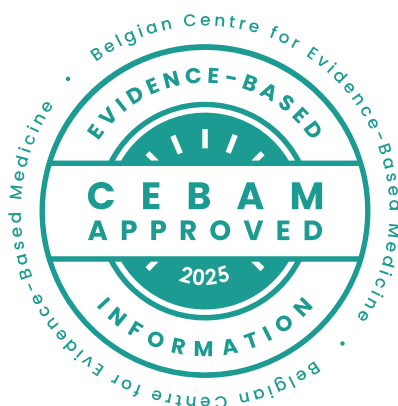


Ligne directrice multidisciplinaire “Soins somatiques pour les personnes atteintes de TPS en première ligne ”

10/2025

Nicolaas Martens, Karolien Van Puyenbroeck, Vicky Hennissen, Andréia Nascimento, Paul Van Royen, Thérèse Van Durme, Pierre Smith & Kris Van den Broeck

Version validée : 18/11/2025



University of Antwerp
Faculty of Medicine and
Health Sciences



Ce guide de pratique a été développé au sein du réseau Evikey avec le soutien financier du SPF Santé publique. www.evikey.be

Contribution du patient et évaluation par le prestataire de soins

Les guides de pratique (clinique) ont une valeur indicative et servent de soutien en offrant des repères lors de la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques en soins de santé. Pour le prestataire de soins, ils résument, sur la base des connaissances scientifiques actuelles, la meilleure prise en charge du patient moyen. Toutefois, il est essentiel de prendre également en compte le contexte individuel du patient, considéré comme un partenaire à part entière dans le processus décisionnel. C'est pourquoi le prestataire de soins veille à clarifier la demande du patient via une communication adaptée et l'informe de manière complète sur les différentes options thérapeutiques envisageables. Il peut donc arriver que, d'un commun accord, le prestataire de soins et le patient optent pour une alternative plus adaptée, de manière responsable et réfléchie. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas systématiquement évoqué dans chaque recommandation des guides de bonne pratique, mais est souligné ici de manière explicite.

Ce modèle est basé sur le modèle du Groupe de travail Développement de Guides de pratique de Première ligne (WOREL).

Table des matières

INTRODUCTION	6
MOTIVATION ET OBJECTIF DU GUIDE DE PRATIQUE	6
THEME DE LA LIGNE DIRECTRICE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
POPULATION CIBLE DE LA LIGNE DIRECTRICE	7
PUBLIC CIBLE	9
RECAPITULATIF DES MESSAGES CLES	10
GRADES DE RECOMMANDATION	13
QUESTIONS CLINIQUES	14
QUESTION 1 : QUEL DEPISTAGE SYSTEMATIQUE SOMATIQUE EST RECOMMANDE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE TPS ET DE QUELLE MANIERE PEUT-IL ETRE PROPOSE ?	15
RECOMMANDATION	15
EXPLICATION	16
ARGUMENTAIRE	17
QUESTION 2 : QUELLES INTERVENTIONS SPECIFIQUES DE MODE DE VIE SONT RECOMMANDEES POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE TPS EN PREMIERE LIGNE ET DE QUELLE MANIERE ?	22
RECOMMANDATION	22
EXPLICATION	22
ARGUMENTAIRE	23
RECOMMANDATION	25
EXPLICATION	25
ARGUMENTAIRE	26
RECOMMANDATION	29
EXPLICATION	30
ARGUMENTAIRE	30
RECOMMANDATION	33
EXPLICATION	34
ARGUMENTAIRE	35
QUESTION 3 : QUEL SUIVI (PSYCHO)PHARMACOLOGIQUE EST RECOMMANDE POUR LES PERSONNES AYANT UN TPS EN PREMIERE LIGNE ET DE QUELLE MANIERE ?	38
RECOMMANDATION	38
EXPLICATION	39
ARGUMENTAIRE	40
QUESTION 4 : COMMENT GÉRER LES PLAINTES SOMATIQUES CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE TPS EN PREMIERE LIGNE ?	45
RECOMMANDATION	45
EXPLICATION	45

ARGUMENTAIRE	46
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	50
CONDITION PRÉALABLE	50
ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION	52
AGENDA DE RECHERCHE	55
ÉLABORATION	57
AUTEURS	57
EXPERTS CONSULTES	57
CONFLIT D'INTERETS	58
MÉTHODOLOGIE	59
VALIDATION	60
MISE A JOUR PREVUE ET FINANCEMENT	61
BIBLIOGRAPHIE	62

Introduction

Motivation et objectif du guide de pratique

Par personnes atteintes d'un trouble psychiatrique sévère ou d'un TPS, nous entendons les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique de longue durée et entraînant des limitations dans plusieurs domaines de la vie¹. Il est souvent nécessaire de coordonner les soins des soignants professionnels au sein de réseaux de soins, afin de réaliser le plan de traitement. Il existe en effet une interconnexion entre les problèmes psychiatriques et les autres domaines de la vie(2). Il s'agit souvent de personnes souffrant de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques, de troubles bipolaires et de dépression modérée à sévère, bien que d'autres diagnostics ne soient pas exclus. Globalement, la prévalence des individus atteints de TPS est estimée entre 0,8 et 6,8 % de la population totale(3). Pour la Belgique, les chiffres de prévalence sont basés sur ceux des Pays-Bas, soit 1,7 % de la population générale(4).

Depuis dix ans, la Belgique connaît des réformes dans le domaine de la santé mentale (SM), visant la désinstitutionalisation des soins en santé mentale, conformément à l'article 107. Cela se traduit par des hospitalisations psychiatriques plus courtes pour les personnes avec des troubles psychiatriques sévères (TPS), qui vivent désormais davantage dans la société, dans leur propre logement ou dans une forme d'habitat adapté. Bien que les soins pour les personnes présentant un TPS soient souvent initiés dans un contexte psychiatrique aigu, où la santé physique et la collaboration avec les prestataires de soins de première ligne sont moins mises en avant(5), les évolutions actuelles des soins font que les services ambulatoires et de première ligne entrent aujourd'hui plus fréquemment en contact avec cette population qu'auparavant.

La comorbidité somatique est fréquente chez les personnes atteintes de TPS, ce qui se traduit par une espérance de vie réduite de 15 à 30 ans(6, 7). À titre d'illustration, par rapport à la population générale, le risque de maladies cardiovasculaires ou de diabète est trois fois plus élevé, et le risque de parodontite jusqu'à quatre fois plus élevé(8). Entre 50 et 63 % présentent une obésité (contre 16 % dans la population générale) et 20 % souffrent de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO ; contre 4 à 7% dans la population générale)(9-11). De même, la prévalence des cancers, du VIH, de l'hépatite est plus élevée que dans la population générale(7, 12). Les personnes souffrant d'un trouble psychique sévère ont également, en moyenne, un plus grand nombre de dents cariées, manquantes ou obturées(13). Outre les effets secondaires des médicaments, des facteurs liés au mode de vie, tels que le tabagisme, l'alimentation et l'exercice physique, contribuent également à augmenter le risque de maladie physique(14, 15).

De plus, les personnes atteintes de TPS sont parfois réticentes aux soins, difficiles à accompagner, et la collaboration entre les services de santé mentale spécialisés et les établissements de soins primaires est souvent compliquée, ce qui entraîne un dépistage, des conseils et un suivi sous-optimaux, par exemple, pour les facteurs de risques cardiovasculaires(12). Par exemple, les personnes souffrant d'un trouble psychique sévère utilisent moins les soins dentaires et subissent plus souvent des extractions dentaires(16).

¹ Il existe une forte association réciproque entre la maladie (psychique) et la pauvreté, et tous les prestataires de soins n'en sont pas suffisamment conscients (voir par exemple (1)). Pourtant, les contraintes financières peuvent entraîner des soins sous-optimaux ou un report des soins – ces aspects doivent donc être pris en compte lors de l'élaboration d'un plan de traitement coordonné.

Le contexte de soins est en pleine mutation : les prestataires de première ligne sont de plus en plus fréquemment en contact avec des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères (TPS). Les besoins de santé de cette population, souvent influencée sur le plan somatique par le mode de vie et/ou les traitements psychiatriques, soulignent la nécessité d'une directive multidisciplinaire claire. Celle-ci devrait préciser les interventions à mettre en œuvre, tant dans une optique préventive que curative. Si de telles directives existent à l'étranger⁽⁵⁾, le contexte de soins belge nécessite une version adaptée, intégrant de manière optimale les connaissances scientifiques pertinentes à l'organisation spécifique de notre système de soins.

Ceci justifie que la nouvelle ligne directrice devait partir d'une approche collaborative, adaptée au contexte belge. Nous avons donc mis l'accent sur les obstacles perçus par les personnes atteintes de TPS en matière d'accessibilité aux soins et en insistant sur une collaboration efficace des acteurs concernés. En effet, la nature de cette collaboration était parfois un obstacle dans le cadre des récentes réformes du secteur de la santé mentale⁽¹⁷⁾. Par exemple, une ligne directrice pourrait contribuer à faciliter la collaboration entre les établissements de soins primaires et les services spécialisés de santé mentale, ainsi qu'à améliorer le dépistage ou le suivi des plaintes somatiques chez les personnes atteintes de TPS.

La ligne directrice a été développée en partie de novo, et en partie à partir de lignes directrices étrangères existantes, adaptée au contexte belge.

Enfin, il est nécessaire de faciliter la mise en œuvre de la ligne directrice ainsi élaborée, via des initiatives ciblées. Celles-ci peuvent se situer au niveau individuel entre le prestataire de soins et le patient (paquets de formation adaptés aux destinataires de ces formations), au niveau de la pratique et de l'hôpital (réseaux régionaux) et au niveau du système de soins (par exemple, les parcours de soins existants et les nouveaux parcours possibles). Des suggestions à cet effet sont décrites dans une proposition de mise en œuvre distincte. Des suggestions de répartition du travail et des responsabilités sont décrites pour chaque recommandation.

Dans un délai de cinq ans, un réexamen (partiel ou complet) de la directive pourra être envisagé, sur la base d'un suivi de la littérature et de l'éventuelle apparition de nouvelles preuves ou d'un changement de contexte.

Cette ligne directrice a été élaborée grâce au financement du SPF Santé publique. Le bailleur de fonds n'est intervenu à aucun moment ni d'aucune manière dans son développement.

Population cible de la ligne directrice

Cette ligne directrice s'applique aux patients adultes souffrant d'un TPS (trouble psychotique ou bipolaire, trouble grave de la personnalité, double diagnostic avec dépendance, dépression résistante à la thérapie et trouble du spectre autistique, ...) âgés de 18 à 65 ans² en soins primaires, qui sont des patients ambulatoires.

Le champ d'application de la ligne directrice a été déterminé à l'aide du PIPOH suivant :

² Bien entendu, les dispositions de cette directive sont pertinentes pour chaque patient présentant des troubles psychiatriques sévères (TPS), quel que soit son âge. Toutefois, étant donné que l'espérance de vie des personnes avec un TPS est de 15 à 30 ans inférieure à celle de la population générale, cette directive semble particulièrement essentielle pour les adultes ayant moins de 65 ans.

P(opulation d'intérêt)	Les personnes souffrant de TPS (trouble psychotique ou bipolaire, trouble grave de la personnalité, double diagnostic avec une addiction, une dépression résistante aux thérapies et les troubles du spectre autistique, etc.)
I(ntervention(s) d'intérêt)	• Interventions sur le mode de vie (alimentation saine, gestion du poids, activité physique, sevrage tabagique, consommation de substances psychoactives, etc.) • Dépistage des maladies somatiques et des paramètres pertinents (par exemple, syndrome métabolique, dépistage cardiovasculaire, prélèvements sanguins, ECG, dépistage du cancer, MST...) et autres effets secondaires des médicaments • Soins des affections somatiques, suivi d'affections somatiques, collaboration interprofessionnelle (cadre d'accords entre les services de santé concernés en matière de dépistage et de suivi)
P(rofessionnels visés)	Médecins généralistes, psychiatres, infirmier·e·s (à domicile), infirmier·e·s spécialisé·e·s, psychologues cliniciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, pharmaciens, autres spécialistes (para)médicaux impliqués (cardiologue, pneumologue, dentiste, diététicien, tabacologue, hygiéniste dentaire, kinésithérapeute, coach en activité physique, ...)
O(résultats et critères d'intérêt)	Amélioration du dépistage et du suivi, de la satisfaction des patients, de la qualité des soins et de la qualité de vie, intensité de la collaboration, réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies somatiques, réduction des années de vie corrigées d'incapacité (DALY), diminution de l'incidence des maladies infectieuses sur la santé, réduction des coûts de santé.
H(ealthcare setting)	Cabinets de médecine générale, équipes mobiles, soins transmuraux

Thème de la ligne directrice

L'objectif est d'élaborer une ligne directrice multidisciplinaire axée sur la pratique clinique. Elle vise à améliorer les soins somatiques pour les personnes atteintes de TPS dans les soins primaires, et selon les normes internationales pour le développement d'une ligne directrice basée sur des preuves et des critères utilisés par le Centre belge pour la médecine basée sur des preuves (CEBAM) pour la validation de la ligne directrice.

Cette ligne directrice est destinée à tous les prestataires de soins en Belgique s'occupant des patients atteints de TPS résidant dans leur lieu de vie, avec une prise en charge par des soins primaires et/ou spécialisés. Elle concerne le dépistage et le suivi des troubles physiques chez les personnes atteintes de TPS et en étroite collaboration avec les établissements et les professionnels spécialisés dans la santé mentale. Les lignes directrices devraient aider les prestataires de soins de santé et les patients à prendre des décisions sur le dépistage et le traitement les plus appropriés, en tenant compte des besoins somatiques et psychologiques du patient.

Pour les personnes atteintes de TPS :

- il est important de dépister systématiquement les paramètres somatiques tels que la tension artérielle, le poids, le tour de taille, l'IMC et les valeurs biologiques pertinentes. L'objectif est de détecter précocement les problèmes de santé afin de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie. L'adhésion au traitement et une utilisation plus efficiente des ressources de soins sont également visées.
- une attention particulière doit être accordée aux interventions sur le mode de vie. Celles-ci comprennent notamment l'arrêt du tabac, une alimentation saine, une activité physique suffisante et les soins bucco-dentaires. Les résultats attendus sont un mode de vie plus sain, une meilleure qualité de vie et santé mentale, une diminution de la morbidité et de la mortalité, une meilleure adhésion au traitement et une réduction des coûts de santé. Il s'agit également de renforcer la littératie en santé des patients grâce à l'éducation.
- le suivi attentif du traitement médicamenteux est crucial. Cela implique une vigilance quant aux interactions, aux effets indésirables et à l'adhésion au traitement. Un meilleur suivi permet d'éviter des prescriptions inutiles ou inappropriées, d'accroître l'efficacité des médicaments et d'améliorer la qualité de vie. Une meilleure autogestion et des soins plus ciblés sont également recherchés.
- un suivi précis et une prise en charge adéquate des plaintes et affections somatiques sont essentiels. Cela peut passer par un plan de soins individualisé et un case management. L'objectif est de réduire la morbidité, la mortalité et les hospitalisations, d'améliorer la qualité de vie et de limiter les coûts de santé.

Comme pour les autres personnes souffrant de maladies chroniques, il est essentiel de prendre en compte la perspective du patient, notamment lors de la prise de décision partagée chez les personnes souffrant de TPS. Une intégration plus poussée des soins avec des partenaires des soins primaires et des soins de santé mentale spécialisés a été recommandée pour améliorer les soins de santé physique des patients atteints de TPS(18).

Public cible

Cette ligne directrice s'adresse aux différents acteurs de santé impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de TPS : Médecins généralistes, psychiatres, infirmier·e·s (à domicile), infirmier·e·s spécialisé·e·s, psychologues cliniciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, pharmacien·ne·s, autres spécialistes médicaux impliqués (cardiologue, pneumologue, dentiste, diéticien, tabacologue, hygiéniste dentaire, kinésithérapeute, coach en activité physique, etc.). Cf. supra

Récapitulatif des messages clés

Recommandations		Grade
QUESTION 1: Quel dépistage systématique somatique est recommandé pour les personnes atteintes de TPS et de quelle manière peut-il être proposé ?		
	Pour les personnes atteintes de TPS en soins primaires, initier des stratégies visant à encourager le dépistage des risques métaboliques au niveau du prestataire, du patient et/ou du système.	1C
	Effectuer un dépistage somatique chez toutes les personnes souffrant de TPS, comprenant les trois éléments suivants : (1) dépistage somatique général, y compris un examen bucco-dentaire; (2) contrôle des médicaments; (3) anamnèse du mode de vie.	GPP
	Assurer un examen de suivi – sur indication – pour les plaintes spécifiques identifiées lors du dépistage.	GPP
	Déterminer les mesures appropriées pour l'examen de suivi, la prévention et le traitement des affections somatiques identifiées, en s'appuyant sur le dépistage somatique, y compris la surveillance médicamenteuse et l'anamnèse du mode de vie.	GPP
	Informers les patients (ainsi que leur famille et leurs proches) du résultat du dépistage et l'expliquer dans un langage compréhensible, qui indique clairement au patient si quelque chose va bien ou non et ce qui peut être fait à ce sujet.	GPP
QUESTION 2: Quelles interventions spécifiques de mode de vie sont recommandées pour les personnes atteintes de TPS en première ligne et de quelle manière ?		
La gestion non pharmacologique du poids	Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids.	1C
La gestion pharmacologique du poids	Chez les personnes souffrant de TPS et de surpoids ou présentant un risque de surpoids, initier un traitement aux psychotropes moins susceptibles de provoquer une prise de poids (tels que la Reboxetine/Betahistine, l'Aripiprazole et un modulateur de la Monoamine).	1C
	Passer chez les personnes souffrant de TPS et de surpoids, ou à risque de l'être, à des médicaments psychotropes qui entraînent moins facilement une prise de poids (comme l'Aripiprazole et la Ziprasidone).	1C
	Si les interventions sur le mode de vie ou le changement de médicaments psychotropes ont peu d'effet sur le poids chez les personnes souffrant TPS qui sont en surpoids ou obèses,	1C

	prescrire de la Metformine. Cela doit être fait sous supervision clinique et avec un suivi.	
L'arrêt tabagique	Initier des interventions non-pharmacologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale et l'entretien motivationnel pour le sevrage tabagique.	GPP
	Initier chez les personnes souffrant de TPS en première ligne la Varenicline, Bupropion ou la Thérapie Nicotinique de Substitution (TNS) comme intervention pharmacologique pour le sevrage tabagique.	1C
	Être attentif aux interactions possibles entre le Bupropion et la Varenicline, avec des médicaments psychotropes, ainsi qu'à d'autres contre-indications possibles.	GPP
	Être attentif à l'effet possible du sevrage tabagique sur le métabolisme de médicaments tels que la Clozapine et l'Olanzapine.	GPP
Utilisation de substances	Poser des questions à la personne quant à l'usage de cannabis ou de psychostimulants.	GPP
	Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donner-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement.	GPP
	Envisager des interventions psychosociales à l'aide de thérapies cognitivo-comportementales et des entretiens motivationnels chez les personnes souffrant de TPS et consommant ces substances.	2C
QUESTION 3: Quel suivi (psycho)pharmacologique est recommandé pour les personnes ayant un TPS en première ligne et de quelle manière ?		
	Lors de l'instauration d'un traitement psychopharmacologique, le patient (ainsi que sa famille et ses proches) doit être bien informé sur les effets secondaires des produits psychopharmacologiques.	GPP
	Prévoir un rendez-vous de suivi après le début de la prise de médicaments psychopharmacologiques, afin de reconsidérer le choix d'un médicament particulier et d'autres médicaments psychopharmacologiques si nécessaire.	GPP
	Surveiller les paramètres suivants pendant le traitement psychopharmacologiques : pouls et pression artérielle, poids ou IMC, glycémie à jeun ou HbA1c, réponse au traitement, en ce compris les changements des symptômes et du comportement, les effets secondaires et leur impact sur la santé physique / bucco-dentaire et le fonctionnement, l'apparition de troubles du mouvement.	GPP

	Évaluer les fonctions rénale et thyroïdienne et effectuer un ECG avant d'entamer un traitement au lithium.	GPP
	Vérifier les concentrations plasmatiques de lithium, les fonctions rénale et thyroïdienne et l'ionogramme (Na, K, Ca) au moins tous les six mois.	GPP
	Déterminer les transaminases, les lipases et l'hémostase (plaquettes, coagulation) avant de commencer le traitement par valproate, puis tous les 3 mois la première année et une fois par an par la suite.	GPP
	Chez les personnes atteintes de TPS qui prennent des produits psychopharmacologiques, il convient d'être attentif aux interactions avec d'autres médicaments et avec le tabagisme.	GPP
QUESTION 4: Comment gérer les plaintes somatiques chez les personnes atteintes de TPS en première ligne ?		
	S'assurer que les différents soignants impliqués auprès d'un patient atteint de TPS en première ligne sachent qui sont les autres soignants.	GPP
	Nommer un responsable au sein de l'équipe de soins qui prendra en charge la gestion des soins somatiques (continuité et coordination des soins somatiques). Ceci dans le cadre d'une responsabilité partagée.	GPP
	Informar le patient de l'importance d'avoir un·e·pharmacien·ne de référence.	GPP
	Assurer que le (la) pharmacien·ne ne joue un rôle central dans le suivi des médicaments et la promotion de l'observance médicamenteuse .	GPP

Grades de recommandation

Grades de recommandation		Avantages versus inconvénients et risques	Qualité méthodologique des études	Implications
1A	Forte recommandation, niveau de preuve élevé	Les avantages sont nettement supérieurs aux inconvénients ou aux risques	RCT sans limitations ou fortes preuves probantes issues d'études observationnelles	Forte recommandation, peut être appliquée à la majorité des patients et dans la plupart des cas
1B	Forte recommandation, niveau de preuve intermédiaire	Les avantages sont nettement supérieurs aux inconvénients ou aux risques	RCT avec limitations ou fortes preuves probantes issues d'études observationnelles	Forte recommandation, peut être appliquée à la majorité des patients et dans la plupart des cas
1C	Forte recommandation, niveau de preuve faible à très faible	Les avantages sont nettement supérieurs aux inconvénients ou aux risques	Études observationnelles ou études de cas	Forte recommandation, mais elle peut encore évoluer si des preuves plus fortes font leur apparition
2A	Faible recommandation, niveau de preuve élevé	Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou risques	RCT sans limitations ou fortes preuves probantes issues d'études observationnelles	Faible recommandation, la meilleure action peut varier en fonction des cas, des patients ou des valeurs sociales
2B	Faible recommandation, niveau de preuve intermédiaire	Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou risques	RCT avec limitations ou fortes preuves probantes issues d'études observationnelles	Faible recommandation, la meilleure action peut varier en fonction des cas, des patients ou des valeurs sociales
2C	Faible recommandation, niveau de preuve faible à très faible	Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou risques	Études observationnelles ou études de cas	Très faible recommandation, les alternatives peuvent tout aussi bien se justifier

Questions cliniques

Plusieurs sous-questions ont été formulées dans le contexte des soins somatiques prodigués aux personnes atteintes de TPS dans le cadre des soins primaires :

1. Quel dépistage systématique est recommandé pour les personnes atteintes de TPS et de quelle manière peut-il être proposé ?
2. Quelles sont les interventions spécifiques qui sont recommandées quant à leur mode de vie, pour les personnes atteintes de TPS dans le cadre des soins primaires et de quelle manière ?
3. Quel suivi (psycho)pharmacologique est recommandé pour les personnes atteintes de TPS en soins primaires et selon quelles modalités ?
4. Comment la prise en charge des troubles physiques chez les personnes atteintes de TPS doit-elle être effectuée dans le cadre des soins primaires ?

Des plaintes très différentes peuvent être observées lors de soins somatiques prodigués aux personnes atteintes de TPS. La présente ligne directrice couvre une sélection de questions de santé ou d'organisation de soins courantes. Le choix de ces derniers a été basé sur un consensus entre les membres du groupe de développement de la ligne directrice (Guideline Development Group ou GDG) et les parties prenantes. Pour les différentes sous-questions cliniques, nous avons examiné les mesures de résultats suivantes :

1. Dans le domaine du dépistage somatique : détection précoce, morbidité, mortalité, qualité de vie, coûts de santé, adhésion/conformité du groupe cible
2. Dans le domaine des interventions pour le mode de vie : mode de vie plus sain, qualité de vie, coûts liés à la santé, mortalité, morbidité, adhésion/consentement aux interventions auprès du groupe cible, connaissances en matière de santé, santé mentale/symptômes psychiatriques
3. Dans le domaine du suivi (psycho)pharmacologique : meilleure adhésion au traitement, diminution du nombre de prescriptions inappropriées, meilleure efficacité des médicaments, coûts de santé, qualité de vie, meilleure autogestion, soins ciblés sur les objectifs de vie de la personne
4. Dans le domaine de la prise en charge des symptômes physiques : morbidité, qualité de vie, mortalité, admissions à l'hôpital, coûts de santé

Bien que les coûts soient considérés comme un critère de jugement important, les informations disponibles à ce sujet sont très limitées.

Question 1 : Quel dépistage systématique somatique est recommandé pour les personnes atteintes de TPS et de quelle manière peut-il être proposé ?

Recommandation

- 1. Pour les personnes atteintes de TPS en soins primaires, initier des stratégies visant à encourager le dépistage des risques métaboliques au niveau du prestataire, du patient et/ou du système. (GRADE 1C)**
- 2. Effectuer un dépistage somatique chez toutes les personnes souffrant de TPS, comprenant les trois éléments suivants : (1) dépistage somatique général, y compris un examen bucco-dentaire; (2) contrôle des médicaments; (3) anamnèse du mode de vie. (GPP)**
- 3. Assurer un examen de suivi – sur indication – pour les plaintes spécifiques identifiées lors du dépistage. (GPP)**
- 4. Déterminer les mesures appropriées pour l'examen de suivi, la prévention et le traitement des affections somatiques identifiées, en s'appuyant sur le dépistage somatique, y compris la surveillance médicamenteuse et l'anamnèse du mode de vie. (GPP)**
- 5. Informer les patients (ainsi que leur famille et leurs proches) du résultat du dépistage et l'expliquer dans un langage compréhensible, qui indique clairement au patient si quelque chose va bien ou non et ce qui peut être fait à ce sujet. (GPP)**

Explication

Les soins somatiques prodigués aux personnes souffrant de troubles psychiatriques graves se sont révélés inadéquats à plusieurs égards, ce qui explique que l'espérance de vie de ce groupe de patients soit nettement inférieure à celle de la population générale(7).

Plusieurs facteurs, dont l'accessibilité aux soins physiques, les caractéristiques liées à la maladie, l'utilisation de médicaments à long terme et le mode de vie, peuvent être à l'origine d'une offre inadéquate de soins somatiques.

L'utilisation de produits psychopharmacologiques peut entraîner de l'obésité, de l'hypertension, de l'hyperglycémie et de la dyslipidémie, qui peuvent à leur tour donner lieu à un diabète sucré et à des maladies cardiovasculaires(19). L'un des effets indésirables les plus fréquents des psychotropes est la xérostomie (bouche sèche), qui augmente également le risque de caries dentaires et de maladies parodontales. D'autres effets secondaires ayant un impact sur la cavité buccale sont également décrits, tels que le bruxisme, la dyskinésie tardive, la stomatite et l'halitose(20). La surveillance (de l'usage de psychotropes et) de ces facteurs de risque est donc très importante dans les soins somatiques (21) ; le dépistage somatique, y compris un examen bucco-dentaire, favorise la prévention, l'identification et le traitement en temps utile des problèmes somatiques.

Un dépistage somatique général comprend les piliers suivants et devrait être effectué chaque année :

1. une anamnèse consistant à poser des questions sur certains troubles physiques, la prise de médicaments, l'anamnèse des systèmes organiques, l'interrogation générale sur le bien-être, les douleurs, les variations de poids, les allergies, les vaccinations, les antécédents, l'anamnèse de la famille, mais également sur le mode de vie
2. un examen clinique basé sur les antécédents et les mesures spécifiques suivantes : IMC, tour de taille, tour de hanches, pression artérielle, pouls, température, examen dentaire et buccal, examen des yeux, examen de la peau et examen neurologique de base
3. test de laboratoire comprenant une glycémie à jeun, le dosage du cholestérol total, du cholestérol HDL, et des triglycérides à jeun

Le suivi de la médication consiste à s'enquérir des plaintes et des effets secondaires. Sa fréquence dépend des symptômes ou des effets secondaires et de l'introduction ou non d'un nouveau médicament. En cas d'absence de troubles ou de troubles légers, un suivi annuel est suffisant ; en cas de troubles légers ou modérés, un contrôle des médicaments doit être effectué tous les six mois et, en cas de troubles modérés ou sévères, après six semaines, puis après trois, six et douze mois.

L'attention portée au mode de vie et les interventions axées sur le mode de vie peuvent influencer positivement les facteurs de risque de certaines affections physiques. En effet, la recherche a montré que de nombreuses personnes atteintes de TPS ont un mode de vie malsain(18). Le fait de présenter un trouble psychiatrique sévère est en outre associé à une moins bonne santé bucco-dentaire, ce qui affecte à son tour la santé générale(8, 13).

L'anamnèse du mode de vie comprend l'inventaire des aspects suivants : nutrition et régime alimentaire, activité physique et sport, bien-être et relaxation, consommation de substances, sommeil, comportement sexuel, prévention des MST et hygiène (bucco-dentaire).

Les membres de la famille et les proches peuvent jouer un rôle important en reconnaissant les symptômes somatiques, en cherchant de l'aide et en soutenant le patient pour la prise de médicaments et les changements de mode de vie. Leur participation peut améliorer l'observance et contribuer à des progrès durables en matière de santé. Il est donc important de discuter avec le patient si, et dans quelle mesure, des informations peuvent être partagées avec les membres de famille et les proches – tout partage requiert le consentement éclairé du patient. En concertation avec le patient, des accords doivent ensuite être pris concernant le rôle des proches, et ceux-ci doivent être consignés dans le plan de traitement. Une bonne coopération entre le patient, les soignants et la famille, avec des responsabilités claires, est essentielle ici. Les travailleurs sociaux doivent également tenir compte de l'influence positive et négative que peut avoir la famille, sur le processus de traitement(5).

Pour parvenir à un dépistage somatique annuel adéquat, des interventions sont nécessaires au niveau du prestataire de soins, du patient et du système (22) :

- Les interventions auprès des soignants incluent un volet éducatif visant à renforcer leurs connaissances sur l'importance du dépistage du risque métabolique (séances de formation personnelle, diffusion passive d'informations, fenêtre d'opportunité pour le dépistage du risque métabolique dans le dossier médical électronique, lors de la prescription de produits psychopharmacologiques).
- Les interventions au niveau du patient comprennent l'éducation, le feedback personnalisé à propos du risque métabolique, le statut du dépistage et une stratégie d'autonomisation qui encourage les patients à demander à leurs prestataires de soins de santé, de procéder à un dépistage du risque métabolique.
- Les interventions possibles au niveau du système concernent, par exemple, la désignation d'un soignant de l'équipe, spécifiquement chargé du dépistage des risques métaboliques, ainsi qu'un appui garantissant le respect des lignes directrices, ou des systèmes d'aide à la décision.

Argumentaire

Recommandation 1 – Pour les personnes atteintes de TPS en soins primaires, initier des stratégies visant à encourager le dépistage des risques métaboliques au niveau du prestataire, du patient et/ou du système. (GRADE 1C)

Cette recommandation est étayée par la revue systématique de Melamed, Wong (22). Cette analyse a porté sur 29 études, dont 23 en milieu ambulatoire, décrivant différentes interventions à différents niveaux (prestataire, patient et système) – voir aussi Explications.

La plupart des interventions décrites sont efficaces et montrent une amélioration du dépistage métabolique médian du glucose (de 28 % à 65 %), des lipides (de 22 % à 61 %), du poids (de 19 % à 67 %) et de la pression artérielle (de 22 % à 80 %). Les effets concernent des indicateurs de processus et n'ont pas été traduits en résultats cliniques tangibles (incidence du syndrome métabolique, événements cardiovasculaires ou mortalité). L'hétérogénéité méthodologique (différents plans d'étude, durées de suivi, contextes et interventions concrètes) ainsi que le risque de biais réduisent la certitude des preuves.

(Pour des outils concrets permettant le suivi systématique du risque métabolique, nous renvoyons à la Question clinique 3, recommandations 2 à 7.)

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Faible certitude des preuves, principalement en raison de l'hétérogénéité des études
- Balance des avantages et des inconvénients : Bénéfice net limité (meilleur dépistage métabolique médian, mais seulement 1/3 des personnes ne sont pas dépistées après la mise en œuvre)
- Valeurs et préférences : Une variation substantielle est attendue, la préférence du patient est déterminante
- Ressources : Pas de problème majeur
- Égalité : Pas de problème majeur
- Applicabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique

Conclusion : Malgré la faible certitude des preuves, les bénéfices (amélioration du dépistage métabolique médian et donc détection précoce) l'emportent sur les charges et les risques limités. Par conséquent, une recommandation forte avec un faible niveau de certitude (GRADE 1C) est formulée afin de mettre en œuvre des stratégies, au niveau des prestataires de soins, des patients et du système, qui favorisent le dépistage des risques métaboliques.

Recommandation 2 – Effectuer un dépistage somatique chez toutes les personnes souffrant de TPS, comprenant les trois éléments suivants : (1) dépistage somatique général, y compris un examen bucco-dentaire; (2) contrôle des médicaments; (3) anamnèse du mode de vie. (GPP)

Cette recommandation provient de la ligne directrice de la V&VN (5) et est fondée sur un consensus. Elle a été validée au premier tour. Dans cette version du GPP, il n'était pas question d'un examen bucco-dentaire.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation (sans 'examen bucco-dentaire') :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Des preuves indirectes existent dans la ligne directrice de la V&VN. Ces données probantes indirectes reposent sur l'expérience clinique, le consensus d'experts et un test pratique mené dans trois établissements de santé mentale. La directive souligne l'importance de ce dépistage comme base de l'accompagnement du mode de vie et indique que ces éléments doivent être réalisés conjointement afin de détecter et de traiter les risques pour la santé en temps opportun.
- Balance des avantages et des inconvénients : L'inconvénient de la charge de travail est compensé par la possibilité d'identifier les facteurs liés au mode de vie, la motivation du patient, les plaintes précoces, etc.
- Valeurs et préférences : Aucune variabilité n'est à prévoir ; l'identification en temps utile des symptômes physiques précoces et la prise en compte de la motivation du patient dans l'éducation et le soutien au changement de mode de vie sont importants pour chaque patient et chaque prestataire de soins de santé
- Ressources : Pas de problème majeur
- Égalité : Pas de problème majeur
- Applicabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique

Lors de la validation de la directive, il a été indiqué que l'attention portée à la santé bucco-dentaire était trop limitée. Le GDG a consulté une équipe de dentistes et d'hygiénistes bucco-

dentaires qui, sur la base de la littérature et de leur expertise, ont proposé d'ajouter spécifiquement « l'examen buccal » à cette recommandation. Les revues suivantes sont pertinentes :

- Une revue umbrella de Choi et al. (2022) a montré que les personnes atteintes d'un trouble psychique sévère présentent plus fréquemment des pertes dentaires et des caries, ce qui justifie un dépistage par du personnel non-dentaire et une orientation précoce(23). L'examen bucco-dentaire consiste en une inspection des caries, des maladies parodontales et des lésions muqueuses, accompagnée d'une anamnèse dentaire complémentaire (hygiène buccale, hygiène des prothèses et plaintes subjectives telles que douleur, bouche sèche, confort masticatoire et esthétique).
- Une revue systématique de Macnamara et al. (2021) a inclus 36 études et, bien que la qualité des études soit hétérogène, les résultats indiquent que la santé bucco-dentaire de ce groupe peut être améliorée grâce à un dépistage systématique, à l'éducation des patients et à une collaboration structurelle entre les professionnels des soins bucco-dentaires et les services de santé (mentale) générale. Les auteurs recommandent d'inclure systématiquement la santé bucco-dentaire dans le dépistage somatique et le suivi des personnes atteintes d'un trouble psychique sévère(24).

L'ajout concernant 'l'examen bucco-dentaire' dans le GPP n'a pas pu être inclus dans une enquête Delphi, mais elle a été validée par l'équipe de dentistes et d'hygiénistes dentaires. Les considérations suivantes ont été prises en compte dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les résultats critiques: Pas de preuves directes disponibles ; preuves indirectes sous forme de revue systématique.
- Balance des avantages et des inconvénients: Avantage net substantiel étant donné la prévalence plus élevée des problèmes bucco-dentaires chez les personnes atteintes d'un trouble psychique sévère.
- Valeurs et préférences: Pas d'enjeux majeurs.
- Ressources: Aucun accord établi sur la nomenclature des professionnels de soins bucco-dentaires (bachelor en soins bucco-dentaires).
- Égalité: L'accès limité aux soins dentaires pour les personnes atteintes d'un trouble psychique sévère peut engendrer des inégalités.
- Applicabilité: Applicable en soins primaires en Belgique, notamment avec l'émergence de la nouvelle catégorie professionnelle des soins bucco-dentaires (bachelor en soins bucco-dentaires).

Recommandation 3 – Assurer un examen de suivi – sur indication – pour les plaintes spécifiques apparues lors du dépistage. (GPP)

Cette recommandation provient de la ligne directrice de la V&VN (5) et est fondée sur un consensus. Elle a été validée au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Preuve indirecte dans la ligne directrice de V&VN. Ces données probantes indirectes reposent sur l'expérience clinique et le consensus d'experts. La directive souligne l'importance du dépistage comme base de l'accompagnement du mode de vie et des soins de suivi.

- Balance des avantages et des inconvénients : Avantage net substantiel de l'intervention. Un suivi diagnostique ciblé peut conduire à de meilleurs résultats, à une réduction des complications et à une sécurité accrue des patients, tandis que les inconvénients/risques (coûts, charge, surdiagnostic) restent probablement limités.
- Valeurs et préférences : Pas de problème majeur
- Ressources : Pas de problème majeur
- Égalité : Pas de problème majeur
- Applicabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique

Recommandation 4 – Déterminer les mesures appropriées pour l'examen de suivi, la prévention et le traitement des affections somatiques identifiées, en s'appuyant sur le dépistage somatique, y compris la surveillance médicamenteuse et l'anamnèse du mode de vie. (GPP)

Cette recommandation provient de la ligne directrice de la V&VN (5) et est fondée sur un consensus. Elle a été validée au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Preuve indirecte dans la ligne directrice de V&VN. Ces données probantes indirectes reposent sur l'expérience clinique et le consensus d'experts. La directive souligne que la valeur du dépistage dépend des actions de suivi qui y sont associées, le cas échéant.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantage net substantiel de l'intervention. Comme le suggère la directive de la V&VN, les avantages incluent notamment le dépistage précoce des comorbidités somatiques, l'amélioration de la sécurité médicamenteuse et l'identification des risques liés au mode de vie. Ces éléments contribuent à une meilleure intégration des soins somatiques et psychiques, pour un coût relativement limité.
- Valeurs et préférences : Pas de problème majeur
- Ressources : Pas de problème majeur
- Égalité : Pas de problème majeur
- Applicabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique

Recommandation 5 – Informer les patients (ainsi que leur famille et leurs proches) du résultat du dépistage et l'expliquer dans un langage compréhensible, qui indique clairement au patient si quelque chose va bien ou non et ce qui peut être fait à ce sujet. (GPP)

Cette recommandation provient de la ligne directrice de la V&VN (5) et est fondée sur un consensus. Elle a été validée au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Preuve indirecte dans la ligne directrice de V&VN. Ces données probantes indirectes reposent sur l'expérience clinique et le consensus d'experts. Selon la présente directive, une information claire et l'implication du patient (et de son entourage) contribuent à l'observance thérapeutique, à l'autogestion et à la prévention des complications.

- Balance des avantages et des inconvénients: Avantage net substantiel de l'intervention. La communication systématique et compréhensible des résultats du dépistage renforce la confiance, l'observance thérapeutique et l'autogestion.
- Valeurs et préférences: Pas de problème majeur
- Ressources: Pas de problème majeur
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique

Question 2 : Quelles interventions spécifiques de mode de vie sont recommandées pour les personnes atteintes de TPS en première ligne et de quelle manière ?

LA GESTION NON PHARMACOLOGIQUE DU POIDS

Recommandation

1. Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids. (GRADE 1C)

Explication

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques présentent un risque nettement plus élevé de surpoids et d'obésité(9, 25, 26).

Ce risque accru est dû en partie à des facteurs tels qu'une alimentation malsaine, une activité physique réduite et les effets secondaires des produits psychopharmacologiques, tels que les antipsychotiques et les antidépresseurs, qui peuvent favoriser la prise de poids.

En outre, les troubles psychiatriques (et les produits psychopharmacologiques) sont souvent associés à une baisse de la motivation, du niveau d'énergie et de l'autonomie, ce qui rend plus difficile le maintien d'un mode de vie sain.

Compte tenu de l'impact négatif de l'obésité sur la santé physique et mentale, il est essentiel de mettre en œuvre des interventions ciblées sur le mode de vie dans ce groupe(25, 27).

Un renvoi vers un diététicien en cas de surpoids ou de régime alimentaire déséquilibré est pertinent ; le diététicien établira, sur la base d'une anamnèse approfondie, un plan nutritionnel personnalisé, adapté au mode de vie du patient.

Un renvoi vers un coach en activité physique en cas de diminution de l'activité physique, de baisse d'énergie et/ou de surpoids est également pertinent ; sur prescription d'un professionnel de santé, le programme « Bewegen Op Verwijzing » (BOV)³ aide les personnes à accroître leur niveau d'activité grâce à un plan d'exercice personnalisé et un accompagnement individuel. L'encadrement est accessible et souvent (partiellement) remboursé. Les coaches BOV ont généralement une formation en sciences de la réadaptation et de l'activité physique, ainsi qu'une

³ Le programme « Bewegen Op Verwijzing » (BOV, littéralement « Bouger sur prescription ») est une initiative spécifique en Flandre visant à promouvoir l'activité physique par le biais d'un encadrement personnalisé et de coaches spécialisés

expertise des problématiques motrices et des effets de l'exercice sur, entre autres, le surpoids, le diabète, les maladies cardiovasculaires et le syndrome métabolique.

Une approche multidisciplinaire axée sur l'alimentation, l'exercice physique et le changement de comportement peut non seulement conduire à une perte de poids, mais aussi contribuer à une meilleure santé mentale(28-30). Il est donc nécessaire de soutenir la collaboration avec le/la médecin généraliste, le/la diététicien·ne, le coach sportif, le tabacologue, l'infirmier·e, le/la psychologue, le/la psychiatre, ... Lors de la mise en place d'interventions sur le mode de vie, il est important de veiller à ce que ces actions soient suffisamment centrées sur le patient et adaptées à la population cible.

Argumentaire

Recommandation 1 – Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids. (GRADE 1C)

Cette recommandation a été reprise et adaptée du guide de la Société néerlandaise de Médecine Générale (OMS) de 2018(31). D'autres recherches bibliographiques systématiques ont été effectuées au cours des cinq dernières années. Deux autres revues systématiques ont été trouvées.

La recommandation de la ligne directrice de l'OMS est basée sur deux méta-analyses. Plusieurs études examinant l'effet des interventions sur le mode de vie sur le surpoids sont citées :

- La méta-analyse de Naslund, Whiteman (32) a inclus 1075 patients dans 6 études et a étudié l'effet des interventions sur le mode de vie, sur le changement de poids après 6 et 12 mois. Les auteurs ont conclu que les interventions visant le mode de vie ont un effet positif sur le changement de poids chez les adultes atteints de TPS et de surpoids ou d'obésité, à la fois après 6 et 12 mois. La durée des interventions ne semble pas avoir d'effet sur la taille de l'effet mais plutôt sur la cohérence des résultats. Cependant, les interventions étudiées sont hétérogènes.
- La méta-analyse de Teasdale, Ward (33) a inclus 19 études et a examiné l'effet des interventions diététiques sur le poids chez les personnes atteintes de TPS. Les chercheurs concluent que les interventions diététiques ont un effet sur le poids, l'IMC⁴ et le tour de taille.

En outre, les deux revues systématiques suivantes ont été retenues :

- La méta-analyse de Speyer, Jakobsen (34) a inclus 41 études et a étudié l'effet des interventions sur le mode de vie sur diverses mesures de résultats telles que la qualité de vie, le poids, l'IMC, le tour de taille, la pression artérielle, le cholestérol et la glycémie. Cette étude montre une grande incertitude quant à l'effet d'une intervention sur le mode de vie sur une perte de poids cliniquement significative. L'IMC après l'intervention est significativement plus bas, mais l'IMC à long terme n'est pas significativement différent dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle. Aucun effet significatif n'a été observé sur les autres paramètres étudiés.

⁴ En anticipant l'utilisation croissante de l'indice de rondeur corporelle (BRI) comme mesure de la répartition de la graisse corporelle, le tour de hanches constitue probablement (également) un paramètre pertinent dans cette évaluation.

- La méta-analyse de Pape, Adriaanse (35) a inclus 5907 patients issus de 21 études et a examiné l'effet des interventions sur le mode de vie, sur la qualité de vie, l'anxiété et la dépression, mais pas sur le poids. Les auteurs ont conclu que les interventions sur le mode de vie avaient un effet limité sur l'anxiété et la dépression et aucun effet sur la qualité de vie. Les études incluses ont examiné les interventions sur le mode de vie qui recommandaient initialement une activité physique, des changements dans le régime alimentaire ou une combinaison des deux.

Les interventions sur le mode de vie destinées aux personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères présentent une efficacité mitigée. Les méta-analyses incluses confirment que ces interventions entraînent une perte de poids statistiquement significative (mais cliniquement limitée), une diminution de l'IMC et une réduction du tour de taille. Toutefois, cet effet n'est souvent pas maintenu après la fin de l'intervention. Une constatation cruciale et récurrente est l'absence d'effet convaincant sur la qualité de vie globale. Néanmoins, il existe des preuves d'effets positifs sur la santé mentale, en particulier une diminution significative, quoique modeste, des symptômes d'anxiété et de dépression. Pour d'autres critères de jugement, tels que la plupart des facteurs de risque cardio-métaboliques, la mortalité et les coûts de santé, les données probantes sont limitées, peu concluantes ou inexistantes. L'efficacité semble plus importante lorsque les interventions sont menées par un diététicien ou lorsqu'elles sont mises en place précocement après l'instauration d'un traitement antipsychotique.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : La certitude des preuves est limitée, sur la base de plusieurs méta-analyses, en raison de l'hétérogénéité des études et de l'absence d'aveuglement des participants et des évaluateurs
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantage net substantiel, compte tenu de la sensibilisation des patients et de la prise en charge précoce des facteurs de risque
- Valeurs et préférences : les préférences du patient sont déterminantes. Il peut être difficile de motiver certains patients à changer de comportement. La motivation du patient est la clé du succès des interventions sur le mode de vie. Toutefois, la sensibilisation est très importante et peut constituer un premier pas vers un changement de comportement
- Ressources : En fonction des modalités de remboursement de ce programme
- Égalité : Variabilité possible en fonction du coût/de la contribution personnelle du patient
- Applicabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique
- Faisabilité : Un temps de consultation suffisant doit être prévu pour ce programme ou un programme séparé/consultation avec un-e infirmier-e ou un-e autre experte en mode de vie (coach en activité physique, kinésithérapeute, diététicien-ne ou tabacologue). La répétition du même message par différents prestataires de soins est utile ; l'établissement de contacts entre les organisations et des prestataires de soins qui font la promotion du mode de vie sain facilitera la mise en œuvre de ces recommandations. Une offre numérique de soutien de plus en plus large est disponible, ainsi que les lignes directrices, telles que l'approche multimodale de l'obésité chez l'adulte en soins de première ligne' (36) et 'arrêter de fumer' (37) (en cours de révision). Ces interventions incluent un changement de comportement et les obstacles peuvent donc être présents aux niveaux individuel, social et environnemental du patient.

Conclusion : Il existe un faible niveau de certitude quant à l'effet des interventions sur le mode de vie chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères. En raison des avantages

substantiels des interventions sur le mode de vie, notamment sur la santé mentale, une recommandation forte est formulée malgré un faible niveau de certitude des preuves, en faveur de l'initiation d'interventions sur le mode de vie chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères présentant un surpoids ou un risque de surpoids.

GESTION PHARMACOLOGIQUE DU POIDS

Recommandation

- 1. Chez les personnes souffrant de TPS et de surpoids ou présentant un risque de surpoids, initier un traitement aux psychotropes moins susceptibles de provoquer une prise de poids (tels que la Reboxetine/Betahistine, l'Aripiprazole et un modulateur de la Monoamine). (GRADE 1C)**
- 2. Passer chez les personnes souffrant de TPS et de surpoids, ou à risque de l'être, à des médicaments psychotropes qui entraînent moins facilement une prise de poids (comme l'Aripiprazole et la Ziprasidone). (GRADE 1C)**
- 3. Si les interventions sur le mode de vie ou le changement de médicaments psychotropes ont peu d'effet sur le poids chez les personnes souffrant TPS qui sont en surpoids ou obèses, prescrire de la Metformine. Cela doit être fait sous supervision clinique et avec un suivi. (GRADE 1C)**

Explication

Comme indiqué précédemment, la prise de poids chez les patients atteints de TPS peut être due à plusieurs facteurs.

Les antipsychotiques, en particulier les antipsychotiques atypiques tels que l'olanzapine et la clozapine, sont associés à une prise de poids importante. Ces médicaments agissent sur les systèmes de neurotransmetteurs impliqués dans la régulation de l'appétit. Cela entraîne souvent une augmentation de l'appétit et une diminution de la satiété.

Lorsque les interventions sur le mode de vie, telles que les programmes d'alimentation et d'exercice physique, ne sont pas suffisamment efficaces ou sont difficiles à mettre en œuvre, la gestion pharmacologique du poids peut être envisagée. Ceci peut être suivi par le médecin généraliste ou le psychiatre, si possible d'un commun accord.

Argumentaire

Recommandation 1 – Chez les personnes souffrant de TPS et de surpoids ou présentant un risque de surpoids, initier un traitement aux psychotropes moins susceptibles de provoquer une prise de poids (tels que la Reboxetine/Betahistine, l'Aripiprazole et un modulateur de la Monoamine). (GRADE 1C)

Cette recommandation a été reprise et adaptée de la ligne directrice de l'OMS datant de 2018 (31) et est fondée sur un consensus. D'autres recherches systématiques ont été effectuées investiguant la littérature des cinq dernières années. Trois méta-analyses supplémentaires ont été identifiées dans deux revues systématiques de la littérature :

- La revue Cochrane d' Agarwal, Stogios (38) comprend une méta-analyse portant sur 103 patients issus de 3 études randomisées contrôlées (ECR), examinant l'effet d'un modulateur de la monoamine et de la Reboxetine/betahistine sur le poids, l'IMC et l'état mental. Les auteurs ont conclu qu'un modulateur de la monoamine tel que la reboxétine (en combinaison avec la bétahistine) serait légèrement efficace pour prévenir la prise de poids induite par les médicaments antipsychotiques. Cependant, la différence de poids par rapport au placebo reste limitée (-1,89 kg) et le faible nombre de participants réduit la certitude des preuves.
- La revue systématique de Mizuno, Suzuki (39) comprend deux méta-analyses spécifiques relatives à cette question clinique. La première méta-analyse inclut 242 patients issus de 3 ECR en double aveugle et a étudié l'effet de l'Aripiprazole sur le poids, l'HbA1c, l'insuline et le cholestérol, comparativement au placebo. Un effet positif significatif modéré sur le poids est observé (différence moyenne de -2,13 kg). Les auteurs ont conclu que l'aripiprazole avait un effet positif sur la perte de poids et sur la diminution des lipides, par rapport au placebo. Deux des trois études incluses comptent toutefois moins de 30 participants, ce qui diminue la certitude des preuves.
- La deuxième méta-analyse de la revue systématique de Mizuno, Suzuki (39) a inclus également 79 patients issus de 2 ECR et l'effet de la Reboxetine a été étudié sur le poids. La différence moyenne de poids par rapport au placebo est également limitée (-1,90 kg), avec un nombre restreint de participants, ce qui réduit encore la certitude des preuves. Les auteurs ont conclu que la Reboxetine entraînait une prise de poids moins importante que le placebo.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : La certitude des preuves est faible dans les différentes méta-analyses
- Balance des avantages et des inconvénients : Bénéfice net généralement substantiel, compte tenu des effets négatifs importants de la prise de poids sur la santé, bien qu'il faille également prendre en compte les effets indésirables possibles du psychotrope choisi
- Valeurs et préférences : Pas de problème majeur
- Ressources : Selon les modalités de remboursement dudit médicament
- Égalité : Variabilité possible en fonction du coût/de la contribution personnelle du patient
- Acceptabilité : Pas de problème majeur
- Applicabilité / Faisabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique, bien qu'il faille tenir compte de la disponibilité des psychotropes mentionnés (actuellement, seuls la Reboxétine et l'Aripiprazole sont disponibles en Belgique). Outre le médecin généraliste, le (la) pharmacien-ne joue un rôle important dans l'adhésion et le soutien.

Conclusion : Il existe une faible certitude des preuves concernant l'effet de certains psychotropes sur une moindre prise de poids, en raison de l'hétérogénéité et de la petite taille des échantillons des études incluses. En raison de l'avantage substantiel lié à la prévention de la prise de poids, nous formulons une recommandation forte avec une faible certitude des preuves visant à privilégier, en cas de risque de surpoids, l'initiation d'un traitement psychotrope associé à une moindre prise de poids.

Recommandation 2 – Passer chez les personnes souffrant de TPS et de surpoids, ou à risque de l'être, à des médicaments psychotropes qui entraînent moins facilement une prise de poids (comme l'Aripiprazole et la Ziprasidone). (GRADE 1C)

Cette recommandation a été reprise et adaptée de la ligne directrice de l'OMS de 2018(31); la recommandation de la ligne directrice de l'OMS est basée sur un consensus. D'autres recherches systématiques ont été effectuées parmi la littérature publiée au cours des cinq dernières années. Deux autres méta-analyses ont été trouvées :

- La méta-analyse de Siskind, Gallagher (40) a inclus 8554 patients issus de 59 études. Dans les ECR comportant un passage à l'aripiprazole, une perte de poids moyenne de 5,52 kg a été observée, ainsi qu'une diminution de la glycémie à jeun et des triglycérides. Les études avant-après montrent un effet favorable sur le poids tant pour l'aripiprazole (14 études) que pour la ziprasidone (9 études), tandis qu'aucun effet, voire une prise de poids, a été observé avec d'autres psychotropes. Les auteurs ont conclu que le passage des antipsychotiques à l'aripiprazole et à la ziprasidone avait un effet positif sur le poids et d'autres paramètres cardiométriques. La certitude des preuves est faible en raison de l'hétérogénéité, de la diversité des plans d'étude et de la faible qualité d'environ la moitié des études incluses.
- La méta-analyse de Speyer, Westergaard (41) a inclus 12 279 patients issus de 40 essais contrôlés randomisés et de 15 études non contrôlées, et a examiné l'effet de l'arrêt, de la réduction des antipsychotiques et du passage à des antagonistes partiels de la dopamine sur le poids corporel. L'analyse de sous-groupe portant sur deux études évaluant le passage à des agonistes partiels de la dopamine a montré une perte de poids moyenne de 3,19 kg, nettement plus importante que dans les autres sous-analyses. Les auteurs ont conclu que le passage à des agonistes partiels avait un effet positif sur le poids. La certitude des preuves reste toutefois faible en raison de l'hétérogénéité des études (durées variables, ECR versus études non contrôlées, etc.).

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : La certitude des preuves est faible sur la base de plusieurs méta-analyses
- Balance des avantages et des inconvénients : Bénéfice net généralement substantiel, compte tenu des effets négatifs importants de la prise de poids sur la santé, bien qu'il faille également prendre en compte les effets indésirables possibles du psychotrope choisi
- Valeurs et préférences : Pas de problème majeur
- Ressources : Selon les modalités de remboursement dudit médicament
- Égalité : Variabilité possible en fonction du coût/de la contribution personnelle du patient
- Acceptabilité : Pas de problème majeur

- Applicabilité / Faisabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique, , bien qu'il faille tenir compte de la disponibilité des psychotropes mentionnés (actuellement, seuls la Reboxétine et l'Aripipazole sont disponibles en Belgique).

Conclusion : Il existe une faible certitude des preuves concernant l'effet du passage à une médication entraînant moins facilement une prise de poids, en raison de l'hétérogénéité des études incluses. Compte tenu de l'avantage substantiel lié à la prévention de la prise de poids, nous formulons une recommandation forte avec une faible certitude des preuves.

Recommandation 3 – Si les interventions sur le mode de vie ou le changement de médicaments psychotropes ont peu d'effet sur le poids chez les personnes souffrant TPS qui sont en surpoids ou obèses, prescrire de la Metformine. Cela doit être fait sous supervision clinique et avec un suivi. (GRADE 1C)

Cette recommandation a été reprise et adaptée de la ligne directrice de l'OMS de 2018 (31). D'autres recherches systématiques ont été effectuées parmi les publications parues au cours des cinq dernières années. Une autre méta-analyse a été trouvée :

La recommandation de la ligne directrice de l'OMS est basée sur deux méta-analyses :

- Dans la revue systématique de Mizuno, Suzuki (39), une méta-analyse a inclus 711 patients issus de 11 ECR en double aveugle, évaluant l'effet de l'association de la metformine sur la prise de poids par rapport au placebo. Les auteurs ont conclu que l'association de Metformine pourrait avoir un effet positif significatif sur la prise de poids (différence moyenne de -3,17 kg), la glycémie à jeun et les triglycérides. Cependant, une forte hétérogénéité des résultats des études réduit la certitude des preuves.
- La méta-analyse de de Silva, Suraweera (42) a inclus 743 patients issus de 12 ECR en double aveugle. Les auteurs ont conclu que la metformine, comparée au placebo, pouvait avoir un effet significatif sur la réduction du poids (-3,27 kg en moyenne) et de l'IMC (-1,13 kg/m²). Toutefois, la certitude des preuves est faible en raison de l'hétérogénéité des résultats des études.

En outre, la revue systématique suivante a été retenue :

- La revue Cochrane d'Agarwal, Stogios (38) comprend une méta-analyse portant 232 patients de 5 ECR, évaluant l'effet de la Metformine sur le poids des patients souffrant de TPS. Cette étude montre une amélioration significative de l'IMC (en moyenne 1,63 kg/m² plus faible) par rapport au placebo et aucune différence significative de l'état mental ou des nausées en tant qu'effet secondaire. Toutefois, la certitude des preuves est faible en raison de l'hétérogénéité des résultats des études et d'un risque potentiel de biais de sélection.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : La certitude des preuves est limitée sur la base de plusieurs méta-analyses
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantage net substantiel, compte tenu des effets négatifs importants de la prise de poids sur la santé et des effets secondaires limités
- Valeurs et préférences: Pas de problème majeur
- Ressources: Selon les modalités de remboursement dudit médicament
- Égalité: Variabilité possible en fonction du coût/de la contribution personnelle du patient
- Acceptabilité: Pas de problème majeur

- Applicabilité / Faisabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique, en plus du médecin généraliste, le (la) pharmacien-ne joue un rôle important dans l'observance et le soutien.

Conclusion : En résumé, la metformine constitue l'intervention pharmacologique la plus étudiée et la plus efficace pour limiter la prise de poids induite par les antipsychotiques. Elle est considérée comme un traitement de première intention lorsque les stratégies non pharmacologiques s'avèrent insuffisantes. L'effet attendu correspond à une réduction pondérale d'environ 3 à 4 kg par rapport au placebo. Toutefois, malgré la cohérence des résultats, le niveau global de certitude des données probantes est jugé faible, en raison des limites méthodologiques des études disponibles : nombre réduit de participants, durée limitée (souvent de 6 à 24 semaines), risque de biais et hétérogénéité statistique. L'intervention est généralement bien tolérée, sans différence significative du taux d'abandons par rapport au placebo. En raison de ces limites dans la certitude des preuves et de l'avantage net substantiel, nous formulons une recommandation forte avec une faible certitude des preuves, , visant à ajouter la metformine chez les personnes atteintes d'un TPS présentant un surpoids ou une obésité, lorsque les interventions sur le mode de vie ont peu d'effet.

L'ARRET TABAGIQUE

Recommandation

- 1. Initier des interventions non-pharmacologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale et l'entretien motivationnel pour le sevrage tabagique. (GPP)**
- 2. Initier chez les personnes souffrant de TPS en première ligne la Varenicline, Bupropion ou la Thérapie Nicotinique de Substitution (TNS) comme intervention pharmacologique pour le sevrage tabagique. (GRADE 1C)**
- 3. Être attentif aux interactions possibles entre le Bupropion et la Varenicline, avec des médicaments psychotropes, ainsi qu'à d'autres contre-indications possibles. (GPP)**
- 4. Être attentif à l'effet possible du sevrage tabagique sur le métabolisme de médicaments tels que la Clozapine et l'Olanzapine. (GPP)**

Explication

Les personnes atteintes de TPS sont deux fois plus susceptibles de fumer que la population générale. Plusieurs facteurs sociaux, biologiques et psychologiques augmentent le risque de dépendance à la nicotine et de consommation chronique de cigarettes dans ce groupe(14, 43, 44).

Les personnes atteintes de TPS meurent en moyenne 15 à 20 ans plus tôt que la population générale. Ce décès prématuré est souvent dû à des maladies évitables liées au tabac, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies pulmonaires(7). Le tabagisme est également un facteur de risque très répandu et modifiable lié à la santé bucco-dentaire générale de cette population : il augmente le risque de perte dentaire jusqu'à 2,6 fois et celui de caries dentaires de plus de 20 %(45). Cela est probablement lié à la xérostomie causée par le tabagisme, avec une prévalence 26 % plus élevée chez les fumeurs par rapport à la population générale(46, 47).

En outre, la fumée de tabac peut affecter l'action de certains produits psychopharmacologiques, ce qui pose un problème pour le traitement(48). Le Bupropion, par exemple, ne doit pas être utilisé en association avec des inhibiteurs de la MAO, et peut inhiber l'effet de certains médicaments tels que les antidépresseurs tricycliques (inhibition du CYP2D6). De plus, le Bupropion peut abaisser le seuil épiléptogène ; il convient donc d'éviter l'association avec d'autres substances susceptibles de provoquer des convulsions (voir aussi www.cbip.be). Enfin, le Bupropion ainsi que la Varénicline⁵ peuvent potentialiser les effets psychiques de l'alcool.

Lors des soins prodigués aux personnes atteintes de TPS, il convient d'accorder une attention particulière au soutien et aux conseils en matière de sevrage tabagique. La collaboration avec un tabacologue est essentielle. Le groupe chargé du développement du guide de bonne pratique estime que des interventions non pharmacologiques doivent être mises en place et qu'une thérapie combinée avec des interventions pharmacologiques doit être envisagée le cas échéant. Compte tenu de la recommandation 3, une collaboration entre le médecin généraliste et le psychiatre est souhaitable. En effet, des études montrent qu'une stratégie unique a toujours un taux de réussite limité. Il est donc recommandé de combiner ces mesures avec des interventions pharmacologiques, le cas échéant.

Argumentaire

Recommandation 1 – Initier des interventions non-pharmacologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale et l'entretien motivationnel pour le sevrage tabagique. (GPP)

Les informations ci-dessus proviennent de la ligne directrice de l'OMS de 2018(31). Elle indique que "chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves, des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques combinées peuvent être envisagées". Cette recommandation a été soumise lors d'un questionnaire Delphi à un panel d'experts et de parties prenantes et a été reformulée après le premier tour. La recommandation reformulée a été soumise à nouveau et validée lors d'un second tour.

⁵ La varénicline avait auparavant été retirée du marché en raison d'impuretés dans le produit présentant des risques pour la santé. Entre-temps, une version améliorée du médicament est déjà disponible aux Pays-Bas. Il est à prévoir que le produit sera également à nouveau disponible en Belgique dans un avenir proche.

Les méta-analyses examinant l'effet des interventions non pharmacologiques sur le sevrage tabagique chez les patients TPS font défaut. En raison de l'hétérogénéité des interventions, la mise en commun des résultats n'est souvent pas possible. Une revue systématique de Hawes, Roth (49) comprenait 18 essais contrôlés randomisés et décrivait l'effet de différentes interventions psychosociales sur le sevrage tabagique. Une étude systématique réalisée par Pearsall, Smith (50) montre que la thérapie comportementale et la thérapie nicotinique de substitution ont des effets similaires sur le sevrage tabagique à court terme (après 3 mois).

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Des preuves indirectes existent dans la ligne directrice sur le sevrage tabagique (37) qui indique que l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo-comportementale sont des interventions efficaces dans le cadre du sevrage tabagique.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation
- Valeurs et préférences : Variabilité à attendre en fonction de contribution personnelle du patient
- Ressources : Le remboursement du tabacologue est assuré pour certaines sessions individuelles par l'INAMI, les modalités de remboursement sont différentes en Flandre et en Wallonie
- Égalité : Les modalités de remboursement des interventions et médicaments affectent leur accessibilité et leur disponibilité pour les patients
- Acceptabilité : Pas de problème majeur
- Applicabilité / Faisabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique

Recommandation 2 – Initier chez les personnes souffrant de TPS en première ligne la Varenicline, Bupropion ou la Thérapie Nicotinique de Substitution (TNS) comme intervention pharmacologique pour le sevrage tabagique. (GRADE 1C)

Cette recommandation a été reprise et adaptée de la ligne directrice de l'OMS datant de 2018(31). D'autres recherches bibliographiques ont été effectuées parmi la littérature parue au cours des cinq dernières années. Une méta-analyse supplémentaire a été trouvée.

La recommandation de l'OMS est basée sur deux publications:

- L'étude de Anthenelli, Benowitz (51) (EAGLES trial) Inclut 4116 patients psychiatriques qui étaient motivés à arrêter de fumer. Cette étude a examiné l'effet de la Varénicline et du Bupropion par rapport à la Thérapie Nicotinique de Substitution ou au placebo. Les auteurs ont conclu que, par rapport à la Thérapie Nicotinique de Substitution ou au placebo, il n'y avait pas d'augmentation des effets secondaires neuropsychiatriques lors d'un traitement à la Varénicline ou au Bupropion.
- La synthèse méthodique Cochrane de Tsoi, Porwal (52) a inclus 34 essais et a étudié l'effet de différentes interventions de sevrage tabagique chez des patients atteints de schizophrénie. Les auteurs ont conclu qu'à la fin du traitement comme après six mois, le Bupropion a un effet positif sur le sevrage tabagique sans affecter négativement l'état mental. Toutefois, la certitude des preuves est faible en raison de l'intervalle de confiance (IC) large après six mois (RR : 2,78 ; IC à 95 % : 1,02–7,58). L'effet de la Varénicline et ses effets sur l'état mental ne sont pas clairs. On a constaté un effet positif sur le sevrage tabagique, mais une seule étude a examiné les effets à long terme de la Varénicline. La

Varénicline n'a pas eu d'effets secondaires psychiques significatifs, mais des pensées suicidaires ont été signalées chez deux patients.

En plus, nous avons retenu la revue systématique suivante :

- La méta-analyse de Pearsall, Smith (50) a inclus 11 ECR évaluant l'efficacité et la sécurité des traitements pharmacologiques pour le sevrage tabagique. Cette étude montre que la thérapie pharmacologique (Bupropion, Varénicline) et la Thérapie Nicotinique de Substitution a un effet positif, essentiellement à court terme (suivi de 3 mois). Pour la varénicline, un effet positif a également été observé à 6 mois, mais avec un intervalle de confiance très large. Cependant, aucun effet significatif n'a été mis en évidence à long terme (suivi à 12 mois).

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : La certitude des preuves est faible dans plusieurs méta-analyses
- Balance des avantages et des inconvénients : Bénéfice net généralement substantiel, compte tenu des avantages importants du sevrage tabagique pour la santé, bien qu'il faille également prendre en compte les effets indésirables possibles du Bupropion / de la Varénicline. Voir à ce sujet : www.cbip.be.
- Valeurs et préférences: Variabilité à laquelle il faut s'attendre en raison de la préférence du patient pour un traitement médical ou non
- Ressources: Selon les modalités de remboursement dudit médicament
- Égalité: Variabilité possible en fonction du coût/de la contribution personnelle du patient
- Acceptabilité: Variabilité à laquelle il faut s'attendre en raison de la préférence du patient pour un traitement médical ou non
- Applicabilité / Faisabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique

Conclusion : Sur la base de la littérature disponible, il existe des indications d'un effet à court terme sur l'arrêt du tabac pour la varénicline, le bupropion et les substituts nicotiques (NRT), tandis que les effets à long terme sont moins cohérents. Il existe donc une faible certitude des preuves concernant l'effet de ces interventions pharmacologiques sur le sevrage tabagique. Étant donné les bénéfices considérables pour la santé liés à l'arrêt du tabac, la disponibilité et la relative sécurité de ces traitements, ainsi que leur applicabilité en première ligne, le groupe de travail formule une recommandation forte avec une faible certitude des preuves (GRADE 1C).

Recommandation 3 – Être attentif aux interactions possibles entre le Bupropion et la Varénicline, avec des médicaments psychotropes, ainsi qu'à d'autres contre-indications possibles. (GPP)

Ces recommandations sont tirées de la ligne directrice 2018 de l'OMS (31) et sont fondées sur un consensus. Cette recommandation a été soumise lors d'un questionnaire Delphi à un panel d'experts et de parties prenantes et a été validée lors du premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Des preuves indirectes proviennent de la ligne directrice "Tobacco Control (53) de l'Association néerlandaise des médecins pour les maladies pulmonaires et la tuberculose (Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose). Le Bupropion peut provoquer des interactions importantes avec plusieurs

médicaments souvent utilisés par les personnes atteintes de TPS, tels que les antidépresseurs, les antipsychotiques, les antiépileptiques et les antihistaminiques.

- Balance des avantages et des inconvénients : Bénéfice net substantiel. Compte tenu de l'importance de l'action des médicaments psychotropes dans ce groupe cible et de la limitation des effets secondaires, les avantages l'emportent sur les inconvénients.
- Valeurs et préférences: Pas de problème majeur
- Ressources: Pas de problème majeur
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité: Pas de problème majeur
- Applicabilité / Faisabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique; le (la) pharmacien-ne de référence peut jouer un rôle important à cet égard.

Recommandation 4 – Être attentif à l'effet possible du sevrage tabagique sur le métabolisme de médicaments tels que la Clozapine et l'Olanzapine. (GPP)

Cette recommandation est basée sur la ligne directrice du NICE concernant la psychose et la schizophrénie(54). Elle est fondée sur un consensus. Elle a été soumise lors d'un questionnaire Delphi à un panel d'experts et de parties prenantes et validée au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Des preuves indirectes proviennent de la ligne directrice "Tobacco Control" (53) de l'Association néerlandaise des médecins pour les maladies pulmonaires et la tuberculose. Ce document indique que le sevrage tabagique peut entraîner des taux très élevés et toxiques de clozapine et de certains autres produits psychopharmacologiques, nécessitant une réduction temporaire de la dose.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantage clinique évident grâce à la prévention de la toxicité médicamenteuse et aux bénéfices importants du sevrage tabagique pour la santé, à condition de fournir une information adéquate au patient et d'assurer un bon suivi (interprofessionnel)
- Valeurs et préférences: Pas de problème majeur
- Ressources: Pas de problème majeur
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité: Pas de problème majeur
- Applicabilité / Faisabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique

UTILISATION DE SUBSTANCES

Recommandation

1. Poser des questions à la personne quant à l'usage de cannabis ou de psychostimulants. (GPP)

2. Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donner-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement. (GPP)

3. Envisager des interventions psychosociales à l'aide de thérapies cognitivo-comportementales et des entretiens motivationnels chez les personnes souffrant de TPS et consommant ces substances. (GRADE 2C)

Explication

Les personnes atteintes de TPS ont une prévalence accrue de consommation de substances, telles que l'alcool et les drogues, ce qui affecte négativement le pronostic de leur maladie mentale. On estime qu'environ 50 % des personnes atteintes de TPS développent un problème de toxicomanie en plus de leur maladie mentale, un pourcentage nettement plus élevé que dans la population générale(55-57). Cette consommation accrue de substances psychoactives entraîne souvent de moins bons résultats en matière de traitement, un risque accru de rechute, plus d'hospitalisations et un risque accru de violence et d'automutilation(58, 59).

Le traitement efficace de la consommation de substances psychoactives chez les personnes atteintes de TPS commence par un questionnement systématique, car de nombreux bénéficiaires ne signalent pas spontanément leur consommation de substances psychoactives. Un dépistage régulier et une discussion quant à la consommation de substances sont des étapes cruciales pour reconnaître les problèmes d'addiction et concevoir des interventions appropriées(60). La recherche montre qu'une approche empathique et sans jugement de la consommation de substances psychoactives augmente la volonté des bénéficiaires d'être honnêtes au sujet de leur consommation, ce qui est essentiel pour le succès d'un traitement ultérieur(61).

Il existe plusieurs outils de dépistage de la consommation de substances psychoactives chez les adultes. Les instruments qui fournissent des informations générales sur l'utilisation des différentes ressources sont recommandés ici. La recommandation en matière de santé mentale recommande l'utilisation de l'ASSIST (-Lite) à cette fin(62).

Fournir des explications claires sur l'impact de la consommation de substances sur leur santé mentale aide également les bénéficiaires à comprendre la nécessité d'un traitement et les motive à changer(63).

Pour des informations épidémiologiques, des données sur les produits et des lignes directrices concernant le dépistage et la prise en charge des problèmes liés aux substances, on peut consulter le Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (www.vad.be) ou la Fédération drogues addictions BXL (www.fedabxl.be).

Les approches traditionnelles, telles que le traitement classique de la toxicomanie ou le traitement isolé de la santé mentale s'avèrent souvent insuffisantes, compte tenu de la faible adhésion et des taux élevés de rechute dans cette population. Les études montrent que les modèles de traitement

intégrés, dans lesquels la maladie mentale et la toxicomanie sont traitées simultanément, sont plus efficaces que les interventions séparées(64).

Un défi supplémentaire dans le traitement de l'usage de substances chez les personnes atteintes de TPS est la motivation souvent réduite à arrêter. Il est donc important d'axer les interventions sur le renforcement de la motivation et le changement progressif de comportement(65).

En outre, les longues listes d'attente pour les soins constituent un défi supplémentaire. Les interventions numériques peuvent aider les patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychoactives, en attendant d'avoir accès aux soins en face-à-face. Cependant, ils ne doivent pas remplacer les thérapies conventionnelles. Lorsque le traitement en face à face n'est pas disponible ou souhaitable, les applications d'entraide peuvent constituer une alternative intéressante(66).

Il est important de garder en vue la protection des données sensibles et de la vie privée. Des protocoles sont donc indispensables, qui garantissent la sécurité, la confidentialité, le consentement éclairé et la protection des données.

Notre revue de la littérature n'a pas abouti à des recommandations concernant la prise en charge médicamenteuse de l'usage de substances dans cette population. Toutefois, de manière générale, les stratégies pharmacologiques, lorsqu'elles sont utilisées, doivent faire partie d'une approche multimodale incluant également des interventions psychosociales.

L'engagement à long terme et la collaboration multidisciplinaire sont essentiels pour répondre efficacement aux besoins de soins complexes de ce groupe.

Ces approches intégrées et personnalisées, associées à un dépistage et à une communication minutieuse sur la consommation de substances, peuvent améliorer le traitement des addictions chez les personnes atteintes de TPS. Il en résulte de meilleurs résultats cliniques et une meilleure qualité de vie pour cette population vulnérable.

Argumentaire

Recommandation 1 – Poser des questions à la personne quant à l'usage de cannabis ou de psychostimulants. (GPP)

Cette recommandation a été reprise de la ligne directrice de l'OMS de 2018 (31), se référant à l'intervention mental health GAP Action Programme (mhGAP) de l'OMS(66). Dans la ligne directrice initiale, les recommandations 1 et 2 étaient formulées en une seule recommandation. Aucune référence à la littérature n'avait été faite pour cette partie de la recommandation. Cette recommandation a été soumise lors d'un questionnement Delphi à un panel d'experts et de parties prenantes. Elle a été validée au second tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Des preuves indirectes proviennent de la ligne directrice mhGAP de l'OMS(66). Ceci repose sur les liens épidémiologiques solides entre la consommation et les risques pour la santé d'une part, et sur la plausibilité clinique selon laquelle la détection améliore l'accès aux soins d'autre part (ainsi que sur le consensus d'experts existant à ce sujet).

- Balance des avantages et des inconvénients: Bénéfice net substantiel En raison de l'importance de l'intervention précoce et du conseil en matière de consommation de substances psychoactives
- Valeurs et préférences: Pas de problème majeur
- Ressources: Pas de problème majeur
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité / Faisabilité: Pas de problème majeur
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique, un temps de consultation suffisant doit être prévu à cet effet et peut être pris en charge par le médecin généraliste ou l'infirmier·e en pratique de médecine générale. Bien entendu, l'information peut également être obtenue par l'intermédiaire d'autres prestataires de soins (par exemple le psychiatre), à condition de respecter une transparence envers le patient.

Recommandation 2 – Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donner-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement. (GPP)

Cette recommandation provient de la ligne directrice de l'OMS de 2018(31), faisant référence à l'intervention mental health GAP Action Programme (mhGAP) de l'OMS(66). Dans la ligne directrice initiale, les recommandations 1 et 2 étaient formulées en une seule recommandation. Les preuves indirectes sont basées sur :

- La synthèse méthodique d'Arcadevani and Fidalgo (67), une mise à jour d'une revue systématique antérieure par Chou, Dana (68). Cette étude a examiné l'effet d'une intervention brève par rapport à une intervention minimale ou à une liste d'attente chez des adultes consommant du cannabis et utilisant des psychostimulants. Les auteurs ont conclu que l'abstinence augmentait lors du suivi après 6 à 12 mois.

Cette recommandation a été soumise lors d'un questionnaire Delphi à des experts et parties prenantes et a été validée lors du second tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Les preuves indirectes sont basées sur la ligne directrice mhGAP décrite ci-dessus (66)
- Balance des avantages et des inconvénients : Bénéfice net substantiel compte tenu de l'accessibilité des interventions à court terme
- Valeurs et préférences: Pas de problème majeur
- Ressources: Pas de problème majeur
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité / Faisabilité: Pas de problème majeur
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique ; on peut éventuellement utiliser le matériel du Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (www.vad.be) ou de la Fédération drogues addictions BXL (www.fedabxl.be).

Recommandation 3 – Envisager des interventions psychosociales à l'aide de thérapies cognitivo-comportementales et des entretiens motivationnels chez les personnes souffrant de TPS et consommant ces substances. (GRADE 2C)

La recommandation a été adoptée à partir de la ligne directrice 2018 de l'OMS (31) qui, à son tour, fait référence à la ligne directrice mhGAP(66). D'autres recherches systématiques ont été effectuées parmi la littérature publiée au cours des cinq dernières années. Trois méta-analyses supplémentaires ont été trouvées.

La recommandation de l'OMS est basée sur trois méta-analyses :

- La méta-analyse de Hunt, Siegfried (69) de 2014 a inclus 1 essai clinique évaluant l'effet de l'entretien motivationnel sur l'état mental d'un nombre limité de patients. Aucune différence significative n'a été observée après 3 et 6 mois. En outre, l'effet de la combinaison de la thérapie cognitivo-comportementale et de l'entretien motivationnel ont également été examinés dans une étude portant sur un nombre limité de patients. Cette étude montre une différence significative dans la qualité de vie après 6 mois. Aucune différence n'a été montrée quant à l'état mental.
- La méta-analyse de Boniface, Malet-Lambert (70) a inclus 17 essais cliniques randomisés, dont 6 portaient sur des personnes atteintes de TPS, et a examiné l'effet des interventions brèves sur la consommation d'alcool. Les auteurs concluent que les interventions sont hétérogènes et les effets variés, et qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine.
- La revue Cochrane de Minozzi, Saulle (71), une mise à jour d'une revue systématique antérieure. Cette étude a inclus 8241 patients souffrant d'abus de substances issus de 64 ECR. Les résultats montrent que les traitements psychosociaux peuvent réduire significativement les abandons de traitement chez les patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances (RR 0,82 ; IC 95 % : 0,65–0,97), mais qu'ils ont peu ou pas d'effet sur la fréquence de la consommation.

D'après les recherches supplémentaires, nous retenons les éléments suivants :

- La revue systématique de Ghosh, Morgan (72) a inclus 14 ECR portant sur 2 575 patients. Les auteurs ont conclu que les interventions psychosociales sont efficaces pour améliorer l'abstinence d'alcool de 28 %, mais qu'elles n'ont pas d'effet sur la fréquence ni sur la quantité de consommation d'alcool.
- La synthèse méthodique Cochrane de Hunt, Siegfried (56) de 2019 a inclus 1 essai et a étudié l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale par rapport aux soins standards sur l'état mental de 105 patients. Après 3 mois, aucune différence significative n'a été constatée au niveau de l'état mental, ni sur la consommation effective de substances.
- Les revues systématiques de Wang, Chau (73) et Tatar, Bastien (74) ont montré, sur la base d'ECR et d'autres études observationnelles, qu'il existe peu de preuves que les traitements psychosociaux en tant que tels et les interventions psychosociales basés sur la technologie ont un effet sur la réduction de la consommation de substances.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Faible certitude des preuves, en raison de l'hétérogénéité des résultats des études, de l'imprécision et du risque possible de biais, notamment lié à l'absence d'aveuglement
- Balance des avantages et des inconvénients : Petit bénéfice net sur la qualité de vie, certains résultats d'abstinence et la réduction des abandons de traitement, peu ou pas d'effet sur d'autres mesures de résultats

- Valeurs et préférences: La préférence du patient est essentielle ; les possibilités vont de l'accompagnement ambulatoire aux soins à domicile (équipe mobile), jusqu'à l'hospitalisation.
- Ressources: En fonction des modalités de remboursement
- Égalité: Différence d'accessibilité pour les patients, en fonction du remboursement
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique

Conclusion : Les données probantes concernant les interventions psychosociales chez les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique sévère (EPA) et présentant un usage de substances sont très hétérogènes. Les effets sur l'abstinence et la consommation sont variables, avec des preuves plus solides pour la réduction des abandons de traitement, l'amélioration de la qualité de vie et certains résultats d'abstinence dans des contextes spécifiques. De plus, les effets sont parfois imprécis ou sujets à un risque élevé de biais en raison de l'absence d'aveuglement. La certitude des preuves sur l'effet des interventions psychosociales dans ce groupe est donc faible. Compte tenu des risques limités et du bénéfice potentiel, le groupe de travail formule une recommandation conditionnelle visant à envisager des interventions psychosociales telles que la thérapie cognitivo-comportementale et l'entretien motivationnel (GRADE 2C).

Question 3 : Quel suivi (psycho)pharmacologique est recommandé pour les personnes ayant un TPS en première ligne et de quelle manière ?

Recommandation

- 1. Lors de l'instauration d'un traitement psychopharmacologique, le patient (ainsi que sa famille et ses proches) doit être bien informé sur les effets secondaires des produits psychopharmacologiques. (GPP)**
- 2. Prévoir un rendez-vous de suivi après le début de la prise de médicaments psychopharmacologiques, afin de reconsidérer le choix d'un médicament particulier et d'autres médicaments psychopharmacologiques si nécessaire. (GPP)**
- 3. Surveiller les paramètres suivants pendant le traitement psychopharmacologiques : pouls et pression artérielle, poids ou IMC, glycémie à jeun ou HbA1c, réponse au traitement, en ce compris les changements des symptômes et du comportement, les effets secondaires et**

leur impact sur la santé physique / bucco-dentaire et le fonctionnement, l'apparition de troubles du mouvement. (GPP)

4. Évaluer les fonctions rénale et thyroïdienne et effectuer un ECG avant d'entamer un traitement au lithium. (GPP)

5. Vérifier les concentrations plasmatiques de lithium, les fonctions rénale et thyroïdienne et l'ionogramme (Na, K, Ca) au moins tous les six mois. (GPP)

6. Déterminer les transaminases, les lipases et l'hémostase (plaquettes, coagulation) avant de commencer le traitement par valproate, puis tous les 3 mois la première année et une fois par an par la suite. (GPP)

7. Chez les personnes atteintes de TPS qui prennent des produits psychopharmacologiques, il convient d'être attentif aux interactions avec d'autres médicaments et avec le tabagisme. (GPP)

Explication

Les personnes atteintes de TPS ont souvent besoin d'un traitement psychopharmacologique à long terme.

Les soins primaires jouent un rôle crucial dans le suivi de ces patients.

Une surveillance régulière des paramètres cliniques et des effets indésirables est essentielle pour garantir la sécurité et l'efficacité du traitement. Il s'agit notamment de surveiller le poids, la pression artérielle, les taux de glucose et de lipides, car les antipsychotiques et les stabilisateurs de l'humeur sont associés à des effets secondaires métaboliques et à des risques cardiovasculaires(7). Les antipsychotiques peuvent par exemple entraîner une prolongation de l'intervalle QC, et ils peuvent également provoquer une dystonie, parfois seulement après plusieurs mois⁶.

La xérostomie (sécheresse buccale) fait partie des effets secondaires les plus fréquents des psychotropes et augmente le risque de caries, de parodontite et d'infections fongiques orales. De plus, les psychotropes peuvent provoquer d'autres problèmes bucco-dentaires, tels que le bruxisme, l'hyperplasie gingivale, la dyskinésie tardive, la stomatite, les troubles du goût et l'halitose(20). Informez le patient à ce sujet et proposez-lui une éducation. Insistez sur l'importance du suivi de l'hygiène bucco-dentaire et/ou de contrôles réguliers par un professionnel des soins

⁶ Voir <https://www.youtube.com/watch?v=Flg9VIFhwlw> ou <https://pilindepraktijk.podbean.com/e/21-bewegingsstoornissen/> (en néerlandais) ou <https://www.youtube.com/watch?v=uVos7UaUrW4> (en français) pour plus d'informations sur la dystonie.

bucco-dentaires. Des études révèlent que la surveillance systématique est souvent sous-utilisée, malgré des recommandations claires préconisant des évaluations périodiques(75).

Argumentaire

Recommandation 1 – Lors de l’instauration d’un traitement psychopharmacologique, le patient (ainsi que sa famille et ses proches) doit être bien informé sur les effets secondaires des produits psychopharmacologiques. (GPP)

Cette recommandation provient de la ligne directrice du NICE intitulée "Bipolar disorder : assessment and management"(76). Cette recommandation a été soumise à un panel d’experts et de parties prenantes lors d’un questionnaire Delphi et a été validée au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Des preuves indirectes sont disponibles dans la norme NHG "Anxiété" (77) qui souligne l’importance d’informer les patients sur les effets secondaires des produits psychopharmacologiques.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation
- Valeurs et préférences: Pas de problème majeur
- Ressources: Pas de problème majeur
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité / Faisabilité: Pas de problème majeur, un temps de consultation suffisant devrait être prévu.
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique. Le médecin généraliste joue un rôle important à cet égard, en collaboration avec le (la) pharmacien-ne.

Recommandation 2 – Prévoir un rendez-vous de suivi après le début de la prise de médicaments psychopharmacologiques, afin de reconsidérer le choix d’un médicament particulier et d’autres médicaments psychopharmacologiques si nécessaire. (GPP)

Cette recommandation provient des lignes directrices multidisciplinaires sur le dépistage somatique chez les personnes atteintes de TPS (5) et est fondée sur un consensus. Cette recommandation a été soumise à un panel d’experts et de parties prenantes lors d’un questionnaire Delphi et a été validée au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Pas de preuves directes disponibles. Des preuves indirectes proviennent de plusieurs lignes directrices sur les SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) qui recommandent une réévaluation régulière de la titration des antipsychotiques et/ou de la poursuite du traitement (78-80)
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation. Un bon suivi des médicaments et une bonne observance permettent de réduire les effets secondaires chez les patients, d’améliorer leur qualité de vie et donc d’améliorer l’observance.
- Valeurs et préférences: Pas de problème majeur

- Ressources: Pas de problème majeur
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité / Faisabilité: Aucune variabilité substantielle de l'acceptabilité n'est attendue, l'intervention est faisable dans les soins primaires
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique. Elle peut être utilisée dans les soins primaires par le médecin généraliste, en consultation avec le psychiatre traitant.

Recommandation 3 – Surveiller les paramètres suivants pendant le traitement psychopharmacologiques : pouls et pression artérielle, poids ou IMC, glycémie à jeun ou HbA1c, réponse au traitement, en ce compris les changements des symptômes et du comportement, les effets secondaires et leur impact sur la santé physique / bucco-dentaire et le fonctionnement, l'apparition de troubles du mouvement. (GPP)

Cette recommandation provient des lignes directrices du NICE "Trouble bipolaire : évaluation et prise en charge" et "Psychose et schizophrénie chez l'adulte"(54, 76). Elle a été soumise à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une enquête Delphi. Les experts du groupe de développement des lignes directrices et le panel de parties prenantes ont jugé important de suivre les recommandations du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) pour le suivi des médicaments et la surveillance des paramètres. Sur cette base, les recommandations ont été reformulées et validées.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Absence de preuves directes.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation; un bon suivi des différents paramètres peut permettre de limiter les effets secondaires et d'ajuster les doses en temps opportun.
- Valeurs et préférences: Pas de variabilité attendue si le suivi des paramètres se fait de manière adéquate
- Ressources: Aucun impact significatif de l'intervention recommandée : l'INAMI rembourse en partie les consultations de suivi.
- Égalité: Aucune variabilité substantielle n'est attendue
- Acceptabilité / Faisabilité: Aucune variabilité substantielle n'est attendue, la recommandation est applicable dans les soins primaires en Belgique. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans ce cadre
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans ce cadre.

Recommandation 4 – Évaluer les fonctions rénale et thyroïdienne et effectuer un ECG avant d'entamer un traitement au lithium. (GPP)

Cette recommandation provient des lignes directrices du NICE "Trouble bipolaire : évaluation et prise en charge" et "Psychose et schizophrénie chez l'adulte"(54, 76). Elle a été soumise à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une enquête Delphi. Les experts du groupe de développement des lignes directrices et le panel de parties prenantes ont jugé important de suivre les recommandations du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) pour le

suivi des médicaments et la surveillance des paramètres. Sur cette base, les recommandations ont été reformulées et validées.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Absence de preuves directes.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation; un bon suivi des différents paramètres peut permettre de limiter les effets secondaires et d'ajuster les doses en temps opportun.
- Valeurs et préférences: Pas de variabilité attendue si le suivi des paramètres se fait de manière adéquate
- Ressources: Aucun impact significatif de l'intervention recommandée : l'INAMI rembourse en partie les consultations de suivi.
- Égalité: Aucune variabilité substantielle n'est attendue
- Acceptabilité / Faisabilité: Aucune variabilité substantielle n'est attendue, la recommandation est applicable dans les soins primaires en Belgique. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans ce cadre
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans ce cadre.

Recommandation 5 – Vérifier les concentrations plasmatiques de lithium, les fonctions rénale et thyroïdienne et l'ionogramme (Na, K, Ca) au moins tous les six mois. (GPP)

Cette recommandation provient des lignes directrices du NICE "Trouble bipolaire : évaluation et prise en charge" et "Psychose et schizophrénie chez l'adulte" (54, 76). Elle a été soumise à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une enquête Delphi. Les experts du groupe de développement des lignes directrices et le panel de parties prenantes ont jugé important de suivre les recommandations du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) pour le suivi des médicaments et la surveillance des paramètres. Sur cette base, les recommandations ont été reformulées et validées.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Absence de preuves directes.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation; un bon suivi des différents paramètres peut permettre de limiter les effets secondaires et d'ajuster les doses en temps opportun.
- Valeurs et préférences: Pas de variabilité attendue si le suivi des paramètres se fait de manière adéquate
- Ressources: Aucun impact significatif de l'intervention recommandée : l'INAMI rembourse en partie les consultations de suivi.
- Égalité: Aucune variabilité substantielle n'est attendue
- Acceptabilité / Faisabilité: Aucune variabilité substantielle n'est attendue, la recommandation est applicable dans les soins primaires en Belgique. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans ce cadre
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans ce cadre.

Recommandation 6 – Déterminer les transaminases, les lipases et l'hémostase (plaquettes, coagulation) avant de commencer le traitement par valproate, puis tous les 3 mois la première année et une fois par an par la suite. (GPP)

Cette recommandation provient des lignes directrices du NICE "Trouble bipolaire : évaluation et prise en charge" et "Psychose et schizophrénie chez l'adulte" (54, 76). Elle a été soumise à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une enquête Delphi. Les experts du groupe de développement des lignes directrices et le panel de parties prenantes ont jugé important de suivre les recommandations du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) pour le suivi des médicaments et la surveillance des paramètres. Sur cette base, les recommandations ont été reformulées et validées.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Absence de preuves directes.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation; un bon suivi des différents paramètres peut permettre de limiter les effets secondaires et d'ajuster les doses en temps opportun.
- Valeurs et préférences : Pas de variabilité attendue si le suivi des paramètres se fait de manière adéquate
- Ressources : Aucun impact significatif de l'intervention recommandée : l'INAMI rembourse en partie les consultations de suivi.
- Égalité : Aucune variabilité substantielle n'est attendue
- Acceptabilité / Faisabilité : Aucune variabilité substantielle n'est attendue, la recommandation est applicable dans les soins primaires en Belgique. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans ce cadre
- Applicabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans ce cadre.

Recommandation 7 – Chez les personnes atteintes de TPS qui prennent des produits psychopharmacologiques, il convient d'être attentif aux interactions avec d'autres médicaments et avec le tabagisme. (GPP)

Cette recommandation provient de la ligne directrice de NICE 'Bipolar disorder: assessment and management' (76). Elle a été validée au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Absence de preuves directes.
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation. Une bonne surveillance permet d'ajuster les dosages en temps opportun et de réagir aux effets secondaires ainsi qu'aux interactions.
- Valeurs et préférences : Pas de problème majeur
- Ressources : Pas de problème majeur
- Égalité : Pas de problème majeur
- Acceptabilité / Faisabilité : Pas de problème majeur
- Applicabilité : Applicable dans les soins primaires en Belgique

Question 4 : Comment gérer les plaintes somatiques chez les personnes atteintes de TPS en première ligne ?

Recommandation

- 1. S'assurer que les différents soignants impliqués auprès d'un patient atteint de TPS en première ligne sachent qui sont les autres soignants. (GPP)**
- 2. Nommer un responsable au sein de l'équipe de soins qui prendra en charge la gestion des soins somatiques (continuité et coordination des soins somatiques). Ceci dans le cadre d'une responsabilité partagée. (GPP)**
- 3. Informer le patient de l'importance d'avoir un·e pharmacien·ne de référence. (GPP)**
- 4. Assurer que le (la) pharmacien·ne ne joue un rôle central dans le suivi des médicaments et la promotion de l'observance médicamenteuse . (GPP)**

Explication

La collaboration entre les différentes disciplines joue un rôle crucial dans la gestion des troubles physiques chez les personnes atteintes de TPS. Les troubles psychiatriques graves sont souvent associés à une prévalence accrue de plaintes somatiques et de comorbidités, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires(81). Une approche intégrée des soins, qui comprend à la fois les aspects psychiatriques et somatiques de la santé du patient, est essentielle à l'amélioration de la santé globale et des résultats du traitement.

Des recherches ont montré que les modèles de soins intégrés, combinant les soins psychiatriques et les soins somatiques, sont plus efficaces pour répondre aux besoins complexes des patients(64). Une collaboration multidisciplinaire entre psychiatres, médecins généralistes, spécialistes (para-)médicaux et infirmier·e-s favorise cette approche intégrée et peut conduire à une amélioration de l'observance et des résultats de santé(82). Dans notre contexte belge, il convient d'élargir cela à d'autres acteurs de soins importants : les infirmier·e-s à domicile, les membres des équipes psychiatriques mobiles, les assistant·e-s sociaux (sociales), etc.

L'un des principaux défis consiste à assurer une communication efficace et sécurisée entre les disciplines concernées. Favoriser une approche collaborative des soins, avec des accords clairs et un retour d'information régulier, est essentiel pour un traitement holistique et centré sur le patient.

Argumentaire

Recommandation 1 – S'assurer que les différents soignants impliqués auprès d'un patient atteint de TPS en première ligne sachent qui sont les autres soignants. (GPP)

Dans les lignes directrices sélectionnées, aucune recommandation n'a été trouvée sur la gestion des plaintes physiques chez les patients atteints de TPS. La recherche supplémentaire de revues et de méta-analyses a permis d'identifier 3 revues systématiques :

- L'étude de Ng, El-Den (83) démontre un effet positif de l'implication du (de la) pharmacien·ne dans l'observance et l'amélioration de la qualité de vie. Cependant, les études incluses et les différentes interventions sont très hétérogènes.
- L'étude de Martens, Destoop (84) étudie l'effet de l'adaptation de l'organisation des soins somatiques chez les patients atteints de TPS. Elle montre un effet modéré mais non constant sur la qualité de vie. Une approche plus intégrée semble avoir un effet positif sur les résultats en matière de santé, et la qualité de vie et les interventions par les pairs pourraient être en mesure d'améliorer l'observance. Dans la plupart des études, l'infirmier·e joue un rôle central à cet égard, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires.
- L'étude de Happell, Platania-Phung (85) met l'accent sur le rôle infirmier dans la gestion des troubles physiques chez les patients atteints de TPS. La recherche suggère que la collaboration et les stratégies fondées sur des données probantes sont essentielles.

Sur cette base, le groupe d'élaboration des lignes directrices a formulé deux recommandations, à savoir celle-ci et la recommandation suivante. Ceux-ci ont été présentés dans le cadre d'une procédure Delphi à un panel d'experts et de parties prenantes et ont été validés lors du premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Preuves indirectes limitées disponibles, comme décrit ci-dessus
- Balance des avantages et des inconvénients : Il y a un avantage net substantiel. Lorsque que les prestataires de soins de santé savent qui sont les autres prestataires de soins de santé, une collaboration interdisciplinaire est possible. De cette façon, des objectifs (de soins) communs peuvent être déterminés, ce qui conduit à des soins plus centrés sur le patient.
- Valeurs et préférences : Cela permet de coordonner les politiques avec les différents prestataires de soins de santé.
- Ressources : Aucun problème majeur concernant la connaissance des différents prestataires de soins de santé. Dans le cas d'une collaboration élargie ou d'un regroupement autour d'un cas de patient, l'allocation financière devrait être élargie pour inclure une allocation systématique accessible à un groupe plus large de soignants et de professionnels de la santé.
- Égalité : Pas de problème majeur
- Acceptabilité : Pas de problème majeur

- Faisabilité: Il est possible d'apprendre les uns des autres qui est impliqué dans les soins d'un patient particulier. Par extension, la collaboration et la communication intensive autour du cas d'un patient nécessitent un investissement en temps.
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique

Recommandation 2 – Nommer un responsable au sein de l'équipe de soins qui prendra en charge la gestion des soins somatiques (continuité et coordination des soins somatiques). Ceci dans le cadre d'une responsabilité partagée. (GPP)

Dans les lignes directrices sélectionnées, aucune recommandation n'a été trouvée sur la gestion des plaintes physiques chez les patients atteints de TPS. La recherche supplémentaire de revues et de méta-analyses a permis d'identifier 3 revues systématiques :

- L'étude de Ng, El-Den (83) démontre un effet positif de l'implication du (de la) pharmacien-ne dans l'observance et l'amélioration de la qualité de vie. Cependant, les études incluses et les différentes interventions sont très hétérogènes.
- L'étude de Martens, Destoop (84) étudie l'effet de l'adaptation de l'organisation des soins somatiques chez les patients atteints de TPS. Elle montre un effet modéré mais non constant sur la qualité de vie. Une approche plus intégrée semble avoir un effet positif sur les résultats en matière de santé, et la qualité de vie et les interventions par les pairs pourraient être en mesure d'améliorer l'observance. Dans la plupart des études, l'infirmier-e joue un rôle central à cet égard, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires.
- L'étude de Happell, Platania-Phung (85) met l'accent sur le rôle infirmier dans la gestion des troubles physiques chez les patients atteints de TPS. La recherche suggère que la collaboration et les stratégies fondées sur des données probantes sont essentielles.

Sur cette base, le groupe d'élaboration des lignes directrices a formulé deux recommandations, à savoir celle-ci et la recommandation précédente. Ceux-ci ont été présentés dans le cadre d'une procédure Delphi à un panel d'experts et de parties prenantes et ont été validés lors du premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Preuves indirectes limitées disponibles, comme décrit ci-dessus
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation.
- Valeurs et préférences: Le rôle de coordination garantit une approche centrée sur le patient et une meilleure coordination entre les différents professionnels.
- Ressources: Ce rôle peut être assumé par un médecin généraliste. L'échange d'informations entre les différents prestataires de soins de santé (via SUMEHR) est important.
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité: Pas de problème majeur
- Faisabilité: Les médecins généralistes devraient disposer de suffisamment de temps pour assumer ce rôle de coordination et une formation supplémentaire pourrait être nécessaire à cet effet.
- Applicabilité: Applicable dans les soins primaires en Belgique

Recommandation 3 – Informer le patient de l'importance d'avoir un-e-pharmacien-ne de référence. (GPP)

Aucune recommandation n'a été trouvée dans les lignes directrices sélectionnées sur le rôle du (de la) pharmacien-ne d'officine dans la gestion des plaintes physiques chez les patients souffrant de TPS. La recherche complémentaire de revues et de méta-analyses a donné 1 revue systématique :

- L'étude de Ng, El-Den (83) démontre un effet positif de l'implication du (de la) pharmacien-ne dans l'observance et l'amélioration de la qualité de vie. Cependant, les études incluses et les différentes interventions sont très hétérogènes.

Sur cette base, le groupe de développement des lignes directrices a formulé deux recommandations, à savoir celle-ci et la recommandation suivante. Elles ont été soumises à un panel d'experts et de parties prenantes et validées au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : Preuves limitées disponibles comme décrit ci-dessus
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation. Le (la) pharmacien-ne de référence fournit un programme de médicaments complet, actualisé et individualisé. Le calendrier des médicaments peut également être communiqué à d'autres prestataires de soins de santé. De cette manière, il est possible d'obtenir des conseils sur l'observance des médicaments et d'améliorer l'observance.
- Valeurs et préférences: D'après les enquêtes menées auprès des patients, il semble très important d'avoir une personne régulière comme pharmacien-ne d'officine.
- Ressources: Le (la) pharmacien-ne perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient avec lequel il a conclu un accord ; un dossier pharmacologique partagé est requis.
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité: Pas de problème majeur
- Faisabilité: Pas de problème majeur
- Applicabilité: Applicable dans les soins de santé en Belgique. Le poste de pharmacien-ne de référence pour le suivi de la médication des patients chroniques existe depuis 2017.

Recommandation 4 – Assurer que le (la) pharmacien-ne ne joue un rôle central dans le suivi des médicaments et la promotion de l'observance médicamenteuse . (GPP)

Aucune recommandation n'a été trouvée dans les lignes directrices sélectionnées sur le rôle du (de la) pharmacien-ne d'officine dans la gestion des plaintes physiques chez les patients souffrant de TPS. La recherche complémentaire de revues et de méta-analyses a donné 1 revue systématique :

- L'étude de Ng, El-Den (83) démontre un effet positif de l'implication du (de la) pharmacien-ne dans l'observance et l'amélioration de la qualité de vie. Cependant, les études incluses et les différentes interventions sont très hétérogènes.

Sur cette base, le groupe de développement des lignes directrices a formulé deux recommandations, à savoir celle-ci et la recommandation précédente. Elles ont été soumises à un panel d'experts et de parties prenantes et validées au premier tour.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de cette recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques :
Preuves limitées disponibles comme décrit ci-dessus
- Balance des avantages et des inconvénients : Avantages nets substantiels de la recommandation. Le (la) pharmacien·ne de référence fournit un programme de médicaments complet, actualisé et individualisé. Le calendrier des médicaments peut également être communiqué à d'autres prestataires de soins de santé. De cette manière, il est possible d'obtenir des conseils sur l'observance des médicaments et d'améliorer l'observance.
- Valeurs et préférences: D'après les enquêtes menées auprès des patients, il semble très important d'avoir une personne régulière comme pharmacien·ne d'officine.
- Ressources: Le (la) pharmacien·ne perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient avec lequel il a conclu un accord ; un dossier pharmacologique partagé est requis.
- Égalité: Pas de problème majeur
- Acceptabilité: Pas de problème majeur
- Faisabilité: Pas de problème majeur
- Applicabilité: Applicable dans les soins de santé en Belgique. Le poste de pharmacien·ne de référence pour le suivi de la médication des patients chroniques existe depuis 2017.

Liste des abréviations utilisées

APA – Activité Physique Adaptée

CEBAM – Centre Belge pour l'Évidence-Based Medicine

DALY – Disability-Adjusted Life Year (années de vie corrigées du facteur d'incapacité)

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GPP – Good Practice Point (bonnes pratiques cliniques, basées sur consensus d'experts)

HbA1c – Hémoglobine glyquée (marqueur de l'équilibre glycémique)

IMA – InterMutualistisch Agentschap / Agence Inter-Mutualiste

IMC – Body Mass Index / Indice de Masse Corporelle

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

RCT – Randomized Controlled Trial (essai contrôlé randomisé)

SPF – Service Public Fédéral

TPS – Troubles Psychiatriques Sévères

Condition préalable

Eléments d'évaluation

Afin de vérifier la qualité des soins et la mise en œuvre de la ligne directrice, des indicateurs et des critères d'évaluation ont été élaborés.

Les indicateurs sont des aspects mesurables de la prestation de soins de santé qui donnent une idée de la qualité des soins fournis⁽⁸⁶⁾.

On distingue généralement trois types d'indicateurs⁽⁸⁷⁾:

- Les indicateurs de structure donnent un aperçu des conditions (organisationnelles) dans lesquelles les soins sont dispensés ;
- Les indicateurs de processus fournissent des informations sur les actions menées dans le cadre d'un processus de soins de santé pour garantir la qualité ;
- Les indicateurs de résultats fournissent des données sur les résultats des processus de soins au niveau de chaque patient.

La description des indicateurs a fait partie de la consultation des parties prenantes. Au cours des réunions organisées pendant l'élaboration de la ligne directrice, des informations pertinentes ont été recueillies de manière implicite. Celles-ci ont été complétées par des informations issues de la littérature et des expériences des pratiques respectives.

Les différents critères d'évaluation sont décrits par question clinique et par recommandation dans le tableau ci-dessous.

Aux fins d'évaluation de cette ligne directrice, la définition suivante d'un trouble psychiatriques sévère (TPS) est généralement utilisée : un indicateur d'un TMG dans Farmanet, caractérisé par l'utilisation d'antipsychotiques ou de lithium pendant une période ininterrompue de plus de six mois.

Question 1 : Quel dépistage systématique somatique est recommandé pour les personnes atteintes de TPS et de quelle manière peut-il être proposé ?		
Recommandation : Effectuer un dépistage somatique composé de trois éléments pour toutes les personnes atteintes d'une TPS : 1. dépistage somatique général 2. surveillance des médicaments 3. antécédents de mode de vie	INDICATEUR Pourcentage de patients prenant du lithium qui subissent des tests de la fonction rénale (DFGe, DFG, créatinine) ou des tests thyroïdiens (TSH) au moins deux fois par an. (proxy basé sur data d'IMA)	Indicateur de résultats (niveau population)
	INDICATEUR Pourcentage de patients avec un TPS connus dont le poids, le statut tabagique et le statut d'activité sont mis à jour chaque année dans le dossier médical électronique	Indicateur de processus (niveau de pratique - Médecin généraliste)
	INDICATEUR Pourcentage de patients utilisant des antipsychotiques / contrôle annuel	Indicateur de processus (niveau population)

	chez le dentiste (proxy basé sur data d'IMA-pharmanet)	
Question 2 : Quelles interventions spécifiques de mode de vie sont recommandées pour les personnes atteintes de TPS en première ligne et de quelle manière ?		
Recommandation : Si les interventions sur le mode de vie ou le changement de médicaments psychotropes ont peu d'effet sur le poids des personnes atteintes de TPS qui sont en surpoids ou obèses, prescrire de la metformine. Faites-le sous supervision clinique et assurez un suivi	INDICATEUR Pourcentage de patients utilisant de l'olanzapine/patients utilisant de la metformine (proxy basé sur data d'IMA-pharmanet)	Indicateur de processus (niveau population)
Recommandation : Initier des interventions sur le mode de vie chez les personnes atteintes de TPS et en surpoids ou à risque de surpoids.	INDICATEUR Pourcentage de patients en surpoids avec un TPS qui bénéficient d'une orientation vers un coach d'exercice (mouvement sur référence)	Indicateur de résultats (niveau de pratique - Médecin généraliste)
Question 3 : Quel suivi (psycho)pharmacologique est recommandé pour les personnes ayant un TPS en première ligne et de quelle manière ?		
Recommandation : Pendant le traitement par médicaments psychotropes, surveiller les paramètres suivants : pouls et tension artérielle, poids ou IMC, glycémie à jeun ou HbA1c, réponse au traitement, y compris les changements de symptômes et de comportement, les effets secondaires et leur impact sur la santé physique et le fonctionnement, et le développement de troubles du mouvement	INDICATEUR Analyse sanguine/nombre total de patients utilisant des antipsychotiques/lithium (data proxy-IMA)	Indicateur de processus (niveau population)
	INDICATEUR Pourcentage de patients ayant un TPS qui ont bénéficié d'un examen de leurs médicaments ou d'une éducation des patients au moins une fois par an	Indicateur de processus (niveau de pratique-pharmacien)
	INDICATEUR Pourcentage de patients avec un TPS et un code de nomenclature d'examen des médicaments enregistré (Proxy-IMA-data)	Indicateur de résultats (niveau population)
	INDICATEUR Pourcentage de patients ayant un TPS dont la tension artérielle et le pouls sont	Indicateur de processus (niveau de pratique - Médecin généraliste, infirmier, pharmacien)

	enregistrés deux fois par an dans le dossier électronique du patient	
Question 4 : Comment gérer les plaintes somatiques chez les personnes atteintes de TPS en première ligne ?		
Recommandation : Désigner une personne au sein de l'équipe soignante responsable des soins somatiques (continuité et coordination des soins somatiques). Ceci dans un cadre de responsabilité partagée	INDICATEUR Pourcentage de patients atteints d'une affection somatique dont le dossier médical électronique indique l'identité des professionnels de la santé somatique et mentale, y compris la personne de référence pour l'intégration entre les soins somatiques et mentaux (gestionnaire de cas)	Indicateur de structure (niveau de pratique - Médecin généraliste)
Recommandation : Informer le patient de l'importance d'un pharmacien généraliste	INDICATEUR Pourcentage de patients atteints d'une affection somatique qui disposent d'un code de nomenclature pour un pharmacien de référence ET/OU d'un Dossier Médical Global (proxy data IMA/RIZIV)	Indicateur de structure (niveau population)

Agenda de recherche

Sur la base du document fourni, plusieurs questions en suspens et défis futurs subsistent concernant les recommandations fondées sur les preuves pour les soins somatiques des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères (TPS) en Belgique, ainsi que leur mise en œuvre.

Tout d'abord, bien que la ligne directrice ait été développée de manière rigoureuse en s'appuyant sur les meilleures données disponibles et adaptée au contexte belge, la traduction de ces recommandations dans la pratique quotidienne reste complexe. Les obstacles identifiés concernent notamment la répartition des responsabilités entre prestataires, la coordination interdisciplinaire, et l'intégration effective de la ligne directrice dans les parcours de soins existants. Une collaboration plus fluide entre soins primaires et services spécialisés en santé mentale est encore difficile à instaurer, malgré les intentions réformatrices de l'article 107.

Nous souhaitons également attirer l'attention sur un autre groupe de personnes avec lequel une collaboration importante existe déjà aujourd'hui, mais qui est insuffisamment pris en compte dans la présente directive : les membres de la famille et autres figures de soutien. Bien que les cliniciens observent au quotidien la contribution que les aidants proches peuvent apporter à l'observance thérapeutique, à l'accompagnement des habitudes de vie et à la détection précoce des plaintes somatiques, la littérature scientifique actuelle fournit peu, voire pas d'éléments concernant leurs rôles et responsabilités. Le recours à des tiers significatifs soulève par ailleurs des questions éthiques relatives à l'équilibre entre l'autonomie du patient, la protection de la vie privée et la responsabilité partagée. Des recherches futures devront préciser de quelle manière les aidants proches et figures de soutien peuvent être intégrés, de façon réaliste (en tenant compte notamment de leur propre capacité de soutien) et souhaitable, dans les processus de soins, ainsi que l'impact de cette intégration sur les résultats définis ci-dessus. Nous espérons, lors d'une éventuelle révision, pouvoir nous appuyer sur une base scientifique plus solide ; dans le cadre de l'élaboration de la présente directive, nous avons en tout cas veillé à inclure un représentant des aidants proches au sein du groupe des parties prenantes.

Ensuite, vu que l'utilisation de psychotropes peut entraîner de l'obésité, de l'hypertension, de l'hyperglycémie et une dyslipidémie, qui peuvent à leur tour provoquer un diabète sucré et des maladies cardiovasculaires⁽¹⁹⁾, la sous-utilisation persistante de la surveillance systématique, pourtant bien documentée, met en évidence un écart entre les recommandations et la réalité des pratiques. Ceci s'observe notamment dans le cas de l'utilisation des psychotropes et en présence de facteurs de risque⁽²¹⁾. De même, le dépistage somatique favorise la prévention ainsi que la reconnaissance et le traitement précoces des problèmes somatiques. Cela pose la question de l'appropriation des outils par les professionnels, mais aussi du temps disponible, de la formation, et du soutien organisationnel nécessaire à leur application. Des défis liés à la faisabilité, notamment en termes de consultation suffisante, de remboursement et de charge de travail, sont également soulignés dans le document.

Par ailleurs, les conseils en matière de mode de vie sont pertinents pour tout le monde, quel que soit l'âge, le sexe, la vulnérabilité somatique ou psychique. Manger sainement et bouger suffisamment sont des recommandations générales qui s'appliquent à chacun·e. Mais les conseils en matière de mode de vie doivent aussi être individualisés ; il convient de toujours tenir compte de la constitution et de l'état de la personne. Cela est particulièrement vrai pour les personnes dont la vulnérabilité (et le traitement de celle-ci)

complique la mise en œuvre des conditions les plus favorables. Les personnes atteintes de TPS sont en principe soumises aux mêmes recommandations pour prévenir les mêmes problèmes, mais il est souvent nécessaire de prévoir davantage de temps, d'investir davantage dans l'entretien motivationnel, et d'assurer un meilleur suivi (également en raison de possibles interactions médicamenteuses). Cette ligne directrice met surtout en évidence les aspects qui nécessitent une attention accrue pour ce groupe cible. L'adhésion des patients aux interventions recommandées, qu'elles soient de type préventif (mode de vie) ou curatif (pharmacologique), dépend fortement de leur motivation, de leur compréhension et de l'inclusion de leurs proches dans le processus de soins. Cela renvoie à la nécessité de renforcer la littératie en santé, de favoriser la décision partagée et de lutter contre la stigmatisation des personnes vivant avec un TPS. Enfin, un défi structurel réside dans le suivi à long terme de la ligne directrice elle-même : il est prévu un réexamen dans cinq ans, mais la pérennité de cette évaluation dépendra d'un système robuste de collecte de données, d'indicateurs de qualité bien définis, et d'un pilotage clair à différents niveaux du système de santé.

Élaboration

Auteurs

Dr. Nicolaas Martens

Karolien Van Puyenbroeck

Dr. Vicky Hennissen

Dr. Andréia Nascimento

Prof. dr. Paul Van Royen

Prof. dr. Thérèse Van Durme

Dr. Pierre Smith

Prof. dr. Kris Van den Broeck

Experts consultés

Jef Adriaenssens*

Jean Luc Belche

Ahsley Boers*

Eline Braet

Paul Calle

Thierry Christiaens

Jonah Coenen

Sam Cordyn*

Ellen Cornelis

Marleen Corremans*

Robin Crunenberg

Olivia Dalleur

Eve Daman

Hans De Loof

Manon De Montigny

Lynn De Pelsmaeker

Marianne Destoop

Elfriede Dewallef*

Joris D'Hooghe

Geert Dom

Els Draeck

Joke Duyck

Simon Ector

Ellen Excelmans

Nataly Filion

Lies Grypdonck*

Meike Horn*

Pascale Jonckheer*

Patricia Kirkhove*

Simon Lambrichts

An Lehouck*

Chantal Leirs*

Marleen Louagie*

Houda Mahla*

Adeline Nicodeme*

Pierre Oswald

Samira Ouraghi*

Nathalie Pauwen*

Joëlle Pieters*

Liz Ponnet*

Laura Rectem

Deborah Seys*

Carolien Strouwen*

Kim Sweers

Simon Van Cauwenbergh*

Jan Van der Mullen

Chantal Vanherreweghen

Ellen Van Leeuwen

Andries Van Schuerbeek*

Barbara Verboven

Mieke Vermandere

Stig Walravens

* = membres du comité d'accompagnement ; le comité d'accompagnement a également été invité à la consultation élargie des parties prenantes de la version préfinale de la ligne directrice.

Conflit d'intérêts

Il n'a été fait mention d'aucun conflit d'intérêts. Tous les membres du groupe de développement de la ligne directrice ont signé une déclaration de conflit d'intérêts, qui peut être consultée auprès du CEBAM.

Méthodologie

La ligne directrice a été partiellement développée de novo et partiellement adaptée à partir de lignes directrices étrangères, en tenant compte du contexte belge.

Pour une explication détaillée, nous renvoyons au rapport méthodologique.

Validation

Mise à jour prévue et financement

Dans un délai de cinq ans, les partenaires du réseau evikey procéderont, sur la base d'un suivi de la littérature et de l'éventuelle apparition de nouvelles preuves ou d'un changement de contexte, à une évaluation visant à déterminer si la présente directive doit être révisée (totalement ou partiellement).

Cette ligne directrice a été élaborée grâce au financement du SPF Santé publique. Le bailleur de fonds n'est intervenu à aucun moment et d'aucune manière au cours de son développement.

Bibliographie

1. Catthoor K, De Hert M, De Loof H, Jongeneelen I, Wuyts Y, Van den Broeck K. Psychiatrists and other medical professionals in Belgium show a substantial lack of knowledge about poverty. *European Psychiatry*. 2023;66(1):e60.
2. Delespaul P, EPA C. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2013.
3. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.
4. Kaesemans G, Delrue T. Terugbetaling psychologische zorg. Budgettaire impactanalyse en scenario voor implementatie. Brussel, België: Zorgnet-Icuro; 2017.
5. Meeuwissen JAC, van Meijel B, van Piere M, Bak M, Bakkenes M, van der Kellen D, et al. Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht, Nederland: V&VN; 2015.
6. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing chronic disease*. 2006;3(2):A42.
7. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry*. 2011;10(1):52.
8. Cai V, Peng Ng C, Zhao J, Siskind D, Kisely S. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Periodontal Disease and Severe Mental Illness. *Psychosom Med*. 2022;84(7):836-47.
9. Mazereel V, Detraux J, Vancampfort D, Van Winkel R, De Hert M. Impact of psychotropic medication effects on obesity and the metabolic syndrome in people with serious mental illness. *Frontiers in Endocrinology*. 2020;11:573479.
10. Van der Heyden J, Charafeddine R. Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen. Brussel, België: Sciensano; 2019. Contract No.: D/2019/11.440/36.
11. Gezondheid&Wetenschap. Chronische obstructieve longziekte (COPD): Patiëntenrichtlijn: Gezondheid & Wetenschap; 2025 [Available from: <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/chronisch-obstructieve-longziekte-copd>
12. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti 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.
13. Kisely S, Baghaie H, Laloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med*. 2015;77(1):83-92.
14. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia research*. 2005;76(2-3):135-57.
15. Šagud M, Vuksan-Ćusa B, Jakšić N, Mihaljević-Pešić A, Rojnić Kuzman M, Pivac N. Smoking in schizophrenia: an updated review. *Psychiatria Danubina*. 2018;30(suppl. 4):216-23.

16. Ferry F, Rosato M, Leavey G. Mind the gap: an administrative data analysis of dental treatment outcomes and severe mental illness. *Journal of Mental Health*. 2024;33(4):474–80.
17. Smith P, Nicaise P, Thunus S, Neyens I, Walker C, Lorant V. Stakeholder Coalitions and Priorities Around the Policy Goals of a Nation-Wide Mental Health Care Reform. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2021;48:639–53.
18. De Hert M, Dekker J, Wood D, Kahl K, Holt R, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European psychiatry*. 2009;24(6):412–24.
19. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Circulation*. 2005;112(17):2735–52.
20. Cockburn N, Pradhan A, Taing MW, Kisely S, Ford PJ. Oral health impacts of medications used to treat mental illness. *J Affect Disord*. 2017;223:184–93.
21. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1334–49.
22. Melamed OC, Wong EN, LaChance LR, Kanji S, Taylor VH. Interventions to improve metabolic risk screening among adult patients taking antipsychotic medication: A systematic review. *Psychiatric Services*. 2019;70(12):1138–56.
23. Choi J, Price J, Ryder S, Siskind D, Solmi M, Kisely S. Prevalence of dental disorders among people with mental illness: An umbrella review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022;56(8):949–63.
24. Macnamara A, Mishu MP, Faisal MR, Islam M, Peckham E. Improving oral health in people with severe mental illness (SMI): A systematic review. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260766.
25. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(3):220–9.
26. Milaneschi Y, Simmons WK, van Rossum EF, Penninx BW. Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular psychiatry*. 2019;24(1):18–33.
27. Mohanty K, Gandhi S, Krishna Prasad M, John AP, Bhaskarapillai B, Malo P, et al. Effectiveness of lifestyle intervention on prevention/management of antipsychotic-induced weight gain among persons with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*. 2024;29(7):690–706.
28. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*. 2010(5).
29. Malchow B, Reich-Erkelenz D, Oertel-Knöchel V, Keller K, Hasan A, Schmitt A, et al. The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2013;263:451–67.
30. Verhaeghe N, De Maeseneer J, Maes L, Van Heeringen C, Annemans L. Effectiveness and cost-effectiveness of lifestyle interventions on physical activity and eating habits in persons with severe mental disorders: a systematic review. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2011;8:1–12.
31. WHO. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. *Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines* 2018.
32. Naslund JA, Whiteman KL, McHugo GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*. 2017;47:83–102.

33. Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(2):110–8.
34. Speyer H, Jakobsen AS, Westergaard C, Nørgaard HCB, Pisinger C, Krogh J, et al. Lifestyle interventions for weight management in people with serious mental illness: a systematic review with meta-analysis, trial sequential analysis, and meta-regression analysis exploring the mediators and moderators of treatment effects. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2019;88(6):350–62.
35. Pape LM, Adriaanse MC, Kol J, van Straten A, van Meijel B. Patient-reported outcomes of lifestyle interventions in patients with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2022;22(1):261.
36. De Coninck L, Vanhoof E, Van Cauwenbergh S, Van Roy T, Keijzer J-H, Stukken L, et al. Richtlijn Multimodale aanpak van obesitas bij volwassenen in de eerstelijnszorg. 2024.
37. Gailly J. Stoppen met roken: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. *Huisarts Nu* Sept. 2006;35(7):395–425.
38. Agarwal SM, Stogios N, Ahsan ZA, Lockwood JT, Duncan MJ, Takeuchi H, et al. Pharmacological interventions for prevention of weight gain in people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022(10).
39. Mizuno Y, Suzuki T, Nakagawa A, Yoshida K, Mimura M, Fleischhacker WW, et al. Pharmacological strategies to counteract antipsychotic-induced weight gain and metabolic adverse effects in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(6):1385–403.
40. Siskind D, Gallagher E, Winckel K, Hollingworth S, Kisely S, Firth J, et al. Does switching antipsychotics ameliorate weight gain in patients with severe mental illness? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*. 2021;47(4):948–58.
41. Speyer H, Westergaard C, Albert N, Karlsen M, Stürup AE, Nordentoft M, et al. Reversibility of antipsychotic-induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*. 2021;12:577919.
42. de Silva VA, Suraweera C, Ratnatunga SS, Dayabandara M, Wanniarachchi N, Hanwella R. Metformin in prevention and treatment of antipsychotic induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2016;16:1–10.
43. Culhane MA, Schoenfeld DA, Barr RS, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, et al. Predictors of early abstinence in smokers with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1743–50.
44. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine & tobacco research*. 2008;1691–715.
45. Kang J, Wu J, Aggarwal VR, Shiers D, Doran T, Palmier-Claus J. Investigating the Relationship between Oral Health and Severe Mental Illness: Analysis of NHANES 1999–2016. *Dent J (Basel)*. 2024;12(7).
46. Guo D, Shi Z, Luo Y, Ding R, He P. Association between oral health behavior and chronic diseases among middle-aged and older adults in Beijing, China. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):97.
47. Zięba S, Maciejczyk M, Antonowicz B, Porydzaj A, Szuta M, Lo Giudice G, et al. Comparison of smoking traditional, heat not burn and electronic cigarettes on salivary cytokine, chemokine and growth factor profile in healthy young adults-pilot study. *Front Physiol*. 2024;15:1404944.
48. Flanagan RJ, Hunter S, Obee SJ. Effect of cigarette smoking on clozapine dose and on plasma clozapine and N-desmethyloclozapine (norclozapine) concentrations in clinical practice. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2023;43(6):514–9.

49. Hawes MR, Roth KB, Cabassa LJ. Systematic review of psychosocial smoking cessation interventions for people with serious mental illness. *Journal of dual diagnosis*. 2021;17(3):216–35.
50. Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ open*. 2019;9(11):e027389.
51. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*. 2016;387(10037):2507–20.
52. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(2).
53. NVALT. Tabaks- en nicotineverslaving. Richtlijndatabase.nl2023.
54. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management: NICE; 2014.
55. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2016;206:331–49.
56. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke - Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(12).
57. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2015;154:1–13.
58. de Mooij LD, Kikkert M, Lommerse NM, Theunissen J, de Koning MB, de Haan L, et al. Homesick: residential and care patterns in patients with severe mental illness. *BMC psychiatry*. 2016;16:1–10.
59. Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47:487–503.
60. Mersy DJ. Recognition of alcohol and substance abuse. *American family physician*. 2003;67(7):1529–32.
61. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*. 2013;131(1–2):23–35.
62. GGZ Standaard Drug (niet-opioïden)2020.
63. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Dukes K, Kraemer KL, et al. Some medical inpatients with unhealthy alcohol use may benefit from brief intervention. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2009;70(3):426–35.
64. Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol Research & Health*. 2011;33(4):338.
65. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2004;27(4):360.
66. WHO. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders: World Health Organization; 2023.
67. Arcadepani FB, Fidalgo TM. Substance use among older adults: a review of the literature. *Journal of addictive diseases*. 2023;41(4):289–99.
68. Chou R, Dana T, Blazina I, Grusing S, Fu R, Bougatsos C. Interventions for unhealthy drug use—supplemental report: A systematic review for the US Preventive services task force. 2020.
69. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial Interventions for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(1):18–20.

70. Boniface S, Malet-Lambert I, Coleman R, Deluca P, Donoghue K, Drummond C, et al. The effect of brief interventions for alcohol among people with comorbid mental health conditions: a systematic review of randomized trials and narrative synthesis. *Alcohol and alcoholism*. 2018;53(3):282–93.
71. Minozzi S, Saulle R, Amato L, Traccis F, Agabio R. Psychosocial interventions for stimulant use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024(2).
72. Ghosh A, Morgan N, Calvey T, Scheibin F, Angelakis I, Panagioti M, et al. Effectiveness of psychosocial interventions for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis update. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2024;50(4):442–54.
73. Wang W, Chau AKC, Kong P, Sun X, So SH-W. Efficacy of motivational interviewing in treating co-occurring psychosis and substance use disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2021;83(1):38865.
74. Tatar O, Bastien G, Abdel-Baki A, Huynh C, Jutras-Aswad D. A systematic review of technology-based psychotherapeutic interventions for decreasing cannabis use in patients with psychosis. *Psychiatry research*. 2020;288:112940.
75. Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2020;34(1):3–78.
76. NICE. Bipolar disorder: assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence London; 2014.
77. Angst N-w. NHG-Standaard Angst (M62; v. 3.1). 2019.
78. Dyer SM, Laver K, Pond CD, Cumming RG, Whitehead C, Crotty M. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia in Australia. *Australian family physician*. 2016;45(12):884–9.
79. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, et al. The American Psychiatric Association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. *Focus*. 2017;15(1):81–4.
80. Duff C. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. 2018.
81. Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nature Reviews Cardiology*. 2021;18(2):136–45.
82. Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, et al. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022.
83. Ng R, El-Den S, Stewart V, Collins JC, Roennfeldt H, McMillan SS, et al. Pharmacist-led interventions for people living with severe and persistent mental illness: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022;56(9):1080–103.
84. Martens N, Destoop M, Dom G. Organization of Community Mental Health Services for persons with a severe mental illness and comorbid somatic conditions: a systematic review on somatic outcomes and health related quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(2):462.
85. Happell B, Platania-Phung C, Watkins A, Scholz B, Curtis J, Goss J, et al. Developing an evidence-based specialist nursing role to improve the physical health care of people with mental illness. *Issues in mental health nursing*. 2019;40(10):832–8.
86. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. *The European journal of general practice*. 1997;3(3):103–8.
87. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor*. 1980;1.

