

SOINS DE SANTÉ SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE :

BARRIÈRES PERÇUES PAR LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

KOHN L (1), CHRISTIAENS W (1), DETRAUX J (2), DE LEPELEIRE J (3), DE HERT M (2, 4), GILLAIN B (5),
DELAUNOIT B (6), SAVOYE I (1), MISTIAEN P (1), JESPERS V (1)

RÉSUMÉ : Les disparités dans l'accès, l'utilisation et la prestation des soins de santé somatiques contribuent à creuser les écarts de morbidité et mortalité entre patients psychiatriques et la population générale. Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-structurés auprès de patients psychiatriques et de professionnels de santé de différents lieux de soins psychiatriques afin de comprendre ces mauvais résultats en matière de santé physique. Le suivi somatique optimal des patients atteints d'une maladie mentale sévère semble entravé par des éléments : (1) liés aux prestataires de soins (attitude, formation, expériences); (2) en relation avec des aspects organisationnels (équipement, infrastructure, personnel, pharmacie, réseaux de communication); (3) inhérents aux caractéristiques des patients psychiatriques et (4) représentés par des obstacles financiers. Il est urgent de mettre en place des systèmes de soins de santé somatiques et psychiatriques intégrés et d'entamer un changement culturel. Les psychiatres et les prestataires de soins somatiques continuent de considérer la santé mentale et la santé physique de leurs patients comme des responsabilités mutuellement exclusives. Un changement de paradigme tendant vers une meilleure intégration permettra d'améliorer la qualité des soins de santé somatiques pour ces patients vulnérables.

MOTS-CLÉS : Soins de santé - Psychiatrie - Obstacles - Santé physique - Recherche qualitative

SOMATIC CARE IN PSYCHIATRY :

BARRIERS PERCEIVED BY PATIENTS AND HEALTH PROFESSIONALS

SUMMARY : Disparities in access to, use of and delivery of somatic health care contribute to widening gaps in morbidity and mortality between psychiatric patients and the general population. We conducted a qualitative semi-structured interview study with psychiatric patients and health professionals from different psychiatric care settings to understand these poor physical health outcomes. Optimal somatic follow-up of patients with severe mental illness seems to be hampered by (1) provider-related elements (attitude, training, experiences); (2) organisational aspects (equipment, infrastructure, staff, pharmacy, communication networks); (3) psychiatric patient-related elements and (4) financial barriers. There is an urgent need for integrated somatic and psychiatric health care systems and for cultural change. Psychiatrists and somatic health care providers continue to view the mental and physical health of their patients as mutually exclusive responsibilities. A range of system changes will improve the quality of somatic health care for these vulnerable patients.

KEYWORDS : Health care - Psychiatry - Barriers - Physical health - Qualitative research

INTRODUCTION

Les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère (MMS), généralement définie comme une maladie psychiatrique entraînant une déficience fonctionnelle grave (schizophrénie, trouble bipolaire ou trouble dépressif majeur), ont un taux de mortalité deux à trois

fois supérieur à celui de la population générale (1, 2) et ce, tant dans les pays à revenu élevé que dans ceux à revenu faible (1). Les comorbidités somatiques, principalement les maladies cardiovasculaires, contribuent de manière significative à cette surmortalité (3, 4), même chez les jeunes adultes (5).

Un mode de vie malsain et l'utilisation de médicaments psychotropes, en particulier les antipsychotiques, sont des facteurs de risque importants pour les complications cardio-métaboliques et les troubles somatiques (2, 6-9). Il existe également des disparités d'accès aux soins et les personnes atteintes de MMS bénéficient souvent de moins de dépistages et d'interventions en matière de santé physique que la population générale (1, 2, 10, 11). Malgré de nombreuses recommandations au cours de la dernière décennie pour améliorer la qualité des soins de santé somatiques de ces patients (1, 12-14), peu ou pas de progrès ont été réalisés. Il semble même que l'écart de mortalité entre les personnes atteintes de MMS et la population générale se creuse (15).

(1) Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), Bruxelles, Belgique.

(2) Department of Neurosciences, Public Health Psychiatry, University Psychiatric Center, KU Leuven, Kortenberg, Belgique.

(3) Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven, Leuven, Belgique.

(4) Antwerp Health Law and Ethics Chair, University of Antwerp, Antwerp, Belgique.

(5) Société Royale de Santé Mentale de Belgique, Belgique.

(6) Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers, Tournai, Belgique.

Des recherches qualitatives antérieures (16-18) ont indiqué que les personnes atteintes de MMS sont largement insatisfaites de leurs soins de santé somatiques. Cependant, la plupart de ces recherches ont été réalisées dans des pays dont le système de santé diffère de celui de la Belgique. Dans le cadre d'une étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) (19) visant à examiner les soins de santé somatiques des personnes souffrant de MMS en Belgique, nous avons cherché à identifier les obstacles à ce type de soins dans le contexte belge en explorant les perspectives des soignants en psychiatrie et des patients qui ont séjourné dans des établissements psychiatriques.

MÉTHODES

Nous avons opté pour une approche qualitative. Ainsi, entre février et juillet 2020, 22 entretiens individuels semi-structurés ont été menés avec un psychiatre ou un praticien somatique (médecin généraliste ou spécialiste) et 9 entretiens collectifs avec l'équipe pluridisciplinaire (infirmiers psychiatriques, psychologues, éducateurs) dans des hôpitaux psychiatriques (HP), services psychiatriques d'hôpital général (SPHG), maisons de soins psychiatriques (MSP) et initiatives d'hébergement protégé (IHP) dans toutes les régions. Certains entretiens ont été réalisés par visioconférence en raison des mesures sanitaires dues à la COVID-19. Au total, nous avons rencontré une cinquantaine de professionnels de santé issus de 10 milieux différents à travers la Belgique (Tableau I).

Pour explorer le point de vue des patients, nous avons pu interviewer en visioconférence 10 patients âgés de 18 ans ou plus, souffrant de schizophrénie ou d'affections apparentées, trouble bipolaire ou dépression modérée à sévère et ayant séjourné au moins une fois au cours des 5 dernières années dans un établissement «résidentiel» de soins psychiatriques. Ils ont été recrutés avec la collaboration des associations de patients.

Pour chaque public, un guide d'entretien spécifique a été utilisé. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et codés au cours d'une analyse thématique inductive, à l'aide du logiciel Nvivo, par deux chercheurs (LK et WC). La méthodologie détaillée et les caractéristiques des participants sont publiées ailleurs (19).

RÉSULTATS

FACTEURS LIÉS AUX PRESTATAIRES DE SOINS

FORMATION ET EXPÉRIENCE

Des entretiens, il ressort que les psychiatres manquent de formation et d'expérience dans le traitement des problèmes de santé somatiques. Dès le début de leur *cursum*, ce domaine a généralement été peu abordé, considéré comme secondaire par rapport à la santé mentale. Dans la suite de leur carrière, ils n'ont pas mobilisé leurs connaissances et compétences et manquent, dès lors, de réflexes. Pour cette raison, ils se sentent souvent en difficulté lorsqu'ils dispensent des soins somatiques à des patients souffrant de MMS et préfèrent alors renvoyer le patient vers un médecin généraliste ou spécialiste.

«Qu'il s'agisse d'une simple hypothyroïdie ou d'un simple manque de vitamines, je pense que nous pouvons gérer cela. Mais un patient souffrant d'hypertension sévère, par exemple, reste quelque chose pour un interniste ou un médecin généraliste. Nos psychiatres se sentent mal à l'aise lorsqu'ils sont confrontés à des comorbidités somatiques. Nous devons reconnaître que nous sommes des spécialistes en psychiatrie». (Psychiatre)

Il en va de même pour les infirmiers psychiatriques. Ils rapportent avoir perdu leurs compétences pour un large éventail de tâches de soins somatiques comme le soin des plaies, les injections ou les prélèvements sanguins. De ce fait, ils sont souvent hésitants, ou mal à l'aise lorsqu'ils exécutent ces tâches.

Les patients psychiatriques eux-mêmes considèrent les compétences somatiques des prestataires de soins limitées ou obsolètes. D'après eux, le personnel «psychiatrique» se concentre sur la santé mentale au détriment des soins de santé somatiques mais indiquent aussi que la prise en charge médicale varie sensiblement d'un milieu à l'autre (HP, SPHG, MSP, IHP), au sein d'un même milieu, et entre professionnels de santé.

«Parce que ma toux a persisté pendant si longtemps sans aucun examen, ...enfin après presque deux mois de toux, j'ai insisté pour qu'au moins un médecin soit appelé pour écouter enfin mes poumons». (Patient)

Néanmoins, le personnel des services somatiques semble très réticent à prendre en charge les patients ayant ce profil. Au service des urgences, ils ont tendance à être renvoyés trop

Tableau I. Description des prestataires de soins de santé participants

RÉGION	FLANDRE			
Type d'établissement	Service psychiatrique	Hôpital psychiatrique	Maison de soins psychiatriques	Initiative d'habitation protégée
Langue	Néerlandais	Néerlandais	/	Néerlandais
Psychiatre	1	1	-	1
Médecin somatique	1 urgentiste	1 MG	-	1 MG
Équipe paramédicale	Infirmier(e)s et psychologues	Infirmier(e)s	/	Infirmier(e)s et éducateurs
RÉGION	BRUXELLES			
Type d'établissement	Service psychiatrique	Hôpital psychiatrique	Maison de soins psychiatriques	Initiative d'habitation protégée
Langue	Français	Français	Néerlandais	Français
Psychiatre	2	1 + 2**	1	1
Médecin somatique	1 MG	1 MG + 1*	1 MG	/
Équipe paramédicale	/	Infirmier(e)s et assistants sociaux	Infirmier(e)s et éducateurs	Multidisciplinaire
RÉGION	WALLONIE			
Type d'établissement	Service psychiatrique	Hôpital psychiatrique	Maison de soins psychiatriques	Initiative d'habitation protégée
Langue	Français	Français	Français	/
Psychiatre	1	1	-	-
Médecin somatique	1 MG	1 interniste	1 MG	-
Équipe paramédicale	Infirmier(e)s, psychologues, kinésithérapeute, éducateur	Multidisciplinaire	Multidisciplinaire	/

MG: Médecin généraliste. * via visioconférence. **Psychiatre en formation.

tôt au service psychiatrique, parfois sans avoir bénéficié d'une investigation adéquate des problèmes somatiques.

«Si vous demandez gentiment à un médecin urgentiste d'un hôpital général de réaliser un électrocardiogramme sur un cocaïnomanne de 30 ans, et qu'il vous répond 'mais il n'est pas assez âgé pour avoir une crise cardiaque', alors que le patient a déjà eu deux infarctus...» (Psychiatre)

Les soignants attribuent cette façon d'agir au sentiment d'inconfort et au manque de formation et d'expérience face à ces patients.

STIGMATISATION

Les patients souffrant de MMS sont encore perçus par les prestataires de soins somatiques comme manquant d'hygiène, négligés, difficiles à comprendre, non-compliants, ne respectant pas les rendez-vous, manipulateurs, recherchant l'attention ou simulant.

«Ce sont des patients qui... comment dire, ils ne sont pas sexy, les gens ont tendance à être condescendants envers ces patients, qui n'ont pas toujours une apparence soignée,... ils ne ressemblent pas à la plupart des patients dans une salle d'attente, ou parfois ils sont très bizarres. Ils se parlent à eux-mêmes, ils ont, je ne sais pas, des sacs bizarres, des cheveux en désordre. ..., ils ne peuvent pas venir à l'heure, ils arrivent soit deux heures plus tôt, soit cinq heures trop tard, ou ils viennent un autre jour...» (Psychiatre)

De ce fait, trouver des dentistes, des médecins généralistes ou des spécialistes disposés à les traiter n'est pas aisé et demande de la patience et de la persévérance, même en SPHG, où la prise en charge des patients devrait être plus facile à gérer en raison de la présence de spécialistes au sein de l'hôpital.

Les patients, quant à eux, se plaignent de l'interprétation donnée à leurs symptômes, rapi-

dement attribués à leur problème psychiatrique, conduisant à un sous-diagnostic, un traitement erroné ou à des soins médicaux retardés. En effet, ils ne se sentent pas toujours pris au sérieux, écoutés, voire se sentent ridiculisés et leur problème nié. En outre, la façon dont ils expriment leur douleur ou leur malaise n'est pas facilement comprise par les prestataires.

«*Oui, on entend très souvent d'autres patients du service psychiatrique dire : "J'ai quelque chose mais les médecins ne me croient pas". On entend ça très souvent. Ou vous allez à l'hôpital et quand ils voient dans votre dossier médical que vous avez été admis dans un service psychiatrique, ils ne vous prennent soudainement pas au sérieux.*» (Patient)

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Les infirmiers psychiatriques trouvent qu'il est très long et difficile de savoir qui consulter en cas de problèmes de santé somatiques.

«*La question est souvent 'Qui fait quoi ?'. Vous avez le médecin traitant principal, dans ce cas, le psychiatre, mais le spécialiste somatique prend-il en charge toutes les tâches somatiques ? Ou attend-il de nous que nous fassions certaines choses nous-mêmes, comme la prescription et l'ajustement des médicaments, le suivi somatique...*» (Équipe)

TRANSFERT DE DONNÉES

Au moment de l'admission en milieu psychiatrique, la prise en charge des problèmes somatiques existants ou chroniques peut être retardée et compliquée par l'absence d'informations sur les antécédents médicaux du patient. Et les problèmes de communication entre soignants sont fréquents, faisant courir le risque d'une perte d'informations.

«*Je pense à une patiente qui était très fébrile, [...], j'ai vu qu'elle avait été vue par un médecin généraliste deux heures avant, [...] la note était résumée comme 'hyperthermie, infection urinaire suspectée' et c'est tout. Donc on ne sait pas quelle était la température, ce qui a été fait pendant l'examen physique, ce qui a été exclu, pas exclu. Y a-t-il des instructions à suivre si la température ... Donc c'est vrai..., ça m'aiderait beaucoup s'il y avait plus d'informations.*» (Psychiatre)

Les prestataires n'informent pas toujours les patients du calendrier des consultations, des diagnostics somatiques, du traitement prescrit, y compris des modifications du schéma de médication et les effets secondaires possibles. Les patients ne savent pas toujours qui peut être

contacté en cas de problème de santé somatique pendant leur séjour.

FACTEURS LIÉS AU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

PHARMACIE HOSPITALIÈRE

Les patients qui arrivent en institution psychiatrique avec une maladie somatique chronique doivent recevoir un autre médicament que celui auquel ils sont habitués si celui-ci n'est pas disponible dans le formulaire de la pharmacie hospitalière. Celui-ci peut être plus onéreux ou moins sûr que le traitement habituel (soucis de compatibilité). La demande d'ajout au formulaire de la part du médecin généraliste n'est pas toujours accordée. Et si elle l'est, le délai pour que le patient reçoive le médicament peut être assez long car l'ordonnance doit être validée par le psychiatre responsable.

«*Si le psychiatre est présent, il faut encore voir si on peut le joindre pour valider cette ordonnance. Puis la pharmacie doit encore valider l'ordonnance et puis il est encore possible qu'ils doivent la commander (...) parfois il se passe deux jours avant qu'il ait ses médicaments, alors qu'en face, dans le village, il y a une pharmacie qui l'a une heure après. Et il nous faut deux jours...*» (Équipe)

ÉQUIPEMENT ET INFRASTRUCTURE

Certains traitements somatiques prescrits peuvent être difficiles à gérer dans le cadre psychiatrique en raison de l'indisponibilité du matériel (par exemple, un pied de perfusion). De même, si le patient voit sa mobilité réduite, le manque d'infrastructures adaptées empêche le patient de se déplacer en toute sécurité dans le service.

FINANCEMENT

Le manque de ressources humaines (personnel, médecin généraliste ou paramédicaux) entraîne une charge de travail importante qui expliquerait, en partie, l'insuffisance des soins somatiques. La nomenclature n'est plus adaptée et ne permet pas, notamment, un financement correct des soins prodigués par le médecin généraliste, le recours au médecin spécialiste, la participation des médecins généralistes ou spécialistes aux réunions d'équipe, et la gestion des dossiers médicaux électroniques.

«*Je suis un travailleur indépendant, rémunéré sur une base forfaitaire, l'équivalent de voir trois patients psychiatriques par jour. Dans une maison de retraite, je verrais 10 à 15 patients. Alors évidemment, je ne fais pas tout très bien.* (rires)

(...) *Dans une maison de retraite, je gagnerais trois à quatre fois plus*. (Médecin généraliste-HP)

GUIDELINES

Les guidelines «somatiques» ne sont pas adaptés et applicables aux spécificités des patients psychiatriques.

FACTEURS LIÉS AU PATIENT

ATTITUDES

Les patients ont des difficultés à exprimer leurs plaintes et à accepter qu'une consultation ou un examen soit nécessaire.

«(...) une vraie personne psychotique ne sait pas ce qu'il y a en haut ou en bas et est occupée par beaucoup d'autres choses que ce qu'elle ressent dans son corps. Ils n'ont souvent aucun contact ou moins de contact avec leur corps. Donc, avant de vous rendre compte que quelque chose ne va pas, que quelque chose se passe.... Et puis il faut encore l'emmener à la bonne consultation». (Équipe)

Une fois un traitement initié, il est difficile de maintenir l'adhésion des patients psychiatriques. En raison de leur trouble, certains patients n'acceptent pas non plus facilement de se faire examiner ou de faire prendre leurs paramètres. Cela entraîne une détérioration des problèmes somatiques.

AUTONOMIE

Un patient psychiatrique a bien souvent besoin d'être accompagné dans les services de santé somatique. En effet, il arrive que le patient ne soit pas assez calme pour y aller seul, risque de fuguer, ne supporte pas les longs délais d'attente dans les salles bruyantes et bondées, et ait besoin d'aide pour clarifier les problèmes somatiques auprès du professionnel consulté. Or, l'accompagnement des patients est très chronophage.

De leur côté, les patients se sont plaints d'être livrés à eux-mêmes à leur sortie de l'institution pour tout ce qui touche au suivi de leurs problèmes somatiques.

DISCUSSION

Plusieurs facteurs liés au patient, à la maladie, au traitement, au prestataire de soins et au système de santé constituent des obstacles à la reconnaissance et à la gestion des problèmes

somatiques chez les patients atteints de MMS (2). C'est ce qui ressort également de notre étude.

Des soins bien intégrés peuvent améliorer la qualité des soins de santé (20-22). Par conséquent, les prestataires devraient adopter une approche holistique des soins de santé pour le bénéfice du patient (23, 24). Ainsi, pouvoir accéder à des informations provenant de dossiers médicaux individuels électroniques permet aux soignants d'identifier et de suivre les personnes MMS qui nécessitent des services de santé somatique (25). Une infrastructure informatique adéquate et la suppression des obstacles médico-légaux sont toutefois requis.

Il est important de clarifier les rôles et les responsabilités par le partage de protocoles définissant les responsabilités de chacun dans la prestation de soins de santé somatiques au sein et entre les différents services (15, 25). Des accords clairs entre les services somatiques et psychiatriques pourraient également réduire les temps d'attente et l'anxiété des patients, et améliorer leur suivi médical.

Néanmoins, la réussite de cette mission nécessite une certaine flexibilité et ouverture de la part de chaque professionnel de santé. Par exemple, notre étude a montré que la colocalisation des services ne conduit pas nécessairement à une meilleure prise en charge de la santé somatique des personnes souffrant de MMS. Les somaticiens et prestataires en santé mentale doivent également être prêts à collaborer. Selon Rodgers et coll., ce sont les personnes plutôt que les systèmes ou structures organisationnels qui sont principalement responsables de la réussite de l'intégration des soins. À cet égard, le concept de services de liaison peut être très important, en jouant un rôle central dans l'amélioration de la communication (25). Ceci a été également relevé au cours des entretiens, par exemple, via l'intervention d'un médecin généraliste ayant un intérêt particulier pour la psychiatrie. La mise en place de stages d'immersion, ou encore, le développement de politiques promouvant le recours à des professionnels de la santé formés en psychiatrie tels que des infirmiers psychiatriques dans les services de soins somatiques (26) ou *vice versa*, est également une piste.

Être mal à l'aise, voire anxieux, face à des patients psychiatriques, en raison de manque de compétences essentielles en matière de communication, de la peur d'être physiquement blessé, et de la stigmatisation et des préjugés à l'égard de la maladie mentale, a aussi été rapporté par d'autres (26). La charge de travail déjà

importante des somaticiens et la complexité et/ou la lenteur du travail avec les personnes souffrant de MMS y participent aussi. Ces attitudes négatives peuvent compromettre la capacité des soignants à répondre aux symptômes médicaux et à fournir des soins somatiques de qualité (26). Il est intéressant de noter que plusieurs études (27-29) ont démontré que même les professionnels de la santé mentale ont des stéréotypes négatifs et un désir de distance sociale à l'égard des personnes atteintes de MMS, en particulier les personnes atteintes de schizophrénie.

La clinique, la sémiologie, la stigmatisation et les soins somatiques peuvent être encore compliqués par les déficits cognitifs et de communication de certains patients et la sensibilité réduite à la douleur. Par conséquent, les problèmes somatiques douloureux peuvent ne pas être signalés et entraîner des retards dans le diagnostic et le traitement, contribuant ainsi à un risque accru de comorbidité somatique et de mortalité (14, 30, 31).

Une communication efficace entre les prestataires, des protocoles partagés, la coordination des besoins en soins des personnes atteintes de MMS peuvent être réalisés assez rapidement. L'accomplissement de changements culturels et d'innovations éducatives s'avère nécessaire pour surmonter le manque de formation au dépistage, à l'évaluation et à la gestion des aspects de la santé somatique chez les psychiatres et les infirmiers psychiatriques, et *vice versa*. Cela permettrait de réduire les attitudes négatives envers les personnes atteintes de MMS de la part des professionnels de la santé somatique en leur fournissant «un guide pour la prise en charge des patients atteints de MMS» et d'améliorer leurs connaissances sur les risques pour la santé associés aux médicaments psychotropes (15).

Olsen et coll. (32) ont montré que l'absence d'un prestataire de soins primaires dans un service de psychiatrie pour patients hospitalisés était associée à une souffrance accrue et à un état de santé général moins bon chez les patients atteints de MMS. Or, la pénurie de prestataires de soins primaires dans les établissements psychiatriques est une réalité en Belgique. Les raisons en sont multiples :

- nomenclature restreinte et inadaptée,
- charge de travail importante,
- difficultés de partage de l'information et,
- difficultés à faire face à la complexité du travail avec les personnes souffrant de MMS.

Notre étude nous a également appris que les soins de santé somatiques adéquats sont entravés par des problèmes d'organisation et de

logistique. Les personnes souffrant de MMS et de comorbidités somatiques sollicitent fortement le temps dont disposent les soignants. Ces problèmes ont été confirmés dans d'autres études (33, 34).

Pour les aspects médicamenteux, si les restrictions du formulaire de la pharmacie hospitalière visent à réduire les coûts des médicaments et à garantir l'utilisation appropriée des produits pharmaceutiques, elles peuvent avoir des effets négatifs sur les patients et accroître les coûts médicaux totaux en augmentant l'utilisation des ressources de soins de santé (visites chez le médecin et hospitalisations) (35, 36). Le formulaire doit pouvoir être discuté avec les somaticiens qui doivent participer au comité médico-pharmaceutique de l'hôpital. Enfin, notons aussi la question des interactions médicamenteuses entre médicaments psychiatriques et somatiques.

Un aspect important d'une approche holistique des soins de santé consiste à prêter attention à l'autonomie des patients et à leurs comportements d'auto-soins. Par exemple, il a été démontré que l'adhésion aux médicaments, identifiée dans notre étude comme un obstacle (19), peut être améliorée par l'application de compétences de communication collaboratives et centrées sur le patient, telles que l'entretien motivationnel et la prise de décision partagée (37), même chez les patients souffrant de MMS (38-41). Le succès de ces techniques peut être amélioré si la relation entre le patient et le thérapeute est basée sur la confiance et si la technique est adaptée aux besoins et aux valeurs du patient (42).

Enfin, la prévention et le suivi des problèmes de santé somatiques des patients (43) méritent également d'être pris en charge. Des recherches (11, 44, 45) ont montré l'intérêt d'intégrer, dans l'équipe, des prestataires formés dans une discipline non psychiatrique comme la nutrition ou la kinésithérapie. Les interventions sur les comportements liés au mode de vie telles que les interventions de sevrage tabagique, les programmes comportementaux de perte de poids et la psychoéducation (combinée à des interventions comportementales) sont efficaces pour les personnes souffrant de MMS. Les programmes d'interventions menées par des pairs sont efficaces pour améliorer l'état de santé des patients, la qualité de vie et l'adhésion aux médicaments ainsi que leur utilisation des services de soins de santé (46, 47).

LIMITES DE L'ÉTUDE

Premièrement, en raison de la crise de COVID-19, nous n'avons pas été en mesure de recruter autant de participants que prévu. Par conséquent, nous n'avons pas atteint la «suffisance des données». Deuxièmement, il existe un risque de biais de sélection : mener les entretiens «patients» en ligne a pu entraîner un biais de sélection lié à la fracture digitale et conduisant à rencontrer, probablement, des patients d'un statut socio-économique assez élevé. De même, le recrutement s'est effectué via des associations de patients qui représentent souvent un type spécifique de patients impliqués et conscients de l'importance de l'autogestion des soins. Troisièmement, nos résultats ne sont pas généralisables à tous les contextes psychiatriques. Il s'agit d'hypothèses qui nécessitent des recherches supplémentaires pour aboutir à des conclusions fermes. Nous avons constaté de grandes variations dans les récits des patients dues aux différences individuelles, mais aussi aux contextes organisationnels.

CONCLUSION

Il est urgent de mettre en place des systèmes intégrés de soins somatiques et mentaux et de procéder à un changement culturel. Cependant, les soins intégrés pour les personnes souffrant de MMS et de comorbidités somatiques sont encore loin de devenir une réalité. Les psychiatres et les prestataires de soins primaires tendent à considérer la santé mentale et physique de leurs patients comme des responsabilités mutuellement exclusives. L'absence de formation et d'expérience suffisantes, la faiblesse ou l'absence de liens de liaison (y compris après la sortie), les contraintes de temps et les obstacles organisationnels et financiers limitent la capacité de la plupart des professionnels de la santé à se concentrer au-delà de leur spécialité. La modification de ces aspects permettra d'améliorer la qualité des soins de santé somatiques pour ces patients vulnérables. Cependant, avant tout, une certaine flexibilité et ouverture ainsi qu'une volonté de communiquer de la part de chaque professionnel de la santé, sont des conditions préalables à une gestion réussie des obstacles aux soins de santé somatiques chez les patients souffrant de MMS.

Remerciements

Nous remercions les prestataires et patients qui nous ont livré leur expériences.

Déclarations

Cet article a été accepté pour publication en anglais dans une version plus étendue dans *Frontiers in psychiatry*.

L'étude qualitative portant sur le point de vue des patients a été soumise et approuvée par le comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'hôpital Erasme (Université Libre de Bruxelles - Comité consultatif belge de bioéthique - numéro d'étude CCB B406202042676).

BIBLIOGRAPHIE

- Gronholm PC, Chowdhary N, Barbui C, et al. Prevention and management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO recommendations. *Int J Ment Health Syst* 2021;**15**:22.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;**10**:52-77.
- Correll CU, Solmi M, Veronese N, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017;**16**:163-80.
- Janssen EM, McGinty EE, Azrin ST, et al. Review of the evidence: prevalence of medical conditions in the United States population with serious mental illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;**37**:199-222.
- Olfson M, Gerhard T, Huang C, et al. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;**72**:1172-81.
- Mazereel V, Detraux J, Vancampfort D, et al. Impact of psychotropic medication effects on obesity and the metabolic syndrome in people with serious mental illness. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2020;**11**:573479.
- Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 2015;**14**:119-36.
- Scheen AJ, De Hert M. Diabète sucré iatrogène : l'exemple des anti-psychotiques atypiques. *Rev Med Liege* 2005;**60**:455-60.
- De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. Impact of medication effects on physical health. In: Corrigan PW & Ballentine SL, Editors. *Health and wellness in people living with serious mental illness*. Washington. 1sted. Washington. American Psychiatric Association Publishing. 2021. p. 103-129.
- Lamontagne-Godwin F, Burgess C, Clement S, et al. Interventions to increase access to or uptake of physical health screening in people with severe mental illness: a realist review. *BMJ open* 2018;**8**:e019412.
- Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;**16**:30-40.
- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry* 2019;**6**:675-712.
- World Health Organization. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva 2018. NBK534487.
- De Hert M, Cohen D, Bobes J, 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**:138-51.

15. De Hert M, Detraux J. Reversing the downward spiral for people with severe mental illness through educational innovations. *World Psychiatry* 2017;**16**:41-2.
16. McKibbin CL, Kitchen-Andren KA, Lee AA, et al. Oral health in adults with serious mental illness: needs for and perspectives on care. *Community Ment Health J* 2015;**51**:222-8.
17. Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, et al. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract* 2018;**19**:12.
18. Kaufman EA, McDonnell MG, Cristofalo MA, Ries RK. Exploring barriers to primary care for patients with severe mental illness: frontline patient and provider accounts. *Issues Ment Health Nurs* 2012;**33**:172-80.
19. Jespers V, Christiaens W, Kohn L, et al. Somatic health care in a psychiatric setting. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2021. KCE Reports 338. D/2021/10.273/4. Available from : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_338_Psychosomatic_Report_2.pdf
20. 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. *Int J Environ Res Public Health* 2021;**18**:462.
21. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, et al. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* 2019;**6**:174-86.
22. Lemmens LC, Molema CC, Versnel N, et al. Integrated care programs for patients with psychological comorbidity: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2015;**79**:580-94.
23. Melamed OC, Fernando I, Soklaridis S, et al. Understanding engagement with a physical health service: a qualitative study of patients with severe mental illness. *Can J Psychiatry* 2019;**64**:872-80.
24. Pudalov LR, Swogger MT, Wittink M. Towards integrated medical and mental healthcare in the inpatient setting: what is the role of psychology? *Int Rev Psychiatry* 2018;**30**:210-23.
25. Rodgers M, Dalton J, Harden M, et al. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. *Int J Integr Care* 2018;**18**:9.
26. Alexander V, Ellis H, Barrett B. Medical-surgical nurses' perceptions of psychiatric patients: a review of the literature with clinical and practice applications. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;**30**:262-70.
27. Rivera-Segarra E, Varas-Díaz N, Santos-Figueroa A. «That's all Fake»: health professionals stigma and physical healthcare of people living with serious mental illness. *PLoS One* 2019;**14**:e0226401.
28. Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, et al. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res* 2013;**205**:185-91.
29. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 2006;**32**:709-14.
30. Zhou L, Bi Y, Liang M, et al. A modality-specific dysfunction of pain processing in schizophrenia. *Hum Brain Mapp* 2020;**41**:1738-53.
31. Stubbs B, Thompson T, Acaster S, et al. Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies. *Pain* 2015;**156**:2121-31.
32. Olsen CG, Boltri JM, Amerine J, Clasen ME. Lacking a primary care physician is associated with increased suffering in patients with severe mental illness. *J Prim Prev* 2017;**38**:583-96.
33. Bjørkvik J, Henriquez Quintero DP, Vika ME, et al. Barriers and facilitators for dental care among patients with severe or long-term mental illness. *Scand J Caring Sci* 2022;**36**:27-35.
34. Slack-Smith L, Hearn L, Scrine C, Durey A. Barriers and enablers for oral health care for people affected by mental health disorders. *Aust Dent J* 2017;**62**:6-13.
35. Park Y, Raza S, George A, et al. The effect of formulary restrictions on patient and payer outcomes: a systematic literature review. *J Manag Care Spec Pharm* 2017;**23**:893-901.
36. Happe LE, Clark D, Holliday E, Young T. A systematic literature review assessing the directional impact of managed care formulary restrictions on medication adherence, clinical outcomes, economic outcomes, and health care resource utilization. *J Manag Care Spec Pharm* 2014;**20**:677-84.
37. Palacio A, Garay D, Langer B, et al. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2016;**31**:929-40.
38. Hughes F, Vess J, Johnson E. Increase adherence to psychotropic medication through motivational adherence therapy: a quality improvement project. *Issues Ment Health Nurs* 2018;**39**:709-713.
39. Vanderwaal FM. Impact of motivational interviewing on medication adherence in schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2015;**36**:900-4.
40. Hegedüs A, Kozel B. Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs* 2014;**23**:490-7.
41. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, et al. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;**39**:1242-51.
42. Dobber J, Latour C, de Haan L, et al. Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry* 2018;**18**:135.
43. Maj M, Stein DJ, Parker G, et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2020;**19**:269-93.
44. Phan SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med* 2016;**51**:211-9.
45. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;**4**:CD010823.
46. Druss BG, Singh M, von Esenwein SA, et al. Peer-led self-management of general medical conditions for patients with serious mental illnesses: a randomized trial. *Psychiatr Serv* 2018;**69**:529-35.
47. Druss BG, Zhao L, von Esenwein SA, et al. The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. *Schizophr Res* 2010;**118**:264-70.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à Mme L. Kohn, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), Bruxelles, Belgique.
Email : Laurence.kohn@kce.fgov.be