Démarche d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse lors du parcours de soins en santé mentale

Anaïs Anaïs Esther

▶ **To cite this version:**

Anaïs Anaïs Esther. Démarche d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse lors du parcours de soins en santé mentale. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04395960

HAL Id: dumas-04395960

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04395960

Submitted on 15 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2023

DÉMARCHE D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE LORS DU PARCOURS DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

SPÉCIALITÉ : OFFICINE

Par Mme Anaïs Esther SITRUK

[Données à caractère personnel]

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 21/12/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Benoît ALLENET

Membres :

M. le Dr Sébastien CHANOINE (tuteur universitaire)

M. le Dr Emmanuel RAT (directeur de thèse)

Mme le Dr Giovanna VENTURI-MAESTRI

L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

FACULTÉ DE PHARMACIE Université Grenoble Alpes

ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2023 / 2024

Doyen de la Faculté - **Pr Michel SÈVE**
Vice-Doyen Pédagogie - **Dr Pierre CAVAILLÈS**
Vice-Doyen Recherche – **Pr Walid RACHIDI**

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
PU-PH	ALLENET	BENOÎT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS	Oui
AHU	AMEN	AXELLE		
Professeur Emérite	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS	
MCF	BATANDIER	CÉCILE	GIN-U1216 INSERM	
PU-PH	BEDOUCH	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS	Oui
MAST	BELLET	BÉATRICE	-	
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	
PU	BOUMENDJEL	AHCÈNE	LRB -INSERM U 1039	Oui
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	Oui
MCF	BRIANÇON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	Oui
PU-PH	BUSSER	BENOÎT	IAB-UMR 5309 CNRS- INSERM U1209	Oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN		
MCF	CAVAILLÈS	PIERRE	IAB-UMR 5309 CNRS- INSERM U1209	
MCU-PH	CHANOINE	SÉBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	
MAST	COMBE	JÉRÔME	-	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	
Professeur Emérite	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF Emérite	DELÉTRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	
PR	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
ATER	DETRAIT	MAXIMIN		
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	Oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui

Mise à jour le 07/09/2023 Sana HACHANI

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
CDD	DURVILLE	SABINE		
PU-PH	FAURE	PATRICE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PRCE	FITE	ANDRÉE	-	
MCU-PH	GARNAUD	CÉCILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	
PU-PH	GERMI	RAPHAËLE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	GÈZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553	Oui
MCF	GRENIÉ	MATTHIAS	LECA – UMR CNRS 5553	
Professeure Emérite	GRILLOT	RENÉE	-	
MCF	GUIEU	VALÉRIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCU-PH	HENNEBIQUE	AURÉLIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	Oui
AHU	IHL	CORDELIA		
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039	
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
AHU	LEO	CAROLINE		
MAST	LOGEROT	SOPHIE		
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-	
MCU-PH	MINOVÉS	MÉLANIE	HP2 – INSERM U1042	
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	Oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	Oui
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	Oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	PERRIER	QUENTIN		
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui

Mise à jour le 07/09/2023 Sana HACHANI

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
ATER	PEYRONNEL	CÉLIAN		
PU	RACHIDI	WALID	BGE/BIOMICS/ CEA	Oui
PU	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	Oui
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	Oui
PU-PH	SÈVE	MICHEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
AHU	TRUFFOT	AURÉLIE		
MCF	VANHAVERBEKE	CÉCILE	DPM – UMR 5063 CNRS	
AHU	VITALE	ELISA		
MCF	WARTHER	DAVID	DPM – UMR 5063 CNRS	
Professeur Emérite	WOUESSIDDJEWE	DENIS	DPM – UMR 5063 CNRS	

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche INSERM
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institute for Advanced Biosciences
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel
MCF : Maître de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR : Unité Mixte de Recherche
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 07/09/2023 Sana HACHANI

Remerciements

Mes plus sincères remerciements et toute ma gratitude aux membres de mon jury :

Au Professeur Benoit ALLENET :

Merci pour votre enseignement, et de me faire l'honneur d'être mon président de jury.

Au Docteur Emmanuel RAT :

On y sera arrivés, on se l'était dit, et ça a valu le coup de s'accrocher. Je ne sais pas comment vous remercier, vous avez été un pilier durant cette thèse.

Au Docteur Sébastien CHANOINE :

Un grand merci pour votre encadrement, vos conseils, votre gentillesse ainsi que votre patience lorsqu'il s'agit de vous harceler par mails.

Au Docteur GIOVANNA VENTURI MAESTRI :

Merci pour ce que vous m'avez apporté durant mon stage hospitalier. C'est par l'instauration de la conciliation de sortie dans votre unité qu'a pu faire naitre le sujet de ma thèse.

Et je voudrais remercier également mon entourage, qui a été un allier de taille dans ma vie et dans l'élaboration de ce travail :

La première personne que je souhaite remercier est celle qui m'a donnée la vie, celle qui a toujours cru en moi, qui m'a toujours soutenu et épaulé. Il n'y aura aucun mot à la hauteur de tout ce que tu as fait pour moi. Ça n'a pas toujours été facile pour toi, mais voilà où j'en suis, où on en est maintenant. Merci maman, je t'aime.

Mamie ou devrais-je dire deuxième maman, toi qui me mets sans cesse sur un piédestal. Toi qui me considères comme le médecin de la famille et qui s'en remet toujours à moi pour ses traitements. Toi qui es prête à attendre 30 minutes à la pharmacie pour que je puisse te servir. Merci, je t'aime.

A mon père qui accrochait mes bulletins dans son garage quand j'étais au collège, et qui a l'impression d'avoir eu mes diplômes à ma place.

A mes sœurs qui sont de puissants soutiens.

Au reste de ma famille, qui ont toujours vu en moi la capacité de réussir et d'aller au bout. Je vous aime tous.

Je voudrais également et particulièrement remercier la pharmacie où tout a commencé, et qui m'a donné le goût de faire ce métier : la Pharmacie Duverney-Joux.

A vous Françoise, la patronne que tout le monde rêverait d'avoir, d'une humanité et compassion sans faille, qui m'a soutenue et qui n'a jamais cessé de croire en moi et ce que je pouvais réaliser.

A toi Mina, ou devrais-je dire Minouche, qui me donne confiance, qui m'épaule, devenue une amie en or plus qu'une collègue.

A toi Alice, dont le rire est communicatif, qui est d'une force incroyable et de très bons conseils en amour.

A toi Nacera, dont les blagues me font rire, ma bretonne d'amour.

A toi Francesca, Bae tu nous as quitté trop tôt. Ton esprit tordu, ta beauferie et toi me manquaient terriblement. Profite de l'Australie et reviens moi vite !

A toi Justine, qui m'a suivie pendant mes études et qui m'apporte son soutien et sa réassurance quant à l'élaboration de cette thèse, mais aussi dans ma vie de manière générale.

A toi Anaïs (non je ne parle pas de moi), ma petite pharmacienne d'amour qui me fait bien rire par ta maladresse !

Et à nos cours de pilâtes qui sont magiquement drôles. Vous êtes comme une famille.

Un énorme merci également à la Pharmacie de la Plaine, qui m'a permis de me former durant mes études, et de qui j'en garde un merveilleux souvenir. Merci Francis, Christelle, Sylvain, Sabrina, Marion, Catherine, Maryline et Sylvie.

Merci aussi à Sarra, ma petite caille d'amour, qui est un peu trop loin à mon goût.

Merci également à la Pharmacie des Roches bleues, où j'ai travaillé à partir de la deuxième année tous les samedis matin et à la Pharmacie 115, où j'ai fait de merveilleuses rencontres. Christelle merci particulièrement à toi, pour tout.

Merci à Amandine, ma sœur de cœur, ma meilleure amie, la meilleure de toute, de toujours me pousser à me dépasser, de me soutenir quoi qu'il en coûte, et de se démener pour me rendre heureuse. Je t'aime fort. Et merci à Raf de te suivre dans cette démarche.

Merci Nono d'être présente comme tu l'es, et d'être là pour tous les moments importants de ma vie.

Merci à ma Juliette d'amour aussi, compagne de galère de la pharmacie à l'IAE, de Grenoble à Toulouse.

Merci à mon groupe de potes, Mathilde, Tom, Rémi C, Rémi R, Raph, Chloé, Claire, Damien, Manon, Maxime, Clément.

Merci à Mr Nobile, le prof et coach d'athlétisme, qui a su voir en moi depuis le début le potentiel que j'avais.

Merci aux groupes des filles, Mélina, Chloé P, Chloé G, Léa, Elisa, Marie, Coline, Louise, Clémentine. Merci à mes amis : Sarah, Salima, Raph, Fanny, Antoine, Victor, Yasmine, Eloïse, Léa, Quentin, Momo, Thibz, Jimmy, Boubou, Niels et tout ceux que j'oublie.

Un grand merci également aux CPTS Drac Sud et Sud Est Grenoblois, et au CHAI qui ont participé de près à l'élaboration de cette thèse.

Merci à tous les autres, qui ont laissé leur empreinte pendant mon parcours professionnel et personnel. Je crois qu'il ne faut pas craindre de dire aux gens qu'on les aime.

Je vous aime.

Table des matières

Remerciements 5
Table des matières 8
Table des abréviations 11
Table des tableaux 13
Table des illustrations 13
Table des Annexes 13
Introduction générale 14
Partie 1 : Présentation 15
1.1 Définitions des pathologies retrouvées en psychiatrie 15
1.1.1 La dépression 15
1.1.2 La schizophrénie 16
1.1.3 Les troubles bipolaires 16
1.1.4 Les troubles anxieux 18
1.2 Prise en charge médicamenteuse 19
1.2.1 Rôle des psychotropes 19
1.2.2 Le Médicament, un traitement parmi plein d'autres 20
1.2.3 Risque iatrogène 20
1.2.4 Une adhésion thérapeutique potentiellement défaillante chez le patient 21
1.3 Impacts des troubles psychiatriques sur la santé globale des patients 22
1.4 Organisation des soins en psychiatrie et ses limites 23
1.4.1 Les acteurs des soins 23
1.4.2 La sectorisation 23
1.4.3 Les modalités de soins 24
1.4.4 Un système qui répond mal aux besoins 24
1.5 Eléments fondateurs pour aller vers une meilleure efficience dans le parcours de soins en santé mentale 25
1.5.1 Politiques de santé nationale 25
1.5.2 Politiques de santé régionale 27
1.5.3 Organismes de coopération interprofessionnelle issus de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 27
1.5.4 Dispositifs de coordination pluriprofessionnelle en santé mentale 29
1.5.5 Le numérique et le parcours de soins 29
1.5.6 La lettre de liaison médicale 34

1.6 Apport de la pharmacie clinique dans le parcours de soins en santé mentale 34
1.6.1 La conciliation des traitements médicamenteux 34
1.6.2 Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission 35
1.6.3 Conciliation des traitements médicamenteux à la sortie 36
1.6.4 L'Education thérapeutique 38
Partie 2 : Article 39
2.1 Résumé 39
2.2 Introduction 40
2.3 Matériels et méthodes 41
2.3.1 Modèle local de pharmacie clinique du CHAI 41
2.3.2 Mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse de sortie dans une unité de soins de psychiatrie adulte 42
2.3.3 Documents supports à l'activité de conciliation de sortie 42
2.3.4 Enquête de satisfaction auprès des professionnels de ville destinataires de la conciliation de sortie 44
2.3.5 Enquête des besoins et des attentes des professionnels de ville sur la prise en charge médicamenteuse en santé mentale 45
2.4 Résultats 46
2.4.1 Données d'activité à 1 an 46
2.4.2 Retour d'expérience de l'enquête de satisfaction 46
2.4.3 Résultats des enquêtes diffusées auprès des CPTS 49
2.4.4 Besoins et attentes affinés après échange en groupe de travail avec les professionnels 51
2.5 Discussion 52
2.5.1 Retour d'expérience de la conciliation de sortie 52
2.5.2 Enquête de satisfaction de la conciliation de sortie auprès des professionnels de ville 54
2.5.3 Enquête de besoins auprès des professionnels de santé des CPTS 55
2.6 Conclusion 58
Conclusion générale 59
Références bibliographiques 60
Annexes 82
Annexe 1 : Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé de ville ayant été bénéficiaires d'éléments de liaison lors d'au moins une conciliation de sortie 82

Annexe 2 : Exemple de volet médicamenteux de sortie du Centre Hospitalier Alpes-Isère 85
Annexe 3 : Questionnaire concernant les besoins et les attentes des professionnels de santé 87
Serment de Galien 90

Table des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CH : Centre Hospitalier

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

CLSM : Conseil local de santé mentale

CMA : Conciliation médicamenteuse d'admission

CME : Conciliation médicamenteuse d'entrée

CM : Conciliation médicamenteuse

CMP : Centre médico-psychologique

CMS : Conciliation médicamenteuse de sortie

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOP : Ordre national des Pharmaciens

COS : Cadre d'Orientation Stratégique

CPT : Communautés Psychiatriques de Territoire

CPTS : Communauté professionnelles territoriales de santé

CSP : Code de la Santé Publique

CSSMP : Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie

CTM : Conciliation des traitements médicamenteux

DGOS : Direction générale de l'offre des soins

DMP : Dossier médical Partagé

DMSMP : Délégué Ministériel à la Santé Mentale et à la Psychiatrie

DP : Dossier Pharmaceutique

DREES : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM-5 : 5ème édition du manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux

EHPAD : Etablissement pour personnes âgées dépendantes

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ESP : Equipes de soins de premiers recours

ESPIC : Etablissements de santé privée d'intérêt collectif

ETP : Education thérapeutique du patient

GCS-SARA : Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Information Santé en Auvergne-Rhône-Alpes

HAS : Haute autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HDJ : Hôpital de jour

INSERM : Institut nationale de la santé et de la recherche médicale

IRDES : L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

PP : Plan de Prise

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

Résic38 : Réseau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère

SNS : Stratégie nationale de santé

SRS : Schéma Régional de Santé

UPCC : Unité de Pharmacogénétique et de Psychopharmacologie Clinique

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

VMS : Volet médicamenteux de sortie

Table des tableaux

Tableau I : Profession des personnes ayant répondu à l'enquête de satisfaction

Tableau II : Profession des personnes répondantes

Table des illustrations

Figure n°1: Description des divers outils et données issus de Mon Espace Santé 2022 32
Figure n°2 : Représentation des différents éléments du volet médicamenteux de sortie 43
Figure n°3 : Résultats de l'enquête de satisfaction concernant le niveau de pertinence des informations du VMS 47
Figure n°4 : Résultats de l'enquête de satisfaction concernant l'évaluation du format du VMS 48
Figure n°5 : Distribution du niveau auto-évalué des professionnels (connaissances et compétences sur la prise en charge médicamenteuse en santé mentale) 49
Figure n°6 : Distribution du niveau d'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale (évalué par les professionnels) 50
Figure n°7 : Distribution des actions ciblées par les professionnels pour améliorer l'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale 51

Table des Annexes

Annexe 1 : Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé de ville ayant été bénéficiaires d'éléments de liaison lors d'au moins une conciliation de sortie

Annexe 2 : Exemple de volet médicamenteux de sortie du Centre Hospitalier Alpes-Isère

Annexe 3 : Questionnaire concernant les besoins et les attentes des professionnels de santé

Introduction générale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un trouble mental, « trouble psychiatrique » ou encore « maladie mentale » se définit par « une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu ». Les syndromes anxieux, la bipolarité, la dépression, la schizophrénie (1,2) représentent les principaux troubles.

La maîtrise des risques liés à la prise en charge de ces troubles est complexe à gérer. En effet, les sujets atteints de ces troubles sont en proie à un accès aux soins de santé assez inégalitaire (1,3–6) du fait de difficultés sociales et financières (7). Par ailleurs, les psychotropes pourtant essentiels dans la prise en charge de ces troubles sont loin d'être dépourvus de potentiel iatrogène (8). Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS), en octobre 2018, a dressé un état des lieux montrant que la coordination entre les différents acteurs du soin de ville et hospitaliers n'était pas assez fluide dans le domaine de la santé mentale (9) avec notamment un cloisonnement entre les médecines somatique et psychiatrique (10,11).

Au niveau de la prise en charge médicamenteuse, la conciliation médicamenteuse (CM) est une action qui a fait ses preuves (12–14) dans l'optimisation du parcours de soins puisqu'elle permet d'assurer la coordination entre les acteurs de ville et hospitaliers. Au Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI) une démarche a été initiée en 2020 pour assurer une meilleure continuité du lien hôpital-ville avec la mise en place de la CM de sortie (CMS) dans une unité de l'établissement. Afin d'évaluer la pertinence de cette action, nous avons réalisé une enquête de satisfaction (annexe 1) auprès des professionnels de santé de ville ayant été bénéficiaires d'éléments de liaison (annexe 2) lors d'au moins une conciliation de sortie. Afin de faire évoluer et optimiser le processus initié, nous nous sommes confrontés aux besoins et attentes des professionnels de ville (annexe 3). Au final, l'objectif de notre étude est de définir les actions les plus pertinentes à mettre en œuvre pour optimiser la prise en charge médicamenteuse lors du parcours de soins en santé mentale.

Partie 1 : Présentation

Selon l'OMS, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (15). Elle intègre donc une dimension psychique, non négligeable. Les maladies psychiques touchent 20% de la population française (16). Anxiété, dépressions, troubles bipolaires, psychoses (2)…les patients atteints de souffrances psychiques sont nombreux, avec des conséquences variées sur leur vie quotidienne : abattement, « déprime », isolement, repli sur soi, suicide, violence, etc. (1,5,7).

1.1 Définitions des pathologies retrouvées en psychiatrie

1.1.1 La dépression

La dépression touche, 2,5 millions de Français chaque année (16). Également dénommé épisode dépressif caractérisé, il s'agit d'un trouble de l'humeur défini par un ensemble de symptômes : anhédonie, une tristesse apparentée à de la détresse, fatigue accrue, manque d'estime de soi, difficultés à dormir et à s'alimenter. Le sujet se considère comme inutile et incapable, et n'a plus d'énergie pour exercer quoi que ce soit. Cette pathologie trouble se distingue d'une simple tristesse passagère en ayant un retentissement notable tant socialement que professionnellement (17,18). Pour être caractérisée comme une dépression, les symptômes cités doivent persister pendant au-moins quatorze jours (19).

Les étiologies de la dépression sont multifactorielles : génétiques, environnementales, sociales et familiales (20). Cette pathologie provient d'un déficit en neurotransmetteurs : dopamine, sérotonine et noradrénaline (21). D'un point de vue médicamenteux, les traitements employés (antidépresseurs), visent donc principalement à pallier le manque en neurotransmetteurs.

Selon la durée, la sévérité et le nombre des symptômes, on parlera d'épisode dépressif léger, moyen ou sévère (19). Quel que soit le type de dépression, la prise en charge repose en premier lieu sur un soutien psychologique ou une psychothérapie qui peuvent parfois suffire à surmonter un épisode dépressif léger ou modéré (22). En fonction du degré de sévérité le médecin traitant, un psychologue et un psychiatre seront mis à contribution conjointement ou séparément dans le soin. Si la prise en charge des épisodes dépressifs est aujourd'hui bien codifiée avec une efficacité clairement démontrée des antidépresseurs et des psychothérapies, on estime cependant que ces traitements ne sont pas efficaces dans 1/3 des cas (16).

Des idées négatives pouvant mener à des conduites suicidaires sont souvent présentes (23). Dans certaines dépressions sévères avec risque suicidaire important, une hospitalisation en service de psychiatrie peut être décidée (22).

1.1.2 La schizophrénie

Il faut plutôt parler « des schizophrénies » du fait de la diversité des symptômes de la pathologie en fonction de la personnalité et de l'environnement des personnes. Elle touche environ 1 % de la population à l'échelle mondiale et débute le plus souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle fait partie des maladies psychiques sévères et durables (16). Une schizophrénie résulte d'anomalies cérébrales au niveau neuronal (24).

La schizophrénie ou maladie psychotique se caractérise par trois types de symptômes :

- « Positifs », définis par des délires, des hallucinations diverses (surtout auditives), de la paranoïa, des idées délirantes (de persécution par exemple), et de la mégalomanie,
- « Négatifs », se manifestant par un isolement social, assez similaires à une dépression. Parfois, l'individu a l'impression de ne plus appartenir à son propre corps (désappropriation corporelle).
- « Dissociatifs », en lien avec une perte de connexion et de cohérence avec la réalité. Le patient schizophrène a de la difficulté à communiquer avec le monde extérieur. La pensée, la concentration, la mémorisation et la compréhension sont altérées. La personne atteinte est dans le déni de sa maladie (25).

La sévérité et la présence de ces symptômes fluctuent d'une personne à une autre. Le diagnostic est laborieux du fait de la variabilité des symptômes, cette pathologie pouvant être souvent confondue avec la dépression ou la bipolarité (25) .

La prise en charge de cette pathologie associe une prise en charge médicamenteuse, mais également psychologique, sociale et éducative (21). Sans traitement, la maladie s'aggrave. 2 patients sur 3 ne bénéficient pas de soins spécialisés selon l'OMS en 2020 (26). L'adhésion thérapeutique et la prévention de l'iatrogénie constituent des enjeux indispensables dans la prise en charge efficiente de cette pathologie (21).

Le risque de décéder de manière précoce est doublé voire triplé pour les patients schizophrènes, par rapport à la population générale, essentiellement en lien avec des comorbidités somatiques (26). Le risque suicidaire est très présent puisqu'un patient sur deux tente de mettre fin à ses jours selon l'Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (24).

1.1.3 Les troubles bipolaires

Il s'agirait d'une pathologie sous diagnostiquée. 1% à 2,5% de la population en serait atteinte. Son diagnostic est complexe et demande souvent plusieurs années avant d'être confirmé. En effet, parfois les personnes peuvent être diagnostiquées dépressives alors qu'elles sont en réalité atteintes de troubles bipolaires (16,27).

Cette pathologie se déclare souvent entre 15 et 25 ans. Les troubles bipolaires peuvent avoir des répercussions importantes sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale (28).

Les troubles bipolaires, nommés également « bipolarité » se définissent comme un trouble de l'humeur, avec une alternance de deux phases (entrecoupées de périodes de normothymie) (29):

-Maniaque (ou hypomaniaque lorsque moins intense) dans laquelle la personne est hyperactive, euphorique, en grande excitation. Elle a la folie des grandeurs (agit en totale insouciance et prend parfois des risques inconsidérés), et se retrouve en totale désinhibition. Elle dépense excessivement, voit ses pulsions sexuelles augmenter, ses besoins de dormir diminuer. Elle souffre de logorrhée et de troubles de l'attention. Parfois, il est possible qu'elle soit irritable et agressive (27–31). C'est dans cette phase qu'il est le plus probable que le patient cesse de prendre son traitement, pensant qu'il n'en a plus besoin, du fait de son sentiment de toute puissance (27,28),

-Dépressive où l'on retrouve les symptômes identiques à la dépression (17). Cette phase fait suite à la phase maniaque (27). L'enjeu principal de la prise en charge est la maîtrise du risque suicidaire (29).

Une étiologie génétique (prédisposition) prédomine avec des facteurs environnementaux (événement stressant ou un surmenage), pathologiques (les infections du système nerveux, les traumatismes crâniens) ou comportementaux (alcoolisme ou toxicomanie) pouvant intervenir comme déclencheurs (31).

Le traitement des troubles bipolaires est avant tout médicamenteux. Les thymorégulateurs (lithium, dérivés de l'acide valproïque, carbamazépine, lamotrigine…), en stabilisant l'humeur constituent le traitement de fond de la pathologie. L'association de plusieurs stabilisants de l'humeur est parfois utilisée. En cas de symptômes persistants, on peut ajouter un neuroleptique. Lors des accès dépressifs, la prise d'un médicament antidépresseur peut être envisagée mais avec prudence, car elle risque de déclencher un accès maniaque. On appelle ce changement d'humeur brusque un « virage maniaque » (28,32,33).

La prise en charge psychothérapeutique a pour but de permettre au patient de mieux vivre avec son trouble et ses répercussions grâce à une meilleure compréhension de sa pathologie et à l'identification précoce des signes d'une potentielle rechute (30). Sous traitement, la maladie peut s'effacer complètement (absence de cycles maniaques et dépressifs).Sans traitement, plus d'un quart des personnes souffrant de troubles bipolaires tentent de mettre fin à leur jour (28).

La HAS a souligné la nécessité d'une forte coopération entre le médecin généraliste et le psychiatre pour une prise en charge efficiente de ces troubles (33).

1.1.4 Les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus fréquemment retrouvés (34). Environ 21% des adultes seraient touchés au cours de leur vie selon la HAS en 2007, les femmes deux fois plus que les hommes (35).

Au départ, l'anxiété est une émotion physiologique en réaction à une épreuve mais elle devient parfois disproportionnée, sévère et handicapante. Les troubles anxieux se caractérisent ainsi par une anxiété dont l'intensité est soutenue et persistante dans sa durée (36). La durée de ces troubles est patient dépendant (37). La 5ème édition du Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) fait état de types de 5 types de troubles anxieux : le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique, le trouble de phobies spécifiques, la phobie sociale, et l'agoraphobie (34).

De nombreux symptômes sont évocateurs aussi bien au niveau somatique que psychologique (38) :

- Dyspnées, vertiges, sudation, tachycardie, tremblements, troubles digestifs, endocriniens, douleurs, asthénie, migraines etc.,
- Insomnies, sensations d'insécurité, pensées anxieuses inconvenantes et abusives, pessimisme concernant le futur, agressivité, irritabilité.

L'apparition de ces troubles est en lien avec une prédisposition génétique avec des circonstances déclenchantes pouvant être liées à l'environnement (exposition à une situation stressante ou entourage anxieux), à la prise ou l'arrêt de médicament, ou encore à la consommation d'alcool ou de drogue (34). Les troubles anxieux sont fortement reliés au risque de survenue d'une dépression puisqu'une personne atteinte d'un trouble anxieux est doublement plus à risque d'être dépressive par la suite. Beaucoup de ces sujets sont très à risque d'addiction, au tabac et à l'alcool notamment (36).

Au niveau du traitement, en première intention, la mise en place de règles hygiéno-diététiques (bon équilibre alimentaire, rythme de vie régulier, une éducation physique, un sommeil correct…) sera ciblée. En fonction de l'intensité du tableau clinique, la prise en charge médicamenteuse et/ou la psychothérapie seront requises (34,36).

1.2 Prise en charge médicamenteuse

1.2.1 Rôle des psychotropes

Selon Jean Delay en 1957, « On appelle psychotrope, une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification » (39). D'après l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) en 2015, on dénombrerait 3,8 millions de consommateurs réguliers de médicaments psychotropes et 8,9 millions de consommateurs occasionnels. Le but de ces traitements est d'atténuer la souffrance du patient, et de réduire le trouble psychique, afin de lui permettre de mieux vivre au quotidien (40).

Au niveau du système nerveux central, les psychotropes ont la capacité de modifier plusieurs processus biochimiques et physiologiques. Le bon fonctionnement des cellules nerveuses (neurones) est conditionné par des substances appelées neuromédiateurs (ou neurotransmetteurs), principalement la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline (40–42). Dans les principaux troubles psychiques comme les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, les troubles anxieux ou les troubles schizophréniques, on observe une perturbation de ces neurotransmetteurs. Les psychotropes vont ainsi agir au niveau neuronal en régulant et/ou modifiant les effets liés à ces neuromédiateurs (42). Outre leurs effets sur le psychisme, ils ont un fort potentiel d'effets indésirables (43).

On distingue habituellement cinq grands groupes (40) :

-Les anxiolytiques : ils sont employés généralement pour soulager les symptômes de l'anxiété et du trouble anxieux, mais aussi du sommeil. Les benzodiazépines (et leurs apparentés), les antihistaminiques, les bêtabloquants, les neuroleptiques ou encore les antidépresseurs ont vocation à être utilisés dans cette indication (40,44),

-Les hypnotiques : utilisés dans le traitement des troubles du sommeil pour gérer les problèmes d'endormissements ou prévenir les réveils fréquents ou nocturnes Les benzodiazépines (ou apparentés) et des antihistaminiques (ayant des propriétés hypnotiques) sont prescrits à cet usage (45),

-Les antidépresseurs : ce sont des molécules dont l'objectif est d'atténuer les symptômes de la tristesse, et par la même occasion les conséquences qui en découlent (somatiques, psychiques et relationnelles) (40,46–48),

-Les régulateurs de l'humeur (appelés également stabilisants ou normothymiques) : ils ont vocation à « stabiliser » l'humeur en empêchant les patients de basculer entre des états dépressifs et hypomaniaques ou maniaques. Leur objectif est de développer un état d'humeur euthymique ou normal (40,49),

-Les neuroleptiques (dits aussi antipsychotiques) (40,50) : Ils ont pour but de réduire la souffrance des patients, de permettre une amélioration de l'activité psychique à l'échelle affective, relationnelle et sociale et de minimiser le risque suicidaire. Ils permettent à la personne une interaction de meilleure qualité avec le monde extérieur. Principalement indiquée dans la prise en charge des schizophrénies, cette classe dispose de plusieurs générations de molécules : classiques (de première génération) et atypiques (de seconde génération, apparus plus tardivement).

1.2.2 Le Médicament, un traitement parmi plein d'autres

La prise en charge des troubles psychiques ne se limite pas à la prescription de médicaments. Ainsi, le ou la médecin généraliste ou psychiatre va proposer un accompagnement psychologique et médical pendant la durée du traitement incluant notamment l'évaluation des effets bénéfiques du médicament et la surveillance des effets indésirables. Au-delà des aspects pharmacologiques, le traitement est susceptible de faire appel à de multiples autres moyens : contacts réguliers avec des soignants, psychothérapie, réhabilitation psychosociale, accompagnement médico-social etc. (40).

1.2.3 Risque iatrogène

Tous les médicaments psychotropes sont loin d'être dénués de risque iatrogène. Les neuroleptiques impactant beaucoup de récepteurs différents, sont à l'origine de nombreux effets indésirables. Ces effets peuvent être plus ou moins importants comme les hépatites, dyskinésies, asthénie, perturbation du bilan biologique, troubles endocriniens, risque torsadogène, syndrome malin des neuroleptiques, syndrome atropinique, syndrome parkinsonien, prise de poids, hyperglycémie avec risque de diabète, hypotension, sédation (6,51–54)… Les neuroleptiques exposent les personnes aux mêmes risques d'effets indésirables, mais de façon variable pour chaque médicament. Par exemple, les troubles moteurs (raideur musculaire, tremblements, etc.) sont plus fréquents avec les neuroleptiques dits classiques et les troubles métaboliques (prise de poids, diabète, etc.) plus fréquents avec les neuroleptiques dits atypiques (6,54). L'association d'une prise de poids, de la survenue de troubles lipidiques et d'un diabète conduit à s'interroger sur le traitement médicamenteux des troubles psychiques comme cause possible.

Il est donc important de monitorer régulièrement cette classe médicamenteuse par des suivis biologiques (bilan glycémique et lipidique), et cliniques (tension artérielle, poids, périmètre abdominal) (55). Une surveillance régulière de la numération de la formule sanguine st à effectuer dans les prises en charge par clozapine (56).

Les antidépresseurs eux, présentent un meilleur profil de tolérance (54). Leur recommandation de suivi est alors annuelle (dans la majorité des cas) (57).

Les thymorégulateurs présentent de nombreux effets indésirables comme les dysthyroïdies, prise de poids, agranulocytose, tératogénicité, hyperamoniémie, insuffisance rénale, diabète insipide etc (54,58,59). Ces derniers sont très dépendants de la molécule utilisée. Outre ces effets indésirables, il faut prendre en compte que des médicaments sont à marge thérapeutique étroite comme le lithium ou encore le valproate de sodium. Un suivi pharmacologique des concentrations plasmatiques est donc régulièrement nécessaire (54,60). Ceci est d'autant plus important que ces médicaments font également l'objet de nombreuses interactions médicamenteuses (54). De ce fait, un suivi biologique, clinique et paraclinique régulier doit aussi être effectué.

Les benzodiazépines ne révèlent une efficacité que sur de courtes durées. Au-delà, leur efficacité diminue (61) tout en étant susceptible d'être à l'origine d'un grand nombre d'effets indésirables (troubles de la mémoire, risque accru de démence, chutes, surtout chez les personnes âgées, accidents, troubles comportementaux, etc.) (62).

Un grand nombre de ces psychotropes (benzodiazépines, antipsychotiques, antidépresseurs…) ne doivent pas être arrêtés brutalement, sous peine de syndrome de sevrage (63). Beaucoup de ces molécules sont également à risque de dépendance (64).

Il est donc essentiel de prévenir cette iatrogénie au vu du fort niveau de risque lié à ces molécules. Ainsi, lorsqu'une affection somatique ou un changement d'attitude sont décelés chez un patient consommant des psychotropes, il est nécessaire de vérifier si le traitement est possiblement en cause. Selon le rapport Iatrostat de l'année 2022 établi par le réseau des centres régionaux de pharmacovigilance, les psycholeptiques (anxiolytiques, antipsychotiques et hypnotiques) représentaient la 3ème sous classe pharmacologique impliquée dans la survenue d'effets indésirables conduisant à une hospitalisation (65).

1.2.4 Une adhésion thérapeutique potentiellement défaillante chez le patient

L'adhésion thérapeutique est également un facteur à prendre en compte. L'OMS l'a définie comme « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne - prendre des médicaments, suivre un régime alimentaire et/ou exécuter des changements de style de vie - correspond aux

recommandations convenues d'un prestataire de soins de santé ». En 2003, la moitié des patients atteints de maladies chroniques issus des pays développés ne prennent pas leur traitement tel qu'il est prescrit (66).

Les interruptions de traitement psychotrope et du suivi sont une des principales causes de rechutes des troubles psychiques. Les origines en sont multiples : oubli involontaire, absence ou mauvaise perception du trouble, préjugés et croyances sur la nocivité de médicaments. Lors du premier épisode d'un trouble psychique, souvent la conscience du trouble est faible. L'adhésion aux soins est fragile et nécessite donc des interventions régulières pour la renforcer (67,68).

1.3 Impacts des troubles psychiatriques sur la santé globale des patients

Il a été démontré que les individus souffrant de troubles mentaux ont une espérance de vie diminuée de 13 à 16 ans en moyenne (69). La surmortalité chez ce type de patients est de 2 à 3 fois supérieure à la population générale. On estime que 60% de cette surmortalité est due aux maladies physiques (3).

Les causes sont multifactorielles. Les troubles addictifs, l'alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, la prévalence du suicide, les modifications du comportement social, les troubles cognitifs, le repli sur soi et l'isolement social sont autant de facteurs péjoratifs d'ordre comportemental (3,69,70). Plusieurs de ces troubles psychiques amènent parfois la personne à être peu attentive aux symptômes physiques (68).

Les patients atteints de troubles psychiques sont plus susceptibles de ne pas recevoir de prise en charge lorsqu'il s'agit d'affections somatiques du fait d'une stigmatisation accrue en lien avec leur étiquette « patients psy ». Ainsi, le diagnostic peut être retardé avec des conséquences non négligeables sur leur santé (68,71).

Les troubles comportementaux en lien avec l'alimentation, la sexualité, les addictions ou l'hygiène de vie d'une manière générale, ne sont pas assez considérés (71). ll est très difficile pour les patients d'avoir accès aux actions de prévention et de dépistage (santé bucco-dentaire, informations sur la contraception ou les infections sexuellement transmissibles etc.) (68).

Enfin, le cloisonnement entre la médecine somatique et psychique, l'insuffisance de coordination des acteurs médicaux et médico-sociaux freinent la bonne prise en charge des patients atteints de troubles psychiques, contribuant ainsi à des soins retardés, inadaptés ou stoppés (72).

1.4 Organisation des soins en psychiatrie et ses limites

1.4.1 Les acteurs des soins

Dans le secteur sanitaire, plusieurs types de structure ont pour mission de réaliser les prises en charge dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie : les établissements publics spécialisés en santé mentale (anciens hôpitaux spécialisés), les établissements publics non spécialisés mais disposant d'un service psychiatrique (centres hospitaliers ou hospitalo-universitaires), les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les cliniques privées à but lucratif (73).

La construction des structures publiques et spécialisées relève de la loi du 30 juin 1838, positionnant un établissement de soins spécialisé (ou asile) dans chaque département (74,75). L'aménagement de services psychiatriques au sein d'établissements non spécialisés est d'apparition plus tardive. La prise en charge en ambulatoire est susceptible de relever de professionnels tels que le médecin généraliste, le psychiatre ou le psychologue, chargés d'accompagner et de suivre les troubles psychiatriques. Les secteurs social et médico-social ont une place prépondérante dans l'hébergement et l'accompagnement des individus souffrant de troubles psychiques (73).

1.4.2 La sectorisation

En France, l'organisation de la prise en charge des pathologies psychiques relève d'un cadre réglementaire et législatif spécifique. Depuis la circulaire n°340 du 15 mars 1960 (76,77) confortée au niveau législatif en 1985 (79) et l'entrée en vigueur du dispositif de sectorisation pour le secteur public, la prise en charge auparavant uniquement centrée sur l'hospitalisation s'est orientée vers le développement de prises en charge ambulatoires (73). Le département ayant sa propre prise en charge hospitalière et ambulatoire est ainsi désigné comme un « secteur », qui sera sous-scindé en « sous-secteurs » du point de vue démographique et géographique (78).

À travers ce découpage géographique en secteurs, trois principes régissent leur conception : une prévention, une insertion et une prise en charge continue, la pluriprofessionnalité mais aussi une égalité et une proximité de la prise en charge (73). C'est le domicile du patient qui détermine l'orientation vers les différentes structures hospitalières ou ambulatoires (79,80).

Dans le secteur ambulatoire (ou extrahospitalier), le centre médico-psychologique (CMP) est le réel pivot dans les prises en charge qui peuvent également nécessiter de faire appel aux centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et aux hôpitaux de jour (HDJ) (79).

1.4.3 Les modalités de soins

On distingue différentes modalités de soins et d'accompagnement adaptées au parcours de soins du patient et aux stades de sa maladie, et chargées de faciliter sa réinsertion sociale (73). Ces modalités sont principalement constituées de (73,81–86) :

-L'hospitalisation complète, destinée aux patients dont l'état de santé ne peut plus être pris en charge en ambulatoire, et nécessitant des soins intensifs et continus,

-La prise en charge à temps partiel (sans hébergement) avec l'HDJ qui est une alternative à l'hospitalisation à temps plein avec un accueil qui s'étend au maximum sur une journée, plusieurs fois dans la semaine au besoin et à destination de patients nécessitant des soins réguliers et intensifs. Parallèlement, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), structures de prévention des rechutes et d'aide au rétablissement proposent des activités thérapeutiques (ateliers, thérapie de groupe) dans le but d'assurer l'autonomie, la réhabilitation et la réinsertion sociale du patient.

-La prise en charge ambulatoire, qui fait appel aux divers professionnels libéraux (tels que les médecins généralistes, psychiatres et psychologues) et aux CMP chargés non seulement de dispenser des soins médicaux, de réaliser de la prévention, de diagnostiquer, mais également d'orienter vers des établissements plus adéquats en cas de besoin (CATTP, HDJ ou encore unités d'hospitalisation psychiatrique). Les CMP ont pour rôle d'assurer l'organisation et la coordination des activités du secteur extrahospitalier.

1.4.4 Un système qui répond mal aux besoins

Ce fonctionnement, bien qu'il présente certains atouts, a également des limites. En effet, bien que la sectorisation ait permis le développement de la psychiatrie ambulatoire, elle se heurte à certaines difficultés (68,72,87).

L'offre hospitalière psychiatrique et ses capacités d'accueil ont fortement diminué. Selon le Rapport d'information de la Mission relative à l'organisation de la santé mentale de 2019, le nombre de lits en hôpital psychiatrique a diminué de moitié entre 1990 et 2016, cette diminution n'ayant pas été contrebalancée par l'offre extrahospitalière (88).

Comme d'autres, le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) a souvent pointé l'existence de cloisonnement dans l'organisation des soins (72). La médecine somatique et la médecine sont cloisonnées, empêchant la prise en compte globale de l'état de santé des patients. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques souffrent d'une moins bonne prise en charge de leurs problèmes somatiques (68,72,87).

Le cloisonnement est également fort entre l'hôpital et l'ambulatoire (en libéral ou de secteur), aboutissant à des ruptures dans les parcours de soins (72). En psychiatrie, de trop nombreux

patients n'avaient pas de suivis spécialisés en ambulatoire en amont à l'issue de leur hospitalisation (89). De plus en psychiatrie, un quart des hospitalisations résulte d'un passage aux urgences en lien avec un défaut de solutions alternatives (sanitaires, sociales ou médico-sociales). Cela a pour effet de rediriger les soins vers les hôpitaux spécialisés déjà surchargés et de prolonger les hospitalisations faute de solutions pour organiser la sortie de manière appropriée (72).

Ainsi, l'offre de soins ne satisfait pas les besoins de la population. Il faut ainsi aller dans le sens d'une politique de santé mentale et physique coordonnée afin de prendre en charge les patients de façon optimale.

1.5 Eléments fondateurs pour aller vers une meilleure efficience dans le parcours de soins en santé mentale

1.5.1 Politiques de santé nationale

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) a été introduite dans le Code de la santé publique (CSP) en 2016. Celle-ci permet de fixer le cadre des politiques de santé de manière pluriannuelle, en définissant « des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie » (90). La SNS fixe la politique de santé en France. Elle est déterminée par le gouvernement, avec les données issues des analyses du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) (91).

La SNS se définit à travers des axes prioritaires. Ces axes se déclinent ensuite en domaines d'actions prioritaires, puis en objectifs nationaux. Sa mise en exécution passe par les divers plans et programmes nationaux, régionaux comme les projets nationaux de santé.

Dans la SNS 2018-2022, le troisième axe « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge aux bénéfices de la population » développe des propositions concernant des notions clés à propos du lien ville-hôpital. C'est une logique d'interprofessionnalité et de décloisonnement qui est proposée au niveau national. L'amélioration de la transversalité, la continuité des parcours de soins en santé mentale, et une meilleure gestion de la transition ville-hôpital sont ciblées.

En premier lieu, il y a nécessité d'une transversalité entre tous les acteurs participants à la prise en charge en santé mentale, pour améliorer l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. La préservation de l'autonomie de l'usager doit être un objectif principal de la mise en place d'une coordination et d'une coopération entre ces acteurs.

Le renforcement de la continuité des parcours entre soins de ville, soins en établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux est également envisagé. L'offre sanitaire et

médico-sociale doivent être complémentaires afin d'offrir une bonne lisibilité et une bonne cohérence des parcours de soins. Le choix du juste niveau de recours en fonction de la situation est une démarche contributive à la continuité des parcours.

Pour appuyer cette démarche de continuité des parcours, une première cible est la généralisation de l'usage des outils numériques auprès des acteurs du système de santé, qu'ils soient usagers, professionnels de santé ou intervenants médico-sociaux. Ces outils peuvent ainsi être envisagés comme soutien à la coordination des professionnels. La création de dossiers patients communs pour les différents intervenants en santé et un partage sécurisé des données de santé sont à favoriser. Concernant les usagers, l'usage de services numériques afin de faciliter l'accès à des services comme la prise de rendez-vous, l'obtention d'un conseil médical, le renouvellement d'une ordonnance ou encore la transmission d'informations à un professionnel sont de nature à fluidifier les prises en charge. Une deuxième cible pour l'amélioration de la continuité des parcours est la promotion de la construction de projets et d'organisations en aidant les acteurs des territoires à mettre leurs capacités en commun pour développer des projets adaptés à la situation de leur territoire d'exercice et en facilitant l'organisation et la diffusion d'organisations innovantes (92).

La **Feuille de route en Santé Mentale** a été lancée en 2018. Elle est en cohérence avec les objectifs énoncés par la SNS (93). Elle s'articule autour de 3 axes (94) :

-Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide,

-Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité,

-Améliorer les conditions de vie et d'inclusions sociales et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Le Délégué Ministériel à la Santé Mentale et à la Psychiatrie (DMSMP) est chargé du pilotage de sa mise en œuvre (93). Le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (CSSMP), composé de divers grands acteurs du champ institutionnel, associatifs et professionnels impliqués dans la santé mentale est chargé de vérifier *a minima* une fois par an, l'avancement des actions issues de la feuille de route en santé mentale (95,96).

1.5.2 Politiques de santé régionale

Le projet régional de santé, établi tous les 5 ans, est le principal outil permettant de piloter les politiques de santé à l'échelle régionale. Il intègre les objectifs des Agences Régionales de Santé (ARS) ainsi que leur stratégie, en accord avec la Stratégie nationale de Santé et les lois de financement de la Sécurité Sociale (97). Il est élaboré avec les divers professionnels de santé ainsi que les citoyens (98) et adapté aux besoins et enjeux de chaque région (99).

Il est ainsi constitué de la détermination des objectifs généraux et des résultats à atteindre à dix ans à travers le **Cadre d'Orientation Stratégique** (COS), et d'un **Schéma Régional de Santé** (SRS) instauré pour 5 ans, qui est une simple déclinaison de ces objectifs généraux en objectifs opérationnels (100).

Le Schéma Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2023 identifie un certain nombre de points de rupture dans le parcours en santé mentale liés aux aspects suivants (101) :

- Manque de lisibilité des dispositifs existants en santé mentale auprès des partenaires, des personnes et de leur entourage,
- Repérage insuffisant ou tardif des troubles psychiques, des conduites à risque et des conduites suicidaires par les acteurs du premier recours,
- Méconnaissance des champs d'intervention des différents professionnels avec une carence d'articulation entre les acteurs et les dispositifs, ainsi qu'une absence de culture commune et de la diversité des pratiques.

1.5.3 Organismes de coopération interprofessionnelle issus de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016

La loi de modernisation du système promulguée le 26 janvier 2016 s'engage dans trois principales directions : la prévention, la garantie d'accès aux soins et la création de nouveaux droits pour les patients. L'organisation du système de soins au niveau territorial et régional est remaniée avec notamment la création **de communautés professionnelles territoriales de santé** (ou CPTS), et **d'équipes de soins de premiers recours** (ESP) (102,103) .

Une **ESP** est définie comme « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définies à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent (104). » Sa constitution nécessite obligatoirement *a minima* un médecin généraliste accompagné d'un autre professionnel de premier recours. Les professionnels impliqués dans cette structure partagent une patientèle commune (105).

Il s'agit d'obtenir une amélioration de la coordination des actions entre professionnels, avec par conséquent un impact non seulement sur l'optimisation des prises en charge et des parcours de soins, mais aussi sur la réduction des inégalités sociales de santé du territoire(104,106). Les équipes de soins primaires peuvent s'organiser en centre de santé (107) , être à l'origine de la création de CPTS ou de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) (108).

Une **CPTS** est une organisation regroupant des professionnels du soin s'organisant ensemble autour d'un projet de santé, en fonction des besoins d'un territoire défini. Ces professionnels peuvent être libéraux, faire partie d'établissements publics ou privés, médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par exemple), de structures d'exercices coordonnés (MSP, centre de santé) ou de toutes autres structures ayant une implication dans le domaine de la santé (109,110). Les professionnels y adhèrent de leur propre initiative (111).
Les CPTS doivent répondre obligatoirement à 4 objectifs :
-L'amélioration de l'accès aux soins (médecin traitant et non programmés en ville),
-L'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient,
-La mise en place d'actions de prévention,
-La gestion de crises sanitaires exceptionnelles.
Deux autres objectifs complémentaires peuvent être réalisés, tels que le développement de la qualité et de la pertinence des soins, et l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (111).Une CPTS est fondée à partir de la signature d'un contrat (accord conventionnel interprofessionnel (ACI)) associant l'ARS et l'Assurance Maladie et les professionnels de santé à l'initiative de sa création (112)).

Ce dispositif permet une meilleure coordination et coopération entre les professionnels et un renforcement du lien entre la ville et l'hôpital (109) en rassemblant des professionnels de premier et deuxième recours mais aussi du milieu hospitalier, social et médico-social du territoire (113).

1.5.4 Dispositifs de coordination pluriprofessionnelle en santé mentale

Le Conseil local de santé mentale (CLSM) est une instance de coordination et de codécision qui regroupe plusieurs types d'acteurs impliqués dans la santé mentale au sein d'un même territoire local : élus locaux, usagers, aidants et professionnels (114).
Cette structure a pour but principal d'améliorer la santé mentale de la population par la réalisation et l'exécution de politiques locales (115). Elle développe des actions en lien avec l'accès aux soins, l'accès au logement, la lutte contre la stigmatisation des personnes porteurs de troubles psychiques etc., ainsi que des actions de sensibilisation à la santé mentale (116).

Créées en octobre 2016 suite à la loi de modernisation de notre système de santé (117), **les communautés psychiatriques de territoire (CPT**) rassemblent tous les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie, et ont pour objectif d'« offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture » (118). Leur création repose sur les structures hospitalières publiques avec la validation du directeur général de l'ARS concerné (119). Ces communautés participent au **projet territorial de santé mentale (PTSM)** de sa constitution à son évaluation (incluant donc sa mise en place et son suivi) (120). Les représentants des patients et des familles, les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales et leurs professionnels, et même celles situées à l'extérieur du territoire et identifiées comme ayant un « rôle de recours » dans ce projet sont parties prenantes sur la base du volontariat (118,119).

1.5.5 Le numérique et le parcours de soins

Le DP

Le dossier pharmaceutique (ou DP) est un outil digital permettant à l'origine l'accès à l'ensemble des traitements délivrés au patient sur le sol français avec les antériorités suivantes:
- 21 dernières années pour les vaccins,
- 3 dernières années pour les médicaments dits "biologiques",
- 4 derniers mois pour les autres médicaments (prescrits ou non).

Le DP fait mention des noms des produits, des quantités délivrées et des dates de délivrance. Il a été élaboré et mis en place par l'Ordre National des Pharmaciens (CNOP) (121).
L'ouverture du DP se fait sur présentation de la carte vitale lors de la dispensation en officine. Le patient peut la décliner. À sa demande, la clôture peut être exécutée à tout moment. Le médecin ou le pharmacien peut y avoir accès que ce soit en libéral ou en établissement de santé, sauf opposition du patient. La non-inscription de certains médicaments au DP peut être réalisée si le patient l'exprime (122).

Son rôle est d'assurer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (par la détection d'éventuelles interactions médicamenteuses et/ou d'effets secondaires), de favoriser un modèle d'activité coordonnée entre professionnels de santé et de renforcer le lien entre la ville et l'hôpital en améliorant au final le parcours de soins et le suivi du patient (122,123).

Le décret du 3 avril 2023, entré en vigueur le 5 avril 2023, a permis le lancement de l'ouverture automatique du DP (sauf refus du patient dans un délai d'un mois et demi), ainsi que l'élargissement de l'antériorité de l'historique médicamenteux des substances thérapeutiques dites "classiques" (hors vaccin et médicaments biologiques) de quatre mois à 1 an. Le DP mentionne désormais le nom de l'officine dispensatrice. Les établissements de santé ont à présent l'obligation d'alimenter le DP lorsque leur logiciel le leur permet. Le biologiste médical est autorisé à le consulter (133).

Le DMP

Le Dossier Médical Partagé ou plus communément "DMP", mis en place par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, est un outil numérique élaboré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (124) dans le but de faciliter les soins et le suivi des patients, d'optimiser l'activité coordonnée entre les différents professionnels de santé, et de réduire la iatrogénie médicamenteuse (par la détection d'interactions médicamenteuses ou de traitements déjà prescrits) (125).

En effet, les praticiens ont la possibilité de mettre en commun sur cette plateforme les différents documents et données en lien avec le patient et utiles pour sa santé, la finalité étant la constitution d'un carnet de santé digitalisé (ordonnances, comptes rendus d'examens, résultats de prise de sang, volontés concernant la fin de vie et le don d'organes etc…) (124).

C'est le patient qui sollicite la création d'un DP avec non seulement la possibilité de le compléter, d'en restreindre l'accès à certains professionnels de santé s'il le souhaite, mais aussi également de le fermer à tout moment, et de dissimuler certaines données (126).

Depuis janvier 2022, le DMP fait partie intégrante de « Mon Espace Santé ». Pour les patients ayant eu un DMP avant cette date, les informations sauvegardées antérieurement ont été automatiquement intégrées au sein de la nouvelle plateforme (127).

Mon espace Santé

Mon Espace Santé est défini comme « le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés » (128). Il a été développé dans le cadre du projet national « Ma Santé 2022 » (129). Son lancement a eu lieu en janvier 2022 (130) et son ouverture automatique en mars 2022 (131).

C'est un espace personnel sécurisé où le patient a l'entière maîtrise sur ses données de santé. Il peut ainsi les conserver et les partager avec ses professionnels de santé pour favoriser son suivi médical tout en préservant le secret médical (132).

Il a pour objectif de fluidifier la communication et la coordination entre les divers professionnels du soin mais également de préserver des données de santé sur un même support pour chaque patient (131).

Cet espace contient (130,131) :

-Une messagerie sécurisée, permettant de communiquer avec les professionnels de santé responsables de la prise en charge,

-Des données administratives et relatives au patient lui-même (allergies, relevés de tension, directives anticipées, antécédents vaccinaux et médicaux, groupe sanguin…),

-Des données médicales, provenant du DMP Médical telles que les comptes rendus d'hospitalisation, bilans, historique des vaccinations, lettre de liaisons, traitements prescrits etc.

-Des données issues de l'Assurance maladie : historique des soins, des prises en charge,

-Un agenda, où le patient pourra inscrire l'ensemble de ses rendez-vous médicaux et sera averti de son éligibilité à des dépistages ou certaines vaccinations.

Depuis novembre 2022 un catalogue d'applications numériques et de sites Internet (validés et jugés comme conformes par les pouvoirs publics au niveau de la sécurité et de l'éthique) a été rendu accessible à partir de la plateforme (133). Il est prévu à terme que les données de dispensation issues du DP soient implémentées à la plateforme (123).

En résumé :

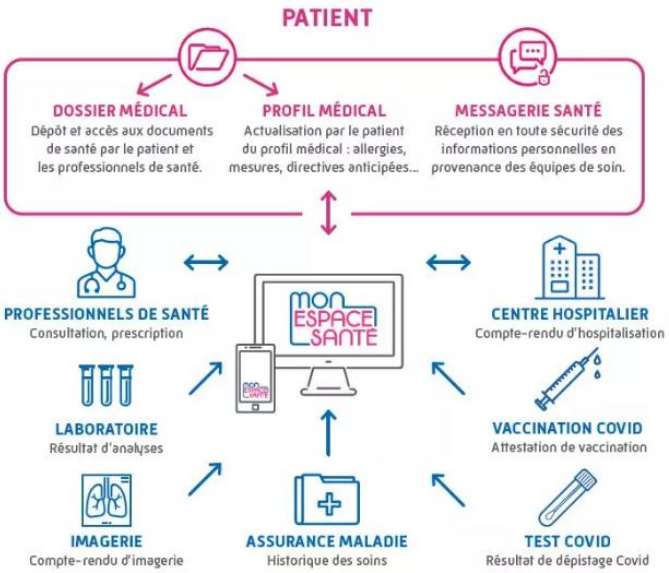

Figure n°1: Description des divers outils et données issus de Mon Espace Santé 2022

[Source : https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/mon-espace-sante/mon-espace-sante-carnet-sante-numerique, consultée le 29/11/2023]

Le Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Information Santé en Auvergne-Rhône-Alpes (GCS Sara)

Le Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Information Santé en Auvergne-Rhône-Alpes, entité privée à but non lucratif, est le maître d'ouvrage agréé de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes sur le périmètre du numérique en santé (134). Il est chargé non seulement de développer des outils numériques pour les professionnels de santé en réponse à leurs besoins, d'aider à leur déploiement mais aussi de l'initiation de stratégies régionales et nationales en lien avec la e-santé. À ce titre, il conseille et fédère les professionnels de santé lors de la mise en place de leur projet numérique avec une vigilance au niveau de la sécurité et de l'interopérabilité (135). Parmi l'ensemble des outils proposés il nous est apparu intéressant d'en détailler quelques-uns : « MonSisra », « Nuage », « Mes patients », « Téléexpertise », et « Téléconsultation » (136).

« MonSisra » est un outil numérique permettant la transmission de documents et la communication d'informations de santé entre professionnels du soin de manière confidentielle. Cette plateforme sécurisée recouvre le périmètre de la région Auvergne-Rhône-Alpes, et est accessible à tous les corps de métiers relatifs à la santé : pharmaciens, médecins, infirmiers,

professionnels du secteur médico-social etc. Ce système contribue à optimiser la coordination des professionnels de santé autour de la prise en charge du patient (137).

« MonSisra » permet l'accès à un ensemble de fonctions (138) :

-Une messagerie permettant l'envoi de fichiers (courriers, photos), de dialoguer avec les divers professionnels et de réaliser de la téléexpertise,

-Un répertoire recensant tous les professionnels de santé étant inscrits et joignables via un outil d'échanges sécurisés,

- Un accès à une offre d'applications (Téléconsultation, Nuage, MesPatients…),

-Un envoi de courriers aux usagers via la messagerie issue de « Mon Espace Santé ».

« Nuage » est un service de stockage et de partage sécurisé de fichier mis à disposition des professionnels de la région. Ce dispositif peut par exemple permettre le partage d'une bibliothèque de référentiels de bonnes pratiques au sein d'un regroupement de professionnels (139).

« MesPatients » est un service ayant pour compétence de centraliser les informations des patients sur une même plateforme, afin de pouvoir suivre et organiser leur prise en charge, et la partager également à d'autres professionnels (ou parfois au patient ou à son aidant). Il permet l'identification des divers acteurs du parcours de soins du patient et par conséquent une meilleure coordination entre ces derniers. Cet outil a vocation à être utilisé par des organismes de coordination ou devant coordonner des prises en charge, ou des groupements de professionnels issus du secteur médical, médico-social ou social comme par exemple, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (140).

« Téléexpertise » permet de procéder à des demandes d'avis auprès de professionnels qualifiés lorsque la prise en charge du patient le nécessite, à partir d'un réseau réunissant tous les experts de la région. Il a pour objectif de rendre plus efficiente la prise en charge du patient (141).

« Téléconsultation » est un outil sécurisé accessible depuis **« MonSisra »** et permet au patient d'effectuer une consultation médicale vidéo à distance. Il facilite également la gestion du planning du professionnel de santé grâce à un tableau de bord, lui permettant d'avoir une vision d'ensemble de ses rendez-vous (142).

1.5.6 La lettre de liaison médicale

La lettre de liaison est rendue obligatoire à compter du 1er janvier 2017 par le décret n°2016-955 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (143).

En positionnant le médecin généraliste comme élément central de la coordination ville-hôpital lors du parcours de soins, la sécurité de la prise en charge et sa continuité est assurée.

Lors de l'entrée à l'hôpital, elle permet de préciser les raisons pour lesquelles le soignant a adressé le patient et de permettre la transmission d'informations utiles pour la suite.

A la fin de l'hospitalisation, elle renseigne et précise clairement les éléments importants de la prise en charge au soignant ayant recommandé l'hospitalisation ou à son médecin généraliste. Elle est envoyée le jour même, et un double est fourni au patient (144).

La lettre de liaison à la sortie comprend notamment les éléments suivants (145) :

-l'identité du patient et du professionnel la rédigeant, ainsi que celui du médecin de l'établissement de santé ayant reçu le patient,

-Le motif de l'hospitalisation,

-Le traitement avant et après hospitalisation,

-Le récapitulatif des événements et éléments importants présents lors de l'hospitalisation,

-Les résultats d'examens qui ont été effectués et qui sont en attente.

1.6 Apport de la pharmacie clinique dans le parcours de soins en santé mentale

1.6.1 La conciliation des traitements médicamenteux

La HAS a défini la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) ou « conciliation médicamenteuse » 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 et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant 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 » (146).

Les objectifs de la conciliation sont les suivants :

-Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à toutes étapes du parcours de soin du patient en détectant et réduisant les erreurs médicamenteuses, et en optimisant le décloisonnement entre les professionnels de santé de ville et de l'hôpital (146,147),

-Amélioration des échanges entre les différents professionnels du soin au cœur de la prise en charge du patient (147),

-Réduction des hospitalisations (146),

-Permettre la poursuite du traitement pris par le patient (146),

La conciliation médicamenteuse a été intégrée dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) créé en 2016, par la loi de financement de la Sécurité Sociale. Elle fait partie du premier objectif régional « Pharmacie clinique », intégré dans le premier volet « Produits de santé, prise en charge pharmaceutique des patients et prestations » (148). Elle est également intégrée à la certification HAS des établissements de santé, à un niveau d'exigence avancé (149).La conciliation médicamenteuse peut être mise en œuvre à l'entrée et/ou à la sortie de l'hospitalisation (150).

1.6.2 Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

La conciliation médicamenteuse à l'admission ou d'entrée (CME) est un processus qui permet la continuité du parcours de soins médicamenteux du patient, en sécurisant la transmission d'informations entre la ville et l'hôpital (151,152).

C'est une démarche qui a été inscrite par l'OMS au niveau international dans le projet *High Five* en 2006, répondant ainsi à l'un des grands problèmes de sécurité pour le patient, à savoir « la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins ». La France en 2009 a participé à ce programme sous la forme d'un projet intitulé *Med'Rec* (153).

Ce projet réalisé entre 2010 et 2014 a permis de collecter quelques données permettant de documenter l'intérêt de la démarche (154) :

-21 320 erreurs médicamenteuses ont été interceptées et corrigées chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences dans 8 établissements de santé grâce à la conciliation à l'admission,

- En moyenne, un patient a présenté lors de la conciliation à son admission une erreur médicamenteuse et un changement de traitement non documenté.

Ces données sont en parfaite cohérence avec celles d'une étude sur l'exhaustivité des antécédents médicamenteux dans les dossiers médicaux hospitaliers des patients admis dans

des services de médecine interne montrant qu'à l'admission, 25% des médicaments habituellement prescrits font l'objet d'oublis (155).

Le processus se déroule en 3 étapes (147,156) :

-Recueil d'informations sur les traitements pris par le patient, à l'aide de plusieurs sources de données (ordonnances, DP, médicaments amenés par le patient, dossier patient…), d'un entretien avec le patient et/ou son entourage ou ses professionnels de santé de ville tels que le médecin traitant, le pharmacien ou l'infirmier(e). Cela concerne autant les médicaments prescrits que ceux relevant de l'automédication.

- Synthèse des données, analyse et rédaction du bilan médicamenteux permettant de repérer les écarts ou divergences entre les traitements documentés avant l'entrée à l'hôpital et la première prescription hospitalière

-Le bilan médicamenteux est transmis au(x) prescripteur(s) et fait l'objet d'une discussion pour résoudre l'intentionnalité des divergences. Les divergences peuvent ainsi qualifiées d'intentionnelles ou de non intentionnelles. Les divergences intentionnelles sont des changements volontaires de traitements n'ayant pas été notifiés dans le dossier du patient. A l'inverse, les divergences non intentionnelles, qui sont également nommées erreurs médicamenteuses sont des changements involontaires de traitement. Elles doivent faire l'objet d'une correction afin d'éviter un impact clinique pour le patient.

Pour situer l'intérêt de la CMA en psychiatrie, on peut rapporter entre autres l'expérience réalisée au Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Clamart. Sur les 24 patients intégrés à l'étude, les prescriptions hospitalières de 42% d'entre eux avaient révélé la présence de divergences non intentionnelles, avec un fort impact au niveau des médicaments somatiques (87% du total des divergences non intentionnelles) (157).

1.6.3 Conciliation des traitements médicamenteux à la sortie

La conciliation des traitements médicamenteux à la sortie est une démarche visant à assurer la continuité du traitement du patient à l'issue de son hospitalisation en transmettant aux professionnels de ville tels que le pharmacien ou le médecin des informations avérées sur l'évolution de la prise en charge médicamenteuse. Lorsque c'est possible un plan de prise peut être présenté au patient afin de lui apporter des explications sur ses traitements et la meilleure manière de les gérer en vue du retour à domicile (158).

On peut distinguer 4 principales étapes pour ce processus (156,159) :

-La collecte d'informations sur le traitement du patient à l'aide du bilan médicamenteux d'entrée, de la lettre et de l'ordonnance de liaison, des médicaments pris en cours d'hospitalisation.

-L'élaboration du document de conciliation de sortie (nommé également « volet médicamenteux de sortie » ou VMS) est réalisé à partir de l'ensemble des informations collectées. Ce document permet en premier lieu de réaliser le comparatif du traitement pris avant l'hospitalisation et de celui à prendre à la sortie. D'autres informations, ou commentaires sont susceptibles d'être ajoutés (explicitations des motifs des modifications de traitement, suivis à réaliser, informations sur l'efficacité et la tolérance des traitements, chronologie des optimisations réalisées durant le séjour…),

-Entretien médico-pharmaceutique pour validation du document et le cas échéant optimisation de l'ordonnance de sortie,

- Envoi sécurisé du document aux professionnels de ville.

Parallèlement à cette démarche, à la sortie d'hospitalisation, un entretien avec le patient peut être effectué avec à cette occasion la présentation et la remise d'un plan de prise. Un plan de prise est un outil personnalisé permettant d'aider à la prise de médicaments. C'est un support qui permet l'appropriation du traitement par le patient (146) et qui favorise l'adhésion thérapeutique (160). Il permet d'avoir une vue sur l'ensemble du traitement en récapitulant les médicaments à prendre au cours de la journée, les différentes indications ainsi que les conseils associés pour prévenir et gérer d'éventuels effets indésirables (146).

Pour faire état du bénéfice apporté par la conciliation médicamenteuse de sortie en milieu psychiatrique, l'enquête de satisfaction effectuée à l'établissement public de Santé Mentale de Caen est une parfaite illustration. Parmi les 21 répondants, 82% ont répondu que la lettre de conciliation de sortie les avait aidés dans la prise en charge du patient, 81% ont intégré la lettre au dossier patient et 73% avaient pris connaissance du document avant de revoir leur patient en consultation (161).

1.6.4 L'Education thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), a été définie dans le CSP en 2009 à travers la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (162). C'est une activité clinique impliquant de nombreux acteurs (163).

Selon l'OMS, c'est *« un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. Elle implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie.* »

Une enquête de la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) en 2015, diffusée dans 2537 établissements a rapporté que 47% des répondants déclarent pratiquer l'éducation thérapeutique (164). L'ETP est une démarche qui s'applique à tous les structures sanitaires, y compris en milieu psychiatrique (165). En regard des enjeux de prise en charge, l'ETP a toute sa place dans le secteur de la santé mentale notamment vis-à-vis de son impact potentiel au niveau de l'adhésion thérapeutique et de la prévention et de la gestion du risque iatrogène.

Comme illustration, on peut citer le programme d'éducation thérapeutique « *Surpoids et Obésité SMACS (Sante Mentale Accompagnement Spécifique)* » mis en place en 2015 au Centre Hospitalier Le Vinatier. Ce programme a vocation à soutenir et accompagner le patient psychiatrique obèse, dont les traitements engendrent généralement une prise de poids en l'aidant à développer des compétences personnelles susceptibles d'améliorer ses conditions de vie et de prévenir les éventuelles complications (166).

Partie 2 : Article

2.1 Résumé

Introduction : L'objectif de ce travail était d'initier une démarche d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du patient lors du parcours de soins en santé mentale en évaluant la pertinence du déploiement de la conciliation médicamenteuse de sortie et en recueillant les besoins et attentes des professionnels de santé de ville.

Méthode : Suite à la mise en œuvre d'une activité de conciliation médicamenteuse de sortie dans une unité du Centre Hospitalier Alpes-Isère, une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des professionnels de ville. À l'issue de cette première enquête, une investigation a été menée auprès d'adhérents de CPTS pour connaître leurs besoins et leurs attentes concernant la prise en charge médicamenteuse en santé mentale.

Résultats : La première enquête a permis de valider l'intérêt de la conciliation médicamenteuse de sortie pour les professionnels de ville. La seconde enquête témoigne de la volonté des professionnels de jouer un rôle dans le parcours de soins en santé mentale tout en faisant le constat que le niveau d'accompagnement des professionnels dans les prises en charge était loin d'être optimal. Elle fait également apparaître la nécessité d'appuyer les professionnels de ville en leur donnant accès à des avis spécialisés, en leur faisant bénéficier de formations ou en leur partageant des référentiels de pratique, mais également de renforcer la coordination interprofessionnelle par l'utilisation d'outils numériques performants et l'échange d'informations pertinentes.

Conclusion : Notre travail a permis de dégager des perspectives d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins en santé mentale. Fort de la dynamique d'échanges engagée avec les CPTS, notre établissement a constitué un groupe de travail mixte ville-hôpital afin que les actions ciblées puissent voir le jour.

2.2 Introduction

Les prises en charge des patients atteints de troubles psychiatriques sont souvent complexes et de fait, non dénuées de risques. En effet, leur chronicité associée à la vulnérabilité des patients est à l'origine de multiples ré-hospitalisations ce qui a pour effet d'augmenter le risque iatrogénique lors du parcours de soins (167). C'est aussi sans compter que les patients atteints de troubles mentaux sont fréquemment sujets à des affections somatiques associées (maladies cardiovasculaires, diabète…) (3,168) en raison non seulement des traitements prescrits mais aussi de leur mode de vie (addictions, stigmatisation, sédentarité, alimentation, isolement social) avec comme conséquence une réduction sensible de leur espérance de vie (de 13 à 16 ans en moyenne) (69).

A cela s'ajoute le fait que la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux n'est pas réalisée dans sa globalité. Les maladies somatiques sont sous diagnostiquées (10) et leur suivi est peu efficient (68). Par ailleurs, un manque de fluidité entre les acteurs de ville et hospitaliers en santé mentale a été noté par la HAS lors d'un état des lieux en 2018 (169).

En ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse, la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est une action à considérer dans l'optimisation du lien ville-hôpital. Elle permet en effet d'assurer la sécurité des prescriptions par la prévention et la correction des erreurs médicamenteuses et par son rôle primordial dans la continuité des traitements médicamenteux lors de l'admission, du transfert ou de la sortie d'hospitalisation (159).

La CTM semble pouvoir apporter un réel bénéfice en santé mentale, de par le suivi et la prise en compte des traitements à la fois psychiatriques et somatiques, mais aussi de par la vigilance qu'elle induit dans la survenue des effets indésirables (13).

Depuis 2016, la CTM d'entrée a été progressivement déployée dans l'ensemble des services de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI), puis en 2020 une démarche a été initiée pour assurer une meilleure continuité du lien hôpital-ville avec la mise en place de la CTM de sortie dans un de ces services.

Afin d'évaluer la pertinence de cette action, nous avons réalisé une enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé de ville ayant été bénéficiaires d'éléments de liaison lors d'au moins une conciliation de sortie. Afin de faire évoluer le processus initié, nous nous sommes ensuite confrontés aux besoins et attentes des professionnels de ville avec comme

objectif l'identification des actions les plus pertinentes à mettre en œuvre pour optimiser la prise en charge médicamenteuse lors du parcours de soins en santé mentale.

Objectif principal :

- Optimiser la prise en charge médicamenteuse lors du parcours de soins en santé mentale.

Objectifs spécifiques :

-Mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse de sortie,

-Faire un retour d'expérience de la démarche initiée par le biais d'un questionnaire de satisfaction,

-Recueillir les attentes et les besoins auprès d'adhérents de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) concernant l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale.

2.3 Matériels et méthodes

2.3.1 Modèle local de pharmacie clinique du CHAI

Le Centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI), situé à Saint-Egrève, en Isère (38), est un établissement public de santé mentale. C'est un acteur majeur du soin psychiatrique en Auvergne-Rhône-Alpes (2ème établissement public de santé mentale de la région) (170).

Au sein de notre établissement, plusieurs niveaux d'activités de pharmacie clinique sont en place :

- Conciliation médicamenteuse d'admission (CMA) avec une stratégie locale de priorisation (20 à 30 conciliations par mois) sur la base du score QUEBEC (171–173) et de la liste des médicaments à risque de l'établissement.

- Analyse pharmaceutique de niveau 2 de 100 % des prescriptions du CHAI (25000 validations effectuées en moyenne par an avec 2500 interventions pharmaceutiques réalisées),

- Participation aux visites médicales hebdomadaires dans une unité de soin de psychiatrie adulte.

Ces activités reposent sur une équipe pharmaceutique composée de 4 pharmaciens (3 équivalents temps plein), de 2 internes en pharmacie (2 équivalents temps plein) et d'un externe en pharmacie présent le matin du lundi au vendredi.

2.3.2 Mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse de sortie dans une unité de soins de psychiatrie adulte

À l'été 2020, nous avons initié une démarche visant à assurer une meilleure continuité du relais hôpital-ville en déployant la conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) dans une unité de psychiatrie générale adulte. Celle-ci présentait l'avantage de bénéficier de la présence d'un externe en pharmacie lors de la visite hebdomadaire de suivi des patients. L'éligibilité des patients à la CMS se faisait sur la base d'une entrée directe en hospitalisation complète dans l'unité et de la réalisation systématique d'une CMA. Il avait été décidé de ne pas prioriser les patients entrant afin d'augmenter les opportunités de CMS. À l'issue du séjour, un volet médicamenteux de sortie (VMS) était validé conjointement avec le médecin hospitalier référent et envoyé aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'aval. Lorsque c'était possible et que le médecin le jugeait pertinent, un plan de prise (PP) était présenté au patient.

2.3.3 Documents supports à l'activité de conciliation de sortie

Le VMS élaboré comprend les données suivantes : informations patient, les coordonnées des professionnels de ville référents, bilan comparatif des traitements à l'entrée et en sortie d'hospitalisation, points importants de l'hospitalisation, avis pharmaceutique sous la forme de recommandations de suivi clinico-biologique.

Le PP formalisé associe outre les schémas posologiques des conseils ciblés sur chaque ligne de traitement avec des conseils synthétiques sur l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse.

La figure 2 synthétise les différents éléments du VMS et du PP au CHAI :

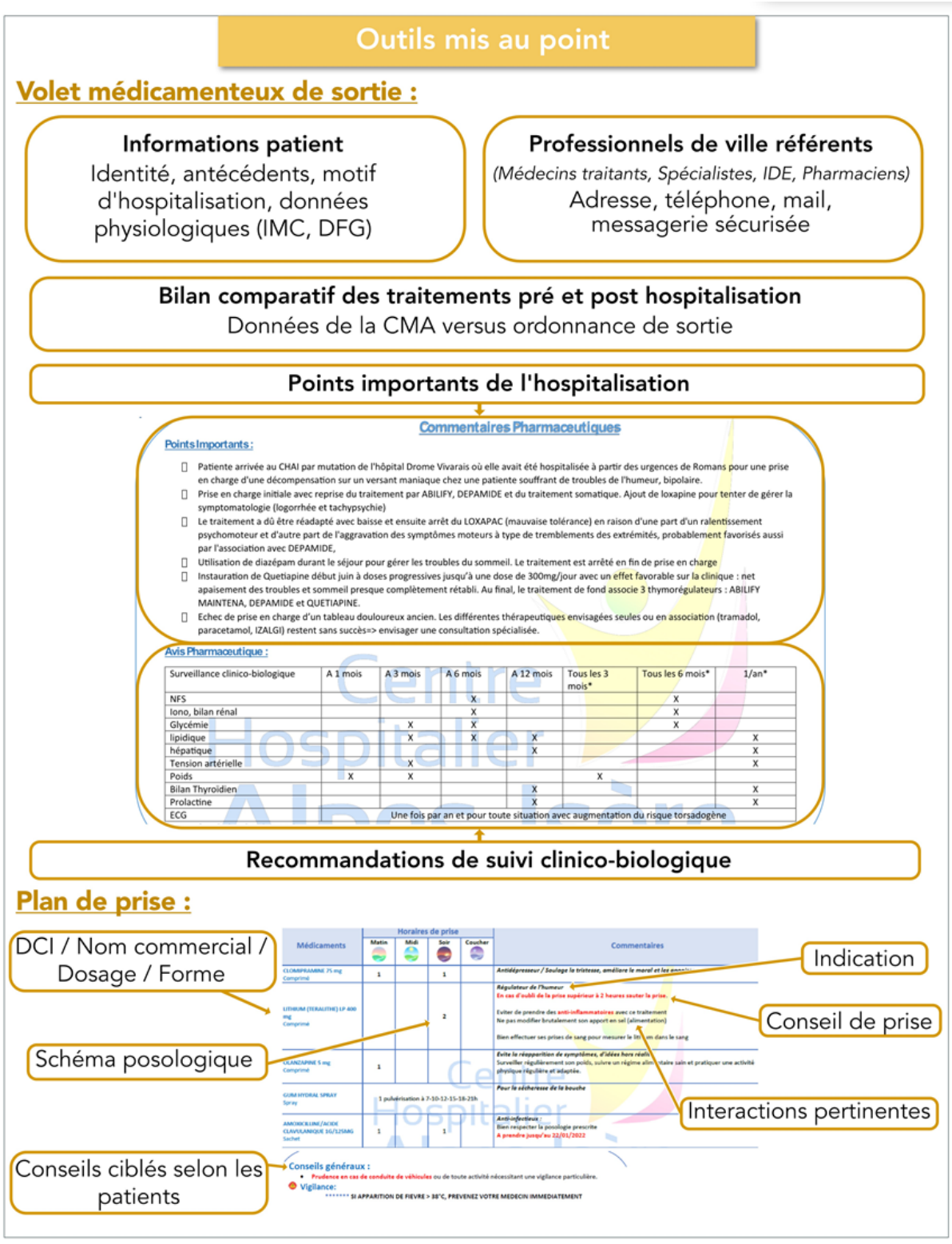

Figure n°2 : Représentation des différents éléments du volet médicamenteux de sortie

2.3.4 Enquête de satisfaction auprès des professionnels de ville destinataires de la conciliation de sortie

Période de l'étude

Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des professionnels de santé de ville ayant reçu au-moins un VMS sur la période juillet 2020-juillet 2021.

Recueil des données par questionnaire

Les professionnels ciblés ont été invités à répondre à un Google Form® pour évaluer la plus-value de la démarche ainsi que le niveau de satisfaction sur la forme et le contenu. Le questionnaire à réponses ouvertes et fermées comportait les éléments suivants :

-la profession,

-le fait de toujours disposer ou non des informations nécessaires à une bonne continuité de la prise en charge médicamenteuse (et si non, pourquoi),

-la contribution du VMS à une meilleure continuité de la prise en charge médicamenteuse,

- le niveau de pertinence des informations du VMS avec évaluation des 5 parties du VMS (informations patient, coordonnées professionnelles, bilan médicamenteux, points importants et avis pharmaceutiques) sur une échelle de Lickert (de « pas du tout pertinent » à « indispensable »),

- le niveau de satisfaction du format du VMS avec évaluation de 5 caractéristiques (lisibilité, limpidité, facilité d'utilisation, longueur) sur une échelle de Lickert (de « pas du tout » à « très »),

-les remarques sur la présentation du support,

-les besoins d'évolutions souhaitées,

- les suggestions pour renforcer le lien ville-hôpital en santé mentale.

L'enquête s'est déroulée sur une période de 3 semaines en novembre 2021.

2.3.5 Enquête des besoins et des attentes des professionnels de ville sur la prise en charge médicamenteuse en santé mentale

À la suite de l'enquête de satisfaction, les retours très positifs des professionnels nous ont encouragés à poursuivre l'investigation de manière plus précise sur leurs besoins au niveau de la prise en charge médicamenteuse lors du parcours de soins en santé mentale. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) créées en 2016 grâce à la loi de modernisation de notre système de santé (113), sont de véritables organismes de coopération interprofessionnelle. Regroupant des professionnels de santé de premier et de second recours sur un même territoire avec un projet territorial commun (174), le périmètre des CPTS nous a semblé être une cible intéressante pour conduire la suite de notre projet. En effet, elles ont vocation à rassembler, mobiliser les « acteurs de santé » de leur territoire. Nous sommes ainsi rentrés en contact avec plusieurs CPTS recouvrant des secteurs géographiques d'activité de notre établissement.

Nous avons initié la démarche avec la CPTS Sud-Est Grenoblois, dont l'ancrage est important dans la communauté médicale de ville. Un questionnaire destiné à ses adhérents a été diffusé en décembre 2022, et les points suivants ont été investigués :

Profession, lieu d'exercice, niveau estimé sur les connaissances et les compétences sur la prise en charge en santé mentale (échelle de 1 à 5, 5 représentant le niveau le plus élevé), expression sur ce qui fait défaut aux professionnels, niveau d'accompagnement des professionnels estimé dans la prise en charge médicamenteuse en santé mentale (échelle de 1 à 5, 5 représentant le niveau le plus élevé), fait d'avoir un rôle à jouer ou non dans la prise en charge médicamenteuse en santé mentale (si oui pour quelle(s) pathologie(s) et comment ?), actions susceptibles d'améliorer la prise en charge médicamenteuse en santé mentale.

À l'issue de la période de recueil de données, une séance de débriefing a été organisée en janvier 2023 avec des professionnels volontaires de la CPTS afin d'effectuer une restitution de l'enquête, d'approfondir et de dégager les principales actions répondant aux besoins exprimés. Après contact de 2 autres CPTS (DRAC-SUD et SUD GRESIVAUDAN), l'enquête a pu aussi être diffusée en mars 2023 au niveau de leurs adhérents respectifs avec la tenue en avril 2023 d'une autre séance de débriefing exclusivement pour la CPTS DRAC SUD.

2.4 Résultats

2.4.1 Données d'activité à 1 an

En 1 an, 34 VMS ont été réalisés et envoyés aux différents professionnels (officines, médecins et IDE) et 15 PP présentés aux patients. Le taux de réalisation des VMS pour les patients éligibles est de 59,6 %.

2.4.2 Retour d'expérience de l'enquête de satisfaction

Qualité des répondants

Professions	**n= 20** (%)
Pharmaciens d'officine	11 (55)
Médecins généralistes	4(20)
Médecins spécialistes	3 (15)
Pharmaciens hospitaliers	2 (10)

Tableau I : Profession des personnes ayant répondu à l'enquête de satisfaction

Au total, 20 réponses parmi les 59 professionnels concernés (28 pharmaciens, 17 médecins traitants, 11 médecins spécialistes et 3 infirmières) ayant reçu au moins un VMS sur la période juillet 2020- juillet 2021, une grande majorité provenant des pharmaciens d'officine (55 %). Concernant les 3 médecins spécialistes ayant répondu, il s'agit de 2 psychiatres et d'un diabétologue.

Informations nécessaires pour assurer une bonne continuité de la prise en charge médicamenteuse

Plus des deux tiers des professionnels (70 % soit 14 personnes sur 20) disent ne pas toujours disposer des informations nécessaires pour assurer une bonne continuité de la prise en charge médicamenteuse. Pour motiver leurs réponses, 3 médecins généralistes expliquent ne pas recevoir ou recevoir trop tard le courrier de liaison. Au niveau des pharmaciens, l'élément qui fait le plus défaut est celui d'avoir peu ou pas d'explications concernant les changements de prescription (5 réponses) devant l'absence d'informations sur le diagnostic ou le motif d'hospitalisation (3 réponses).

Contribution du VMS à assurer une meilleure prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation

Les répondants sont unanimes concernant la réelle contribution du VMS à assurer une meilleure prise en charge du patient à la sortie d'hospitalisation psychiatrique.

Niveau de pertinence des informations du VMS

Les différentes informations faisant partie du VMS sont toutes jugées *a minima* pertinentes pour plus de 90 % des personnes interrogées. C'est le tableau récapitulatif des traitements qui est estimé le plus indispensable pour 60 % des professionnels avant les points importants de l'hospitalisation. Pour l'ensemble des éléments hormis « les informations patients », le niveau *a minima* « très pertinent » est atteint pour plus de 70 % des répondants. Sur la figure 3 sont représentés les niveaux de pertinence pour les différents éléments du VMS.

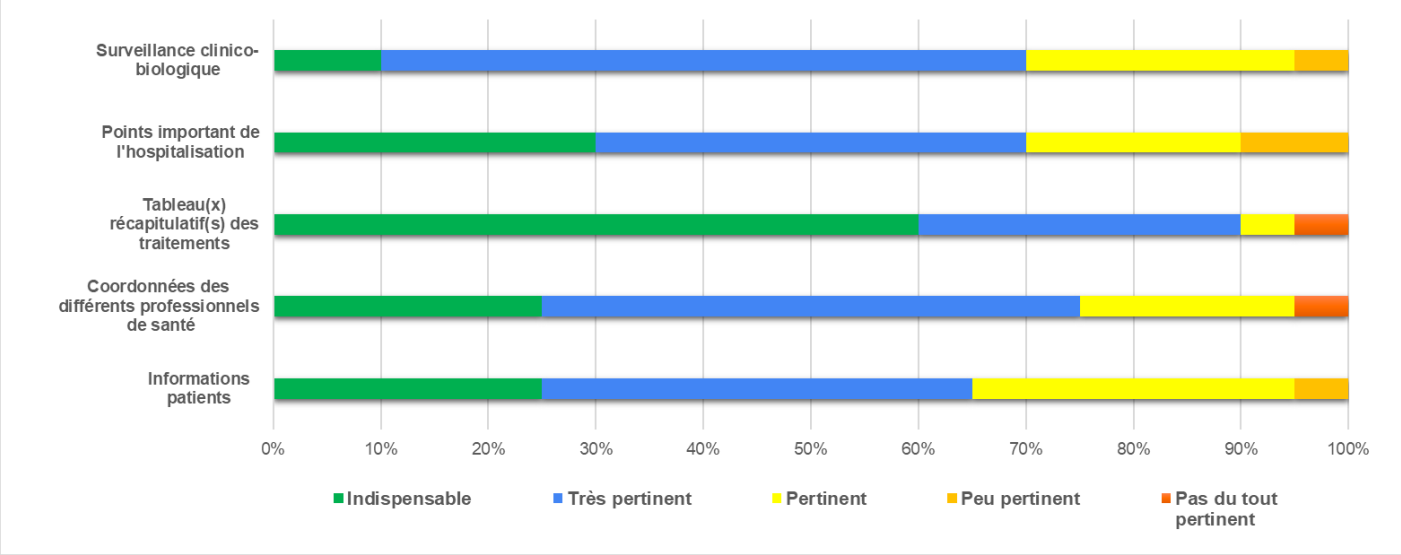

Figure n°3 : Résultats de l'enquête de satisfaction concernant le niveau de pertinence des informations du VMS

Forme du support

A minima 90 % des répondants jugent le document assez facile d'utilisation, complet, clair et lisible. Le VMS est même considéré comme très clair et très lisible pour 70 % des professionnels. En revanche, le support est jugé plutôt long pour au-moins 50 % des protagonistes, mais la tendance semble partagée tout de même, entre une trame jugée très claire et adaptée et le souhait qu'elle soit rendue plus concise. La figure 4 représente l'évaluation du format du VMS.

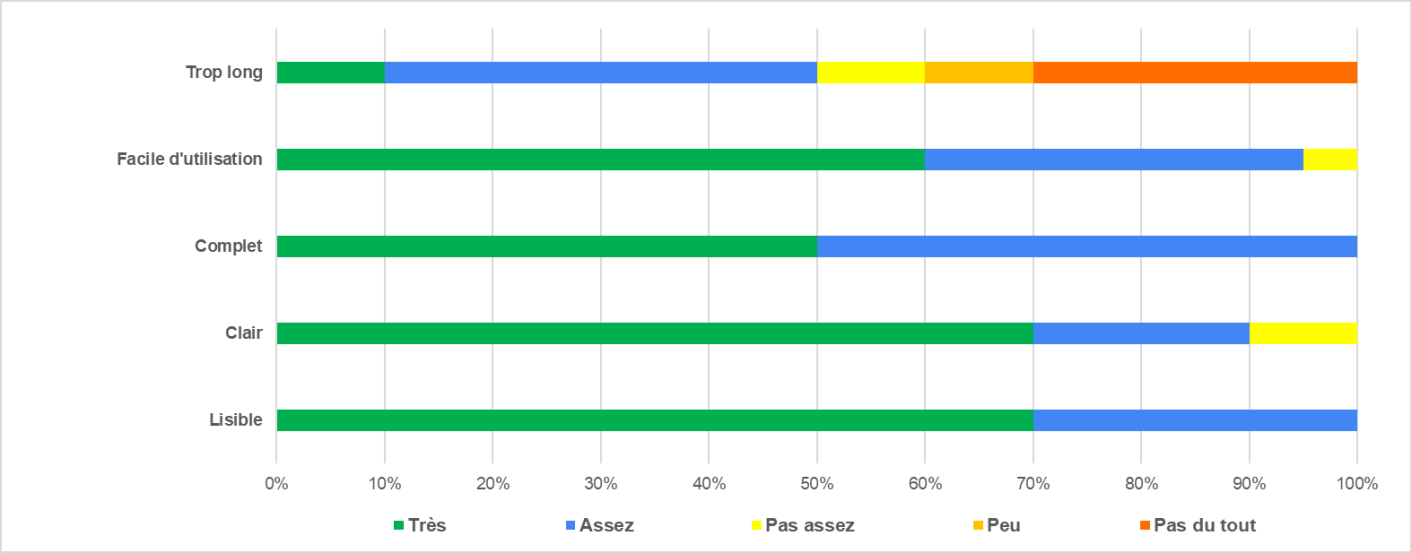

Figure n°4 : Résultats de l'enquête de satisfaction concernant l'évaluation du format du VMS

Besoins d'évolution du support

Interrogés sur les informations à ajouter au VMS, les répondants souhaitent y voir figurer le niveau d'adhésion médicamenteuse, le profil de tolérance médicamenteux ainsi que les messages importants à relayer au patient.

Suggestions pour renforcer la continuité de la prise en charge médicamenteuse

En fin de questionnaire, les professionnels étaient invités à nous transmettre des suggestions susceptibles selon eux d'améliorer la continuité de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale. L'expression des répondants fait apparaître les thèmes suivants : renforcer la communication entre les professionnels, proposer des échanges ville-hôpital sur les thérapeutiques en santé mentale, généraliser les conciliations de sortie avec un envoi par messagerie sécurisée et transmettre des « feed-back » de délivrance 3 mois après la sortie.

2.4.3 Résultats des enquêtes diffusées auprès des CPTS

Qualité des répondants à l'enquête

Les enquêtes diffusées sur l'ensemble des CPTS ciblées ont permis de collecter 35 réponses, 15 provenant de Drac-Sud, 11 de Sud Est Grenoblois et 9 de Sud Grésivaudan. En catégorisant par profession, 19 médecins généralistes, 8 pharmaciens d'officine et 3 IDE ont participé. Dans la catégorie autres, 2 pharmaciens hospitaliers, 1 sage-femme et 1 infirmière en pratique avancée sont retrouvés.

Tableau II : Profession des personnes répondantes (N=35)

Profession	Nombre
Médecin généraliste	**19**
Pharmacien d'officine	**8**
IDE	**4**
Autre	**4**

Compétences et connaissances des professionnels de santé sur la prise en charge médicamenteuse

31 répondants sur 35 (soit près de 88 %) évaluent leurs connaissances et compétences sur la prise en charge médicamenteuse en santé mentale à un niveau inférieur ou égal à 3 sur une échelle de 1 (niveau le plus faible) à 5 (niveau le plus élevé). La figure 5 représente la distribution du niveau auto-évalué avec peu de différences selon les catégories professionnelles.

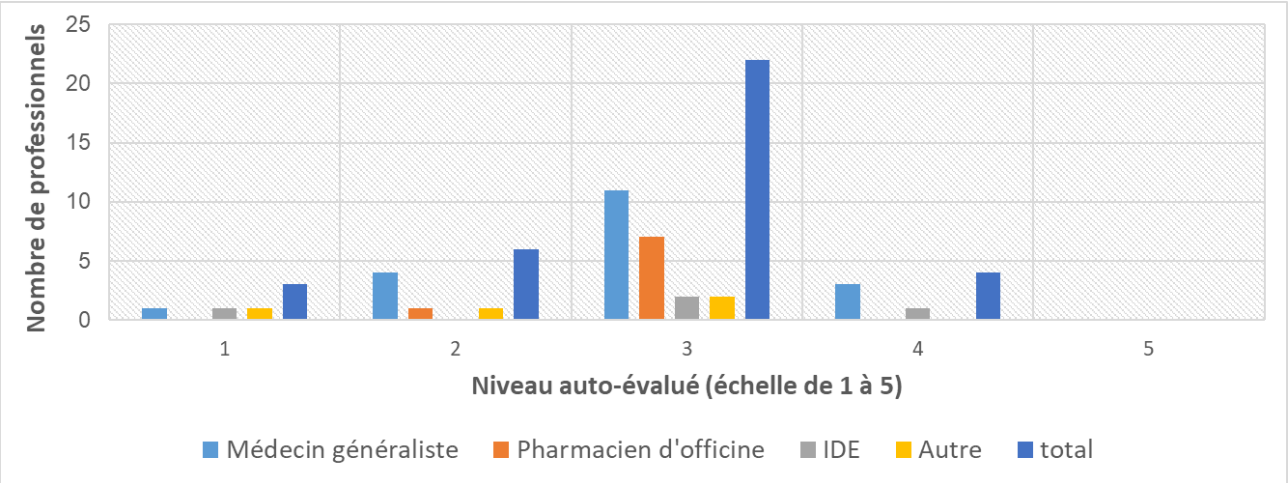

Figure n°5 : Distribution du niveau auto-évalué des professionnels (connaissances et compétences sur la prise en charge médicamenteuse en santé mentale)

Éléments faisant défaut

Ce qui fait défaut de manière quasi-unanime pour 29 répondants sur 35 est le manque de connaissances, que ce soit pour les pathologies ou la pharmacologie.

Rôle à jouer dans la prise en charge médicamenteuse et dans le type de pathologies

À l'unanimité, tous les professionnels de ville ayant répondu pensent avoir un rôle à jouer dans la prise en charge médicamenteuse du patient en santé mentale. Pour ceux qui précisent pour quelle pathologie, 15 d'entre eux disent vouloir s'investir sans distinction de pathologie et 9 portent une attention particulière sur les troubles anxio-dépressifs. Pour ceux qui précisent à quel niveau, les 2 thématiques qui émergent sont l'adhésion thérapeutique avec le suivi et l'adaptation des traitements (5 citations chacune). « Détecter/accompagner/orienter » ainsi que le suivi des interactions médicamenteuses et des effets indésirables sont cités 2 fois chacun. Enfin, un professionnel déclare un intérêt pour le sevrage des hypnotiques et des anxiolytiques.

Niveau d'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse

33 professionnels sur 35 situent le niveau d'accompagnement des professionnels dans la prise en charge médicamenteuse en santé mentale à un niveau inférieur ou égal à 3 sur une échelle de 1 (niveau le plus faible) à 5 (niveau le plus élevé). La figure 6 représente la distribution du niveau d'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale avec là encore une fois assez peu de différences entre les différentes catégories professionnelles.

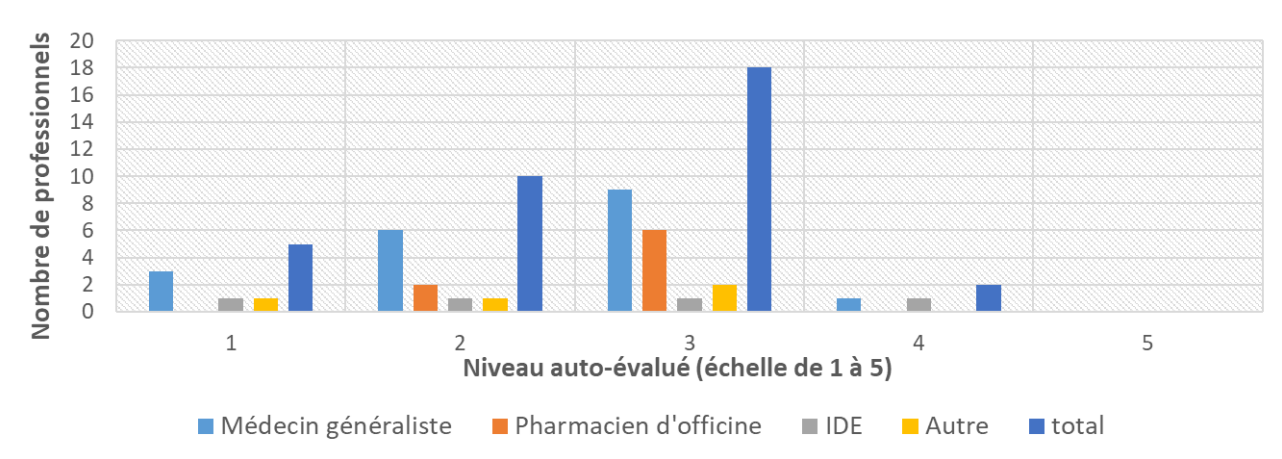

Figure n°6 : Distribution du niveau d'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale (évalué par les professionnels)

Actions susceptibles d'améliorer le niveau d'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale

Interrogés sur les actions à prioriser pour améliorer le niveau d'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale, les professionnels ont plébiscité en premier lieu le fait de pouvoir identifier des professionnels hospitaliers à contacter en cas de besoin (30

réponses sur 35), devant la transmission d'une synthèse de la prise en charge médicamenteuse en sortie d'hospitalisation et le fait de pouvoir bénéficier de formations (23 réponses pour chacune de ces 2 actions). Dans la hiérarchie, le développement d'un moyen de communication (type MonSisra) entre professionnels de ville et hospitaliers (21 réponses) vient ensuite, loin devant la possibilité d'accéder à des ressources documentaires pour le suivi et le bon usage des médicaments ainsi que l'organisation de tables rondes regroupant professionnels de ville et hospitaliers (respectivement 16 réponses pour chacune de ces 2 actions).

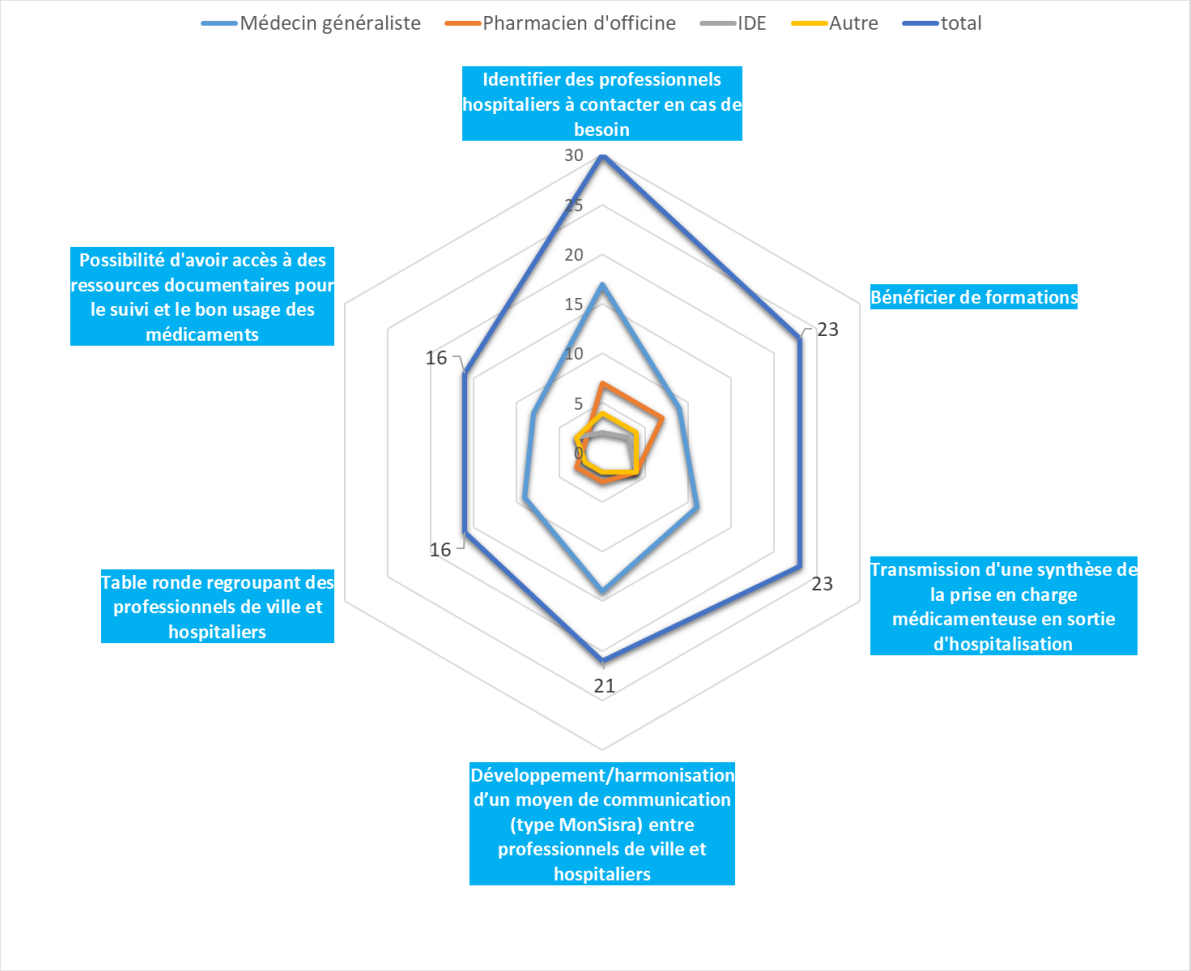

Figure n°7 : Distribution des actions ciblées par les professionnels pour améliorer l'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale

D'autres actions ont été proposées mais n'ayant été citées que par un seul professionnel, elles n'ont pas été représentées sur la figure.

2.4.4 Besoins et attentes affinés après échange en groupe de travail avec les professionnels

À la suite des enquêtes diffusées sur les CPTS Sud Est Grenoblois et Drac sud, des séances de débriefing (une séance par CPTS) ont été organisées. Elles ont permis de réaliser un échange

autour des retours exprimés. À l'issue des réunions menées pour chacune des structures, les attentes sont parfaitement convergentes avec les résultats des deux enquêtes.

En synthèse, les professionnels de ville sont déjà acteurs des prises en charge à part entière. Ils sont unanimement volontaires pour travailler afin d'améliorer la qualité du parcours de soins en santé mentale afin d'éviter les décompensations et les hospitalisations. Mais des limites apparaissent à plusieurs niveaux. En premier lieu, ils se sentent démunis par manque de connaissances aussi bien cliniques que pharmacologiques. Cette lacune est d'autant plus mise en relief qu'en comparaison avec d'autres parcours de soins, la santé mentale fait figure de « parent pauvre » en ce qui concerne le travail en réseau, l'accès à des canaux d'avis spécialisés et le partage de connaissances. Des dispositifs d'appui existent bien, mais ils sont assez peu visibles pour les professionnels de ville. Il est aussi dommageable que la messagerie sécurisée MonSisra soit assez peu utilisée par les professionnels hospitaliers mis à part les équipes mobiles et supports. Enfin, la lettre de liaison telle qu'elle est transmise actuellement ne répond pas aux attentes. A ce niveau, il manque des informations claires sur les pathologies, la manière dont elles ont été gérées durant l'hospitalisation, la conduite à tenir en post-hospitalisation et des recommandations de suivi clinico-biologique. Tout cela est révélateur d'un réel cloisonnement entre la ville et l'hôpital avec des prises en charge réalisées avec latence et non totalement dans leur globalité.

Face à ces constats, les professionnels sont en attente de plusieurs niveaux d'actions. En premier lieu, il faut citer la possibilité d'accéder à des avis spécialisés aussi bien dans les domaines cliniques que pharmacologiques pour améliorer la gestion des prises en charge et de la prescription médicamenteuse, avec en parallèle un besoin exprimé sur la possibilité de pouvoir accéder à des ressources documentaires pour gérer les situations simples. Concernant la mise en œuvre de formations, il est souhaitable que celles-ci s'articulent autour de cas cliniques pour une meilleure appropriation des connaissances. Enfin, il y a lieu d'optimiser le transfert d'informations hôpital-ville avec l'amélioration de la qualité des courriers de liaison et une utilisation accrue de la messagerie sécurisée MonSisra (138).

2.5 Discussion

2.5.1 Retour d'expérience de la conciliation de sortie

Il est largement admis que la conciliation est une démarche utile, pour preuve son intégration dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), et dans la certification HAS des établissements de santé, à un niveau d'exigence avancé (148,149). C'est un processus qui permet de sécuriser et de fluidifier les prises en charge aux points de transition

du parcours de soins (146). De nombreux auteurs en ont fait le retour d'expérience pour plusieurs secteurs de soins : médecine interne, chirurgie orthopédique, psychiatrie etc… (13,175–179).

Pour rappel, au centre du Centre hospitalier Alpes Isère, la conciliation médicamenteuse d'admission a été mise en place en 2016, et la conciliation de sortie en 2020. Sur la période de juillet 2020 à juillet 2021, 34 VMS ont été élaborés sur les 57 patients éligibles à la conciliation de sortie soit un taux de réalisation de 59,6 %. Ces résultats montrent une difficulté à réaliser l'activité de manière exhaustive.

Le fait que l'éligibilité des patients à la CMS se fasse sur la base d'une entrée directe dans l'unité et de la réalisation systématique d'une CMA, hors stratégie locale de priorisation avait l'avantage d'alimenter notre démarche (avec un volume d'activité suffisant) et ainsi, de nous donner l'occasion de parfaire notre méthodologie. Cependant, nous étions limités par la ressource humaine que nous pouvions consacrer à cette activité qui nécessite des compétences de synthèse et a donc vocation à être réalisée principalement par des internes ou des pharmaciens. Il faut également souligner que cette faiblesse organisationnelle a été amplifiée par manque de coordination avec l'unité de soins au moment de la sortie du patient par défaut d'une présence pharmaceutique en continu dans le service (161), comme déjà évoqué par Alexis Landry et al (2018), suite au travail réalisé à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Caen.

Au bout d'un an, nous avons donc fait le choix de modifier les critères d'éligibilité à la conciliation de sortie : patient entré directement dans l'unité et ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse d'entrée après priorisation. Cette adaptation a le double avantage d'avoir la perspective de réaliser de manière plus exhaustive l'activité et de nous recentrer sur des patients dont les traitements sont plus à risque d'iatrogénie. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de prioriser sur des critères d'éligibilité basés sur l'âge (population âgée de plus de 65 ans) et la polymédication (164).

Enfin, il est important de souligner que le périmètre de diffusion du VMS s'est voulu le plus large possible en ne se limitant pas comme d'autres travaux uniquement au médecin généraliste (161) et/ou au pharmacien (175,178,180,181). Nous avons dans la mesure du possible ciblé l'ensemble des acteurs pertinents de la prise en charge en incluant dans les destinataires les centres médico-psychologiques comme l'a fait Delighazarian et al (180) , mais aussi lorsqu'il y a lieu les infirmiers libéraux.

2.5.2 Enquête de satisfaction de la conciliation de sortie auprès des professionnels de ville

Concernant l'évaluation de notre démarche auprès des professionnels destinataires d'au-moins un VMS sur la période juillet 2020- juillet 2021, une majorité de répondants (13 sur 20) proviennent de pharmaciens (officinaux et hospitaliers). Concernant les médecins traitants, nous n'avons obtenu que 4 réponses alors que ce sont des acteurs majeurs dans le parcours de soins en santé mentale. Un meilleur taux de retour de cette corporation aurait pu permettre de bien saisir l'insuffisance de coordination entre le médecin généraliste et les spécialistes de la santé mentale comme en a fait état l'HAS en 2018 (182).

Une majorité de professionnels nous disent ne pas toujours disposer des nécessaires pour garantir une bonne continuité de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale. Pour les médecins, c'est le fait de ne pas recevoir ou de recevoir trop tard la lettre de liaison qui est pointé à l'instar de ce qu'ont déjà relaté d'autres auteurs (183). C'est parfaitement en lien avec les indicateurs qualité de l'établissement qui montrent que la lettre de liaison n'est pas systématiquement rédigée. Par ailleurs, la sous-utilisation actuelle de la messagerie sécurisée sur le centre hospitalier ne permet pas d'optimiser le délai de transmission. La démarche que nous avons mise en place est donc pleine d'intérêt puisqu'elle reprend les éléments de la lettre de liaison en lien avec le décret n°2016-955 du 20 juillet 2016 (143). Sa plus-value ne se limite pas à ce niveau puisque l'envoi du VMS aux pharmaciens constitue un levier de renforcement du lien ville-hôpital. En effet, ce document permet la transmission d'éléments identifiés comme faisant défaut par les répondants issus de cette corporation : explications sur les changements de prescription, identification de la pathologie et du motif d'hospitalisation.

Face à l'ensemble de ces attentes, c'est sans surprise que le VMS a été jugé à l'unanimité contributif à une meilleure continuité de la prise en charge médicamenteuse. Cette donnée est en parfaite concordance avec d'autres travaux déjà menés au Centre Hospitalier (CH) Edouard Toulouse à Marseille (183) ou encore au CH de Cognac (178) faisant état du ressenti des professionnels de ville sur le bénéfice de la conciliation médicamenteuse de sortie.

Le format du document que nous avons utilisé pour la conciliation médicamenteuse de sortie s'inspire du modèle proposé par l'HAS (159) en ayant été enrichi de plusieurs thématiques. Au niveau des « données patients », nous avons ajouté les antécédents médicaux ainsi que des données physiologiques (indice de masse corporelle et débit de filtration glomérulaire). Un paragraphe « commentaires pharmaceutiques » permet d'expliciter la conduite de stratégie thérapeutique durant l'hospitalisation en détaillant notamment les traitements mis en œuvre mais non poursuivis car mal tolérés ou inefficaces.

Un paragraphe « avis pharmaceutique » propose des conduites à tenir en sortie d'hospitalisation ainsi qu'une planification du suivi clinico-biologique à l'instar de ce que propose l'EPSM de Caen (161) dans sa lettre de conciliation de sortie à la nuance près que dans notre document ces données sont présentées en tableau. Lors de notre enquête de satisfaction, le niveau *a minima* « très pertinent » a été atteint pour plus de 70 % des répondants pour l'ensemble des paragraphes constitutifs de notre document hormis les informations patients. Cela donne un vrai crédit à notre démarche dans un contexte où la plupart des auteurs (175,180,184) sont restés assez proches du modèle proposé par la HAS. Au niveau de la forme, si notre document est jugé complet, clair et visible, la moitié des répondants à notre enquête le juge un peu long. Ce retour nous a incité depuis à le faire évoluer avec un format destiné à faciliter son appropriation en incorporant des sous-paragraphes et en présentant les informations sous forme de tableaux.

2.5.3 Enquête de besoins auprès des professionnels de santé des CPTS

L'enquête de besoin diffusée auprès des professionnels de santé des CPTS ainsi que les séances de débriefing réalisées nous ont permis de relever de manière évidente leur volonté de jouer un rôle dans le parcours de soins en santé mentale. Pour les médecins qui constituent la majorité des répondants (19 sur 35), c'est une réalité quotidienne, leur rôle ne faisant que s'accroître dans ce type de prise en charge (185,186). Selon les résultats d'une étude effectuée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et l'Observatoire Régional de Santé (ORS) en 2011 nommée « Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville », 72 % des médecins généralistes prennent en charge au moins une fois par semaine une personne souffrant de troubles psychiques (187). Pour les pharmaciens d'officine, cela peut être une opportunité de soins pharmaceutiques en apportant informations et conseils sur le médicament ainsi qu'en suivant l'adhésion thérapeutique, l'évolution clinique et la survenue d'effets indésirables (188). Ces potentielles contributions à l'amélioration des prises en charge se heurtent toutefois à plusieurs constats. Comme d'autres (189), le CESE a souligné l'ampleur des cloisonnements qui caractérisent le système français de soins en santé mentale avec un cloisonnement fort entre l'hôpital et l'ambulatoire contribuant aux ruptures dans les parcours et un autre qui sépare artificiellement santé physique et santé mentale, empêchant ainsi la prise en compte globale de la santé de la personne et occasionnant une moins bonne gestion des problèmes somatiques (72). Cela nous a été parfaitement confirmé lors des séances de débriefing où les personnes présentes nous ont affirmé la défaillance de l'hôpital à communiquer rapidement les informations appropriées pour la post-hospitalisation. Tout cela

explique le ressenti d'une très grande majorité des répondants à notre enquête jugeant le niveau d'accompagnement des professionnels dans la prise en charge médicamenteuse en santé mentale comme loin d'être optimal. Il faut aussi ajouter comme le montre notre étude, le fait que les professionnels ne se sentent pas à l'aise dans ces types de prise en charge. En particulier, pour les médecins généralistes, c'est le reflet de leur formation en psychiatrie qui apparaît insuffisante au cours de leur parcours universitaire (190).

Dès lors, il n'est pas étonnant que l'identification d'une personne ressource à contacter en cas de besoin soit l'action plébiscitée pour améliorer l'accompagnement des soignants dans la prise en charge médicamenteuse en santé mentale. Face à cette attente, il faut pouvoir positionner un service pour répondre aux besoins des prescripteurs de ville d'accéder à des avis spécialisés afin de les aider au diagnostic, à la prescription initiale, au suivi et à la gestion de la prise en charge médicamenteuse. Cela peut passer par la mise en place d'un service de téléexpertise comme ce qui est déjà proposé par des équipes de différentes spécialités sur la plateforme numérique du GCS Sara (141). À ce niveau, il ne s'agit pas d'une réponse instantanée, la démarche prenant la forme d'échanges structurés, sécurisés et tracés entre le demandeur et le service de téléexpertise. Hors GCS-Sara, des services supports vont jusqu'à proposer une hotline comme l'Unité de Pharmacogénétique et de Psychopharmacologie Clinique (UPCC) à Lausanne (Suisse) (191) ou la CPTS de Metz avec sa plateforme Conex Santé (192) mais cela suppose d'avoir des ressources dédiées et suffisantes.

D'autres actions sont aussi ciblées par les professionnels pour venir en appui dans leur pratique. C'est pouvoir bénéficier de formation qui est priorisé loin devant l'accès à des ressources documentaires ou de pouvoir participer à des tables rondes regroupant professionnels hospitaliers et de ville. Les échanges réalisés en séance de débriefing montrent une préférence qui s'oriente vers un format articulé autour de cas cliniques. Dès lors, la mise en place de soirées de formation ville-hôpital comme relaté par Seurot et al (175) ou des réunions de concertation pluridisciplinaires (193) semblent en mesure de répondre à ce besoin en favorisant le partage de connaissances et la montée en compétences des professionnels de premier recours. Parallèlement à cela, la mise à disposition de ressources documentaires apparaît aussi comme soutien matériel en proposant des référentiels de pratique comme ont déjà pu le faire le Resic38 (réseau de santé créé en Isère pour améliorer la prise en charge de patients insuffisants cardiaques) (194) ou le Rénif (association régionale de néphrologie d'Île de France) (195). À ce sujet, le GCS-Sara met à disposition au niveau de sa plateforme numérique l'outil Nuage qui apparaît complètement compatible à cet usage avec l'implémentation possible d'une bibliothèque partageable en réseau (139).

Deux actions en lien avec l'amélioration de la coordination entre les professionnels ont la faveur des suffrages d'une bonne partie des répondants : le développement d'un moyen de communication entre professionnels de ville et hospitaliers et la transmission d'une synthèse de la prise en charge médicamenteuse en sortie d'hospitalisation.

À ce niveau, cela nécessite tout d'abord qu'un travail soit engagé par notre établissement pour améliorer la structuration des courriers de liaison afin que ceux-ci contiennent des informations utiles et appréhendables pour une prise en charge post-hospitalisation. Parallèlement à cela, il faut aussi pouvoir étudier la faisabilité d'étendre la conciliation de sortie à d'autres unités de soins tout en envisageant à terme son intégration à la lettre de liaison pour éviter des doublons d'informations. Mais pour que l'amélioration de la coordination entre les professionnels soit enclenchée, cela nécessite aussi que les outils de communication permettent un transfert d'information optimal. C'est dans cette optique que le CHAI s'est fixé comme objectif que 100% de la communication interprofessionnelle ville-hôpital passe par la messagerie sécurisée du GCS-SARA, MonSisra à l'horizon 2024. Dans le même temps, des actions sont en cours pour rendre possible la transmission de la lettre de liaison et l'ordonnance de sortie du patient dans le DMP (196) directement depuis le dossier patient informatisé. Ces évolutions constituent des perspectives intéressantes, mais il faudrait aller plus loin en prenant en compte l'interface d'échanges offerte par les CPTS pour une meilleure coordination du parcours de soins. Ces structures issues du regroupement de professionnels de santé d'un même territoire offrent en effet une réelle opportunité pour un meilleur partage d'informations autour de la prise en charge du patient (87). Les enjeux sont de manière évidente à plusieurs niveaux avec le partage des informations sur le patient, issues des hôpitaux, des structures de coordinations et des acteurs de la ville, l'identification des acteurs de la prise en charge et la planification du parcours. L'outil « Mes Patients » proposé par le GCS-Sara est par excellence à même de faciliter le pilotage d'une telle démarche (140). La visée ultime ciblerait un réel travail en réseau des professionnels pour fluidifier et sécuriser les prises en charge à l'image de ce que réalise déjà le Réseau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère (Resic38) pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque en Isère (194).

2.6 Conclusion

Notre travail, initié sur la base du déploiement de la conciliation de sortie a permis de valider dans un premier temps l'intérêt de cette démarche pour les professionnels de ville. Dans un deuxième temps, une enquête diffusée auprès des adhérents de CPTS a révélé des perspectives d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins en santé mentale.

Les actions ciblées en lien avec la mise en place d'un appui aux professionnels dans leur pratique (téléexpertise, formation, partage de référentiels) et avec le renforcement de la coordination interprofessionnelle sont en parfaite cohérence avec les objectifs du Schéma Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2023 (197) et du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Isère (198). C'est pourquoi, fort de la dynamique d'échanges engagée avec les CPTS, notre établissement a constitué un groupe de travail mixte ville-hôpital afin de mettre en œuvre d'une démarche co-construite. La candidature en cours à un appel à projet est susceptible de concrétiser les espoirs entrevus pour offrir aux patients la bonne prise en charge au bon moment tout au long de leur parcours de soins.

Conclusion générale

THÈSE SOUTENUE PAR : Anaïs SITRUK

TITRE :

DÉMARCHE D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE LORS DU PARCOURS DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

CONCLUSION :

Les prises en charge des patients atteints de troubles psychiatriques sont souvent complexes et de fait, non dénuées de risques. En effet, leur chronicité associée à la vulnérabilité des patients est à l'origine de multiples ré-hospitalisations ce qui a pour effet d'augmenter le risque iatrogénique lors du parcours de soins. C'est aussi sans compter que les patients atteints de troubles mentaux sont fréquemment sujets à des affections somatiques associées en raison non seulement des traitements prescrits mais aussi de leur mode de vie. Enfin, il faut aussi ajouter qu'il existe un cloisonnement entre médecine somatique et santé mentale et que le parcours de soins manque de coordination.

Dans ce contexte, l'objectif principal de notre travail a été mettre en œuvre une démarche d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse lors du parcours de soins en santé mentale. Une évaluation de la pertinence et de la satisfaction suite à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse de sortie a d'abord été réalisée auprès de professionnels de ville puis un recueil des attentes et des besoins a été effectué auprès d'adhérents de CPTS concernant la prise en charge médicamenteuse en santé mentale

La première partie du travail nous permis de valider l'apport et la pertinence de la conciliation médicamenteuse de sortie au travers de la diffusion d'une enquête auprès des professionnels de ville ayant été destinataires d'au-moins d'un volet médicamenteux de sortie (VMS) sur la première année d'activité. Les répondants ont ainsi été unanimes concernant la contribution du VMS à assurer une meilleure prise en charge du patient à la sortie d'hospitalisation psychiatrique.

À la suite de l'enquête de satisfaction sur la conciliation de sortie, les retours très positifs des professionnels nous ont encouragé à poursuivre l'investigation de manière plus précise sur les besoins au niveau de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale. Une enquête diffusée au niveau des adhérents de 3 CPTS couplée à des séances de débriefing a permis de montrer la volonté des professionnels de jouer un rôle tout en faisant le constat que le niveau d'accompagnement des prises en charge était loin d'être optimal. Les données collectées permettent de cibler plusieurs axes d'amélioration. D'une part cela fait apparaître la nécessité d'appuyer les professionnels de ville en leur donnant accès à des avis spécialisés, en leur faisant bénéficier de formation ou en leur partageant des référentiels de pratique. D'autre part, la coordination ville-hôpital a vocation à être optimisée par l'utilisation d'outils numériques performants et l'échange d'informations pertinentes

Au final, notre travail, initié sur la base du déploiement de la conciliation de sortie a permis de dégager des perspectives d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins en santé mentale. Fort de la dynamique d'échange engagée avec les CPTS, notre établissement a constitué un groupe de travail mixte ville-hôpital afin que les actions ciblées puissent voir le jour. La candidature en cours à un appel à projet est susceptible de concrétiser les espoirs entrevus pour fluidifier et sécuriser les prises en charge.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 01/12/2023

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE

Pr Michel SÈVE

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SEVE

LE DIRECTEUR / LA DIRECTRICE DE THÈSE

Dr Emmanuel RAT

LE TUTEUR / LA TUTRICE UNIVERSITAIRE

Dr Sébastien CHANOINE

Références bibliographiques

1. Troubles mentaux [Internet]. [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

2. Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement [Internet]. Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/

3. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care - HERT - 2011 - World Psychiatry - Wiley Online Library [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x?sid=nlm%3Apubmed

4. Arnoux LA. Conception d'ateliers pédagogiques transversaux d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur le thème du médicament : d'une déclinaison pour différentes pathologies à la création d'un module de formation des étudiants de Pharmacie à la pratique des entretiens pharmaceutiques et de l'ETP [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine; 2014.

5. Santé mentale et psychiatrie : changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/sante-mentale-et-psychiatrie-changer-le-regard-sur-la-sante-mentale-et-les-personnes-atteintes-de

6. Saravane D. Les complications métaboliques des psychotropes. Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences. 2014;12(2):51-63.

7. HAS. Recommander les bonnes pratiques: Grande précarité et troubles psychiques (notes de cadrage) [Internet]. 2021 [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/note_cadrage_has_precarite_troubles_psychiques.pdf

8. Prescrire. Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique 2ème édition mise à jour. Prescrire. Paris; 2017. 109 p.

9. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2018 [cité 30 oct 2022]. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

10. Anastasi A. Psychiatrie et soins somatiques « C'est pas le tout d'y dire, faut aussi y faire ». L'information psychiatrique. 19 août 2021;97(6):465-75.

11. Fau L, Gelas Ample B, Meunier FP. Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? L'information psychiatrique. 2017;93(2):107-10.

12. Correard F, Arcani R, Montaleytang M, Nakache J, Berard C, Couderc AL, et al. Conciliation médicamenteuse : intérêts et limites. La Revue de Médecine Interne. 2023;44:479-96.

13. Garriguet P, Beauverie P, Yassine, Mouffak, Alemmani, Gaudoneix-Taïeb, et al. EM-Consulte. 2017 [cité 2 sept 2023]. Conciliation médicamenteuse en psychiatrie générale adulte : résultats de 3 années d'expérience. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1146716/conciliation-medicamenteuse-en-psychiatrie-general

14. Abouchouar I, Hindlet P, Ratsimbazafy C, Fernandez C, Schwab C. Conciliation médicamenteuse et sécurisation de la transition hôpital–ville : enquête auprès des pharmaciens d'officine. Annales Pharmaceutiques Françaises. sept 2023;81(5):875-81.

15. Santé Publique France. Santé mentale [Internet]. 2023 [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale

16. Les principaux troubles | Unafam [Internet]. [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/troubles-psychiques/les-principaux-troubles

17. VIDAL [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Dépression de l'adulte - symptômes, causes, traitements et prévention. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte.html

18. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

19. HAS. Synthèse de la recommandation de bonne pratique-Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours- 1.Diagnostic [Internet]. 2017 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf

20. VIDAL [Internet]. 2022 [cité 1 nov 2022]. Pourquoi développe-t-on une dépression ? Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/causes.html

21. Moreddu F. Le conseil associé Tome 1: à une ordonnance- 4ème édition. Le Moniteur des Pharmacies. Puteaux; 2015. 220 p. (Pro-officina).

22. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours- 2. Prise en charge thérapeutique et suivi [Internet]. 2017 [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf

23. Inserm [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Dépression · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/depression/

24. Inserm [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/

25. VIDAL [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Les symptômes de la schizophrénie. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses/symptomes.html

26. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

27. Comprendre le trouble bipolaire (ou maladie bipolaire) [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-bipolaire/comprendre-troubles-bipolaires

28. VIDAL [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Troubles bipolaires - symptômes, causes, traitements et prévention. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire.html

29. Troubles bipolaires [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Troubles bipolaires : vie au quotidien et suivi médical. Disponible sur: https://www.troubles-bipolaires.com/

30. https://www.psycom.org/ [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Troubles bipolaires - Psycom - Santé Mentale Info. Disponible sur: https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/les-troubles-psy/troubles-bipolaires/

31. Institut du Cerveau [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Le Spectre - Trouble Bipolaire, qu'est ce que c'est ? Disponible sur: https://institutducerveau-icm.org/fr/trouble-bipolaire/

32. Royez S. Les troubles bipolaires et leurs prises en charge en 2020 [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne; 2021.

33. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours

34. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 8 août 2023]. Présentation des troubles anxieux - Troubles mentaux. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/pr%C3%A9sentation-des-troubles-anxieux

35. HAS. Affections psychiatriques de longue durée- Troubles anxieux graves [Internet]. 2007 [cité 10 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

36. https://www.facebook.com/inserm.fr. Inserm. [cité 8 août 2023]. Troubles anxieux · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/

37. Troubles anxieux ou anxiété grave : quels symptômes ? [Internet]. [cité 8 août 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/themes/troubles-anxieux-anxiete/symptomes-diagnostic

38. VIDAL [Internet]. [cité 10 août 2023]. Les symptômes et les causes de l'anxiété. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/symptomes-causes.html

39. Reysset A. Les benzodiazépines dans l'anxiété et l'insomnie : dangers liés à leur utilisation et alternatives thérapeutiques chez l'adulte [Thèse d'exercice]. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2010.

40. https://www.psycom.org/ [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Les médicaments - Psycom - Santé Mentale Info. Disponible sur: https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/les-medicaments/

41. Youna. Substances psychotropes : information et prévention [Internet]. laprevention.fr. 2022 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://www.laprevention.fr/decryptage-prevention-et-effets-des-substances-psychotropes/

42. Médicaments psychotropes | PSY-infos [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://www.psy-infos.fr/medicaments-psychotropes

43. Est-ce que les psychotropes sont dangereux ? [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://info.medadom.com/sante_decomplexee/dangers-psychotropes

44. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Les médicaments de l'anxiété. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/medicaments.html

45. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Les traitements de l'insomnie. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/insomnie/medicaments.html

46. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Comment soigne-t-on la dépression ? Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/traitements.html

47. Traitement des troubles dépressifs [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/traitement

48. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Les médicaments antidépresseurs. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/medicaments.html

49. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Les médicaments des troubles bipolaires. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire/medicaments.html

50. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Les médicaments de la schizophrénie. Disponible sur: https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses/medicaments.html

51. Alber H, Burgot G, Dromigny E, Le Hazif L, Nedelec M, Perrus-Lesquibe C. Les troubles du rythme cardiaque liés à la prise de médicaments psychotropes [Internet]. 2010 [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: https://www.jle.com/download/jpc-286815-16267-les_troubles_du_rythme_cardiaque_lies_a_la_prise_de_medicaments_psychotropes-g.pdf

52. COURS IFSI - UE2.11 S3 - Pharmacologie et thérapeutiques 8 Les psychotropes [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: http://violette.gueganno.free.fr/articles.php?lng=fr&pg=239

53. Corbineau E. Les psychotropes. 2018.

54. Bianchi V, El Anbassi S. Médicaments-2ème édition. Deboeck Supérieur. Louvain-la-Neuve; 2018. 207 p. (Prépa Pharma).

55. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Antipsychotiques : la surveillance cardiométabolique des patients reste insuffisante. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/22935-antipsychotiques-la-surveillance-cardiometabolique-des-patients-reste-insuffisante.html

56. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. CLOZAPINE BIOGARAN. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/clozapine-biogaran-82921.html

57. Giannoni O, Brutin P, Minischetti L. Tableaux des dosages et surveillances biologiques des psychotropes utilisés dans un CH spécialisé en psychiatrie. Poster présenté à Marseille ; 2020;

58. VIDAL [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Acide valproïque : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur : https://www.vidal.fr/medicaments/substances/acide-valproique-129.html

59. Servais A. Néphrotoxicité du lithium. Néphrologie & Thérapeutique. 1 avr 2019;15(2):120-6.

60. SFPC, Réseau PIC. Trouver son équilibre avec le lithium [Internet]. 2023 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2023/06/Carnet-lithium-SFPC-PIC.pdf

61. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete

62. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les benzodiazépines [Internet]. 2023 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/focus-medicaments/article/les-benzodiazepines

63. Musso M, van Os J, Groot PC. Un sevrage progressif responsable et sûr à l'aide de Tapering strips. L'information psychiatrique. 2022;98(9):737-42.

64. Médicaments à risque d'usage détourné et de dépendance [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/medicaments-usage-detourne-dependance

65. RFCRPV. Iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation chez l'adulte et l'enfant : incidence, caractérisation et évitabilité. Rapport d'étude IATROSTAT [Internet]. 2022 mai [cité 1 déc 2023] p. 66. Disponible sur: https://www.rfcrpv.fr/wp-content/uploads/2022/05/rapport-IATROSTAT-version-defintiive-02-mai-2022.pdf

66. OMS. Adherence to long-term therapies: Evidence for action [Internet]. 2003 [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1

67. Petitjean F. Observance thérapeutique, définition et données récentes dans la schizophrénie. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 nov 2023;181(9):811-4.

68. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndetei DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry. 2011;10(2):138-51.

69. 3 questions à... : septembre 2018 : Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée - Irdes [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: https://www.irdes.fr/presse/2018/3-questions-a-septembre-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.html

70. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness [Internet]. 2006 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: https://mindfreedom.org/wp-content/uploads/attachments/Technical%20Report%20on%20Morbidity%20and%20Mortaility%20-%20Final%2011-06[1].pdf

71. Psycom. Soins somatiques et psychiatrie [Internet]. 2019 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Soins-somatiques-en-psychatrie-2019.pdf

72. Conseil économique, social et environnemental. Améliorer le parcours de soin en psychiatrie [Internet]. [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: http://www.lecese.fr/travaux-publies/ameliorer-le-parcours-de-soin-en-psychiatrie

73. Coldefy M. Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. Revue française des affaires sociales. 2016;(2):21-30.

74. Aliénisme (histoire du concept), En France : la loi du 30 juin 1838 créant les asiles d'aliénés - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/encyclopedie/alienisme-histoire-du-concept/2-en-france-la-loi-du-30-juin-1838-creant-les-asiles-d-alienes/

75. 1838-06-30 - Loi Esquirol sur les aliénés du 30 juin 1838 - CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://psychiatrie.crpa.asso.fr/1838-06-30-Loi-Esquirol-sur-les-alienes-du-30-juin-1838

76. La sectorisation [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ch-cesame-angers.fr/n/la-sectorisation/n:914

77. Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 [Internet]. 2017 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf

78. L'organisation de la psychiatrie | GHU Paris psychiatrie & neurosciences [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: https://www.ghu-paris.fr/fr/lorganisation-de-la-psychiatrie

79. Organisation de la psychiatrie | Unafam [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/organisation-de-la-psychiatrie

80. La sectorisation en Psychiatrie - Etablissement de santé mentale de la Marne [Internet]. [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: https://www.epsm-marne.fr/l-etablissement/La-sectorisation-en-Psychiatrie

81. Hospitalisation en clinique de santé mentale [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: https://www.inicea.fr/articles/info-pratique/hospitalisation-en-clinique-sante-mentale

82. Qu'est-ce qu'une hospitalisation en psychiatrie ? | EPSM AUBE Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: https://www.epsm-aube.fr/patients-famille/psychiatrie-pour-adulte/soins-en-hospitalisation/quest-ce-quune-hospitalisation-en/

83. Savalli J. https://www.psycom.org/. [cité 2 mai 2023]. Hôpital de jour (HJ). Disponible sur: https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/hopital-de-jour-hj/

84. Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique [Internet]. [cité 2 mai 2023]. CATTP. Disponible sur: http://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-occuper-de-soi/cattp/

85. OFFRE DE SOINS – Soins en ville [Internet]. Centre Hospitalier Alpes-Isère. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: https://ch-alpes-isere.fr/offre-de-soins-soins-ville/

86. Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 3 mai 2023]. CMP. Disponible sur: https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/cmp

87. Odier B, Falcoff H. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), une opportunité pour la psychiatrie de secteur. L'information psychiatrique. 2021;98(8):703-14.

88. Commission des affaires sociales. Rapport d'information de la mission relative à l'organisation de la santé mentale [Internet]. 2019 [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information.pdf

89. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Ouvrage Irdes. 1 mai 2020;(4):88-9.

90. Article L1411-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515270

91. Ministère de la Santé et de la Prévention. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2023 [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022

92. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2017 [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

93. Ministère de la Santé et de la Prévention. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie [Internet]. 2023 [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/

94. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Feuille de route Santé Mentale et psychiatrie [Internet]. 2018 [cité 25 nov 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

95. Ministère de la Santé et de la Prévention. Le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (CSSMP) [Internet]. 2023 [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-

mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/article/le-comite-strategique-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-cssmp

96. Lancement du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie | handicap.gouv.fr [Internet]. [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: https://handicap.gouv.fr/lancement-du-comite-strategique-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie

97. Le projet régional de santé 2018-2022 [Internet]. 2023 [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022-4

98. Projet Régional de Santé (PRS) 2023 - 2028 | Agence régionale de santé Ile-de-France [Internet]. [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2023-2028

99. Projet régional de santé 2023-2028 : notre projet pour votre santé [Internet]. 2023 [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2023-2028-notre-projet-pour-votre-sante

100. Légifrance. Section 1 : Projet régional de santé (Articles L1434-1 à L1434-7) - Légifrance [Internet]. Code de la Santé Publique déc 3, 2023. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891619/

101. ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Schéma régional de santé 2018-2023 [Internet]. 2018 [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/116045/download?inline

102. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Dossier de presse: Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 [cité 29 oct 2023]. Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=701

103. Calvez C. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ; Dossier documentaire [Internet]. 2022 [cité 29 oct 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf

104. Chapitre Ier bis : Organisation des soins. (Articles L1411-11 à L1411-13) - Légifrance [Internet]. [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020885399/

105. Cadu F. Doctolib Blog - France. 2023 [cité 29 oct 2023]. Équipe de Soins Primaires (ESP), le guide. Disponible sur: https://info.doctolib.fr/blog/esp-sante/

106. Monter une équipe de soins primaires (ESP) : comment et pourquoi ? – Fédération des Médecins de France [Internet]. [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: https://www.fmfpro.org/monter-une-equipe-de-soins-primaires-esp-comment-et-pourquoi/

107. ESP, MSP, CPTS : qu'est-ce que cela veut dire ? – Définitions [Internet]. [cité 29 oct 2023]. Disponible sur: https://www.femasif.fr/definitions-esp-msp-cpts/

108. L'exercice coordonné dans une équipe de soins primaires [Internet]. [cité 29 oct 2023]. Disponible sur: https://www.bretagne.paps.sante.fr/lexercice-coordonne-dans-une-equipe-de-soins-primaires-4

109. Assurance Maladie de l'Isère. Communiqué de presse: Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Sud-Est grenoblois : une signature officielle qui acte sa création [Internet]. 2020 [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-07-10-cp-creation-cpts-sud-est-grenoblois_0.pdf

110. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients

111. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) | Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-1

112. MACSF.fr. MACSF.fr. [cité 10 sept 2022]. CPTS : définition, missions et mode de financement…. Disponible sur: https://www.macsf.fr/exercice-liberal/exercer-en-groupe/cpts-definition

113. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/

114. Qu'est ce qu'un conseil local de santé mentale (CLSM) ? [Internet]. 2023 [cité 25 nov 2023]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/quest-ce-quun-conseil-local-de-sante-mentale-clsm

115. Guézennec P, Roelandt JL. Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015. L'information psychiatrique. 2015;91(7):549-56.

116. Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) [Internet]. 2022 [cité 25 nov 2023]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/un-conseil-local-de-sante-mentale-clsm

117. Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire - APHP DAJDP [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Disponible sur: https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/decret-n-2016-1445-du-26-octobre-2016-relatif-aux-communautes-psychiatriques-de-territoire/

118. Chapitre V : Communautés psychiatriques de territoire (Articles D6136-1 à D6136-8) - Légifrance [Internet]. [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000033313615/

119. SanteMentale. Communautés psychiatriques de territoire : le décret est paru [Internet]. 2016 [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: https://www.santementale.fr/2016/10/communautes-psychiatriques-de-territoire-le-decret-est-paru/

120. Communauté psychiatrique de territoire [Internet]. [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: https://www.ch-rouffach.fr/index.php/2014-06-06-12-43-51/communaute-psychiatrique-de-territoire

121. Le Dossier Pharmaceutique (DP) | CNIL [Internet]. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/le-dossier-pharmaceutique-dp

122. Dossier pharmaceutique [Internet]. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16033

123. CNOP [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Dossier Pharmaceutique : le décret instaurant le nouveau régime paru au Journal Officiel. Disponible sur: https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/dossier-pharmaceutique-le-decret-instaurant-le-nouveau-regime-paru-au-journal-officiel

124. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 22 mai 2023]. Dossier médical partagé (DMP). Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/dossier-medical-partage-dmp

125. Dossier Médical Partagé | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage

126. SI-Portail [Internet]. [cité 29 nov 2023]. Découvrir le DMP. Disponible sur: https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre

127. L'espace numérique de santé (ENS ou Mon espace santé) et le dossier médical partagé (DMP) : questions-réponses [Internet]. [cité 29 nov 2023]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/lespace-numerique-de-sante-ens-ou-mon-espace-sante-et-le-dossier-medical-partage-dmp-questions

128. Mon Espace Santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/mon-espace-sante/

129. Elysée. Lancement du nouveau service public « Mon espace santé » ! [Internet]. 2022 [cité 29 nov 2023]. Disponible sur: https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2022/02/03/mon-espace-sante

130. A D, A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 29 nov 2023]. Mon Espace Santé - Le carnet de santé numérique de tous les citoyens. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/mon-espace-sante-le-carnet-de-sante-numerique-de-tous-les-citoyens

131. Rédaction P. « Mon espace Santé »: large accès aux données de santé, en partie contrôlé par les usagers. sept 2022;42(467):692 à 697.

132. Mon espace santé : ce qu'il faut savoir [Internet]. [cité 29 nov 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/mon-espace-sante/mon-espace-sante-carnet-sante-numerique

133. Le catalogue de services [Internet]. [cité 29 nov 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/mon-espace-sante/application-service-mon-espace-sante-catalogue

134. GCS Sara [Internet]. [cité 27 nov 2023]. GCS Sara : Qui sommes-nous ? Disponible sur: https://www.sante-ara.fr/le-gcs-sara/qui-sommes-nous/

135. GCS Sara. Plaquette-GCS-Sara [Internet]. 2023 [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: https://www.sante-ara.fr/wp-content/uploads/2023/10/Plaquette-GCS-Sara.pdf

136. GCS Sara [Internet]. [cité 12 nov 2023]. Les services numériques. Disponible sur: https://www.sante-ara.fr/services/

137. Dispositif régional d'échanges sécurisés : MonSisra [Internet]. 2022 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/dispositif-regional-dechanges-securises-monsisra

138. GCS Sara [Internet]. [cité 16 mai 2023]. MonSisra: messagerie sécurisée de santé. Disponible sur: https://www.sante-ara.fr/services/monsisra/

139. GCS Sara [Internet]. [cité 27 oct 2023]. Nuage : espace sécurisé de partage et de stockage de fichiers. Disponible sur: https://www.sante-ara.fr/services/nuage/

140. GCS Sara [Internet]. [cité 14 nov 2023]. MesPatients : outil de coordination. Disponible sur: https://www.sante-ara.fr/services/mespatients/

141. GCS Sara [Internet]. [cité 27 oct 2023]. Téléexpertise. Disponible sur: https://www.sante-ara.fr/services/teleexpertise/

142. GCS Sara [Internet]. [cité 29 nov 2023]. Téléconsultation : service sécurisé de consultation à distance. Disponible sur: https://www.sante-ara.fr/services/teleconsultation/

143. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juillet 20, 2016.

144. La Lettre de liaison : outil de communication - OMEDIT Pays de la Loire [Internet]. OMEDIT. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: https://www.omedit-paysdelaloire.fr/lien-ville-hopital/communication-ville-hopital/lettre-de-liaison/

145. D P. Desmarais Avocats. 2016 [cité 5 sept 2023]. La lettre de liaison ou comment alimenter le DMP. Disponible sur: https://www.desmarais-avocats.fr/la-lettre-de-liaison-ou-comment-alimenter-le-dmp/

146. HAS. Guide sur la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé [Internet]. 2018 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf

147. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 10 oct 2023]. La conciliation médicamenteuse. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/article/la-conciliation-medicamenteuse

148. Indicateurs CAQES - OMEDIT Pays de la Loire [Internet]. OMEDIT. [cité 15 oct 2023]. Disponible sur: https://www.omedit-paysdelaloire.fr/contrats-et-financement/caqes-pertinence-efficience-soins/indicateurs/

149. HAS. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins [Internet]. 2024 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf

150. Mmadi DR. Conciliation des traitements médicamenteux; Etats des lieux 2020-2021 en PACA [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Aix Marseille; 2021.

151. Harang C, Martin S, Belmenouar O, Perrine P, Olivia K, Hamon R, et al. Conciliation médicamenteuse à l'admission : un réel impact sur la qualité de notre prise en charge. La Revue de Médecine Interne. 1 déc 2018;39:A202.

152. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour

diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. La Presse Médicale. 1 mars 2012;41(3, Part 1):e77-86.

153. OMEDIT Normandie, SFPC. La conciliation des traitements médicamenteux [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: https://www.omedit-normandie.fr/media-files/5994/2016-12-formaconcil-presentation-generale-chenailler-fontaine.pdf

154. HAS. 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]. 2015 [cité 29 nov 2023]. Disponible sur: 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

155. Lau HS, Florax C, Porsius AJ, De Boer A. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. Br J Clin Pharmacol. juin 2000;49(6):597-603.

156. SFPC. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux [Internet]. 2015 [cité 15 oct 2023]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/FicheMemoConciliationMedicamenteuseSFPC.pdf

157. Alili JM, Zivkovic D, Alemanni J, Garriguet P, Beauverie P. Mise en place d'une conciliation médicamenteuse dans un hôpital psychiatrique. [Internet]. 2013 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: https://www.snphpu.org/files/20131108_JMALILIConciliationmdicamenteuse.pdf

158. La conciliation médicamenteuse de sortie [Répondre aux attendus sur la conciliation des traitements médicamenteux] [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/conciliation/co/4_6-_La_conciliation_de_sortie.html

159. HAS. Haute Autorité de Santé. [cité 10 oct 2023]. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

160. Faire un plan de prise personnalisé | PSY-infos [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Disponible sur: https://www.psy-infos.fr/faire-un-plan-de-prise-personnalise

161. Landry A. Améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse : du suivi pharmaceutique en hospitalisation psychiatrique à la transmission de la lettre de conciliation de sortie au médecin traitant [Thèse d'exercice]. Caen, France : Université de Caen Normandie; 2018.

162. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires- Article 84

163. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 6 déc 2023]. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

164. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 10 oct 2023]. La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement national. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-national

165. Touzet P. L'éducation thérapeutique en psychiatrie. Le Journal des psychologues. 2012;295(2):40-3.

166. Anap. Le programme d'éducation thérapeutique du patient autour de la thématique obésité : levier pour accompagner les patients au développement de compétences personnelles, nécessaires à l'amélioration de sa qualité de vie L'exemple de l'ETP SMACS : Surpoids et obésité du CH du Vinatier.

167. Famidac [Internet]. 2023 [cité 1 août 2023]. Psychiatrie : 10.000 patients hospitalisés depuis trop longtemps. Disponible sur: https://www.famidac.fr/?Psychiatrie-10-000-patients

168. Saravane D. Les complications métaboliques des psychotropes. PSN. 2014;12(2):51-63.

169. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 23 févr 2023]. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

170. Présentation CHAI [Internet]. Centre Hospitalier Alpes-Isère. [cité 28 nov 2023]. Disponible sur: https://ch-alpes-isere.fr/presentation-chai/

171. Noblot-Rossignol M, Vailleau JL, Hamad M, Denis F, Beye F. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : expérimentation en établissement de santé mentale et éligibilité des patients pouvant en bénéficier en priorité. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 1 juin 2017;52(2):177-85.

172. CoRéMéDiMS, OMEDIT Midi-Pyrénées. Conciliation médicamenteuse Quelques pistes pour commencer [Internet]. 2015 [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: https://www.optimage-poctefa.com/sites/optimage-poctefa.com/files/documents-publics/SSP2015_Vendredi-QqPistesPourCommencer.pdf

173. Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Pharmactuel [Internet]. 2010 [cité 27 oct 2023];43(3). Disponible sur: https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/772

174. Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes, Assurance Maladie Auvergne Rhône-Alpes. CPTS - Plaquette de présentation [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/0046915085284d32ec987

175. Seurot P. Accompagnement de la première expérience de la conciliation de sortie au CHU de Rouen [Thèse d'exercice]. Rouen, France: Université de Rouen; 2018.

176. Fouquier B, Molière M, Boulin M, Devilliers H, Bielefeld P, Vadot L. Amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans un service de médecine interne : impact de la conciliation médicamenteuse. La Revue de Médecine Interne. 1 déc 2018;39:A203.

177. Poggio S, Roy S, Bégué T, Dumenil AS, Henry C. Conciliation médicamenteuse de sortie ciblée en chirurgie orthopédique : focus sur les anticoagulants. Annales Pharmaceutiques Françaises. 1 janv 2023;81(1):173-81.

178. Berthe M, Cotta M, Roullet-Renoleau F, Molinier A, Gueylard Chenevier D. Société Francaise de Pharmacie Clinique. [cité 15 sept 2023]. Conciliation médicamenteuse de sortie : enquête de satisfaction auprès des médecins et pharmaciens de ville. Disponible sur: http://posters.sfpc.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=81425&channel=41117

179. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2964356/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-cancerologie

180. Delighazarian C. Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé indispensable à la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux chez le patient hospitalisé en psychiatrie [Thèse d'exercice]. Marseille, France: Université Aix Marseille; 2021.

181. Ledroit M. Intégration d'une conciliation de sortie avec lien ville/hôpital à un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients greffés pulmonaires [Thèse d'exercice]. Limoges, France : Université de Limoges; 2016.

182. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

183. Alix L, Dumay M, Cador-Rousseau B, Gilardi H, Hue B, Somme D, et al. Conciliation médicamenteuse avec remise d'une fiche de conciliation de sortie dans un service de Médecine Interne : évaluation de la perception des médecins généralistes. La Revue de Médecine Interne. 1 juin 2018;39(6):393-9.

184. Chaix F. Conciliation médicamenteuse et lien ville-hôpital au CH de Salon-de-Provence : mise en place et impact sur les connaissances du traitement chez le patient âgé [Thèse d'exercice]. Marseille, France: Université Aix Marseille; 2019.

185. Le Conseil économique social et environnemental [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Le CESE appelle à un plan d'urgence pour la psychiatrie. Disponible sur: http://www.lecese.fr/presse/communiques/le-cese-appelle-un-plan-durgence-pour-la-psychiatrie

186. Observatoire Régional de Santé Ile-de-France. Santé mentale en Île de France: Rôle clé des médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des patients [Internet].

2020 [cité 18 nov 2023]. Disponible sur: https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/santeMentaleMG/ORS_MG_et_trouble_de_sante___mentale_vd.pdf

187. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-de-la-depression-en-medecine-generale-de-0

188. Foppe van Mil JW. Le pharmacien d'officine et la pathologie psychiatrique, une revue. Le Pharmacien Hospitalier. 1 juin 2010;45(2):79-84.

189. Younès N, Lemogne C. Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux. Après-demain. 2017;N ° 42, NF(2):24-6.

190. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. L'information psychiatrique. 2014;90(5):319-22.

191. CHUV [Internet]. [cité 27 oct 2023]. Unité de Pharmacogénétique et de Psychopharmacologie Clinique (UPPC). Disponible sur: https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/recherche/centres-et-unites-de-recherche/centre-de-neurosciences-psychiatriques-cnp/unite-de-pharmacogenetique-et-de-psychopharmacologie-clinique-uppc

192. Conex Santé - Solution de téléexpertise [Internet]. CPTS Metz et environs. [cité 27 oct 2023]. Disponible sur: https://www.cpts-metz.fr/conex-sante-solution-de-teleexpertise/

193. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire

194. Resic38 > Accueil [Internet]. [cité 7 juin 2023]. Disponible sur: https://www.resic38.org/

195. Renif [Internet]. [cité 7 juin 2023]. Maladie Rénale Chronique - Association Régionale de Néphrologie d'Ile-de-France. Disponible sur: https://www.renif.fr/

196. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: https://www.dmp.fr/

197. ARS Auvergne-Rhones-Alpes. Schéma régional de santé 2018-2023 [Internet]. 2018 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2018_PRS_SRSProjet.pdf

198. MRSI - PTSM38 [Internet]. [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: https://mrsi.fr/projet-territorial-de-sante-mentale-isere/

Annexes

Annexe 1 : Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé de ville ayant été bénéficiaires d'éléments de liaison lors d'au moins une conciliation de sortie

Quel professionnel de santé êtes-vous? *

- Pharmacien(ne) d'officine
- Pharmacien(ne) hospitalier(ère)
- Médecin généraliste
- Infirmier(e)
- Médecin spécialiste

Si vous êtes un médecin spécialiste, merci de préciser votre spécialité:

Réponse courte

Lorsque vous recevez un patient sortant d'hospitalisation en santé mentale, pensez-vous toujours disposer des informations nécessaires pour assurer une bonne continuité de la prise en charge médicamenteuse? *

- Oui
- Non

Si non, pourquoi?

Réponse longue

Le document que nous vous avons retransmis vous permet-il selon vous de contribuer à une meilleure continuité de la prise en charge médicamenteuse pour un patient sortant d'hospitalisation en santé mentale? *

- ○ Oui
- ○ Non

Dans le document élaboré, quels sont les éléments selon-vous qui sont les plus pertinents pour améliorer la qualité du lien ville-hôpital? *

	Indispensable	Très pertinent	Pertinent	Peu pertinent	Pas du tout per...
Informations p...	○	○	○	○	○
Coordonnées d...	○	○	○	○	○
Tableau récapit...	○	○	○	○	○
Points importa...	○	○	○	○	○
Surveillance cli...	○	○	○	○	○

Qu'aimeriez-vous rajouter ? Y a-t-il des informations qui vous semblent nécessaires et qui sont manquantes ? *

Réponse longue

Le support vous paraît-il: *

	Très	Assez	Pas assez	Peu	Pas du tout
Lisible	○	○	○	○	○
Clair	○	○	○	○	○
Complet	○	○	○	○	○
Facile d'utilisat…	○	○	○	○	○
Trop long	○	○	○	○	○

Avez-vous des remarques sur la présentation du support?

Réponse longue

Avez-vous des suggestions pour renforcer la continuité de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale? *

Réponse longue

Annexe 2 : Exemple de volet médicamenteux de sortie du Centre Hospitalier Alpes-Isère

Centre Hospitalier Alpes-Isère

Volet Médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie

Informations Patient

Séjour hospitalier : du 15/04/2021 au 08/07/2021

Nom : [redacted]
Prénom : [redacted]
Sexe : Femme
Date de naissance : [redacted]
Antécédents : *Trouble bipolaire (première hospitalisation à l'âge de 20 ans), Arthrose, Embolie pulmonaire, Appendicectomie, HTA*

Motif d'hospitalisation :

Prise en charge d'une décompensation sur un versant maniaque chez une patiente souffrant de troubles de l'humeur, bipolaire.

Masse (kg) : 103
Taille (cm) : 158
IMC ($kg.m^{-2}$) : 41,3
Allergies : rien de documenté
Dernière évaluation de la fonction rénale :
DFG selon **MDRD** ($ml/min/1,73m^2$) = 92.1
Le : 11/06/2021

Informations Professionnels de Santé

Nom du médecin Hospitalier : [redacted]
Nom du service hospitalier : Unité Debussy

Nom de l'officine : Pharmacie [redacted]
Téléphone : [redacted]
Envoi mail : [redacted]@gmail.com

Nom du Médecin Traitant : [redacted]
Téléphone : [redacted]
Envoi monsira

Nom du Pharmacien Hospitalier : [redacted]
Téléphone de la Pharmacie Hospitalière : [redacted]

Nom de l'IDE : [redacted]

Nom du Médecin Spécialiste : [redacted]

Centre Hospitalier Alpes-Isère

Volet Médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie

Traitements Médicamenteux

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires (Motif / suivi / remarques)
Nom / Dosage / Forme	**Posologie**	**Devenir du traitement**	**Nom / Dosage / Forme**	**Posologie**	
Desloratadine 5mg	0-0-1-0	Poursuivi	Desloratadine 5mg	0-0-1-0	
Irbesartan/Hydrochl 150mg/12.5mg	1-0-0-0	Arrêté			
Tramadol 50mg	1-1-1-0	Arrêté			
Abilify Maintena LP 400mg	1 injection tous les 28jours	Poursuivi	Abilify Maintena LP 400mg	1 injection tous les 28jours	
Valpromide 300mg cp	2-0-2-0	Poursuivi	Valpromide 300mg cp	2-0-2-0	
Loxapine 50mg	0-0-0-1	Arrêté			
Pantoprazole 20mg	0-0-1-0	Poursuivi	Pantoprazole 20mg	0-0-1-0	

Centre Hospitalier Alpes-Isère

Volet Médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires (Motif / suivi / remarques)
Nom / Dosage / Forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom / Dosage / Forme	Posologie	
		Ajouté	Quetiapine LP 300mg	0-0-0-1	
		Ajouté	Irbesartan 150mg cp	1-0-0-0	
		Ajouté	Hydrochlorothiazide 12.5mg cp	1-0-0-0	
		Ajouté	Paracetamol 1000mg cp	1 cp à 8h, 14h, 22h	
		Ajouté	Macrogol 4000 sachets	2 sachets si besoin max : 2 sachet	
		Ajouté	Ciclopiroxolamine (Mycoster) 1% crème	1 application le soir entre les orteils	
		Ajouté	GUM HYDRAL SPRAY	1 pulvérisation buccale à 7h,10h, 12h, 15h, 18h, 21h	

Volet Médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie

Commentaires Pharmaceutiques

Points Importants :

- Patiente arrivée au CHAI par mutation de l'hôpital Drome Vivarais où elle avait été hospitalisée à partir des urgences de Romans pour une prise en charge d'une décompensation sur un versant maniaque chez une patiente souffrant de troubles de l'humeur, bipolaire.
- Prise en charge initiale avec reprise du traitement par ABILIFY, DEPAMIDE et du traitement somatique. Ajout de loxapine pour tenter de gérer la symptomatologie (logorrhée et tachypsychie)
- Le traitement a dû être réadapté avec baisse et ensuite arrêt du LOXAPAC (mauvaise tolérance) en raison d'une part d'un ralentissement psychomoteur et d'autre part de l'aggravation des symptômes moteurs à type de tremblements des extrémités, probablement favorisés aussi par l'association avec DEPAMIDE,
- Utilisation de diazépam durant le séjour pour gérer les troubles du sommeil. Le traitement est arrêté en fin de prise en charge
- Instauration de Quetiapine début juin à doses progressives jusqu'à une dose de 300mg/jour avec un effet favorable sur la clinique : net apaisement des troubles et sommeil presque complètement rétabli. Au final, le traitement de fond associe 3 thymorégulateurs : ABILIFY MAINTENA, DEPAMIDE et QUETIAPINE.
- Echec de prise en charge d'un tableau douloureux ancien. Les différentes thérapeutiques envisagées seules ou en association (tramadol, paracetamol, IZALGI) restent sans succès=> envisager une consultation spécialisée.

Avis Pharmaceutique :

Surveillance clinico-biologique	A 1 mois	A 3 mois	A 6 mois	A 12 mois	Tous les 3 mois*	Tous les 6 mois*	1/an*
NFS			X			X	
Iono, bilan rénal			X			X	
Glycémie		X	X			X	
lipidique		X	X	X			X
hépatique				X			X
Tension artérielle		X					X
Poids	X	X			X		
Bilan Thyroïdien				X			X
Prolactine				X			X
ECG	Une fois par an et pour toute situation avec augmentation du risque torsadogène						

*après la période initiale

Validation :

Nom : **Emmanuel RAT**

Fonction : **Docteur en Pharmacie**

Date : **08/07/2020**

Annexe 3 : Questionnaire concernant les besoins et les attentes des professionnels de santé

Quel professionnel de santé êtes-vous? *

1. Pharmacien d'officine
2. Médecin généraliste
3. Médecin spécialiste
4. IDE
5. Autre

Si vous êtes médecin spécialiste, précisez:

Réponse courte

Où exercez-vous? (commune et code postal) *

Réponse courte

Comment qualifieriez-vous vos connaissances et compétences sur la prise en charge médicamenteuse en santé mentale? (échelle de 1 à 5, 5 représentant le niveau le plus élevé) *

	1	2	3	4	5	
Mauvaises	○	○	○	○	○	Très bonnes aptitudes

Qu'est-ce qui vous fait défaut? *

Réponse longue

Comment estimez-vous le niveau d'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse des patients en santé mentale? *

	1	2	3	4	5	
Mauvais	○	○	○	○	○	Optimal

Selon-vous, quelles actions seraient susceptibles de l'améliorer ? *

- ☐ Développement/harmonisation d'un moyen de communication (type MonSisra) entre professionnels de v...
- ☐ Table ronde regroupant des professionnels de ville et hospitaliers
- ☐ Possibilité d'avoir accès à des ressources documentaires pour le suivi et le bon usage des médicaments
- ☐ Transmission d'une synthèse de la prise en charge médicamenteuse en sortie d'hospitalisation
- ☐ Bénéficier de formations
- ☐ Identifier des professionnels hospitaliers à contacter en cas de besoin
- ☐ Autre...

Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la prise en charge médicamenteuse en santé mentale? *

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, pour quelles pathologies? Et comment?

Réponse longue

Seriez-vous intéressé(e) pour participer à un groupe de travail associant professionnels du CHAI et de la CPTS? En vue d'analyser les réponses et d'identifier des axes d'amélioration et d'organisations concrets. *

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, merci de renseigner vos coordonnées (Nom, prénom, adresse email)

Réponse longue

Autre information à rajouter ou à faire partager?

Réponse longue

Serment de Galien

Université Grenoble Alpes
UFR de Pharmacie de Grenoble

Serment de Galien

« En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Mme Anaïs SITRUK

DÉMARCHE D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE LORS DU PARCOURS DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

RÉSUMÉ : Les prises en charge des patients atteints de troubles psychiatriques sont souvent complexes et de fait, non dénuées de risques. En effet, leur chronicité associée à la vulnérabilité des patients est à l'origine de multiples ré-hospitalisations ce qui a pour effet d'augmenter le risque iatrogénique lors du parcours de soins. C'est aussi sans compter que les patients atteints de troubles mentaux sont fréquemment sujets à des affections somatiques associées en raison non seulement des traitements prescrits mais aussi de leur mode de vie. Enfin, il faut aussi ajouter qu'il existe un cloisonnement entre médecine somatique et santé mentale et que le parcours de soins manque de coordination. Dans ce contexte, l'objectif principal de notre travail a été mettre en œuvre une démarche d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse lors du parcours de soins en santé mentale. Une évaluation de la pertinence et de la satisfaction suite à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse de sortie a d'abord été réalisée auprès de professionnels de ville puis un recueil des attentes et des besoins a été effectué auprès d'adhérents de CPTS concernant la prise en charge médicamenteuse en santé mentale. La première partie du travail nous permis de valider l'apport et la pertinence de la conciliation médicamenteuse de sortie au travers de la diffusion d'une enquête auprès des professionnels de ville ayant été destinataires d'au-moins d'un volet médicamenteux de sortie (VMS) sur la première année d'activité. Les répondants ont ainsi été unanimes concernant la contribution du VMS à assurer une meilleure prise en charge du patient à la sortie d'hospitalisation psychiatrique. À la suite de l'enquête de satisfaction sur la conciliation de sortie, les retours très positifs des professionnels nous ont encouragé à poursuivre l'investigation de manière plus précise sur les besoins au niveau de la prise en charge médicamenteuse en santé mentale. Une enquête diffusée au niveau des adhérents de 3 CPTS couplée à des séances de débriefing a permis de montrer la volonté des professionnels de jouer un rôle tout en faisant le constat que le niveau d'accompagnement des prises en charge était loin d'être optimal. Les données collectées permettent de cibler plusieurs axes d'amélioration. D'une part cela fait apparaître la nécessité d'appuyer les professionnels de ville en leur donnant accès à des avis spécialisés, en leur faisant bénéficier de formation ou en leur partageant des référentiels de pratique. D'autre part, la coordination ville-hôpital a vocation à être optimisée par l'utilisation d'outils numériques performants et l'échange d'informations pertinentes. Au final, notre travail, initié sur la base du déploiement de la conciliation de sortie a permis de dégager des perspectives d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins en santé mentale. Fort de la dynamique d'échange engagée avec les CPTS, notre établissement a constitué un groupe de travail mixte ville-hôpital afin que les actions ciblées puissent voir le jour. La candidature en cours à un appel à projet est susceptible de concrétiser les espoirs entrevus pour fluidifier et sécuriser les prises en charge.

MOTS CLÉS : Lien ville-hôpital, santé mentale, psychiatrie, conciliation médicamenteuse, parcours de soins, CPTS, prise en charge médicamenteuse

SPÉCIALITÉ : Officine