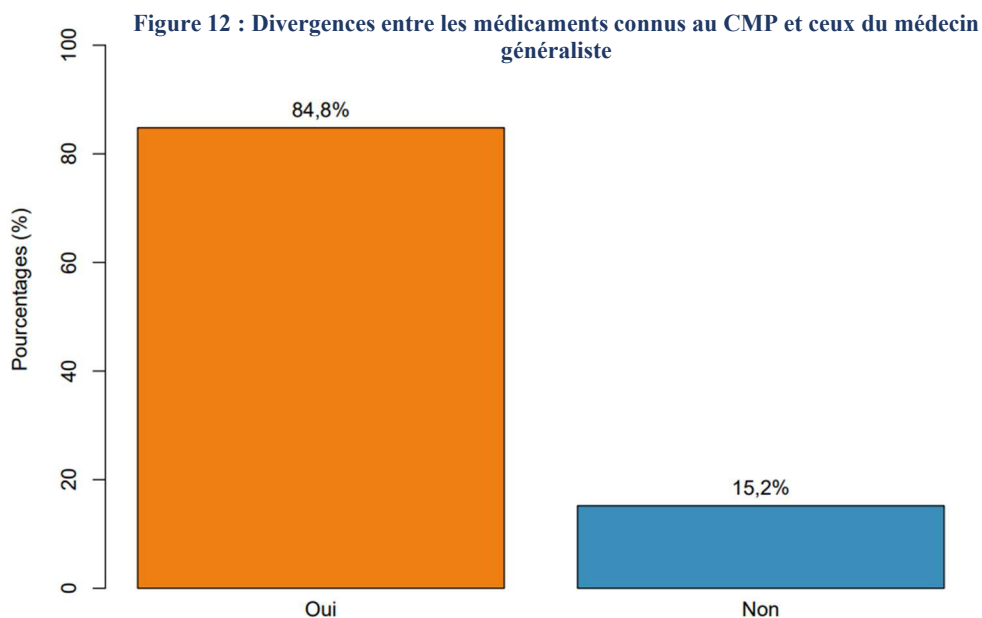
Prise en soins	
Conciliation médicamenteuse antérieure, n (%)	
Oui	8 (24.2)
Non	17 (51.5)
NA	8 (24.2)
Date de la dernière conciliation médicamenteuse, n (%)	
<i>Pour les 8 patients concernés</i>	
En 2022	2 (25.0)
En 2021	4 (50.0)
En 2020	1 (12.5)
NA	1 (12.5)
Fréquence des rendez-vous avec le psychiatre, n (%)	
1er RDV	3 (9.1)
Très fréquent	5 (15.2)
Fréquent	8 (24.2)
Régulier	9 (27.3)
Irrégulier	5 (15.2)
Reprise suivi	3 (9.1)
Nombre de traitements connus dans le dossier du CMP, moy (sd)	
2.8 (2.1)	
Min : 0 , Max : 7	

Tableau 6 : Analyses univariées - Prises en soins des 33 personnes pour lesquelles le recueil de données a pu être complété

IV. Conciliation médicamenteuse

1. Des divergences qui concernent les deux types de médicaments

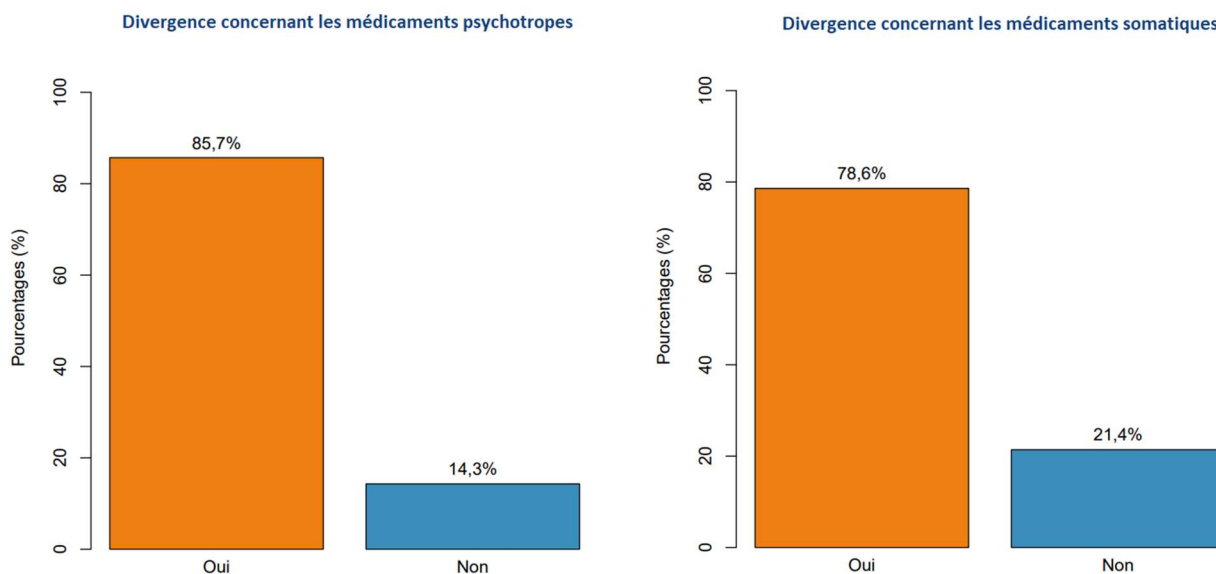
Le nombre moyen de médicaments connus dans le dossier du CMP est de 2,8 (min : 0, max : 7) ; les médecins généralistes interrogés ont connaissance en moyenne de 4,3 médicaments (min : 1 ; max : 13).



Sur les 33 patients pour lesquels la conciliation a été possible

Parmi les 33 personnes dont les dossiers ont été étudiés, des divergences sont retrouvées entre les médicaments connus par le CMP et ceux connus par le médecin généraliste dans 84,8% des cas (n=28). 15,2% ont une concordance parfaite (n=5) (cf figure 12).

Les médicaments psychotropes et les médicaments somatiques sont concernés par des divergences (parmi les 28 personnes pour qui la conciliation révèle au moins une divergence) :



Sur les 28 patients concernés par une divergence

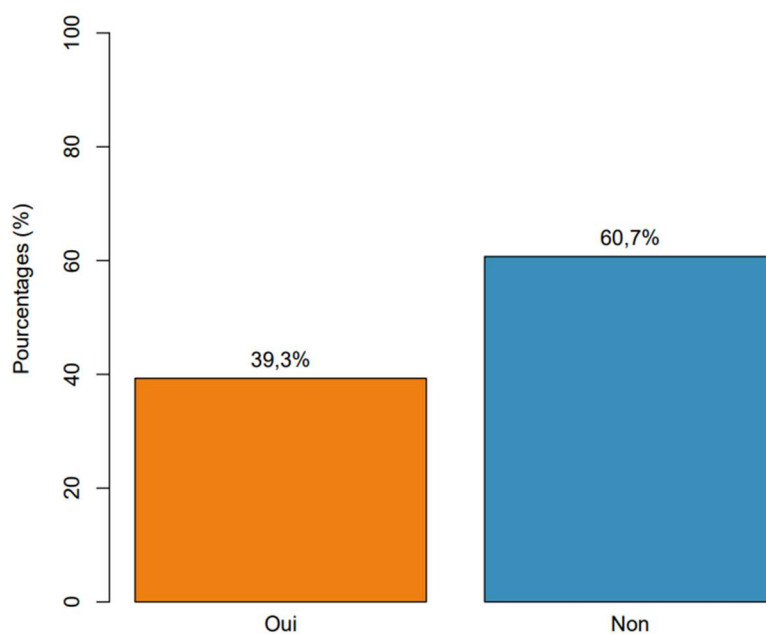
Figure 13 : Divergences selon le type de médicament

2. Les types de divergences

En moyenne, 4 types de divergences ont été identifiées par personne (Min : 1, Max : 12), concernant 3,5 lignes de médicaments (Min : 1, Max : 12).

Le médecin généraliste (MG) n'avait pas connaissance d'au moins une ligne de médicaments pour 39,3% des personnes (n=11) (figure 14).

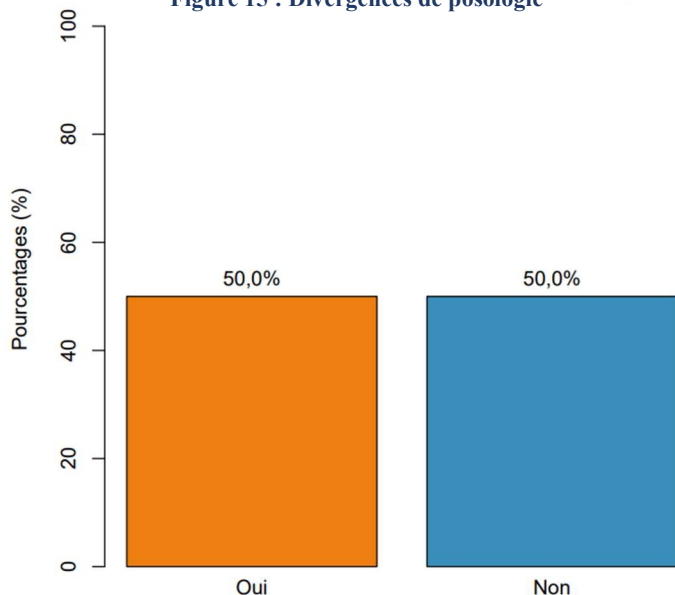
Figure 14 : Divergences par manque d'au moins un médicament chez le MG



Pour les 28 personnes pour lesquelles la conciliation a été possible

Pour 50% de ces 28 personnes, au moins une divergence de posologie a été identifiée par la conciliation médicamenteuse (figure 15)

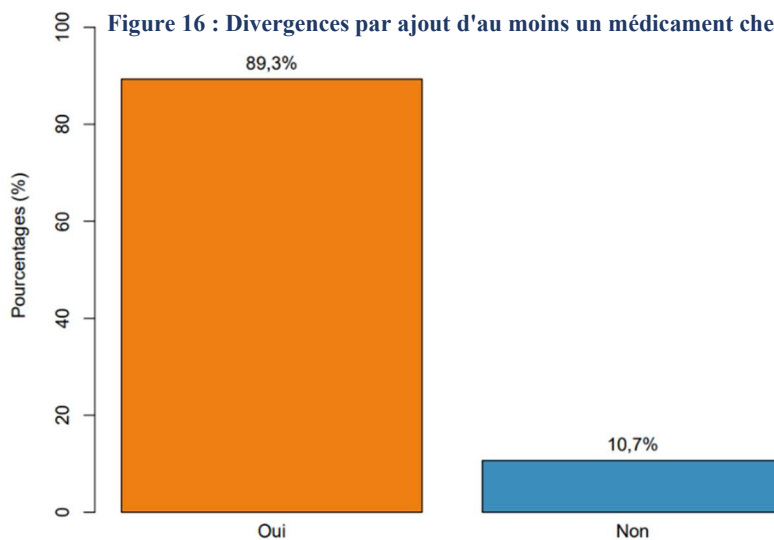
Figure 15 : Divergences de posologie



Pour les 28 personnes pour lesquelles la conciliation a été possible

Enfin, le médecin généraliste connaissait au moins une ligne de médicament supplémentaire pour 89,3% des personnes (cf figure 16)

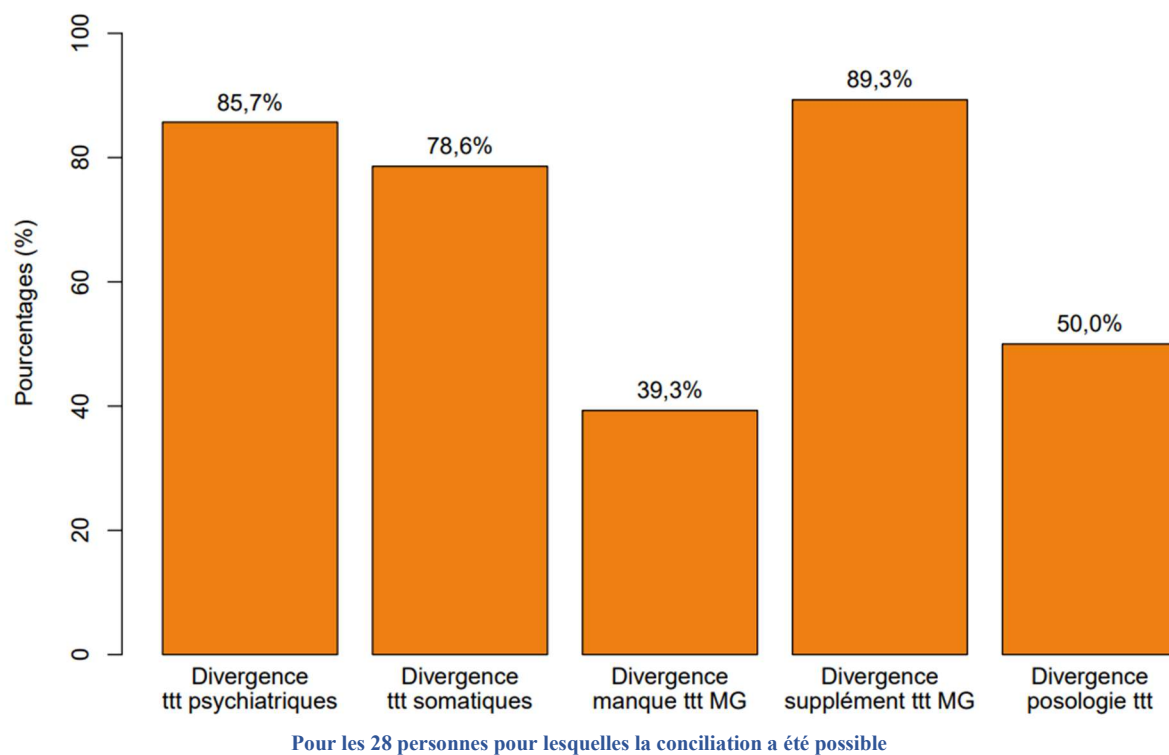
Figure 16 : Divergences par ajout d'au moins un médicament chez le MG



Pour les 28 personnes pour lesquelles la conciliation a été possible

La figure 17 reprend toutes les divergences, entre types de médicaments, et par type de divergences :

Figure 17 : Proportion de personnes concernées par au moins une divergence en fonction du type de divergence recherchée



Conciliation médicamenteuse CMP/Médecin généraliste
Uniquement sur les données des 33 personnes concernées

Nombre de médicaments connus dans le dossier du médecin généraliste, moy (sd)		4.3 (2.7)
<i>Min : 1 , Max : 13</i>		
Divergence retrouvées entre les médicaments connus au CMP et par le médecin généraliste, n (%)		
<i>Pour les 33 médecins contactés</i>		
	Oui	28 (84.8)
	Non	5 (15.2)
Divergences qui concernent les médicaments psy, n (%)		
<i>Sur les 28 personnes concernées par une divergence</i>		
<i>Min : 0 , Max : 6 , Moy(sd) : 1.9 (1.4)</i>		
	Oui	24 (85.7)
	Non	4 (14.3)
Détail (sur les 24 personnes concernées)		
	1	8 (33.3)
	2	9 (37.5)
	3	3 (12.5)
	4	3 (12.5)
	6	1 (4.2)
Divergences qui concernent les médicaments somatiques, n (%)		
<i>Sur les 28 personnes concernées par une divergence</i>		
<i>Min : 0 , Max : 9 , Moy(sd) : 2.0 (2.2)</i>		
	Oui	22 (78.6)
	Non	6 (21.4)
Détail (sur les 22 personnes concernées)		
	1	9 (40.9)
	2	5 (22.7)
	3	4 (18.2)
	4	1 (4.5)
	6	1 (4.5)
	7	1 (4.5)
	9	1 (4.5)
Divergences de type manque chez le médecin généraliste par rapport au CMP, n (%)		
<i>Sur les 28 personnes concernées par une divergence</i>		
<i>Min : 0 , Max : 4, Moy(sd) : 0.7 (1.1)</i>		
	Oui	11 (39.3)
	Non	17 (60.7)
Détail (sur les 11 personnes concernées)		
	1	6 (54.5)
	2	3 (27.3)
	3	1 (9.1)
	4	1 (9.1)

Divergences de type supplément chez le médecin généraliste par rapport au CMP, n (%)

Sur les 28 personnes concernées par une divergence

*Min : 0, Max : 10, **Moy(sd) : 2.5 (2.3)***

	Oui	25 (89.3)
	Non	3 (10.7)
Détail (sur les 25 personnes concernées)		
	1	8 (32.0)
	2	8 (32.0)
	3	3 (12.0)
	4	3 (12.0)
	7	2 (8.0)
	10	1 (4.0)

Nombre de divergences de posologie entre le CMP et le médecin généraliste, n (%)

Sur les 28 personnes concernées par une divergence

*Min : 0, Max : 3, **Moy(sd) : 0.9 (1.1)***

	Oui	14 (50.0)
	Non	14 (50.0)
Détail (sur les 14 personnes concernées)		
	1	7 (50.0)
	2	3 (21.4)
	3	4 (28.6)

Nombre total de divergences entre le CMP et le médecin généraliste, moy (sd) 4.0 (2.4)

Min : 1, Max : 12

Tableau 7 : Analyses univariées concernant la conciliation médicamenteuse entre CMP et médecins généralistes

PARTIE IV - DISCUSSION

Le résultat principal de cette étude montre que 84,8% de l'échantillon étudié présente au moins une divergence entre les médicaments connus au CMP et ceux connus par le médecin généraliste traitant (parmi les 33 personnes pour lesquelles le recueil a pu être mené à bien).

Le résultat secondaire confirme l'hypothèse selon laquelle certaines personnes suivies au CMP n'ont pas de médecin généraliste traitant identifié dans les dossiers de soins du CMP : 19 des 112 personnes incluses dans l'étude n'ont pas de médecin traitant identifié au CMP, et 2 ont un médecin traitant identifié, mais qui n'exerce plus ou ne suit plus la personne, ce qui représente au total 18.8% de l'échantillon étudié.

V. Analyse critique des résultats

1. Une proportion de divergences importante mais à nuancer

Parmi les 33 personnes pour lesquelles le recueil de données a pu être mené à bien, des divergences sont retrouvées entre les médicaments connus par le CMP et ceux connus par le médecin généraliste dans 84,8% des dossiers de soins, ce qui concorde avec les résultats d'une autre étude menée aux Etats-Unis par des étudiants en pharmacie, qui retrouvaient 84,7% de personnes pour lesquelles il existait au moins une divergence (Albano et al. 2018). Les résultats sont également comparables avec les données disponibles en intra-hospitalier à l'EPSMAL : depuis le 1^{er} janvier 2022, le taux de divergences moyen est de 88,8% au sein de l'unité d'hospitalisation du 59G11 (81 personnes hospitalisées ont fait l'objet d'une conciliation médicamenteuse, parmi lesquelles 72 présentaient au moins une divergence), ce qui est légèrement supérieur au résultat obtenu en ambulatoire.

2. L'identification des médecins généralistes traitants dans les dossiers de soins au CMP : une question de pratiques ?

18,8% des personnes n'ont pas de médecin identifié dans les dossiers de soins du CMP - ou la personne soignée a changé (ou n'a plus ?) de médecin traitant depuis l'enregistrement de l'information. Ces résultats se situent en deçà de ceux d'une étude qui estimait à 33% la part de personnes du CMP concerné pour lesquels aucun médecin traitant n'était identifié (Bohn, Denis, Guegan 2007). Cet écart pourrait s'expliquer par des variations méthodologiques, dont les critères d'inclusion des personnes. En effet, cette étude s'intéresse à toutes les personnes consultant leur psychiatre au CMP, tandis que l'étude d'Irène Bohn comportait une part beaucoup plus importante de personnes souffrant de troubles psychiques sévères. Par ailleurs, ni l'effectivité de la déclaration d'un médecin traitant auprès de la CPAM, ni la réalité du

recours au médecin généraliste traitant n'ont été recherchés ici. La comparaison est donc à interpréter avec réserve. Enfin, 15 années séparent ces travaux, durant lesquelles une évolution des pratiques a-t-elle pu permettre d'améliorer ce résultat.

Une autre explication de variation de ce résultat pourrait résider dans les pratiques actuelles des professionnels exerçant au CMP du 59G11. En effet, le premier contact avec le service est un entretien d'évaluation infirmier, guidé par une trame d'entretien qui comprend l'identité du médecin traitant et sa recherche systématique. Une hypothèse non vérifiée par cette étude mais qui pourrait être quantifiée ultérieurement, serait que ces informations ne sont plus recherchées systématiquement ensuite, malgré des soins qui se poursuivent durant de nombreuses années lorsque le trouble psychique est chronique. Une autre explication pourrait être que l'infirmier connaît l'information, l'a reportée sur la trame d'entretien papier, mais que l'information n'a pas été reportée dans le dossier de soins informatisé.

3. Les informations circulent mal dans les deux sens

Le nombre moyen de médicaments connus dans le dossier du CMP est de 2,8, et les médecins généralistes interrogés ont connaissance en moyenne de 4,3 médicaments.

Ces premiers résultats pourraient laisser penser que les médecins généralistes, qui connaissent davantage de lignes de traitements médicamenteux pour leurs patients, pourraient avoir une bonne connaissance globale des médicaments qui leur sont prescrits, alors qu'à l'inverse, le CMP n'aurait pas ces informations. Cependant, au moins une divergence est identifiée parmi les médicaments psychotropes pour 85,7% des personnes pour lesquelles le recueil de données a été possible, ainsi que parmi les médicaments somatiques pour 78,6% d'entre elles. En moyenne, 4 types de divergences ont été identifiées par personne, concernant 3,5 lignes de médicaments.

Ainsi, les deux environnements de soins manquent d'informations quant aux prescriptions émises auprès des personnes qu'ils accompagnent. La qualité et la fréquence des échanges entre CMP et médecins généralistes exerçant en soins de premier recours peut ainsi être questionnée, ce qui concorde avec l'état des connaissances actuelles et l'expérience de terrain. Il est de plus à noter que, sur les 28 personnes pour qui a été relevée au moins une divergence, le médecin généraliste n'avait pas connaissance d'au moins une ligne de traitement médicamenteux dans 11 cas, ce qui démontre que les modifications ne lui sont pas systématiquement signalées, y compris par les personnes soignées.

Pour 25 personnes, le médecin généraliste avait connaissance de davantage de médicaments prescrits que ceux connus au CMP, ce qui concorde avec son rôle de coordonnateur du parcours de soins, chargé de réaliser la synthèse des informations concernant les personnes qu'il accompagne. Pour autant, cela est également cohérent avec la littérature selon laquelle les courriers d'adressage du médecin vers le CMP font rarement mention des antécédents somatiques et des médicaments pris au long cours. De plus, l'expérience de terrain permet d'appuyer l'hypothèse selon laquelle les personnes venant consulter en CMP n'ont pas l'impression d'être dans un environnement médical, et ne pensent pas à amener leurs ordonnances et autres résultats d'examens paracliniques, ce qui amoindrit encore la sécurité médicamenteuse.

VI. Forces et limites de l'étude

1. Forces

La littérature concernant la conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie est rare à l'international, et inédite en France. Cette étude, malgré des résultats partiels à ce jour, présente en résultat principal une telle proportion de divergences qu'il permet de vérifier l'hypothèse principale selon laquelle les listes de médicaments prescrits aux personnes accompagnées sont différentes entre CMP et médecin généraliste. L'intérêt que pourrait représenter l'application de cette démarche en psychiatrie ambulatoire pour améliorer la sécurité médicamenteuse des personnes soignées est ici démontré.

Ces résultats permettent également d'envisager la possibilité d'améliorations concernant les pratiques internes au CMP, comme dans le développement d'une collaboration interprofessionnelle efficiente entre psychiatrie de secteur et soins de premier recours. Ce processus a en effet l'avantage de permettre une quantification de la fiabilité des informations partagées entre environnements de soins. Le constat réalisé ici quant au caractère insuffisant des échanges d'informations entre CMP et médecine générale concorde avec la littérature évoquée en introduction. L'utilisation des repères et outils contenus dans le guide de la HAS (HAS 2018a), dont la rédaction de courriers types ou le case management des soins dans une approche globale, confié à un/des professionnel(s) dédié(s), pourraient améliorer la sécurité médicamenteuse des personnes accompagnées. Cela pourrait de plus favoriser le contact entre acteurs, et les sensibiliser au sujet de la conciliation médicamenteuse et des spécificités à prendre en compte dans l'adaptation des soins aux personnes présentant un trouble psychique, dans une approche globale. Cela pourrait en outre permettre d'amorcer la création d'un réseau

dans lequel les prises en soins ne seraient plus parallèles mais conjointes, améliorant les parcours et les trajectoires individuelles.

2. Limites

Un biais méthodologique rend les résultats obtenus nuancables : l'utilisation de l'outil de conciliation médicamenteuse utilisé en intra-hospitalier à l'EPSMAL ne s'est pas avéré possible en l'état dans le cadre de cette étude. En effet, parmi les 3 sources consultées lors du processus habituel, la personne soignée elle-même est incluse. La conciliation médicamenteuse repose d'ailleurs, comme évoqué en introduction, sur l'empowerment et la sensibilisation des personnes soignées à cette question. Faute de délai suffisant pour obtenir les autorisations nécessaires, le choix a été fait, pour cette étude exploratoire, de ne pas interroger directement les personnes soignées. Cela a mécaniquement entravé le déroulement de la conciliation médicamenteuse, d'autant qu'il n'a pas été possible de rechercher auprès d'elles des compléments d'informations - lorsque le médecin traitant n'était pas identifié dans le dossier de soins informatisé du CMP, ou que la pharmacie habituelle de la personne n'était pas renseignée. Un travail de recherche ultérieur, à l'aide d'un outil de conciliation médicamenteuse adapté à l'ambulatoire, avec la possibilité d'interroger les personnes soignées, pourrait permettre de corriger ce biais et d'évaluer cet indicateur avec davantage de précision.

Enfin, le recueil de données extérieures au CMP n'est pas terminé. En effet, contacter les médecins généralistes n'est pas toujours aisé car leur charge de travail est importante et, lorsqu'ils sont joignables, échanger des données de santé via un canal sécurisé n'est pas simple : certains maîtrisent l'utilisation des messageries électroniques sécurisées, d'autres non, et certains consignent tous leurs dossiers sur papier. Cela a fortement ralenti le recueil de données, qui se poursuit encore, sous forme de relances téléphoniques, par email ou en présentiel.

VII. Perspectives : améliorer la coordination des soins entre CMP et médecins généralistes exerçant en soins de premier recours à Villeneuve d'Ascq pour améliorer la sécurité médicamenteuse et la santé globale des personnes souffrant de troubles psychiques.

1. Une collaboration interprofessionnelle coordonnée attendue par les généralistes du secteur de psychiatrie adulte 59G11

Lors de la collecte de données, le contact avec les médecins généralistes, lorsqu'il a été possible, s'est souvent avéré source d'échanges autour la rareté de la communication avec le CMP. Certains se plaignaient ainsi de ne jamais recevoir de courrier du CMP, d'autres étaient très surpris du recueil des informations concernant les médicaments somatiques par une infirmière en psychiatrie, presumant qu'elles n'étaient pas utiles au regard de la spécialité concernée.

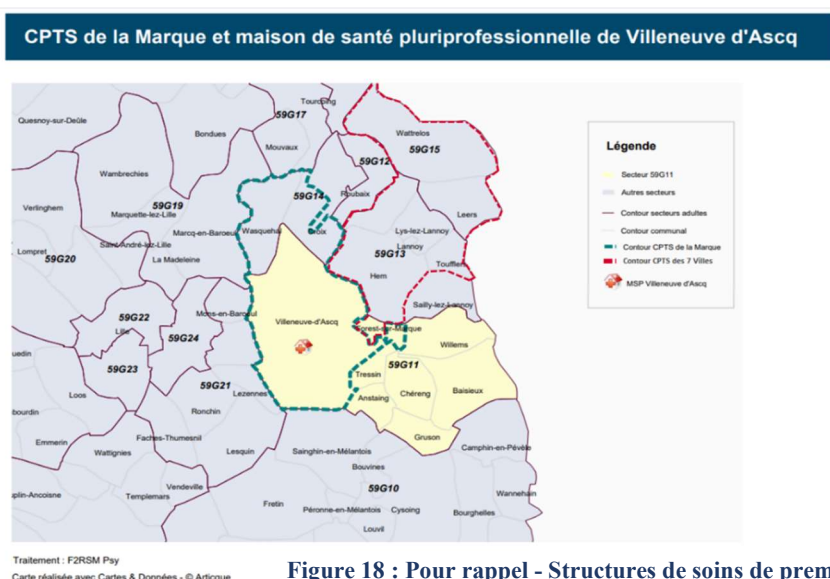
Plusieurs médecins souhaitent que les résultats de cette étude leur soient transmis. Ils leur seront présentés soit en présentiel, soit lors d'une visio-conférence. Enfin, nombreux sont ceux qui se disent favorables au développement – ou à la création - d'une collaboration avec le CMP, avec pour objectif commun de proposer des soins de la meilleure qualité possible, s'inscrivant dans des parcours de soins, de santé et de vie harmonieux.

2. Des pratiques et des outils perfectibles pour une meilleure traçabilité des données de santé au CMP

La difficulté à recueillir les informations dans le dossier de soins informatisé du CMP a été un obstacle important à la fiabilité du recueil de données en général. Il se pourrait ainsi que certains médicaments soient connus par un professionnel du CMP, mais qu'ils n'aient pas pu être retrouvés lors de l'investigation, car non tracés informatiquement. En effet, le dossier informatisé a été déployé en 2014 à l'EPSMAL, et les pratiques de traçabilité sont variables selon les professionnels. Elles peuvent de ce fait être entravantes pour exploiter des données de qualité dans le cadre d'une recherche de ce type, dans la transmission de ces informations au sein même de l'équipe du CMP et, par extension, aux médecins généralistes exerçant en soins de premier recours.

Une perspective d'amélioration de ce point apparaît dans le remplacement, prévu prochainement, du logiciel de gestion des dossiers de soins du GHT-psy du Nord-Pas De-Calais. Ce changement d'outil, au-delà d'être conçu en tenant davantage compte des besoins des professionnels, avec une interface plus intuitive et ergonomique, pourrait être l'occasion d'accompagner un changement dans les pratiques de recours aux écrits et de leur contenu. La sensibilisation des professionnels à l'enregistrement des données concernant la conciliation

médicamenteuse - et, de manière plus générale, des informations nécessaires à une approche globale des personnes soignées – pourrait être incluse dans l'accompagnement des équipes à l'utilisation de ce nouvel outil.



3. Des organisations territoriales non superposables

Comme évoqué en introduction, les médecins généralistes et les autres professionnels de santé exerçant en soins de premier recours commencent à s'organiser en structures coordonnées au sein du secteur 59G11. Pour autant, les 2 CPTS ne couvrent pas les mêmes territoires que le CMP, et encore peu de maisons de santé pluriprofessionnelles y ont officiellement vu le jour. Six des huit communes qui font partie du secteur ne comptent par ailleurs aucune structure coordonnée à ce jour.

Or, les structures coordonnées telles que les CPTS et les MSP proposent la plupart du temps des activités spécifiques à la coordination, souvent assurées par des infirmières et, avec leur implantation sur le territoire, parfois des coordinateurs des trajectoires de santé. Cela permet de dégager du temps médical et d'optimiser les activités transversales dont la coordination avec les autres environnements de soins ou encore la participation aux projets territoriaux de santé. Le nombre d'interlocuteurs est ainsi réduit grâce à ces professionnels qui assurent le relai des informations, en sorte de ponts, spécialistes du lien, permettant une fluidification des échanges. En l'absence de professionnels dédiés, la coordination partant du CMP du 59G11 se ferait donc avec une multitude d'intervenants, regroupés ou non. De la même façon, les 2 CPTS, dont l'une a inscrit dans son projet de travailler à la coordination avec la psychiatrie de secteur (l'autre est en cours d'écriture), auront affaire dans ce cadre à 2 ou 3 secteurs de psychiatrie différents, tous faisant partie de l'EPSMAL, mais avec un fonctionnement propre, adapté aux besoins spécifiques des populations locales, sans professionnel attitré à la coordination des soins avec les acteurs de premier recours, en dehors des cadres de santé qui ont par ailleurs une charge de travail très conséquente.

En somme, cette multiplication d'intervenants, dans des environnements de soins qui peinent historiquement à communiquer et à échanger des informations pertinentes et suffisantes, pourrait être une entrave aux volontés d'améliorer la coordination. La réussite de l'implantation de la conciliation médicamenteuse et d'une collaboration interprofessionnelle efficiente entre psychiatrie de secteur et soins de premiers recours, nécessitera l'engagement des professionnels, mais également des institutions et des tutelles gouvernementales.

La création en cours du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), visant à être délimité géographiquement de façon superposable au 59G11, pourrait être un point de rencontres et d'échanges permettant d'impulser des projets communs entre professionnels de psychiatrie et de premier recours dans un cadre de démocratie en santé.

Enfin, l'utilisation d'outils numériques de partage d'informations, la création de lieux d'exercice commun ou de dispositifs dédiés sont recommandés afin de faciliter la collaboration entre médecins généralistes et psychiatrie de secteur (HAS 2018a).

4. Le numérique en santé : des perspectives de simplification des échanges sécurisés mais des outils méconnus et pas (encore ?) utilisés

Lors du recueil de données, les échanges de données de santé écrites par voie sécurisée ont été complexes. En effet, les médecins généralistes sont équipés de messageries électroniques sécurisées fournies par différents fournisseurs privés, qui ne sont pas toujours interopérables entre elles. Les infirmiers de l'EPSMAL ne sont pas munis de messagerie sécurisée par l'établissement, qui les a déployés à ce jour pour les médecins et les assistants médico-administratifs. Ainsi, les informations ont été échangées le plus souvent par téléphone, parfois par fax ou e-mail, ralentissant le processus et représentant un investissement conséquent en temps pour chacun des participants.

a) Des outils numériques pourraient favoriser les échanges d'informations entre psychiatrie de secteur et soins de premier recours.

La stratégie de transformation du système de santé, communément appelée « Ma Santé 2022 », présentée en 2018, contient un volet « Accélérer le virage numérique en santé » dont la feuille de route est disponible en ligne (Ministère des Solidarités et de la Santé 2019).

Les cinq grandes orientations de ce virage numérique sont les suivantes :

- *“Renforcer la gouvernance du numérique en santé*
- *Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé*
- *Accélérer le déploiement des services numériques socles*
- *Déployer au niveau national des plateformes numériques en santé*
- *Soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs”* (ANS [sans date])

De plus, les professionnels de santé libéraux et les établissements de soins ont depuis peu l'obligation de verser certains documents au DMP des personnes soignées (cf annexe 4)

Dans ce cadre, des outils sont mis à disposition de tous les professionnels intervenant dans le champ de la santé inscrits au RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le champ de la Santé), ainsi que des personnes soignées. Ils sont au minimum en cours de déploiement, et certains sont utilisables dès à présent. L'interopérabilité entre systèmes (c'est-à-dire la possibilité de s'envoyer des documents cryptés, donc sécurisés, depuis deux fournisseurs distincts par exemple) a déjà été améliorée et continue d'être optimisée. De

nombreux outils sont déployés, dont des services socles : messageries sécurisées (MSSanté), Dossier Médical Partagé (depuis 2018 mais dont l'usage généralisé n'est pas effectif), e-prescription et outils de coordination.

Très récents car en cours de déploiement depuis début 2022, mon Espace Santé et Prédice (cf annexes 5 et 6) représentent des possibilités d'ores et déjà accessibles pour améliorer la sécurité médicamenteuse des personnes soignées, dans des parcours de soins optimisés, avec des partages d'informations facilités entre professionnels intervenant autour d'une personne soignée.

b) Des outils numériques et des besoins en formation

L'accompagnement des établissements de santé au déploiement des outils numériques en santé est inscrit à la feuille de route stratégique d'accélération du virage numérique. Pour autant, les professionnels de terrain auront besoin de temps et d'accompagnement pour appréhender ces nouveaux outils et gagner du temps à leur utilisation. De plus, les personnes souffrant d'un trouble psychique pourraient être en difficulté pour utiliser ces services. En effet, la précarité plus fréquente dans cette population fait que ces personnes pourraient être victimes de fracture numérique. Ils ne disposent pas tous d'internet et, quand ils en disposent, certains ne parviennent pas à utiliser les services en ligne de façon efficace. Les accompagner en ce sens, par exemple en ajoutant un module sur le numérique en santé aux programmes d'Education Thérapeutique du Patient existants pourrait être un investissement en moyens techniques et humains à court terme, mais un gain précieux de qualité et de sécurité – donc de coûts – à moyen et long terme, remettant les personnes soignées au cœur de leurs soins et du partage d'informations avec les professionnels qui les accompagnent.

c) Des perspectives mais aussi des freins à l'amélioration de la coordination

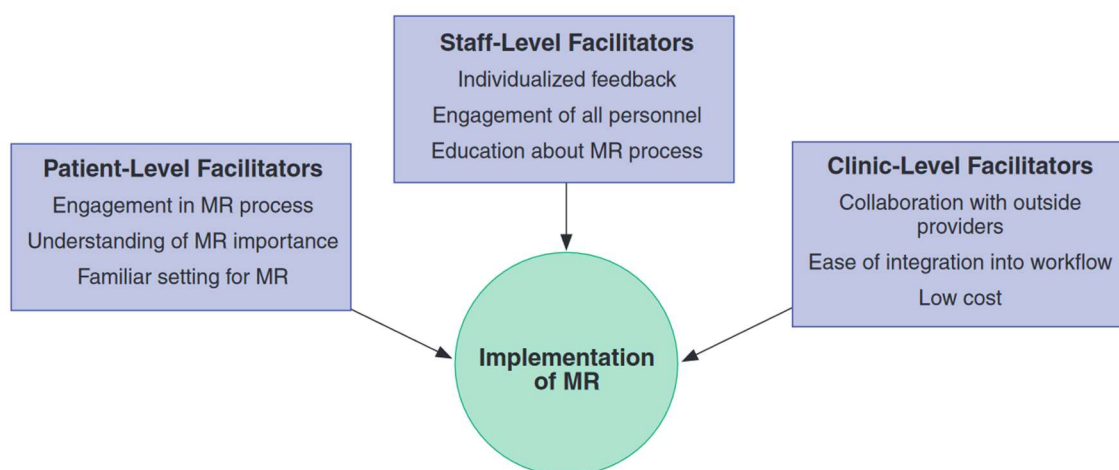
Habituellement, la conciliation médicamenteuse est portée par les pharmaciens. En psychiatrie ambulatoire, les pharmaciens d'officine se chargent de la délivrance des médicaments, mais les contacts avec les CMP sont rares. Dans la littérature, la bonne implantation de ces pratiques pourrait être facilitée par l'engagement de plusieurs professions, dont les infirmiers, les médecins et les pharmaciens (cf figure 19).

Actuellement, la démographie médicale est basse. La charge de travail des médecins généralistes comme celle des psychiatres exerçant en service public, pour des raisons différentes, ne cesse de s'alourdir, et leur démographie de diminuer. Aussi, déployer ces nouveaux outils, modifier les pratiques et communiquer davantage entre environnements de

soins, qui sont des démarches perçues comme chronophages, ne pourront être portées par eux seuls. Les équipes pluridisciplinaires dont nombre d'auxiliaires médicaux, pourraient représenter un moyen d'améliorer ces pratiques. Les infirmiers exerçant en CMP sont d'ailleurs coutumiers de la coordination des soins, se rendent au domicile des personnes et sont leur recours de proximité. Pour autant, la démographie des psychiatres s'amenuisant, les demandes de soins augmentant, leur charge de travail de fait est d'ores et déjà augmentée.

Ensuite, la littérature au sujet de la conciliation médicamenteuse montre qu'il s'agit d'une démarche difficile à implanter, car elle nécessite des actions à plusieurs niveaux, comme l'illustre la figure suivante :

Figure 19 : 3 types de facteurs qui permettent l'implantation de la conciliation médicamenteuse (McCarthy et al. 2016)



C'est bien à plusieurs niveaux que ces pratiques pourront évoluer, avec pour prérequis la volonté et l'engagement des professionnels, dans une collaboration interprofessionnelle coordonnée. Un nouvel acteur du système de soins pourrait contribuer à cela : l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA)

5. Rôle de l'IPA en psychiatrie et santé mentale dans l'amélioration de la sécurité médicamenteuse et la coordination entre psychiatrie de secteur et soins de premier recours.

Dans son champ de compétences, l'Infirmier en Pratique Avancée est habilité à évaluer l'état de santé des personnes dont le suivi lui est confié, à renouveler et/ou adapter des traitements médicamenteux. Il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de soins et à l'optimisation des parcours des personnes. Il a des missions d'éducation à la santé. Il exerce également un leadership clinique en favorisant l'analyse de pratiques professionnelles et en accompagnant les équipes infirmières vers des pratiques basées sur les preuves (Evidence Based Nursing, ou EBN) (Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'enseignement

supérieur, de la recherche et de l'innovation 2018). Il apparaît donc pertinent que l'IPA, en tant que nouveau professionnel prescripteur, contribue à la conciliation médicamenteuse, non seulement pour ajouter sa contribution à la sécurité médicamenteuse des personnes et améliorer la qualité des soins fournis par les équipes de terrain, mais aussi pour contribuer à la coordination des parcours de soins complexes des personnes suivies en CMP. L'accompagnement des professionnels à ces nouvelles pratiques pourrait être réalisé conjointement avec les cadres de santé, les médecins et les infirmiers au sein du CMP. Les missions de coordination de l'infirmier en pratique avancée pourraient par ailleurs lui permettre d'assurer un relai entre médecins généralistes de secteur et psychiatrie ambulatoire, fluidifiant la communication et le travail en réseau, et soutenant les professionnels impliqués dans cette démarche tels que les cadres de santé.

Enfin, des exemples de lieux de soins partagés ou de dispositifs de soins partagés existent sur le territoire national¹⁰, et favorisent le décloisonnement entre ces deux disciplines, qui communiquent peu, et souvent de façon non optimale quand elles y parviennent. L'émergence de la Pratique Avancée Infirmière en psychiatrie de secteur pourrait être une opportunité de soutenir et de développer ce type d'initiatives ailleurs sur le territoire, y compris au sein du secteur 59G11, sous forme de soins de support proposés au CMP par un médecin généraliste et un IPA, visant à soigner les personnes souffrant de troubles psychiques qui n'ont pas de médecin généraliste traitant, tout en gardant pour objectif de les accompagner vers des soins de droit commun. Les prises en soins seraient alors conjointes, et l'IPA pourrait assurer la coordination et le travail en réseau avec les médecins généralistes exerçant en premier recours, en leur permettant d'avoir un interlocuteur identifié, facile à interpeler, sorte de « pont » entre les environnements de soins. Enfin, l'oncologie est un environnement de soins où ce type de pratiques est déjà implanté et a montré son efficacité. L'approche par parcours dans cette discipline optimise les soins prodigués, balisant chaque étape, permettant à chacun – professionnel comme personne soignée – de se munir de repères clairs et objectifs quant au déroulement du processus de soins et, par extension, de rétablissement. Avec une meilleure graduation des soins permise par l'implantation des Infirmiers en Pratique Avancée dans le maillage territorial, un modèle inspiré de ceux utilisés en oncologie, ainsi que le décloisonnement et l'amélioration de la communication et de la coordination entre médecine générale et psychiatrie de secteur, peut-être cette-dernière, tout en conservant ses spécificités, pourrait-elle développer davantage de liens avec ses voisins ?

¹⁰ Par exemple : dispositif de soins partagés en psychiatrie à Toulouse, dispositif Co-RéSo à Lyon, Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Ile-de-France

CONCLUSION

Cette étude permet de confirmer que les traitements médicamenteux connus au CMP du 59G11 et ceux connus par le médecin généraliste traitant divergent souvent, et que les personnes suivies n'ont pas toujours de médecin généraliste traitant identifié dans les dossiers du CMP. La démarche de conciliation médicamenteuse adaptée aux spécificités de la psychiatrie ambulatoire de secteur pourrait contribuer à amoindrir la proportion de divergences. Cela améliorerait ainsi la sécurité médicamenteuse et la sécurité des soins proposés aux personnes.

De plus, l'analyse des résultats détaillés et la littérature permettent de supposer que les informations communiquées entre ces deux environnements de soins circulent mal dans les deux sens, entre des structures réparties sur des territoires non superposables, sur lesquels une multitude d'interlocuteurs est inégalement répartie.

Pour autant, la coordination des soins et l'amélioration de la communication entre psychiatrie de secteur et médecins généralistes traitants est une perspective qui semble attendue sur le territoire du secteur de psychiatrie adulte 59G11. La création d'un conseil local de santé mentale intercommunal superposable à ce secteur de psychiatrie adulte pourra en outre représenter un lieu d'échange et d'élaboration de projets communs. De même, des outils numériques communs, en l'occurrence ceux mis à disposition par l'Etat à destination des personnes soignées et des professionnels de santé qui les accompagnent, pourraient favoriser l'efficacité de ces échanges, à condition d'accompagner le déploiement de ces outils, auprès des professionnels comme des personnes soignées.

Enfin, l'implantation d'infirmiers en pratique avancée en psychiatrie de secteur, au regard des compétences et activités qui peuvent leur être confiées, représente une opportunité pour le soutien de l'amélioration de la coordination entre psychiatrie de secteur et soins de premier recours, dont le déploiement du processus de conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie, la participation à l'élaboration de parcours de soins coordonnés, ou encore la création de dispositifs de soins somatiques au CMP.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

FIGURE 1: COMMUNES DE 10 000 HABITANTS ET PLUS DU TERRITOIRE DE DEMOCRATIE SANITAIRE METROPOLE-FLANDRES. SOURCE : F2RSM PSY : DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE EN SANTE MENTALE DE METROPOLE FLANDRES	2
FIGURE 2 : PERIMETRE DES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTE MENTALE	3
FIGURE 3 : COMPOSITION COMMUNALE ET NOMBRE D'HABITANTS DU 59G11	5
FIGURE 4: LES 6 TERRITOIRES DE DEMOCRATIE SANITAIRE DES HAUTS DE FRANCE. SOURCE : ARS HAUTS DE FRANCE	6
FIGURE 5 : TAUX DE MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT AU SEIN DU 59G11 POUR 10 000 HABITANTS (2021)	8
FIGURE 6 : ACCESSIBILITE POTENTIELLE LOCALISEE AUX MEDECINS GENERALISTES AU SEIN DU 59G11.....	8
FIGURE 7 : 59G11 : DES SOINS DE PREMIER RECOURS QUI DEVELOPPENT DES FORMES D'EXERCICE COORDONNE.....	10
FIGURE 8 : DIFFICULTES RENCONTREES DANS LE PARTAGE D'INFORMATIONS ENTRE PSYCHIATRES ET MEDECINS GENERALISTES	14
FIGURE 9 : LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE RETROACTIVE. SOURCE : HAS 2018	16
FIGURE 10 : PROCESSUS DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE AMBULATOIRE EN PSYCHIATRIE UTILISE POUR L'ETUDE.....	20
FIGURE 11 : DIAGRAMME DE FLUX DE RECRUTEMENT DE LA POPULATION ETUDIEE	22
FIGURE 12 : DIVERGENCES ENTRE LES MEDICAMENTS CONNUS AU CMP ET CEUX DU MEDECIN GENERALISTE.....	24
FIGURE 13 : DIVERGENCES SELON LE TYPE DE MEDICAMENT	24
FIGURE 14 : DIVERGENCES PAR MANQUE D'AU MOINS UN MEDICAMENT CHEZ LE MG	25
FIGURE 15 : DIVERGENCES DE POSOLOGIE.....	25
FIGURE 16 : DIVERGENCES PAR AJOUT D'AU MOINS UN MEDICAMENT CHEZ LE MG.....	25
FIGURE 17 : PROPORTION DE PERSONNES CONCERNEES PAR AU MOINS UNE DIVERGENCE EN FONCTION DU TYPE DE DIVERGENCE RECHERCHE	26
FIGURE 18 : POUR RAPPEL - STRUCTURES DE SOINS DE PREMIER RECOURS COORDONNES ET SECTEUR 59G11	33
FIGURE 19 : 3 TYPES DE FACTEURS QUI PERMETTENT L'IMPLANTATION DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE (MCCARTHY ET AL. 2016)	37

Tableaux

TABEAU 1 : 59G11 : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	5
TABEAU 2 : REPARTITION PAR AGE DE LA POPULATION DU SECTEUR	6
TABEAU 3: ACTIVITE DU SECTEUR 59G11	6
TABEAU 4 : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON TOTAL.....	22
TABEAU 5 : NOMBRE DE PERSONNES PAR DIAGNOSTICS PRINCIPAUX (N - %) - CIM 10.....	23
TABEAU 6 : ANALYSES UNIVARIEES - PRISES EN SOINS DES 33 PERSONNES POUR LESQUELLES LE RECUEIL DE DONNEES A PU ETRE COMPLETE	23
TABEAU 7 : ANALYSES UNIVARIEES CONCERNANT LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE ENTRE CMP ET MEDECINS GENERALISTES....	28

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	A
AVERTISSEMENT	D
SOMMAIRE	E
GLOSSAIRE	F
INTRODUCTION GENERALE	G
PARTIE I - INTRODUCTION	1
I. PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET MEDECINE GENERALE EN SOINS DE PREMIER RECOURS : DES ENVIRONNEMENTS DE SOINS DIFFERENTS AUX ORGANISATIONS DISTINCTES.....	1
1. <i>Psychiatrie de secteur</i>	1
2. <i>Démocratie sanitaire, Projet Territorial de Santé Mentale et Conseils locaux de Santé Mentale</i>	1
3. <i>Médecine générale en soins de premier recours</i>	6
II. SANTÉ GLOBALE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES ET DIMINUTION DE LEUR ESPERANCE DE VIE : HYPOTHESES ACTUELLES.....	11
1. <i>Troubles psychiques et médecine générale</i>	11
2. <i>Des facteurs de risques individuels plus nombreux lorsque l'on souffre d'un trouble psychique</i>	12
3. <i>Accès et recours aux soins par les personnes souffrant de troubles psychiques : des situations complexes entravant l'optimisation des soins</i>	12
4. <i>Coordination et communication entre psychiatrie de secteur et soins de premiers recours : des difficultés à plusieurs niveaux et un parcours de soins fragmenté</i>	13
III. CONCILIATION MEDICAMENTEUSE AMBULATOIRE EN PSYCHIATRIE ET COORDINATION ENTRE MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR.....	14
1. <i>Coordination entre médecine générale et psychiatrie : engagement, obligation et recommandations</i> 14	
2. <i>La conciliation médicamenteuse : stratégie d'amélioration de la sécurité médicamenteuse... et une occasion de communiquer entre professionnels de santé d'environnements distincts</i>	15
IV. HYPOTHESES, OBJECTIFS ET CRITERES D'EVALUATION	17
PARTIE II - METHODE :	18
I. RECRUTEMENT : INCLUSION ET EXCLUSION DES SUJETS	18
II. DONNEES RECUEILLIES	19
PARTIE III - RESULTATS	22
III. POPULATION ETUDIEE	22
IV. CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	24

1.	<i>Des divergences qui concernent les deux types de médicaments</i>	24
2.	<i>Les types de divergences</i>	25
PARTIE IV -	DISCUSSION	29
V.	ANALYSE CRITIQUE DES RESULTATS	29
1.	<i>Une proportion de divergences importante mais à nuancer</i>	29
2.	<i>L'identification des médecins généralistes traitants dans les dossiers de soins au CMP : une question de pratiques ?</i>	29
3.	<i>Les informations circulent mal dans les deux sens</i>	30
VI.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	31
1.	<i>Forces</i>	31
2.	<i>Limites</i>	32
VII.	PERSPECTIVES : AMELIORER LA COORDINATION DES SOINS ENTRE CMP ET MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT EN SOINS DE PREMIER RECOURS A VILLENEUVE D'ASCQ POUR AMELIORER LA SECURITE MEDICAMENTEUSE ET LA SANTE GLOBALE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES.	32
1.	<i>Une collaboration interprofessionnelle coordonnée attendue par les généralistes du secteur de psychiatrie adulte 59G11</i>	32
2.	<i>Des pratiques et des outils perfectibles pour une meilleure traçabilité des données de santé au CMP</i>	33
3.	<i>Des organisations territoriales non superposables</i>	34
4.	<i>Le numérique en santé : des perspectives de simplification des échanges sécurisés mais des outils méconnus et pas (encore ?) utilisés</i>	35
5.	<i>Rôle de l'IPA en psychiatrie et santé mentale dans l'amélioration de la sécurité médicamenteuse et la coordination entre psychiatrie de secteur et soins de premier recours</i>	37
CONCLUSION		I
TABLE DES ILLUSTRATIONS		J
TABLE DES MATIERES		K
ANNEXES		M
ANNEXE 1 :	LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE	- 1 -
ANNEXE 2 :	FICHE DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE A L'ADMISSION - EPSMAL	- 2 -
ANNEXE 3 :	ANALYSES UNIVARIEES PORTANT SUR LA POPULATION TOTALE (N=112)	- 4 -
ANNEXE 4 :	LISTE DES DOCUMENTS SOUMIS A L'OBLIGATION D'ALIMENTATION DU DMP	- 6 -
ANNEXE 5 :	MON ESPACE SANTE.	- 7 -
ANNEXE 6 :	PREDICE : UN OUTIL NUMERIQUE AU SERVICE DE LA E-SANTE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE	- 9 -
BIBLIOGRAPHIE		N

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE	1 -
ANNEXE 2 : FICHE DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE A L'ADMISSION - EPSMAL	2 -
ANNEXE 3 : ANALYSES UNIVARIEES PORTANT SUR LA POPULATION TOTALE (N=112).....	4 -
ANNEXE 4 : LISTE DES DOCUMENTS SOUMIS A L'OBLIGATION D'ALIMENTATION DU DMP	6 -
ANNEXE 5 : MON ESPACE SANTE.	7 -
ANNEXE 6 : PREDICE : UN OUTIL NUMERIQUE AU SERVICE DE LA E-SANTE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE.....	9 -

Annexe 1 : Les secteurs de psychiatrie adulte dans les Hauts-de-France



211, rue du Général Leclerc
59350 Saint-André-Lez-Lille (France)

+33(0)3 20 44 10 34

contact@f2rsmpsy.fr

F2RSM Psy

www.f2rsmpsy.fr

Annexe 2 : Fiche de conciliation médicamenteuse à l'admission - EPSMAL

 Service : Date d'admission : Date de conciliation : Sexe : M / F NOM : Prénom : Date de naissance : ... / ... / ... Age : Allergies : Médecin traitant (nom/adresse/téléphone) : Pharmacien d'officine (nom/adresse/téléphone) : Autre(s) professionnel(s) de santé (nom/adresse/téléphone) :	Sources d'informations consultées : ☐ Médecin traitant ☐ Pharmacien officine ☐ Ordonnances du patient ☐ Patient et/ou famille ☐ Médicaments rapportés par le patient ☐ Dossier d'hospitalisation antérieure ☐ Médecin spécialiste ☐ Autres :	<u>Conciliation :</u> ☐ Conforme ☐ Non conforme	<u>FEIEM :</u> ☐ Oui ☐ Non	<u>Enregistrement sur Excel :</u> ☐ Oui ☐ Non	<u>Signature :</u>
--	---	--	---	--	--

[illegible]

(1) Statut : Alouté, ARRêté, SUBstitué, Poursuivi, Modifié, SUSpendu, Non Documenté

Annexe 3 : Analyses univariées portant sur la population totale (n=112)

Analyses univariées

	N	112
Données sociodémographiques		
Sexe, n (%)		
	Homme	45 (40.2)
	Femme	67 (59.8)
Age, moy (sd)		41.0 (15.7)
Antécédent d'hospitalisation à l'EPSM AL, n (%)		
	Oui	56 (50.0)
	Non	56 (50.0)
Prise en soins		
Conciliation médicamenteuse antérieure, n (%)		
	Oui	22 (19.6)
	Non	61 (54.5)
	NA	29 (25.9)
Date de la dernière conciliation médicamenteuse, n (%)		
<i>Pour les 22 personnes concernés</i>		
	En 2022	5 (22.7)
	En 2021	8 (36.4)
	En 2020	7 (31.8)
	En 2019	1 (4.5)
	NA	1 (4.5)
Diagnostic principal, n (%)		
	F2 Schizophrénie	21 (18.8)
	F3 Troubles de l'humeur	16 (14.3)
	F4 Troubles névrotiques	16 (14.3)
	F6 Troubles de la personnalité	10 (8.9)
	F71 Retard mental	1 (0.9)
	F84 Troubles envahissants du développement	2 (1.8)
	R44 Hallucinations	2 (1.8)
	R45 Symptômes liés à l'humeur	17 (15.2)
	R46 Symptômes liés à l'apparence et au comportement	2 (1.8)
	Z55_Z65 Conditions socioéconomiques et psychosociales menaçant la santé du sujet	5 (4.5)
	Autres	5 (4.5)
	NA	15 (13.4)
Fréquence des rendez-vous avec le psychiatre, n (%)		
	1er RDV	7 (6.2)
	Très fréquent	18 (16.1)
	Fréquent	28 (25.0)
	Régulier	32 (28.6)
	Occasionnel	5 (4.5)
	Irrégulier	17 (15.2)
	Reprise suivi	5 (4.5)
Personnes ayant un IDE référent, n (%)		
	Oui	48 (42.9)

Non	61 (54.5)
Début de suivi	3 (2.7)

Fréquence des consultations avec IDE référent, n (%)

Pour les 48 personnes ayant un IDE référent

Très fréquent	2 (4.2)
Fréquent	5 (10.4)
Régulier	30 (62.5)
Occasionnel	1 (2.1)
Irrégulier	10 (20.8)

Médecin généraliste identifié dans le dossier du CMP, n (%)

Oui	93 (83.0)
Non	19 (17.0)

Nombre de médicaments connus dans le dossier du CMP, moy (sd)

Min : 0 , Max : 10

2.4 (1.9)

Conciliation médicamenteuse CMP/Médecin généraliste

Médecin généraliste contacté pour effectuer la conciliation, n (%)

Oui	33 (29.5)
Non	77 (68.8)
NA	2 (1.8)

Pharmacie contactée pour effectuer la conciliation, n (%)*

OUI	20 (17.9)
NON	92 (82.1)

* données non exploitées par impossibilité d'identifier les pharmacies d'officine habituelles des personnes

Annexe 4 : Liste des documents soumis à l'obligation d'alimentation du DMP

I. – Liste des documents soumis à l'obligation d'alimentation du dossier médical partagé (DMP) et d'envoi par messagerie sécurisée au titre de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique

Liste des documents devant être reportés dans le DMP et envoyés par Messagerie sécurisée aux autres professionnels et au patient	Versement au DMP	Envoi par messagerie sécurisée aux autres professionnels (*)	Envoi par messagerie sécurisée au patient	Date d'entrée en vigueur de l'obligation
Le compte rendu des examens de biologie médicale mentionné à l'article R. 6211-4 du code de la santé publique (hors compte rendu produit dans le cadre d'un séjour hospitalier)	X	X	X	31 décembre 2022
Le compte rendu des examens radio-diagnostiques (hors compte rendu produit dans le cadre d'un séjour hospitalier)	X	X	X	31 décembre 2022
La prescription de produits de santé (hors prescription soumise à entente préalable ou produite dans le cadre d'un séjour hospitalier)	X	X (*)	X	31 décembre 2022
Le compte rendu opératoire	X	X	X	31 décembre 2023
La prescription d'examen de biologie médicale (pour les actes ayant vocation à être pratiqués hors séjour hospitalier)	X	X (*)	X	31 décembre 2023
La demande d'examen de radiologie (pour les actes ayant vocation à être pratiqués hors séjour hospitalier)	X	X (*)	X	31 décembre 2023
Les autres certificats et déclarations mentionnés à l'article R. 4127-76 du CSP	X	X	X	31 décembre 2023
Les lettres et courriers adressés à un professionnel de santé (hors séjour hospitalier)	X	X	X	31 décembre 2023

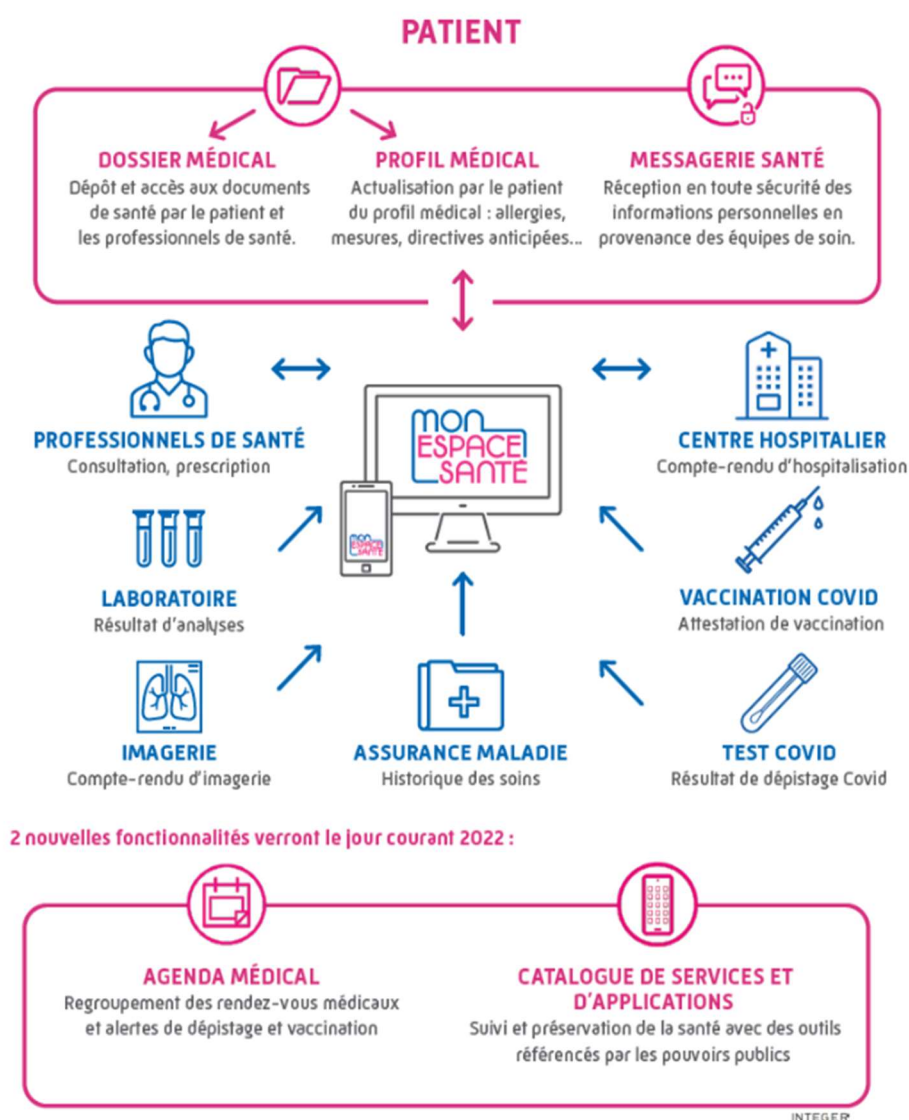
(*) Dans le respect des dispositions de l'article R. 4127-6 du code de la santé publique.

II. – Rappel des documents déjà soumis à obligation de versement au DMP ou d'envoi par messagerie sécurisée

Documents	Versement au DMP	Envoi par messagerie sécurisée aux autres professionnels	Envoi par messagerie sécurisée au patient
Lettre de liaison en vue d'une hospitalisation, lorsqu'elle est dématérialisée (Article L. 1112-1 du code de la santé publique)	X	X	X
Lettre de liaison de sortie d'hospitalisation (Article L. 1112-1 du code de la santé publique)	X	X	X
Les documents de sortie d'hospitalisation (résumé) (Article L. 1111-15 du code de la santé publique)	X		
Le compte rendu des examens de biologie médicale (Article R. 6211-4 du code de la santé publique)	X	X	
Le volet de synthèse médicale réalisé par le médecin traitant au moins une fois par an (Article L. 1111-15 du code de la santé publique)	X		

Nota. – Les documents listés dans la présente annexe, lorsqu'ils ont été produits dans le cadre d'épisodes de santé antérieurs, peuvent être reportés dans le dossier médical partagé du patient lorsqu'il existe. Ce versement peut être effectué à l'occasion d'un nouvel épisode de santé ou non, et de manière manuelle ou automatisée.

Annexe 5 : Mon Espace Santé.



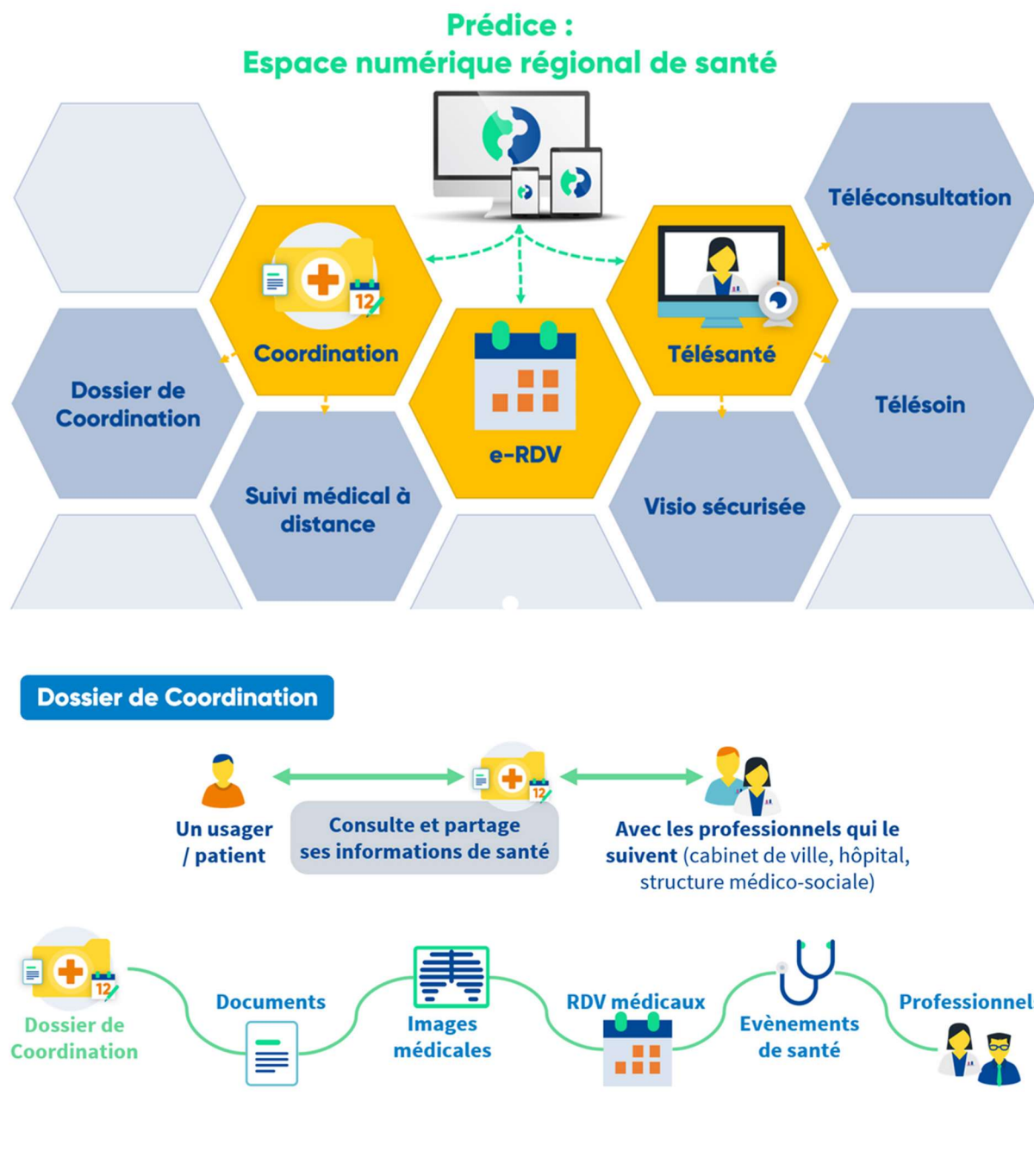
Source : CNAM. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante>

Mon Espace Santé, déployé depuis début 2022, est ouvert pour toute la population du territoire français sur un principe de non-opposition. Chacun peut accéder à cette plateforme numérique grâce à son n° Identifiant National de Santé (INS) et peut autoriser tout ou partie des professionnels de santé qu'il rencontre à y accéder. Cette plateforme numérique intègre le Dossier Médical Partagé auquel les médecins libéraux et établissements de santé sont tenus de verser certains documents (Ministère des Solidarités et de la Santé 2022). L'assurance maladie y verse l'historique des dépenses de santé (soins, médicaments, etc...).

Il représente un moyen de centraliser les documents et informations de santé mis à la disposition de chaque personne, dans un espace sécurisé. Ainsi, avec l'accord de la personne soignée, un

professionnel de santé pourra consulter les informations de son profil médical (antécédents, médicaments actuels, derniers examens paracliniques par exemple), ce qui pourrait avoir un impact significatif sur la sécurité des soins. En effet, chaque professionnel pourrait aller rechercher les informations nécessaires et pertinentes directement dans cet espace, sans risque d'omission par le professionnel adresseur qui, lui, gagnerait du temps administratif de copie d'informations dont il dispose. Les comptes rendus et autres documents peuvent par ailleurs être adressés aux personnes soignées sur leur messagerie sécurisée incluses dans cette plateforme, également disponible sous forme d'application mobile (ANS 2022).

Annexe 6 : Prédice : un outil numérique au service de la e-santé dans les Hauts-de-France



Cet espace numérique de santé, mis à disposition à l'échelle des Hauts-de-France, est inscrit au Plan Régional de Santé. Il est à disposition des personnes soignées, des professionnels de santé et des établissements de santé (et, à terme, des établissements médico-sociaux et sociaux qui interviennent auprès des personnes soignées.). Cet espace de santé numérique, complémentaire au Dossier Médical Partagé, nécessite le consentement éclairé des usagers, qui peuvent ouvrir leur espace personnel dès à présent. Plusieurs modules sont disponibles pour les professionnels

de santé, qui proposent diverses fonctionnalités, dont des services de télésanté (téléconsultation, télésoin, téléexpertise) ou encore de mise en relation (e-rdv et agenda virtuel).

Le module de coordination donne accès à de nombreux services de communication entre professionnels, et pourrait permettre la dématérialisation de documents, disponibles à tout moment, comme c'est le cas avec Mon Espace Santé. Les services supplémentaires du module de coordination concernent la communication qui serait facilitée par cet outil (Sant& Numérique Hauts-de-France 2020), par la possibilité d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires en visio, la mise à disposition d'une messagerie instantanée, le partage de compte rendus, d'imageries, ou encore la création de parcours de soins, le tout, dans un environnement de numérique sécurisé et mis à disposition gratuitement. Chaque personne soignée peut alors autoriser, de façon temporaire ou définitive, tout ou partie des professionnels de santé qu'elle rencontre, à intégrer son équipe de coordination virtuelle grâce à ces outils numériques.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANO, Marie E., BOSTWICK, Jolene R., WARD, Kristen M., FLUENT, Thomas et CHOE, Hae Mi, 2018. Discrepancies Identified Through a Telephone-Based, Student-Led Initiative for Medication Reconciliation in Ambulatory Psychiatry. *Journal of Pharmacy Practice*. 1 juin 2018. Vol. 31, n° 3, pp. 304-311. DOI 10.1177/0897190017715391.
- ANS, [sans date]. Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé ». [en ligne]. [Consulté le 5 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://esante.gouv.fr/virage-numerique/feuille-de-route>
- ANS, 2022. Mon espace santé. *esante.gouv.fr* [en ligne]. 2022. [Consulté le 5 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/mon-espace-sante>
- ARS HAUTS DE FRANCE, 2018. *Schéma Régional de Santé 2018-2023. Projet Régional de Santé* [en ligne]. 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/29125/download?inline>
- ARS HAUTS DE FRANCE, 2020. *Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) - Arrondissement de Lille* [en ligne]. décembre 2020. Disponible à l'adresse : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjUzJO5z4X4AhVRxIUKHTYdB6sQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.hauts-de-france.ars.sante.fr%2Fmedia%2F76385%2Fdownload%3Finline&usg=AOvVaw0YzVmU4ddMycryGJdH7-7Y>
- AUBRIET, Sabrina et FAU, Léa, 2021. Santé mentale et santé globale : pour une vision commune, une approche de la complexité. *L'information psychiatrique*. 19 août 2021. Vol. 97, n° 6, pp. 491-496.
- BATTY, G David, HAMER, Mark et DER, Geoff, 2012. Does somatic illness explain the association between common mental disorder and elevated mortality? Findings from extended follow-up of study members in the UK Health and Lifestyle Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-). 2012. Vol. 66, n° 7, pp. 647-649.
- BOCK, Matthew, 2018. Medication Reconciliation in an Ambulatory Care Community Mental Health Practice. *Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects* [en ligne]. 1 janvier 2018. Disponible à l'adresse : https://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/161
- BOHN, Irène, DENIS, UFR et GUEGAN, Michèle, 2007. Patients psychiatriques ambulatoires - Quelle coordination des soins? . 2007. pp. 4.
- CARLI, Marco, KOLACHALAM, Shivakumar, LONGONI, Biancamaria, PINTAUDI, Anna, BALDINI, Marco, ARINGHERI, Stefano, FASCIANI, Irene, ANNIBALE, Paolo, MAGGIO, Roberto et SCARSELLI, Marco, 2021. Atypical Antipsychotics and Metabolic Syndrome: From Molecular Mechanisms to Clinical Differences. *Pharmaceuticals*. mars 2021. Vol. 14, n° 3, pp. 238. DOI 10.3390/ph14030238.

- CHARREL, Claire-Lise, PLANCKE, Laurent, GENIN, Michaël, DEFROMONT, Laurent, DUCROCQ, François, VAIVA, Guillaume et DANIEL, Thierry, 2015. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the North of France. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1 février 2015. Vol. 50, n° 2, pp. 269-277. DOI 10.1007/s00127-014-0913-1.
- CNIL, 2018. *Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004)* [en ligne]. 13 juillet 2018. NOR : CNIL1818709X / JORF n°0160 du 13 juillet 2018. [Consulté le 11 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187498>
- CNOM, 2021. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques. [en ligne]. 1 janvier 2021. [Consulté le 1 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://demographie.medecin.fr/#view=map8&c=indicator>
- CNP-CME et CMG, 2014. *Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de Secteur* [en ligne]. 2014. [Consulté le 12 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11417.pdf>
- COHEN, Ina Berman, HALKOUM, Radia et FAU, Léa, 2021. La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres – Inexistante ? *L'information psychiatrique*. 19 août 2021. Vol. 97, n° 6, pp. 481-489.
- COLDEFY, Magali et GANDRÉ, Coralie, 2018. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé* [en ligne]. septembre 2018. N° 237. [Consulté le 11 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf> IRDES
- COLDEFY, Magali et GANDRÉ, Coralie, 2020. *Atlas de la santé mentale en France*. Paris : IRDES. Série atlas - IRDES. ISBN 978-2-87812-523-8. 900
- CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ DE MÉTROPOLE FLANDRES, 2017. *Priorités de santé du Territoire de Démocratie Sanitaire de Métropole-Flandres. Diagnostic partagé du conseil territorial de Santé* [en ligne]. décembre 2017. [Consulté le 6 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/22451/download?inline>
- DGS, 2016. N°DGS/SP4/CGET/2016/289 : *Consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville*. [en ligne]. INSTRUCTION. France. [Consulté le 6 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41379>
- DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ARS HAUTS DE FRANCE, Benoît, 2021. *Arrêté portant approbation du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale de l'arrondissement de Lille* [en ligne]. 27 avril 2021. [Consulté le 1 juin 2022].

Disponible à l'adresse : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/76384/download?inline>

- DREES, [sans date]. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). [en ligne]. [Consulté le 1 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>
- DREES, 2021. Fiche 15 - Les patients suivis en psychiatrie. In : *Les établissements de santé* [en ligne]. Panorama. France : DREES. pp. 92-96. Panoramas de le DREES Santé. [Consulté le 31 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>
- DUPAYS, Stéphanie et EMMANUELLI, Dr Julien, 2020. N°2019-090R : *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient* [en ligne]. IGAS. [Consulté le 26 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-090r.pdf>
- FAU, Léa, AMPLE, Bernadette Gelas et MEUNIER, Françoise Pillot, 2017. Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? *L'information psychiatrique*. 2 mars 2017. Vol. 93, n° 2, pp. 107-110.
- FFP et CNPP, 2015. *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique* [en ligne]. juin 2015. Fédération Française de psychiatrie - Conseil National Professionnel de Psychiatrie. [Consulté le 18 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11720.pdf>
- FOSSO, Kengne, 2021. *Medication Reconciliation Education in an Outpatient Mental Health Clinic - ProQuest* [en ligne]. Arizona - USA. [Consulté le 3 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.proquest.com/openview/592767937e70affd87a1a26510de8a64/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- GALLAIS, Jean-Luc, 2014. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014. Vol. 90, n° 5, pp. 323-329.
- GANDRÉ, Coralie et COLDEFY, Magali, 2020. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. *Questions d'économie de la santé*. septembre 2020. N° 250, pp. 8. IRDES
- GOLDBLOOM, D. S. et KURDYAK, P., 2007. Mental illness and cardiovascular mortality: searching for the links. *Canadian Medical Association Journal*. 13 mars 2007. Vol. 176, n° 6, pp. 787-788. DOI 10.1503/cmaj.070065.
- HARDY-BAYLÉ, Marie-Christine et YOUNÈS, Nadia, 2014. How to Improve Co-operation between General Practitioners and Psychiatrists? *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014. Vol. 90, n° 5, pp. 359-371.
- HAS, 2015. *Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation - Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf*

établissements de santé français [en ligne]. septembre 2015. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf

HAS, 2018a. *Guide - Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux -État des lieux, repères et outils pour une amélioration* [en ligne]. septembre 2018. [Consulté le 26 mars 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876272/fr/guide-coordination-entre-medecin-generaliste-et-acteurs-de-la-psychiatrie

HAS, 2018b. Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs. *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. 2018. [Consulté le 13 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974294/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs

HAS, 2018c. *Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins* [en ligne]. février 2018. [Consulté le 5 janvier 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf

HAS, 2021. *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins* [en ligne]. septembre 2021. [Consulté le 28 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf

HJORTHØJ, Carsten, STÜRUP, Anne E., MCGRATH, John et NORDENTOFT, Merete, 2017. SA57. Life Expectancy and Years of Potential Life Lost in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*. mars 2017. Vol. 43, n° Suppl 1, pp. S133-S134. DOI 10.1093/schbul/sbx023.056.

MARTIN, Ronald, CLONINGER, Robert, GUZE, Samuel et CLAYTON, Paula, 1985. Mortality in a Follow-up of 500 Psychiatric Outpatients. *Archives of general psychiatry*. 1 février 1985. Vol. 42, pp. 47-54. DOI 10.1001/archpsyc.1985.01790240049005.

MCCARTHY, Lisa, SU, Xinru (Wendy), CROWN, Natalie, TURPLE, Jennifer, BROWN, Thomas E. R., WALSH, Kate, JOHN, Jessica et ROCHON, Paula, 2016. Medication reconciliation interventions in ambulatory care: A scoping review. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 15 novembre 2016. Vol. 73, n° 22, pp. 1845-1857. DOI 10.2146/ajhp150916.

MERCIER, A., KERHUEL, N., STALNIKIEWITZ, B., AULANIER, S., BOULNOIS, C., BECRET, F. et CZERNICHOW, P., 2010. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 1 juin 2010. Vol. 36, pp. D73-D82. DOI 10.1016/j.encep.2009.04.002.

- MICHEL, P., MOSNIER, A., KRET, M., CHANELIÈRE, M., KERIEL-GASCOU, M. et BRAMI, J., 2014. Incidence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale : l'étude ESPRIT 2013. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 septembre 2014. Vol. 62, pp. S178-S179. DOI 10.1016/j.respe.2014.06.025.
- MILLERET, Gérard, BENRADIA, Imane, GUICHERD, William et ROELANDT, Jean-Luc, 2014. Etats des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014. Vol. 90, n° 5, pp. 311-317.
- MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, 2004. *Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales* [en ligne]. 16 janvier 2004. [Consulté le 16 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000781658>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 2009. *Parcours de soins coordonnés* [en ligne]. 15 septembre 2009. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2016. *Décret relatif aux lettres de liaison*. 20 juillet 2016. 2016-995.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2019. *Feuille de route stratégique du numérique en santé* [en ligne]. mai 2019. Dossier d'information - Accélérer le virage numérique. [Consulté le 22 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Dossier_virage_numerique_masante2022.pdf
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2022. Les centres de santé. *solidarites-sante.gouv.fr* [en ligne]. 3 mars 2022. [Consulté le 31 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2022. *Arrêté fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'Article L.1111-15 du CSP* [en ligne]. 26 avril 2022. [Consulté le 5 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045726627>
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ et MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018. *Arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée* [en ligne]. 18 juillet 2018. [Consulté le 2 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218463/>
- OMS, 2013. *The high 5s project interim report* [en ligne]. [Consulté le 28 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241507257> ISBN : 9789241507257

- OMS, 2019. *Sécurité des patients Action mondiale pour la sécurité des patients* [en ligne]. 2019. [Consulté le 9 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328698/A72_26-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y SOIXANTE-DOUZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ: A72/26 Point 12.5 de l'ordre du jour provisoire
- PLANCKE, Laurent, CADOU, Marie-Noëlle et AMAREI, Alina, 2018. *Diagnostic territorial partagé en santé mentale de Métropole-Flandres* [en ligne]. juin 2018. F2RSM Psy. Disponible à l'adresse : https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=005960935801512068595:a0w3ir2ixg8&q=https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18130.pdf&sa=U&ved=2ahUKewj_6YLVjof4AhXJQkEAHenODCUQFnoECAEQQAQ&usg=AOvVaw0sdBFILV6Uq-fNVInQwE1N
- PREMIER MINISTRE et MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2017. *Décret relatif au projet territorial de santé mentale* [en ligne]. 27 juillet 2017. Décret n° 2017-1200. [Consulté le 29 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389>
- PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2009. *Article L1411-11 du code de la santé publique* [en ligne]. 2009. [Consulté le 29 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722
- PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2009. *Article L4130-1 du code de la santé publique* [en ligne]. 21 juillet 2009. [Consulté le 30 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
- PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016. *Article L3221-2 du code de la santé publique* [en ligne]. 26 janvier 2016. [Consulté le 29 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928497/2022-05-29/
- PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016. *Article L1411-11-1 du code de la santé publique* [en ligne]. 26 janvier 2016. [Consulté le 30 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353?init=true&page=1&query=L1411-11-1&searchField=ALL&tab_selection=all
- PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016. *Article L6323-3 du Code de la santé publique* [en ligne]. 2016. [Consulté le 30 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477/
- PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016. *Article L6323-1 du Code de la santé publique* [en ligne]. 26 janvier 2016. [Consulté le 31 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896
- PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2016. *Loi de modernisation de notre système de santé* [en ligne]. 26 janvier 2016. LOI n° 2016-41. [Consulté le 29 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031916510/2016-01-28

- ROBILIARD, Denys, 2013. 1662 : *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement* [en ligne]. Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris : Commission des affaires sociales. [Consulté le 20 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp#P1241_135927
- SANT& NUMÉRIQUE HAUTS-DE-FRANCE, 2020. *Le dossier de coordination Prédice. Fiche pratique Professionnels* [en ligne]. 2020. ARS Hauts de France. [Consulté le 1 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.predice.fr/portail-pro/media-files/317/predice-dc_fiche-pratique-pro.pdf
- SARAVANE, Djea, 2017. Les recommandations somatiques. . Congrès ANP3SM. Paris - Cité universitaire. 21 juin 2017.
- VERGIER, CHAPUT, Hélène et LEFEBVRE-HOANG, Ingrid, 2017. *Déserts médicaux : comment les définir? Comment les mesurer?* [en ligne]. mai 2017. DREES. [Consulté le 10 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
- VIAUD, Anne-Cécile et VELLY, Damien, 2016. *ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE : INSATISFACTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES* [en ligne]. France : Angers. Disponible à l'adresse : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106647/2016MCEM6780/fichier/6780F.pdf>
- YOUNES, Nadia, GASQUET, Isabelle, GAUDEBOUT, Pierre, CHAILLET, Marie-Pierre, KOVESS, Viviane, FALISSARD, Bruno et HARDY BAYLE, Marie-Christine, 2005. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*. 2 mai 2005. Vol. 6, pp. 18. DOI 10.1186/1471-2296-6-18.

AUTEURE : NOM : ACOULON

Prénom : Gwladys

30 juin 2022

La conciliation médicamenteuse ambulatoire au 59G11 : une opportunité pour améliorer la collaboration entre psychiatrie et soins de premier recours ?

Mots-clés libres : sécurité médicamenteuse ; coordination ; psychiatrie ambulatoire ; médecine générale

Résumé :

Objectifs : Quantifier la proportion de divergences entre médicaments connus en psychiatrie ambulatoire du secteur 59G11 (centre médico-psychologique - CMP) et ceux connus par le médecin généraliste traitant / Vérifier que l'identité du médecin généraliste traitant est inscrite au dossier de soins des personnes suivies au CMP.

Méthode : Etude exploratoire descriptive rétrospective monocentrique de 2022 sur 33 personnes suivies. Comparaison des listes de traitements médicamenteux connus au CMP et par le médecin généraliste traitant dans une démarche de conciliation médicamenteuse.

Résultats : 84,8% de divergences totales ; 85,7% des personnes ont au moins une divergence parmi leurs médicaments psychotropes, 78,6% parmi leurs médicaments somatiques ; 18,8% des personnes n'ont pas de médecin généraliste identifié au CMP.

Conclusion : la conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie peut améliorer la sécurité médicamenteuse des personnes et créer une opportunité pour l'amélioration de la communication et de la coordination entre médecins généralistes et psychiatrie ambulatoire.

Abstract:

Purposes: Quantify the proportion of discrepancies between drugs known to the outpatient psychiatry department of sector 59G11 (medical-psychological center) and those known to the general practitioner (GP) / Check that the identity of the general practitioner is recorded in the care file of the people followed up at the CMP.

Method: Monocentric retrospective descriptive exploratory study in 2022 on 33 followed up people. Comparison of the lists of drug treatments known to the CMP and the GP in a medication reconciliation process.

Results: 84.8% total discrepancies; 85.7% of people have at least one discrepancy among their psychotropic medications, 78.6% among their somatic medications; 18.8% of people do not have a GP identified at the CMP.

Conclusion: outpatient medication reconciliation in psychiatry can improve the safety of people's medication and create an opportunity to improve communication and coordination between general practitioners and outpatient psychiatry.

Directeurs de mémoire :

- **Monsieur le Dr Maxime BUBROVSZKY**
- **Monsieur Cédric BACHELLEZ**