



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La connaissance par les médecins traitants des traitements à visée
psychiatrique de leurs patients : une étude quantitative auprès des
médecins généralistes de Villeneuve d'Ascq en 2022.**

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 2023 à 18h
au Pôle Formation

Par Pierre BATAILLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Asseseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Madame le Docteur Justine ROUTIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Avertissement

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

Sigles

ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information Hospitalière
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre Médico-psychologique
DIRM	Département d'Information et de Recherche Médicale
DPO	Délégué à la Protection des Données
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
EPSMAL	Établissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale
HAS	Haute Autorité de Santé
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique (= court séjour)
MERRI	Mission d'Enseignement Recherche Référence et Innovation
MGT	Médecin Généraliste Traitant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OQN	Objectif Quantifié National
PT	Psychiatre Traitant
RSA	Résumé de Sortie Anonymisé
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
SGBD	Système de Gestion de Bases de Données
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation (= moyen séjour)
UM	Unité Médicale
WHO	<i>World Health Organization</i> (voir OMS)

Sommaire

Avertissement	2
Remerciements.....	3
Sigles	6
Sommaire.....	7
Introduction	9
1 Introduction générale	9
2 Épidémiologie et rôle du médecin généraliste traitant.	12
2.1 Épidémiologie	12
2.2 Le rôle du médecin traitant	14
3 Coordination et communication ville-hôpital.....	16
3.1 L'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques.....	16
3.2 La communication entre médecins généralistes traitants et psychiatrie de secteur.....	19
3.2.1 Un état des lieux inquiétant.	19
3.2.2 Des conséquences nombreuses et parfois graves.....	21
3.2.3 Des motifs d'espoir	22
4 La conciliation médicamenteuse	24
4.1.1 Une stratégie d'amélioration de la sécurité médicamenteuse.....	24
4.1.2 Principe	26
4.1.3 En pratique	29
4.1.4 Conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie	30
5 Objectif.....	30
Matériel et méthodes	32
1 Design de l'étude	32
2 Patients et données	32
2.1 Patients inclus :.....	33
2.2 Données analysables	34
3 Recueil des données	35
4 Analyse statistique.....	38
5 Cadre réglementaire	38
Résultats	40

1	Flowchart.....	40
2	Conciliation médicamenteuse.....	41
2.1	Les divergences concernant les traitements à visée psychiatrique.....	41
2.1.1	Les Types de divergences.....	43
2.2	Des divergences concernant les médicaments à visée psychiatrique mais aussi somatiques.....	46
	Discussion.....	48
1	Principaux résultats.....	48
2	Discussion des résultats.....	49
2.1	Des résultats peu surprenants.....	49
2.2	Des problèmes de communication dans les deux sens et pour tout type de médicaments.....	50
2.3	Des résultats à mettre en perspective.....	51
2.4	La vision des patients.....	52
3	Discussion de la méthode.....	53
3.1	Les points forts de la méthode :.....	53
3.2	Les points faibles de la méthode :.....	54
4	Perspectives.....	55
	Conclusion.....	56
	Liste des figures.....	57
	Références.....	58
	Annexes.....	62
1	Analyses Univariées.....	63
2	Fiche de conciliation médicamenteuse de l'EPSM.....	64

Introduction

1 Introduction générale

L'espérance de vie plus faible des personnes suivies pour des troubles psychiques est connue depuis plusieurs décennies.(1)

En effet contrairement aux maladies somatiques, les pathologies psychiatriques n'entraînent pas de conséquences organiques directes pouvant être létales. Plusieurs hypothèses quant aux déterminants principaux de la surmortalité des personnes avec des troubles psychiques ont été avancées dans la littérature internationale.

Elles ne se limitent pas à un risque plus élevé de suicide et de mort violente ou accidentelle. Elles incluent également la présence accrue de facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques, notamment d'ordre comportemental, tels qu'une forte consommation de tabac, une grande sédentarité ou **une moindre observance aux traitements** (2);(3)

Dans ce contexte, une coordination entre le médecin généraliste traitant (MGT) et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, mais également avec les autres acteurs de proximité (urgentistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires de biologie médicale, etc.) est nécessaire.

Les besoins de coordination et la forme qu'elle peut prendre sont cependant différents selon le rôle qu'assume le médecin généraliste dans la prise en charge, selon le type de pathologie dont souffre le patient et selon les professionnels assurant le suivi du patient (suivi assuré par une équipe de professionnels ou par un binôme médecin généraliste/psychiatre libéral ou médecin généraliste/psychologue libéral en fonction des besoins et de l'accessibilité des professionnels).

Cependant, la coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie n'est pas toujours formalisée et peut encore faire l'objet d'améliorations en France.

En effet, les échanges de courriers réciproques et les retours d'informations ne sont pas systématiques, les demandes des médecins généralistes ne sont pas toujours formulées de manière explicite et les attentes sur les rôles de chacun pas toujours claires.

Ainsi, les difficultés exprimées tant par les médecins généralistes que par les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, et les conséquences de ces difficultés pour les patients, mettent en évidence la nécessité d'améliorer la communication et la coordination interprofessionnelles, qui sont des leviers pour améliorer la qualité des prises en charge et en assurer la continuité. (4)

L'un des principaux risques d'une mauvaise communication entre médecin généraliste traitant et professionnels de psychiatrie est le risque iatrogénique.

De ce fait l'une des stratégies visant à réduire ce risque iatrogénique, préconisée par l'OMS (5) puis l'HAS (6), consiste en la mise en œuvre d'une conciliation médicamenteuse aux étapes clés de transition dans le parcours de soins des patients.

Afin d'évaluer l'état des connaissances des médecins généralistes des traitements à visée psychiatriques de leurs patients ce travail de thèse se base ainsi sur l'hypothèse principale que les prescriptions médicamenteuses connues par les médecins généralistes traitant des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent différer de celles connues au CMP.

2 Épidémiologie et rôle du médecin généraliste traitant.

2.1 Épidémiologie

De nombreuses études ont démontrées que le taux de mortalité des personnes souffrant de troubles psychiques est de deux à six fois plus élevé que celui de la population générale. (7)

Des travaux de recherche menés à l'étranger ont souligné la persistance, voire l'aggravation, de l'écart entre l'espérance de vie de la population générale et celle des individus avec des maladies psychiatriques au cours du temps, y compris dans des pays développés dont les systèmes de santé sont jugés équitables et efficaces.

La réduction de l'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques sévères y a ainsi été estimée à 20 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes, tandis que leur taux de mortalité est deux à trois fois supérieur à celui de la population générale. (8);(9)

Les troubles mentaux sévères, tel que les troubles bipolaires ou la schizophrénie, sont associés à des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés qu'en population générale. Environ 60 % de la surmortalité observée serait attribuable à des maladies somatiques, plus prévalentes chez les patients souffrant de troubles mentaux sévères qu'en population générale et à l'origine de conséquences plus graves. (10)

Parmi les maladies somatiques associées aux troubles mentaux sévères, les plus fréquentes sont : (10), (11).

- L'obésité (risque 2,8 à 3,5 fois plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie qu'en population générale),
- Le syndrome métabolique,
- Le diabète,
- Les maladies cardiovasculaires.

Plusieurs facteurs sont associés à cette surmortalité et à ce sur-risque somatique, parmi eux, peuvent être cités :

- Le mode de vie (addictions, tabagisme et consommation d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires),
- Les effets secondaires des traitements, notamment antipsychotiques, majoritairement associés à un sur-risque de maladies cardiaques,
- Une non-reconnaissance des problèmes de santé physique par les patients eux-mêmes, par leur entourage et par les professionnels de santé, à l'origine d'un moindre accès au dépistage, au diagnostic et aux traitements.

De manière plus générale, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a récemment mis en évidence une plus grande fréquence de personnes prises en charge pour une maladie cardio-neuro-vasculaire ou un cancer chez les personnes identifiées comme souffrant d'une pathologie mentale qu'au sein de la population générale (12).

Une intrication entre troubles somatiques et troubles mentaux fréquents était ainsi également identifiée. Comme nous l'avons souligné, les personnes souffrant de ces troubles étant susceptibles d'être plus à risque de développer des troubles somatiques, et, inversement, certaines pathologies somatiques, telles que le cancer et le VIH/SIDA, seraient susceptibles de contribuer à l'émergence de troubles tels que la dépression et les troubles anxieux.

Ces constats mettent en évidence la nécessité de considérer la santé physique comme une composante importante d'une prise en charge globale des patients souffrant de troubles mentaux (13) et de mettre en avant le rôle essentiel du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, aux côtés des acteurs de la psychiatrie publique et libérale.

2.2 Le rôle du médecin traitant

La souffrance psychique est accueillie quotidiennement par les médecins généralistes qui assurent un rôle de détection et de traitement des troubles légers et modérés, en particulier la dépression et les troubles anxieux, mais également l'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés, dans le cadre d'une prise en charge globale.

Ils seraient également les acteurs du secteur sanitaire qui assurent le plus et le mieux la détection précoce des troubles mentaux graves (14).

On estime à 42 % la part de la population qui se tourne vers le médecin traitant comme premier acteur en cas de difficultés psychologiques (15).

Les troubles mentaux seraient le deuxième motif de consultation du médecin généraliste en population générale et le premier chez les 25-60 ans. De plus, un acte de médecine générale sur dix comporte un soutien psychothérapeutique comme composante principale (16).

Généralement les troubles psychiques (dépression, anxiété, troubles du sommeil) constituent 13 à 15 % des motifs de consultations des médecins généralistes et jusqu'à 25% des motifs de visites à domicile (17).

Les médecins généralistes seraient responsables de 75% des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (18) et également à l'initiative de 90 % des traitements antidépresseurs en première intention (12).

De plus, 47 % de la population déclarent qu'ils continueraient à consulter leur médecin généraliste pour le suivi d'un trouble psychologique. (19)

Pourtant, une étude n'a estimé qu'à 33% la proportion de patients souffrants de troubles psychiques consultant en CMP et ayant un suivi effectif par leur médecin généraliste traitant. Cette même étude a révélé que la maladie psychiatrique était méconnue des médecins traitants dans 56 % des cas. (20)

Ce rôle que jouent les médecins généralistes est en phase avec la définition de la Société européenne de médecine générale - médecine de famille, qui précise notamment que le médecin généraliste est le premier contact des usagers avec le système de soins, qu'il assure la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en développant une approche centrée sur la personne pour assurer des soins continus et longitudinaux. (21)

Ce rôle de coordination et d'orientation a été formalisé en France par le dispositif du médecin traitant, qui est un médecin généraliste dans la très grande majorité des cas. (22)

3 Coordination et communication ville-hôpital

3.1 L'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques.

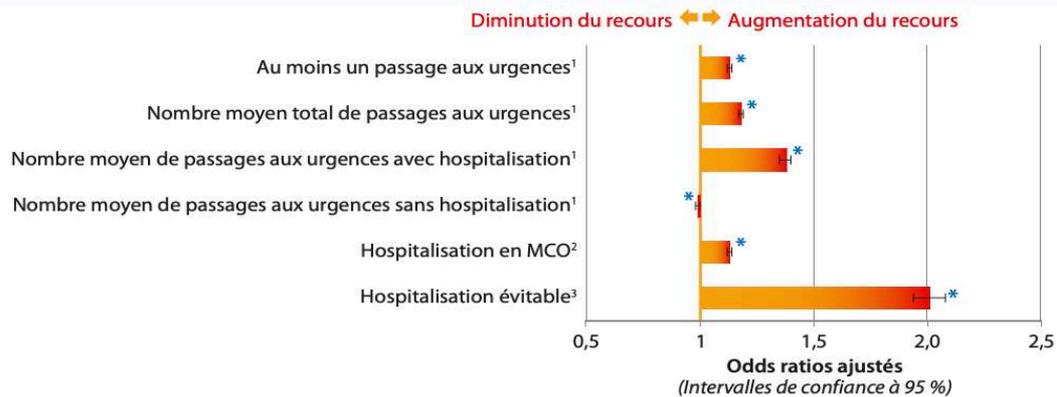
Comme dit plus tôt une combinaison de facteurs est susceptible de jouer un rôle significatif dans cette surmortalité.

Néanmoins, des éléments liés au système de santé pourraient venir aggraver ces facteurs de risque individuels, ou tout du moins traduire l'échec de la prise en compte des besoins spécifiques et des facteurs de vulnérabilité multiples des personnes vivant avec un trouble psychique.

Il peut ainsi être fait l'hypothèse de difficultés dans les parcours de soins somatiques des individus suivis pour un trouble psychique, se manifestant dès les premières étapes de l'accès au système de santé puis tout au long des parcours en termes de qualité et de continuité des soins reçus.

Une étude de 2020 (23) démontrait que la présence d'un médecin traitant déclaré et le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste apparaissent plus élevés chez les patients suivis pour un trouble psychique sévère ce qui peut paraître positif mais dans le même temps, les admissions en milieu hospitalier hors psychiatrie sont en très grande majorité plus fréquentes chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère et notamment les hospitalisations évitables telles que celles pour asthme ou complications du diabète à court terme qui n'auraient pas dû avoir lieu si ces pathologies étaient correctement suivies en ville, en particulier par les médecins généralistes. (Figure 1)

Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et les admissions à l'hôpital, hors psychiatrie



¹ Les motifs de passage aux urgences ne sont pas disponibles dans le SNDS mais seuls les passages aux urgences générales ont été considérés. Par ailleurs, pour les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation, seuls ceux suivis d'une hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont été inclus.

² Exclusion des hospitalisations en MCO pour un motif psychiatrique ou une tentative de suicide.

³ Pour asthme, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, déshydratation, complications du diabète à court terme, angine de poitrine sans infarctus du myocarde (entrée par les urgences), problème dentaire, déficience nutritionnelle, ou suite à une vaccination (en particulier contre la grippe).

* P-valeur inférieure à 0,05.

Note : Voir définition de l'odds ratio dans l'encadré Définition page 5.

Lecture : Après ajustement sur les caractéristiques cliniques, socio-économiques et d'environnement de vie, les personnes ayant un trouble psychique sévère sont beaucoup plus concernées que la population générale par des hospitalisations évitables, notamment pour des pathologies comme l'asthme ou des complications liées au diabète, qui n'auraient pas dû mener à une hospitalisation si elles avaient été régulièrement suivies en médecine générale de ville.

Champ : Individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 ayant pu être appariés et leurs témoins parmi les bénéficiaires de 18 à 65 ans du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Figure 1 : Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et les admissions à l'hôpital, hors psychiatrie.

De plus, le nombre moyen de contacts avec un médecin spécialiste est en revanche moindre chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère en comparaison des autres patients. Cette observation est confirmée par un recours moins fréquent à l'ensemble des types de soins de spécialistes courants.

Bien qu'il soit difficile de conclure sur les causes principales objectives de l'accès aux soins de ses personnes, certains facteurs se dégagent, notamment liés aux comportements individuels (isolement social, difficultés de perception de la douleur ou d'observance des traitements...) ou au système de santé (faible intégration des soins

de santé mentale et de santé physique, mauvaise attribution des symptômes somatiques au trouble psychique et stigmatisation par les professionnels, complexité du système...).

3.2 La communication entre médecins généralistes traitants et psychiatrie de secteur.

3.2.1 Un état des lieux inquiétant.

Selon l'étude ESMED menée en population générale dans 6 pays européens, la France est le pays dans lequel l'adressage du MGT au psychiatre est le plus faible. (24)

Une étude de 2021 interrogeant des MGT retrouvait qu'une grande majorité de ces MGT déclaraient communiquer avec le psychiatre à une fréquence d'une fois par an ou moins. (25)

Ces résultats sont cohérents avec ceux d'autres études françaises. Dans une étude réalisée en 2016, 93,38 % des 136 MGT répondaient qu'ils ne recevaient jamais ou que très rarement des courriers des psychiatres de leurs patients. (26)

Dans une autre étude de 2004, 17,8 % des 496 MGT interrogés indiquaient ne jamais communiquer avec le psychiatre de leur secteur, 52,2 % d'entre eux disaient communiquer de temps en temps avec le psychiatre. (27)

Une autre étude qui a interrogé 220 MGT en 2012 retrouvait des échanges avec le psychiatre sporadiquement à rarement dans plus de 50 % des cas.

Cette étude, qui évaluait la communication entre des MGT et différents autres spécialistes médicaux, montrait que la communication avec les psychiatres était parmi les moins fréquentes. (28)

Parmi les éléments qui peuvent expliquer cette communication peu fréquente, plusieurs raisons étaient évoquées par ces MGT :

- Certains ne ressentait pas le besoin de communiquer plus souvent,
- D'autres ne communiquaient uniquement en cas de problématiques aiguës,
- Certains encore trouvaient que le centre médico-psychologique (CMP) était trop difficile à joindre,
- Ou enfin simplement ne pas avoir le temps pour plus communiquer.

En 2018 la HAS a résumé les difficultés rencontrées dans la communication et le partage d'information entre MGT et Psychiatre traitant (PT) : (4)

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 2 : les difficultés rencontrées dans la communication et le partage d'information entre MGT et PT

3.2.2 Des conséquences nombreuses et parfois graves.

Depuis plus de 20 ans les données se multiplient pour montrer les effets délétères de cette insuffisance de collaboration dans le parcours de soins des patients présentant un trouble psychique.

Une étude de 2014 décrivait les conséquences de l'absence de communication et de coopération entre MGT et psychiatres parmi lesquelles on peut citer : (29)

- Une mauvaise observance du traitement
- **Une augmentation de la iatrogénie**
- Une non compliance au traitement
- Une perte d'information
- Une tension dans les relations entre praticiens
- Une diminution de la confiance du patient

Pourtant, peu d'études ont permis d'étudier de manière concrète les problèmes de communication entre MGT et psychiatre sur le versant médicamenteux et de comparer objectivement les divergences qu'il pourrait y avoir entre les ordonnances du MGT et du psychiatre et ses conséquences pour le patient en termes de suivi et de iatrogénie.

3.2.3 Des motifs d'espoir

Malgré des efforts répétés depuis plusieurs années, la collaboration entre ces deux environnements de soins est donc globalement peu efficace.

Une charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur a été rédigée en 2014 et acceptée par le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME (Commission Médicale d'Établissement). (30)

Elle décrit plusieurs stratégies 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 et assure la prise en charge globale de la personne.

Plus tard, 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. (31)

Et en 2018, l'HAS a produit un guide visant à améliorer la coordination entre médecin généraliste et psychiatrie, émettant de nombreux conseils et préconisations. (4)

On y retrouve des repères et des aides permettant 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.

Plusieurs pistes sont envisagées parmi lesquelles :

- Des échanges écrits
- Une communication par téléphone
- La télémédecine
- Des rencontres physiques
- Des systèmes d'informations partagées tels que le DMP, application mobile...

4 La conciliation médicamenteuse

4.1.1 Une stratégie d'amélioration de la sécurité médicamenteuse.

Comme cité plus haut, cette mauvaise communication entre MGT et psychiatre est responsable d'une augmentation de la iatrogénie pour le patient.

Une étude de 2014 retrouvait un taux de 21% d'événements indésirables évitables survenus en soins de premier recours en lien avec un défaut de communication ou d'organisation du parcours de soins (32)

Cependant, en milieu hospitalier, un des outils ayant fait ses preuves dans l'amélioration du suivi des personnes présentant un trouble psychique et la réduction du risque iatrogénique est la conciliation médicamenteuse.

Une étude américaine de 2011 retrouvait une diminution de 43% du risque iatrogénique après la réalisation d'une conciliation médicamenteuse à l'admission en service hospitalier. (33)

La conciliation des traitements médicamenteux a pour but de sécuriser la prise en charge du patient lors de son parcours de soins. C'est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses.

En mars 2015, le Collège de la HAS l'a définie comme « *un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts* ». (34)

Il s'agit d'une démarche principalement menée par les établissements de santé et médico-sociaux mais qui implique fortement les professionnels de soins de ville, les patients, leur entourage et les aidants.

Elle est désormais incluse dans les critères de qualité évalués lors du processus de certification des établissements de soins. (35)

En résumé, elle permet au professionnel de santé de s'assurer de la cohérence et de l'exactitude des informations transmises entre le patient et les différents intervenants de son parcours de soins.

Les premiers bénéfices sont liés à la continuité et à la qualité des traitements. Ainsi, les traitements ne seront pas interrompus ou modifiés de manière inappropriée au cours de la prise en charge du patient. La conciliation des traitements médicamenteux contribue par ailleurs à une meilleure information du patient et de son entourage, ainsi qu'au bon usage du médicament. L'intérêt est aussi lié à un enjeu de santé publique.

La conciliation des traitements médicamenteux participe en effet à la diminution des hospitalisations : en France, les problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse sont à l'origine de 21,7 % (36) des hospitalisations des personnes âgées ; selon deux études (37) (38), ils constituent aussi le premier motif des ré-hospitalisations. (39)

4.1.2 Principe

La HAS a identifié quatre séquences incontournables à sa mise en œuvre : (40)

- ✓ Le recueil des informations sur les médicaments pris ou à prendre par le patient,
- ✓ La rédaction du bilan médicamenteux synthétisant l'ensemble de ces informations,
- ✓ La validation du bilan médicamenteux,
- ✓ Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux.

Deux situations se rencontrent lors de l'exploitation du bilan médicamenteux :

La conciliation des traitements médicamenteux qualifiée de **Proactive** contribue à la prévention des erreurs médicamenteuses.

- Le bilan médicamenteux est établi avant qu'il y ait une prescription.
- Le bilan communiqué au prescripteur doit être pris en compte lors de la rédaction de l'ordonnance autant que de besoin.

Les changements décidés sont documentés.

La traçabilité de la part du prescripteur de la prise en compte du bilan médicamenteux doit être réalisée.

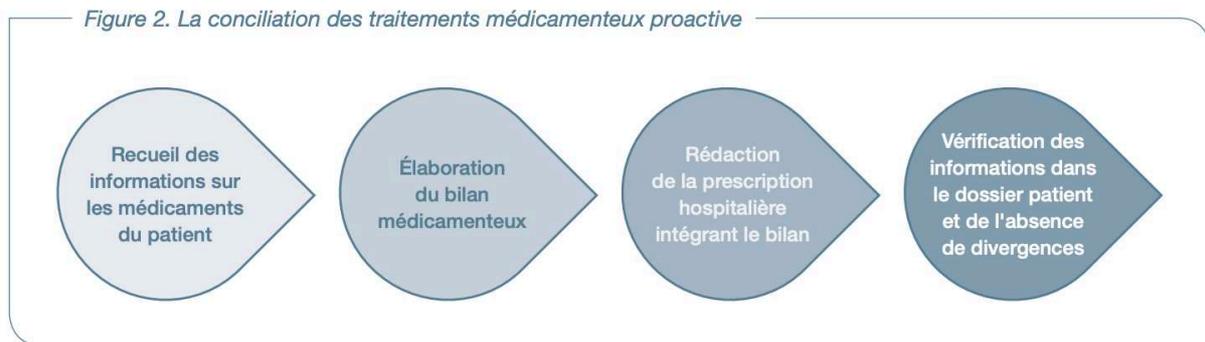


Figure 3 : La conciliation des traitements médicamenteux Proactive

La conciliation des traitements médicamenteux qualifiée de **Rétroactive** contribue à l'interception des erreurs médicamenteuses avérées :

- Le bilan médicamenteux est établi après la rédaction de la prescription ;
- Le bilan sera comparé à la prescription en cours.
- Les éventuelles divergences repérées seront communiquées au prescripteur.
- Il les prendra en compte lors de la rédaction d'une nouvelle ordonnance autant que de besoin.

Les changements décidés sont documentés.

La traçabilité de la part du prescripteur de la prise en compte du bilan médicamenteux est réalisée.

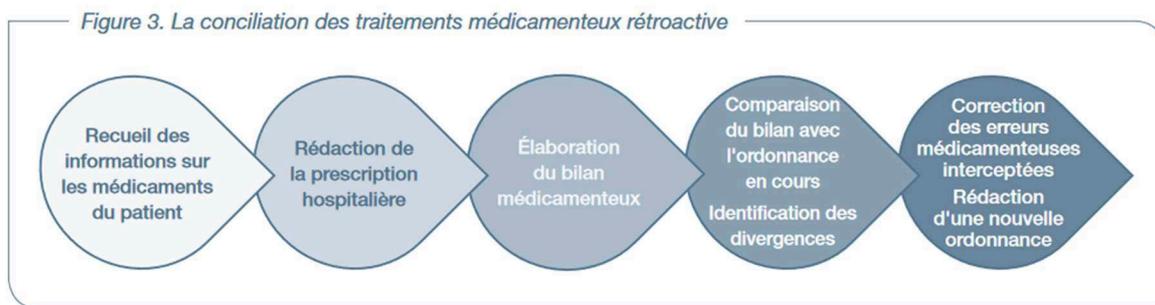


Figure 4 : La conciliation des traitements médicamenteux Rétroactive

Plus concrètement, en milieu hospitalier la conciliation médicamenteuse d'entrée consiste à vérifier la concordance des prescriptions médicamenteuses du patient avant son hospitalisation et celles prescrites à l'entrée, auprès d'aux moins trois sources parmi lesquelles :

- Le MG,
- La pharmacie,
- Les anciennes hospitalisations
- la personne soignée.

Puis, au terme de cette conciliation et après avoir comparé les informations recueillies, les erreurs retrouvées sont appelées divergences non intentionnelles, dans le sens où les incohérences retrouvées ne sont pas volontaires, elles peuvent concerner :

- Une erreur de posologie,
- L'ajout d'un médicament,
- L'arrêt d'un médicament.

4.1.3 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).

Mais, le plus souvent, **Rétroactive**, car réalisée par les pharmaciens de l'hôpital et leurs étudiants en pharmacie à posteriori de l'entrée.

Elle se base également sur au moins trois sources pour vérifier la concordance des prescriptions.

Elle est déployée, au sein des secteurs Lillois de psychiatrie adulte, dans les unités d'hospitalisation à temps complet.

4.1.4 Conciliation médicamenteuse ambulatoire en psychiatrie

Répandue en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et en psychiatrie, la conciliation médicamenteuse reste une démarche hospitalière et peu de littérature concerne son application en ambulatoire que ce soit en France ou à l'international (41) et encore plus rarement en psychiatrie ambulatoire. (42) (43)

De plus, elle est effective en hospitalisation complète en psychiatrie mais n'est pas utilisée en psychiatrie ambulatoire, alors 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) » (44)

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 hospitalisées en psychiatrie.

5 Objectif

L'introduction précédente a permis de mettre en évidence les carences de la littérature sur l'étude du versant médicamenteux des problèmes de communication entre MGT

et psychiatre et plus particulièrement le risque d'événements indésirables associés aux soins à type d'erreur médicamenteuse.

L'objectif principal de ce travail est ainsi d'évaluer l'état des connaissances des médecins généralistes traitants des traitements à visées psychiatriques de leurs patients par le biais de l'utilisation de la conciliation médicamenteuse et ainsi de calculer un taux de divergences entre les traitements connus du MGT et ceux du CMP.

Les objectifs secondaires seront de décrire les types de divergences retrouvées dans ces erreurs médicamenteuses, qu'ils soient de l'ordre de l'oubli, de l'ajout ou d'un problème de posologie.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative exploratoire, rétrospective, descriptive, mono centrique réalisée sur un échantillon de patients ayant consulté au CMP de Villeneuve d'Ascq entre le 28/02/22 et le 11/03/22.

2 Patients et données

Les patients ont été recrutés de manière consécutive sur une période de 2 semaines choisie de manière arbitraire entre le 28/02/22 et le 11/03/22.

Critères d'inclusion : tous les patients ayant consulté au CMP de Villeneuve d'Ascq 59G11 entre le 28/02/22 et le 11/03/22.

Critère d'exclusion : mesure de sauvegarde de justice (tutelle), minorité légale et personnes s'opposant au traitement de leur données

2.1 Patients inclus :

Parmi les 129 personnes ayant rencontré un psychiatre au CMP, 118 ont été incluses. Le détail des données socio-démographiques de cet échantillon figure dans le tableau ci-dessous :

		N	118
Données sociodémographiques			
Sexe, n (%)			
	Homme	46 (38.9)	
	Femme	72 (61.1)	
Age, moy (sd)		40.5 (15.7)	

Données socio-démographiques des patients inclus

Parmi les 118 personnes incluses, 16% 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 donc pas de médecin identifiable au CMP (n=21).

De plus, 4 médecins traitants ont refusé de participer à cette étude en divulguant les données de leurs patients, cela concerne 6 patients inclus.

Au final, des informations analysables ont été recueillies pour 33 patients (cf. Diagramme de flux), soit 28% de l'échantillon.

La suite des analyses de cette étude portera donc sur ces 33 personnes.

NB : Le reste des informations recueillies pour les 118 personnes incluses au début de l'étude ne sont pas exploitables à ce jour. Elles figurent en annexe.

2.2 Données analysables

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.

Analyses univariées	
<i>Sur les 33 patients concernés par la conciliation (soit 28%)</i>	
N	33
Données sociodémographiques	
Sexe, n (%)	
	Homme 14 (42.4)
	Femme 19 (57.6)
Age, moy (sd)	44.1 (14.6)

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).

Les principales pathologies psychiatriques y sont représentées.

Dix-neuf de ces patients ont des antécédents d'hospitalisation à l'EPSMAL (soit 57,6%). Parmi ces-derniers, 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.

Pour 8 patients le suivi avec un psychiatre était qualifié de régulier (27,3%).

L'ensemble de ces informations est détaillé dans le tableau ci-dessous :

Prise en charge		
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)
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)
Fréquence des rendez-vous avec le psychiatre, n (%)		
	1er RDV	3 (9.1)
	Très fréquent (Moins d'1 mois)	5 (15.2)
	Fréquent (Entre 1 et 2 mois)	8 (24.2)
	Régulier (Entre 2 et 3 mois)	9 (27.3)
	Irrégulier (2 RDV non excusés ou plus de 6 mois)	5 (15.2)
	Reprise suivi	3 (9.1)

3 Recueil des données

Les variables recueillis auprès du CMP en amont du recueil des données correspondent aux :

- Données épidémiologiques (âge, genre, antécédents d'hospitalisation, antécédents de conciliation médicamenteuse intra-hospitalière, code diagnostic et ancienneté du diagnostic),
- Caractérisation du suivi au CMP : fréquence des rendez-vous avec le psychiatre, fréquence des rendez-vous avec l'IDE référente s'il y en a une
- Médecin traitant déclaré (oui/non)
- Liste exhaustive datée des prescriptions médicamenteuses existant dans le dossier de soins du CMP.

Puis le recueil des données s'est fait en récupérant auprès des médecins généralistes traitants des patients l'ensemble de leurs traitements médicamenteux.

Les contacts auprès des 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.

La récupération des données s'est alors faite soit à l'oral en joignant directement les médecins par téléphone soit en récupérant les ordonnances faxées par le biais d'échange de mails sécurisés.

Chacun des médecins généralistes concernés par l'étude a été relancé 3 fois au maximum en cas de non réponse ou d'absence d'envoi des documents.

Les principales données recueillies correspondent aux :

- Nombre de divergences médicamenteuses entre ordonnances du psychiatre et du médecin généraliste vis-à-vis des traitements psychiatriques.
- Type de divergence par rapport au dossier du CMP (manque, erreur de posologie, ajout d'une molécule)

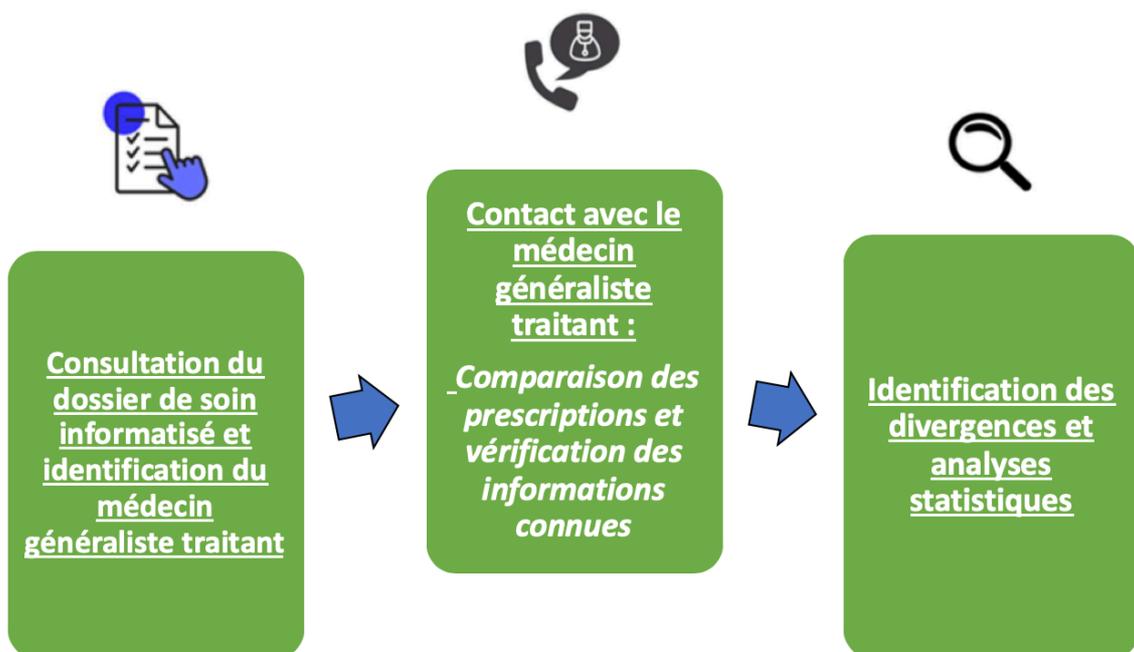


Figure 5 : Processus de conciliation médicamenteuse ambulatoire utilisé pour l'étude

A noter 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 antidépresseurs 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).

4 Analyse statistique

L'ensemble des informations est recueilli 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.

5 Cadre réglementaire

Les protocoles sont enregistrés auprès de la fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie des Hauts de France (F2RSM Psy), conformément à

la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), et nous les menons en accord avec le DPO et le DIRM de l'EPSM de l'agglomération Lilloise - Ghtpsy.

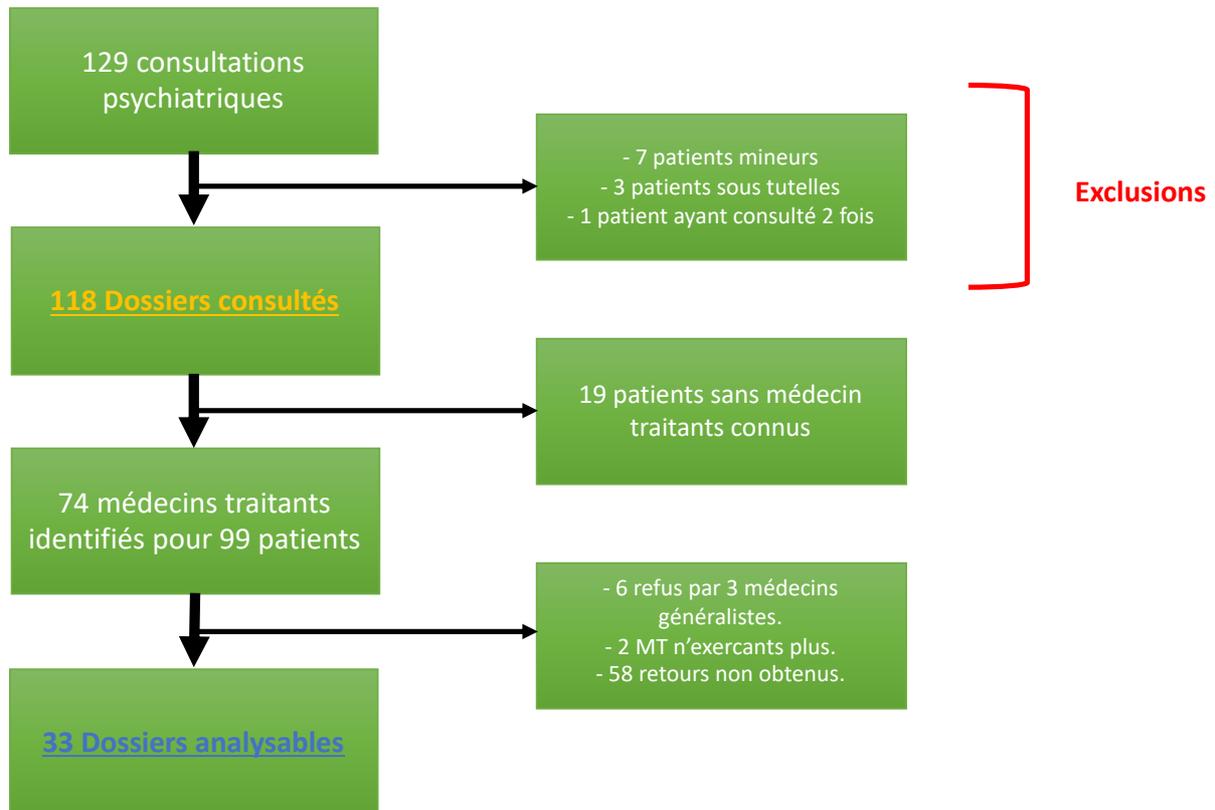
Les données de santé collectées ont été anonymisées dès le moment de leur recueil par l'attribution d'un numéro d'identification, sans conservation de table de correspondance, rendant impossible l'identification ultérieure des personnes concernées. Le recueil de non opposition à l'utilisation de leurs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

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.

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.

Résultats

1 Flowchart



2 Conciliation médicamenteuse

2.1 Les divergences concernant les traitements à visée psychiatrique

Concernant les divergences des traitements à visée psychiatrique, parmi les 33 patients analysés on retrouve un pourcentage de **72,7% (n=24)**.

Autrement dit, on obtient un pourcentage de **27,3% de patients (n=9)** pour lesquelles on observe une concordance parfaite des prescriptions de traitements à visée psychiatrique au niveau des ordonnances.

Le détail du nombre de divergences selon les patients est rapporté ci-dessous avec pour la majorité au moins 2 divergences (n= 2,3) retrouvées par patient :

Divergences qui concernent les traitements psy, n (%)	
<i>Sur les 33 dossiers analysés</i>	
<i>Min : 0 , Max : 6 , Moy(sd) : 1,72(1,31)</i>	
	Oui 24 (72,7)
	Non 9 (27,3)
Détail (sur les 24 patients concernés)	
	1 6 (25)
	2 11 (45,8)
	3 1 (4,2)
	4 5 (20,8)
	6 1 (4,2)

Nombre total de divergences des traitements psychiatriques entre le CMP et le médecin généraliste, moy (sd)	2,3 (1,31)
<i>Min : 1 , Max : 6</i>	

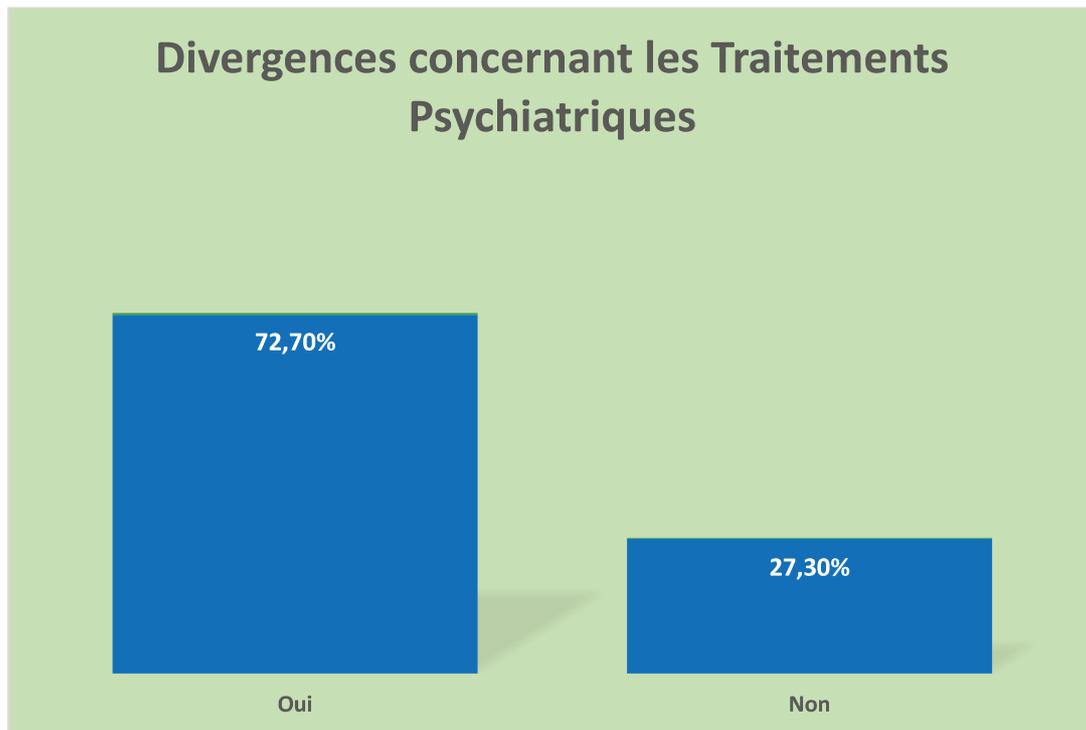


Figure 6 : Divergence concernant les traitements psychiatriques

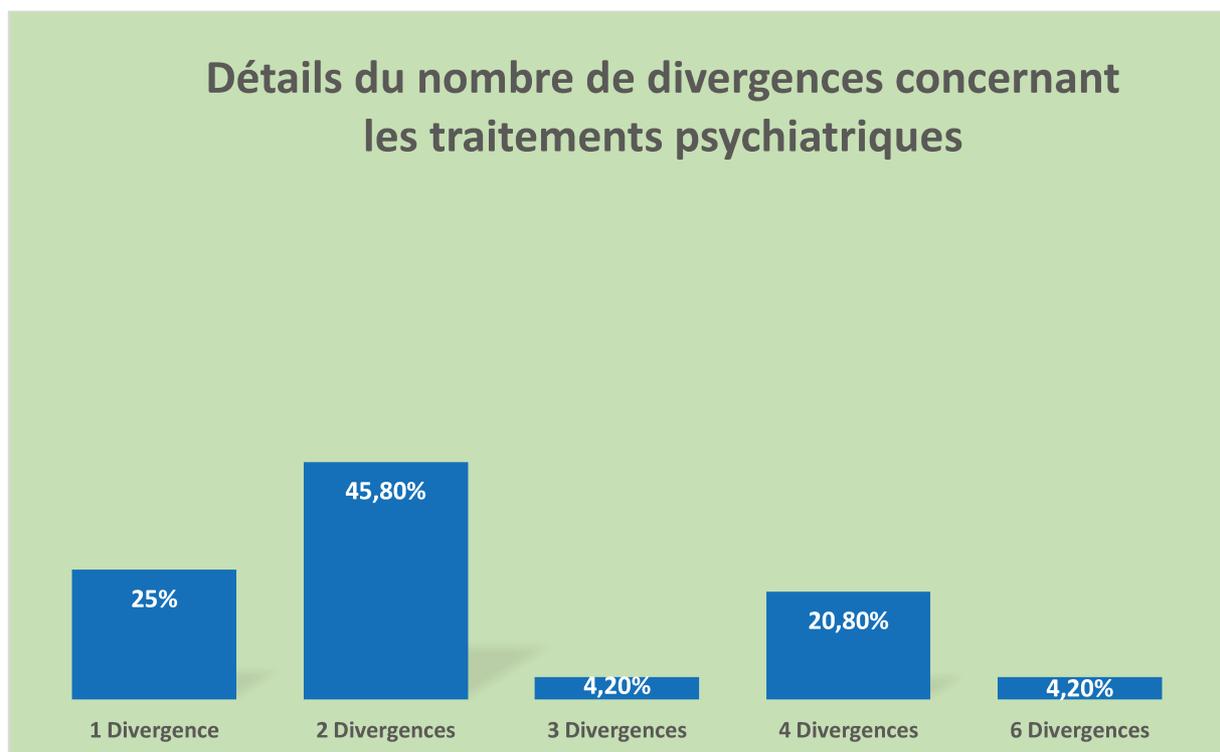


Figure 7 : Détails du nombre de divergences concernant les traitements psychiatriques

2.1.1 Les Types de divergences

2.1.1.1 Manque de traitement par rapport au CMP

Concernant l'absence de traitements présents sur l'ordonnance du MT en comparaison à celle du CMP **45,8% d'entre eux (n=11)** sont concernés par au moins 1 manque de médicament.

Ci-dessous le détail de ces divergences de type manque :

Divergences des Traitements psychiatriques de type manque chez le médecin généraliste par rapport au CMP, n (%)		
Sur les 24 patients concernés par une divergence		
Min : 0, Max : 4, Moy(sd) : 0.7 (1.1)		
	Oui	11 (45,8)
	Non	13 (54,2)
Détail (sur les 11 patients concernés)		
	1	7 (63,6)
	2	3 (27,3)
	4	1 (9,1)

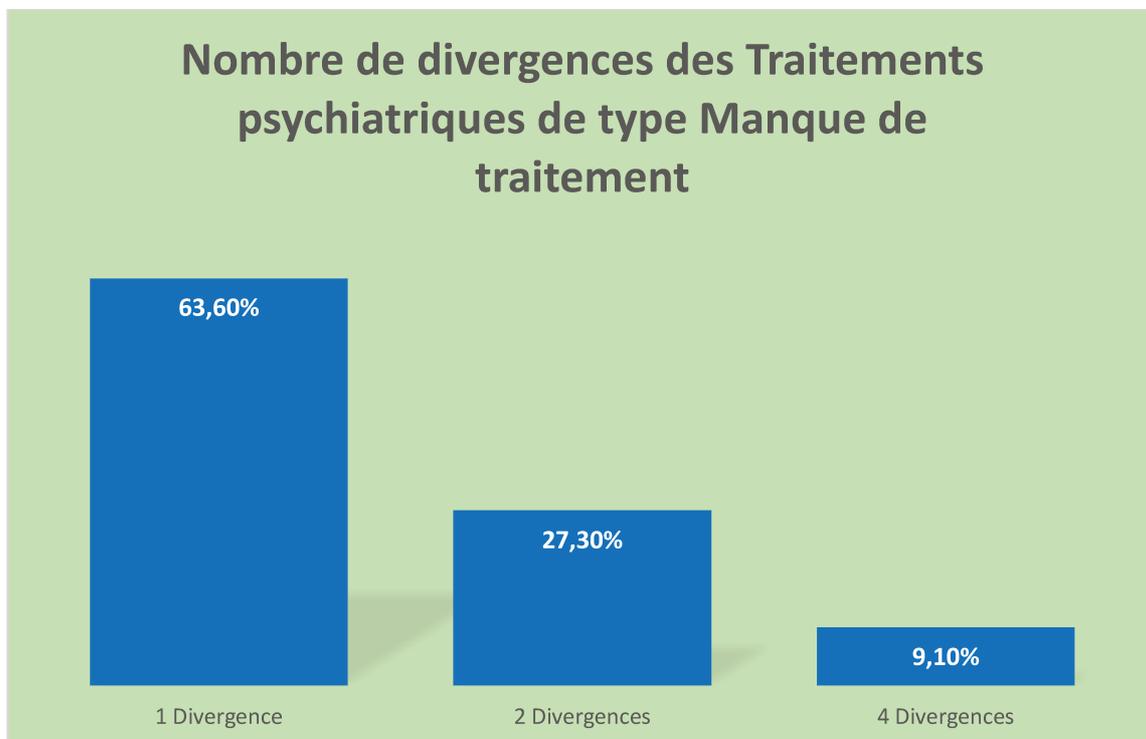


Figure 8 : Nombre de divergences des Traitements psychiatriques de type Manque de traitement

2.1.1.2 Ajout d'un traitement par rapport au CMP

Sur les 24 patients concernés par une divergence des traitements psychiatriques, **66,6 % d'entre eux (n=16)** présentaient au moins un ajout de traitement sur l'ordonnance du MGT en comparaison à celle du CMP.

Ci-dessous le détail de ces divergences :

Divergences des traitements psychiatriques de type supplément chez le médecin généraliste par rapport au CMP, n (%)	
Sur les 24 patients concernés par une divergence	
Min : 0, Max : 4, Moyenne : 0,9 (0,80)	
	Oui 16 (66,6)
	Non 8 (33,3)
Détail (sur les 16 patients concernés)	
	1 12 (75,0)
	2 3 (18,75)
	4 1 (6,25)

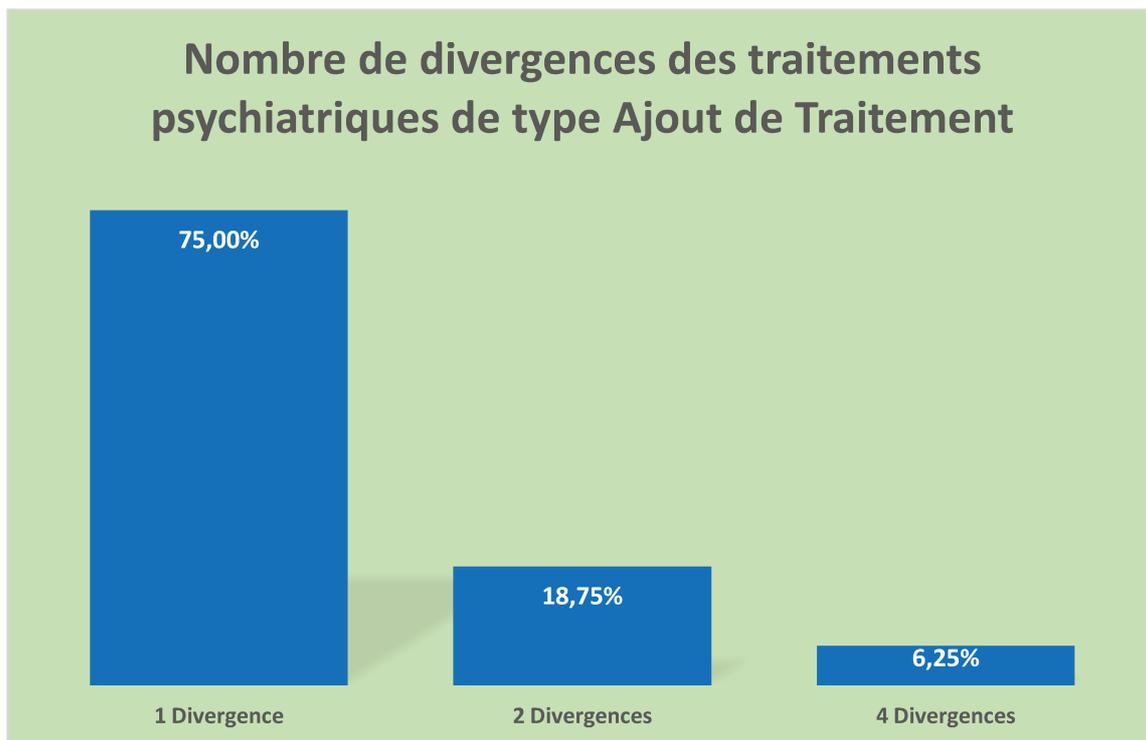


Figure 9 : Nombre de divergences des traitements psychiatriques de type Ajout de Traitement

2.1.1.3 Divergence de posologie

Enfin, on retrouve pour la moitié des patients, **50% (n=12)**, au moins une divergence de posologie.

Ci-dessous le détail de ces divergences de posologies :

Nombre de divergences de posologie des traitements psychiatriques entre le CMP et le médecin généraliste, n (%)	
<i>Sur les 24 patients concernés par une divergence</i>	
<i>Min : 0, Max : 3, Moy(sd) : 0.75 (0,67)</i>	
	Oui 12 (50.0)
	Non 12 (50.0)
Détail (sur les 12 patients concernés)	
	1 7 (58,3)
	2 4 (33,3)
	3 1 (8,3)

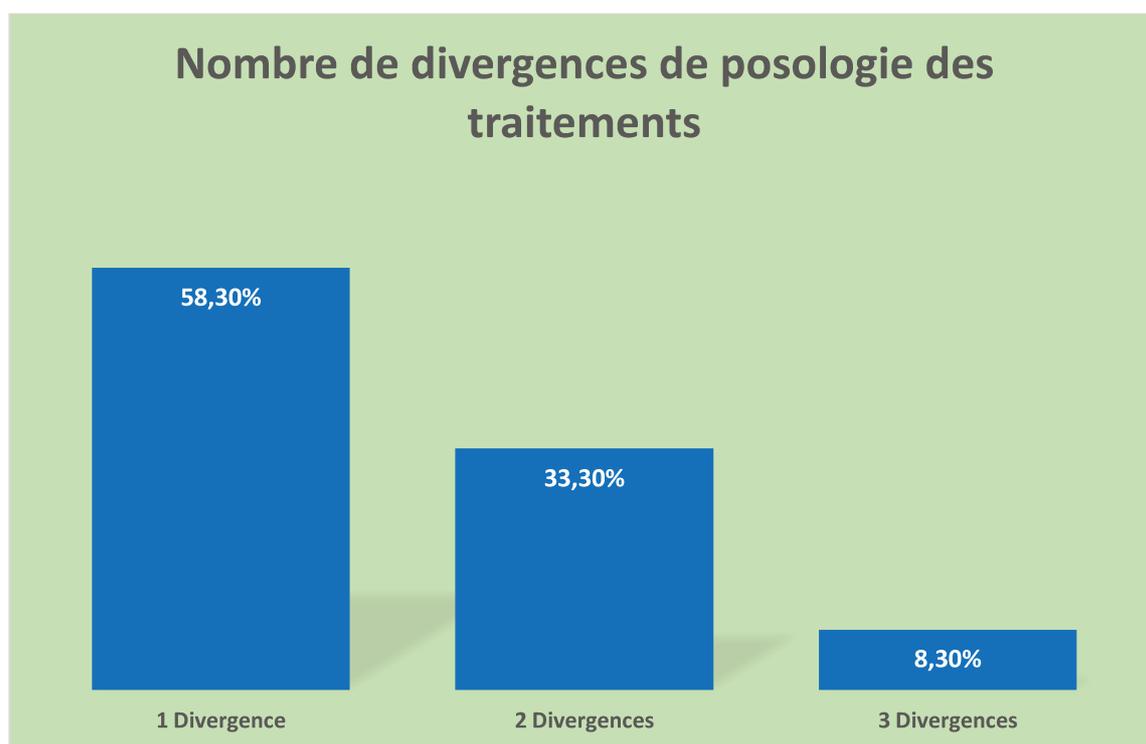


Figure 10 : Nombre de divergences de posologie des traitements

2.2 Des divergences concernant les médicaments à visée psychiatrique mais aussi somatiques

Parmi les 33 personnes dont les dossiers ont été étudiés, des divergences sont retrouvées entre tous types de médicaments confondus connus par le CMP et ceux connus par le médecin généraliste dans **84,8% des cas (n=28)**.

Ainsi on retrouve **15,2% de concordance parfaite (n=5)** :

Conciliation médicamenteuse CMP/Médecin généraliste Uniquement sur les données des 33 patients concernés	
Divergence retrouvées entre les traitements connus au CMP et par le médecin généraliste, n (%)	
Tout Traitements confondus	
Pour les 33 médecins contactés	
Oui	28 (84.8)
Non	5 (15.2)

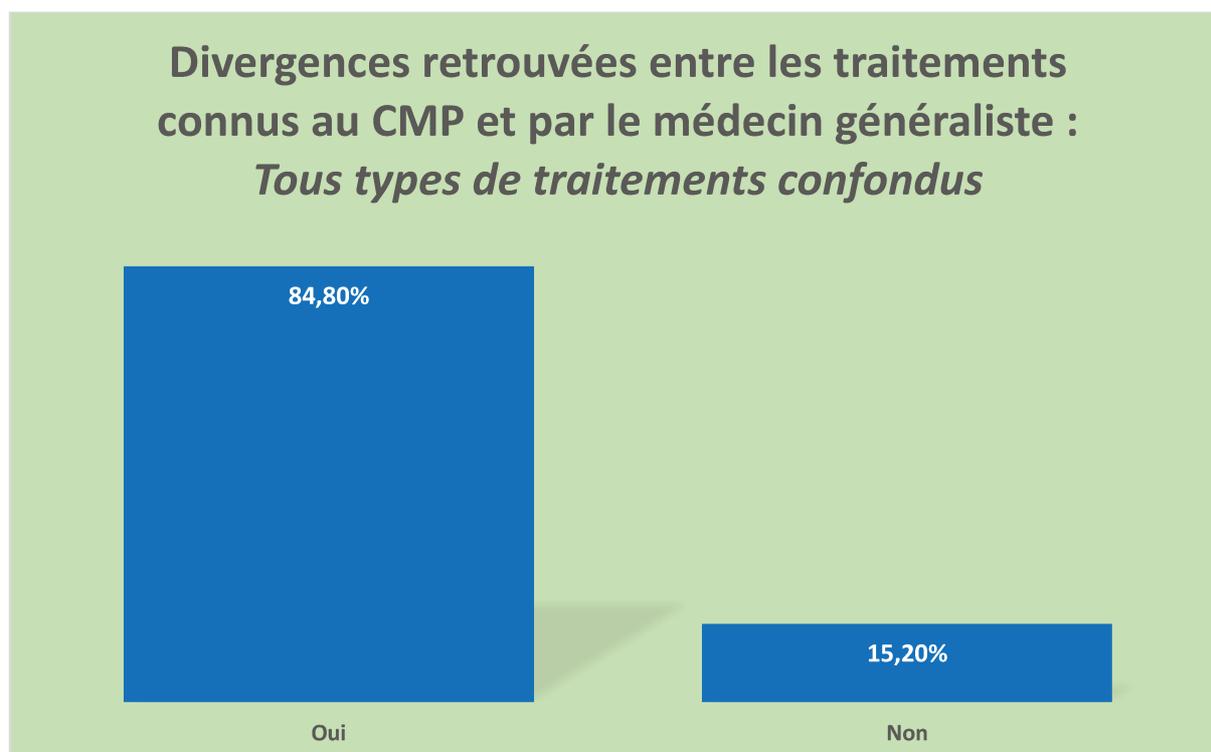


Figure 11 : Divergences retrouvées entre les traitements connus au CMP et par le médecin généraliste :

Tous types de traitements confondus

Les différents types de divergences, tous traitements confondus, sont détaillées ci-dessous :

Divergences de type manque chez le médecin généraliste par rapport au CMP, n (%)		
<i>Sur les 28 patients concernés par une divergence, tout traitements confondus :</i>		
Min : 0, Max : 4, Moy(sd) : 0.7 (1.03)		
	Oui	11 (39.3)
	Non	17 (60.7)
Détail (sur les 11 patients concernés)		
	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 (%)		
<i>Sur les 28 patients concernés par une divergence, tout traitements confondus :</i>		
Min : 0, Max : 10, Moy(sd) : 2.53 (2,23)		
	Oui	25 (89.3)
	Non	3 (10.7)
Détail (sur les 25 patients concernés)		
	1	7 (28.0)
	2	8 (32.0)
	3	4 (16.0)
	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 (%)		
<i>Sur les 28 patients concernés par une divergence, tout traitements confondus :</i>		
Min : 0, Max : 3, Moy(sd) : 0.78 (0,85)		
	Oui	13 (46,4)
	Non	15 (53,6)
Détail (sur les 13 patients concernés)		
	1	7 (53,8)
	2	3 (23,1)
	3	3 (23,1)

Discussion

1 Principaux résultats

Le résultat principal de cette étude montre que **72,7%** de l'échantillon étudié présente au moins une divergence entre les médicaments à visées psychiatriques connus par le médecin traitant et ceux connus au CMP (parmi les 33 personnes pour lesquelles le recueil a pu être mené à bien).

Sur ces 33 dossiers analysables on retrouve en moyenne **1,72** divergences par patient. Concernant les 24 patients chez qui on retrouve au moins une divergence il y a en moyenne **2,3** divergences par patient.

Les résultats secondaires mettent en évidence que sur les 24 patients concernés par une divergence, **66,6 % d'entre eux** présentaient au moins un ajout de traitement, **45,8% d'entre eux** sont concernés par au moins 1 manque de médicament et **50%** au moins une divergence de posologie sur l'ordonnance du MT en comparaison de celle du CMP.

2 Discussion des résultats

2.1 Des résultats peu surprenants

Parmi les 33 personnes pour lesquelles le recueil de données a pu être mené à bien, des divergences sont retrouvées entre les médicaments à visées psychiatriques connus par le CMP et ceux connus par le médecin généraliste pour **72,7%** des patients, ce qui concorde avec les résultats d'une autre étude menée aux États-Unis par des étudiants en pharmacie, qui retrouvaient 84,7% de personnes pour lesquelles il existait au moins une divergence. (43)

Ces 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).

Bien que l'objectif principal de cette étude mette en lumière les divergences des traitements psychiatriques, on constate cependant que le pourcentage est encore plus élevé lorsque l'on s'intéresse à l'ensemble des médicaments prescrits aux patients avec un taux de divergence de **84,8%** dans notre étude.

On comprend aisément que ces divergences entraînent ces problèmes de iatrogénies qui sont une des variables qui peut expliquer la diminution de l'espérance de vie et la surmortalité qui touchent ces patients. (7–9)

Ces résultats vont donc dans le sens des différentes études exposées plus tôt concernant la perte de chance qui concerne ces patients.

2.2 Des problèmes de communication dans les deux sens et pour tout type de médicaments.

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 résultats laissent à penser que les MGT connaissent davantage de traitements médicamenteux et ont donc une meilleure connaissance globale des médicaments de leurs patients contrairement au CMP chez qui il manquerait des informations.

En effet, pour 25 personnes le MGT avait connaissance de davantage de traitements prescrits en comparaison du CMP, ce qui semble en adéquation avec son rôle de coordonnateur des soins chargé de réaliser la synthèse des informations du patient. Cela est également cohérent avec la littérature selon laquelle les courriers d'adressage du médecin vers le CMP font rarement mention des médicaments pris au long cours.

Or, on note également 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 pour 11 de ces personnes, ce qui démontre que les modifications ne lui sont pas systématiquement signalées, y compris par les personnes soignées.

De ce fait, ces deux environnements de soins manquent chacun d'informations sur les prescriptions émises auprès des personnes qu'ils accompagnent. La qualité et la fréquence des échanges entre CMP et MGT peut ainsi être questionnée, ce qui concorde avec l'état des connaissances actuelles et l'expérience de terrain.

2.3 Des résultats à mettre en perspective

Cette étude confirme donc le pourcentage élevé de divergences des traitements connus entre le MGT et le PT.

Il faut de plus noter que parmi les 118 dossiers consultés, seuls 33 dossiers ont pu être analysés et parmi les 85 dossiers qui n'ont pas pu l'être on dénombre 58 MGT chez qui nous n'avons pas eu de retours ce qui sous-entendrait qu'ils sont moins joignables et donc encore moins enclins à communiquer que les MGT contactés.

Les chiffres retrouvés sont donc à nuancer et pourraient être bien plus élevés car ils représentent des patients suivis par des MGT joignables et ouverts à l'échange d'informations et qui en théorie assureraient donc un meilleur suivi et une meilleure communication interprofessionnelle.

On pourrait également se poser la question de la communication entre PT et les différents spécialistes, nous avons vu plus haut que le recours au médecin spécialiste des patients suivis pour troubles mentaux était moindre en comparaison à la population générale. (23)

On peut donc imaginer une difficulté de communication encore plus grande entre ces spécialistes malgré la présence du MGT sensé prendre en charge de manière globale le patient et regrouper les différents intervenants.

Ce qui suggérerait des difficultés encore majorées pour ceux qui ne seraient pas suivis par un MGT et donc un plus grand risque de iatrogénie.

2.4 La vision des patients

Hormis ces problèmes de communication entre MGT et CMP on peut également mettre en lumière la vision des patients de ces deux environnements de soins.

En effet l'expérience du terrain a montré que les patients consultant au CMP n'ont pas forcément une représentation médicale, dans le sens « soignante » au même titre que pour une pathologie somatique, de la consultation psychiatrique.

En témoigne le fait que la plupart des patients ne pensent pas à amener leurs derniers courriers médicaux, leurs derniers résultats d'examen ou encore et surtout leurs dernières ordonnances de médicaments ce qui participe à la mauvaise communication entre professionnels de santé et donc à un plus grand risque de iatrogénie et secondairement, en combinaison avec les autres facteurs déjà cités précédemment, à une réduction de leur espérance de vie.

3 Discussion de la méthode

3.1 Les points forts de la méthode :

Il s'agit donc d'une des premières études réalisées sur la conciliation médicamenteuse ambulatoire et celle-ci confirme par son résultat principal les proportions élevées de divergences obtenues dans les différentes études en milieu hospitalier. (43)

L'intérêt de l'application de cette méthode en ambulatoire est donc démontré car si on suit cette logique il serait raisonnable de penser que l'utilisation d'une conciliation médicamenteuse en ville aurait les mêmes bénéfices notamment en termes de diminution des erreurs médicamenteuses. (33)

La communication directe avec les différents MGT a permis l'obtention de données fiables pour permettre la comparaison des différentes ordonnances et a également permis au cours des différentes discussions avec les MGT de mettre en lumière les problèmes de communication et les différentes pistes à améliorer entre eux et les autres professionnels de santé qui suivent le patient.

3.2 Les points faibles de la méthode :

Il s'agit d'une étude réalisée uniquement auprès des MGT du secteur 59G11 de Villeneuve d'Ascq, l'analyse est donc Mono-centrique.

L'utilisation de l'outil de conciliation médicamenteuse utilisé à l'EPSMAL comprend habituellement l'obtention de 3 sources différentes dont le patient lui-même. Le choix a été fait, pour cette étude exploratoire, de ne pas interroger directement les personnes soignées.

Cela a donc entravé le déroulement de la conciliation médicamenteuse, d'autant qu'il n'a pas été possible de rechercher auprès d'elles les compléments d'informations - lorsque le médecin traitant n'était pas identifié dans le dossier de soins informatisé du CMP par exemple et a pu entraîner un biais méthodologique.

Enfin sur les 118 dossiers consultés seuls 33 ont été analysables, en effet contacter les médecins généralistes n'est pas toujours aisé du fait de leur charge de travail 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 donc fortement ralenti le recueil de données.

4 Perspectives

Les perspectives pour améliorer cette communication :

Le rôle du pharmacien qui pourrait être mis plus en avant du fait de sa position centrale dans la délivrance des médicaments au patient. La réalisation d'une conciliation médicamenteuse à chaque prescription en tenant informés les autres professionnels des changements.

La médecine numérique avec le Dossier Médical Partagé, des infos mise à jour régulièrement et disponibles en permanence entre professionnels. Avec la possibilité pour le patient d'être inclus dans le suivi, l'éducation et la sécurité de ses traitements. En gardant en tête que les personnes souffrant de troubles psychiques pourraient avoir plus de difficulté dans l'utilisation de ces nouveaux outils interactifs de par leur pathologie ou leur précarité.

L'arrivée des IPA en psychiatrie comme nouvel interlocuteur pour le patient qui pourrait avoir un rôle dans la synthèse de la prise en charge du patient à la fois dans le suivi, l'éducation, la surveillance médicamenteuse, un rôle de lien entre professionnels.

La prise de position selon laquelle seuls les MGT seraient en charges des prescriptions médicamenteuses sous les conseils des PT des CMP.

Conclusion

Ce travail met en évidence le pourcentage très élevés de divergences médicamenteuse entre les ordonnances des MGT et celles du CMP concernant les traitements à visée psychiatrique. Ces chiffres sont même encore plus élevés pour l'ensemble des traitements médicamenteux.

Ces résultats montre donc qu'une conciliation ambulatoire permettrait d'améliorer la sécurité du patient en termes de prescriptions médicamenteuses mais elle parait difficile à appliquer au quotidien en raison du manque de temps, de moyen et de communication entre MGT et CMP. En effet au vu de cette étude on constate que si l'on souhaitait la mettre en place et malgré plusieurs relances, seul un tiers des MGT serait en mesure de communiquer les informations nécessaires.

Liste des figures

Figure 1 : Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et les admissions à l'hôpital, hors psychiatrie.....	18
Figure 2 : les difficultés rencontrées dans la communication et le partage d'information entre MGT et PT	21
Figure 3 : La conciliation des traitements médicamenteux Proactive.....	27
Figure 4 : La conciliation des traitements médicamenteux Rétroactive	28
Figure 5 : Processus de conciliation médicamenteuse ambulatoire utilisé pour l'étude	37
Figure 6 : Divergence concernant les traitements psychiatriques.....	42
Figure 7 : Détails du nombre de divergences concernant les traitements psychiatriques	42
Figure 8 : Nombre de divergences des Traitements psychiatriques de type Manque de traitement.....	43
Figure 9 : Nombre de divergences des traitements psychiatriques de type Ajout de Traitement.....	44
Figure 10 : Nombre de divergences de posologie des traitements	45
Figure 11 : Divergences retrouvées entre les traitements connus au CMP et par le médecin généraliste :.....	46

Références

1. Newman SC, Bland RC. Mortality in a Cohort of Patients with Schizophrenia: A Record Linkage Study*. *Can J Psychiatry*. mai 1991;36(4):239-45.
2. Berg CJ, Thomas AN, Mertens AC, Schauer GL, Pinsker EA, Ahluwalia JS, et al. Correlates of continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers. *Psycho-Oncology*. 2013;22(4):799-806.
3. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med*. 24 juill 2000;160(14):2101.
4. HAS. 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 [Internet]. 2018 [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
5. OMS. Sécurité des patients Action mondiale pour la sécurité des patients [Internet]. 2019 [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328698/A72_26-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Loulière B, Roudaut M, Briançon S, Thilly N, Empereur F, Gendarme S. Isabelle Alquier Anne Broyard Charles Bruneau. :125.
7. Charrel CL, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, et al. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the North of France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 févr 2015;50(2):269-77.
8. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. déc 2011;199(6):441-2.
9. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. déc 2011;199(6):453-8.
10. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. févr 2011;10(1):52-77.
11. Recommandations de bonne pratique [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/>
12. rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>

13. Mesidor M, Gidugu V, Rogers ES, Kash-MacDonald VM, Boardman JB. A qualitative study: Barriers and facilitators to health care access for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2011;34(4):285-94.
14. Admin A. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? – Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale [Internet]. *Psychiatrie et Santé Publique*. 2011 [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://planpsy2011.wordpress.com/2011/12/21/quelle-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-secteurs-de-psychiatrie-mission-nationale-dappui-en-sante-mentale/>
15. Gérard Milleret, Imane Benradia, William Guicherd, Jean-Luc Roelandt. ÉTATS DES LIEUX. RECHERCHE ACTION NATIONALE « PLACE DE LA SANTÉ MENTALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ».
16. Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'information psychiatrique*. 2014;90(5):323-9.
17. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de>
18. Ministère de la Santé et de la Prévention - [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/>
19. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. déc 2007;7(1):188.
20. Bohn I, Denis U, Guegan M. SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE. :4.
21. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
22. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville de France / Thomas Barnay, Laurence Hartmann et Philippe Ulmann. n° 1 2007, janvier-mars. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville de France / Thomas Barnay, Laurence Hartmann et Philippe Ulmann n° 1 2007, janvier-mars [Internet]. 2007 [cité 1 déc 2022]; Disponible sur: <https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/SYRACUSE/172392/reforme-du-medecin-traitant-et-nouveaux-enjeux-de-la-medecine-de-ville-de-france-thomas-barnay-laure>
23. GANDRE C., COLDEFY M. 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'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)*. sept 2020;(250):8p.
24. Kovess-Masféty V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *PS*. févr 2007;58(2):213-20.
25. Berman Cohen I, Halkoum R, Fau L. La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres – Inexistante ? *L'information psychiatrique*. 2021;97(6):481-9.
26. Archive des Bibliothèques universitaires de Nantes [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=14f46039-393a-4ab0-a480-3d9b7e68ed3d>

27. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals?: A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiat Epidemiol.* nov 2005;40(11):892-8.
28. Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative. 2012;104.
29. Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique.* 2014;90(5):359-71.
30. Conférence Nationale des Présidents de CME, Collège de la Médecine Générale. Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de Secteur [Internet]. 2014 [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11417.pdf>
31. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.
32. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Keriél-Gascou M, Brami J. Incidence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale : l'étude ESPRIT 2013. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* sept 2014;62:S178-9.
33. Boockvar KS. Effect of Admission Medication Reconciliation on Adverse Drug Events From Admission Medication Changes. *Arch Intern Med.* 9 mai 2011;171(9):860.
34. Décision n° 2015.0195/DC/MSP du 2 septembre 2015 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant le document intitulé « 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 » [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2575563/en/decision-n-2015-0195/dc/m-sp-du-2-septembre-2015-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-adoptant-le-document-intitule-initiative-des-high-5s-medication-reconciliation-rapport-d-experimentation-sur-la-mise-en-oeuvre-de-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-par-neuf-etablissements-de-sante-francais
35. Mettre en œuvre la certification pour la qualité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495044/fr/mettre-en-oeuvre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins
36. Ancri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société.* 2002;25 / 103(4):93-106.
37. Chayé H, Bernard M, Tubéry M, Rousseau V, Ecoiffier M, Montastruc JL, et al. Réhospitalisations d'origine médicamenteuse : étude pilote dans un service de post-urgences médicales d'un hôpital universitaire français. *La Revue de Médecine Interne.* juill 2015;36(7):450-6.
38. Bonnet-Zamponi D, d'Arailh L, Konrat C, Delpierre S, Lieberherr D, Lemaire A, et al. Drug-Related Readmissions to Medical Units of Older Adults Discharged from Acute Geriatric Units: Results of the Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc.* janv 2013;61(1):113-21.
39. Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974294/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs

40. Loulière B, Roudaut M, Briançon S, Thilly N, Empereur F, Gendarme S. 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 [Internet]. HAS; 2018 [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: http://www.omedit-hdf.arshdf.fr/wp-content/uploads/2020/01/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
41. McCarthy L, Su X (Wendy), Crown N, Turple J, Brown TER, Walsh K, et al. Medication reconciliation interventions in ambulatory care: A scoping review. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 15 nov 2016;73(22):1845-57.
42. Bock M. Medication Reconciliation in an Ambulatory Care Community Mental Health Practice. Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects [Internet]. 1 janv 2018; Disponible sur: https://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/161
43. Albano ME, Bostwick JR, Ward KM, Fluent T, Choe HM. Discrepancies Identified Through a Telephone-Based, Student-Led Initiative for Medication Reconciliation in Ambulatory Psychiatry. *Journal of Pharmacy Practice*. juin 2018;31(3):304-11.
44. Les établissements de santé - édition 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>

Annexes

1 Analyses Univariées

Analyses univariées		
	N	118
Données sociodémographiques		
Sexe, n (%)		
	Homme	46 (38.9)
	Femme	72 (61.1)
Age, moy (sd)		
40.5 (15.7)		
Antécédent d'hospitalisation à l'EPSM AL, n (%)		
	Oui	56 (50.0)
	Non	56 (50.0)
Prise en charge		
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 patients 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 (Moins d'1 mois)	18 (16.1)
	Fréquent (Entre 1 et 2 mois)	28 (25.0)
	Régulier (Entre 2 et 3 mois)	32 (28.6)
	Occasionnel (Plus de 3 mois)	5 (4.5)
	Irrégulier (2 RDV non excusés ou plus de 6 mois)	17 (15.2)
	Reprise suivi	5 (4.5)
Patient 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 (%)		
<i>Pour les 48 patients ayant un IDE référent</i>		
	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 traitements connus dans le dossier du CMP, moy (sd)		
2.4 (1.9)		
<i>Min : 0, Max : 10</i>		
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)

2 Fiche de conciliation médicamenteuse de l'EPSM

 <p>Service : _____</p> <p>Date d'admission : _____</p> <p>Date de conciliation : _____</p> <p>Sexe : M / F</p> <p>NOM : _____ Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : ... / ... / ... Age : _____</p> <p>Allergies : _____</p> <p>Médecin traitant (nom/adresse/téléphone) : _____</p> <p>Pharmacien d'officine (nom/adresse/téléphone) : _____</p> <p>Autre(s) professionne(l)s de santé (nom/adresse/téléphone) : _____</p>	<p>Sources d'informations consultées :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacien officine</p> <p><input type="checkbox"/> Ordonnances du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Patient et/ou famille</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments rapportés par le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Dossier d'hospitalisation antérieure</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin spécialiste</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><u>Correction des DNI</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><u>Conciliation</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme</p> <p><u>FEIEM</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Enregistrement sur Excel</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Signature</u> :</p>

AUTEUR : Nom : BATAILLE

Prénom : Pierre

Date de soutenance : 22 Juin 2023

Titre de la thèse : La connaissance par les médecins traitants des traitements à visée psychiatrique de leurs patients : une étude quantitative auprès des médecins généralistes de Villeneuve d'Ascq en 2022.

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Médecine générale ; Conciliation médicamenteuse ; psychiatrie ; Suivi du patient ; iatrogénie.

Résumé :

Introduction : L'espérance de vie plus faible des personnes suivies pour des troubles psychiques est connue depuis plusieurs décennies. Dans ce contexte, une coordination entre le médecin généraliste traitant et les professionnels spécialisés en santé mentale est nécessaire. De ce fait l'une des stratégies visant à améliorer cette coordination consiste en la mise en œuvre d'une conciliation médicamenteuse. Afin d'évaluer l'état des connaissances des médecins généralistes traitant des traitements à visée psychiatriques de leurs patients ce travail de thèse se base ainsi sur l'hypothèse principal que les prescriptions médicamenteuses connues par les médecins généralistes traitant des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent différer de celles connues au CMP.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'un étude quantitative exploratoire, rétrospective, descriptive, mono centrique réalisée sur un échantillon de patient ayant consulté au CMP de Villeneuve d'Ascq entre le 28/02/22 et le 11/03/22.

Résultats : Le résultat principal de cette étude montre que 72,7% de l'échantillon étudié présente au moins une divergence entre les médicaments à visées psychiatriques connus par le médecin traitant et ceux connus au CMP. Sur les 33 dossiers analysables on retrouve en moyenne 1,72 divergences par patients. Concernant les 24 patients chez qui on retrouve au moins une divergence il y a en moyenne 2,3 divergences par patients.

Discussion : On comprend aisément que ces divergences entraînent ces problèmes de iatrogénies qui sont une des variables qui explique la diminution de l'espérances de vie et la surmortalité qui touche ces patients. Ces résultats vont donc dans le sens de différentes études déjà publiées concernant la perte de chance qui concerne ces patients.

Composition du Jury :

Président : Pr THOMAS Pierre.

Assesseurs : Dr BAYEN Sabine, Dr Routier Justine.

Directeur de thèse : Dr BUBROVSZKY Maxime.