

RAPPORT D'IMPLEMENTATION DE LA LIGNE DIRECTRICE MULTIDISCIPLINAIRE “SOINS SOMATIQUES POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE TPS EN PREMIERE LIGNE ”

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



University
of Antwerp



UCLouvain

Inhoudstafel

INTRODUCTION (ITEM A1)	3
AUTEURS	3
PRIORISATION DES RECOMMANDATIONS	5
IDENTIFICATION ET ANALYSE DES BARRIERES ET DES FACILITATEURS	7
IDENTIFICATION ET ANALYSE DES STRATEGIES POUR FACILITER L'IMPLEMENTATION DES RECOMMANDATIONS.....	8
CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES	15
DEVELOPPEMENT DES INDICATEURS LIES AUX STRATEGIES D'IMPLEMENTATION	20
FINANCEMENT ET CONFLITS D'INTERETS (ITEMS 22 ET 23 AGREE).....	21

INTRODUCTION (ITEM A1)

Ce rapport décrit les étapes suivies pour l'élaboration du plan d'implémentation dans le cadre du développement de la guideline multidisciplinaire « soins somatiques pour les personnes atteintes de TPS en première ligne ». Il présente également les résultats de l'étude d'implémentation. Pour le développement de la guideline proprement dite, nous renvoyons au rapport méthodologique correspondant.

AUTEURS

Les auteurs du plan d'implémentation, qui sont également les auteurs de la guideline (le core GDG), sont des académiques et des cliniciens disposant d'une expertise multidisciplinaire sur les questions cliniques abordées dans la guideline, ainsi que d'une connaissance approfondie de l'organisation et du paysage des soins en Belgique. Ils sont membres du consortium UAntwerpen – UCLouvain.

Nom	Discipline et affiliation	Rôle au sein du GDG
Andréia Nascimento	Psychiatre – Senior researcher UAntwerpen	Coordinatrice temporaire du plan d'implémentation
Nicolaas Martens	Infirmier – Chargé de recherche scientifique, Zorggroep Multiversum – Chercheur prédoctoral UAntwerpen	Expert thématique
Kris Van den Broeck	Psychologue – Professeur et doctor-assistent UAntwerpen - Directeur VVP	Promoteur, expert thématique
Thérèse Van Durme	Infirmière – Senior researcher et professeur UCLouvain - coordinatrice Be.Hive	Expert méthodologique
Paul Van Royen	Médecin généraliste – Professeur et président dur Groupe de recherche en soins première ligne et interdisciplinaires, UAntwerpen	Expert méthodologique

Par ailleurs, un groupe de parties prenantes a été constitué. Celui-ci a été consulté afin de prioriser les stratégies d'implémentation.

Membres du groupe de parties prenantes (par ordre alphabétique) :

Jef Adriaenssens*	Geert Dom	Samira Ouraghi*
Jean Luc Belche	Els Draeck	Nathalie Pauwen*
Ahsley Boers*	Simon Ector	Joëlle Pieters*
Eline Braet	Ellen Excelmans	Liz Ponnet*
Paul Calle	Nataly Filion	Laura Rectem
Thierry Christiaens	Lies Grypdonck*	Deborah Seys*
Sam Cordyn*	Meike Horn*	Carolien Strouwen*
Ellen Cornelis	Pascale Jonckheer*	Kim Sweers
Marleen Corremans*	Patricia Kirkhove	Simon Van Cauwenbergh*
Robin Crunenberg	Simon Lambrichts	Jan Van der Mullen
Olivia Dalleur	An Lehouck*	Chantal Vanherreweghen
Hans De Loof	Chantal Leirs*	Ellen Van Leeuwen
Manon De Montigny	Marleen Louagie*	Andries Van Schuerbeek*
Lynn De Pelsmaeker	Houda Mahla*	Barbara Verboven
Marianne Destoop	Adeline Nicodeme*	Mieke Vermandere
Elfriede Dewallef*	Pierre Oswald	Stig Walravens
Joris D'Hooghe		

* = 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.

PRIORISATION DES RECOMMANDATIONS

Sur recommandation du Comité d'accompagnement et avec les conseils experts d'EBPracticeNet et du CEBAM, les recommandations ayant le plus grand impact ont été sélectionnées parmi les 27 recommandations de la guideline.

Pour ce faire, les auteurs principaux ont évalué chaque recommandation en répondant aux questions suivantes (sur une échelle de Likert en 5 points, avec 1 = non ; 2 = probablement pas ; 3 = incertain quant à la priorité ; 4 = probablement oui ; 5 = oui) :

1. Les conséquences du non-respect de cette recommandation sont-elles graves (en termes de gain de santé) ?
2. Cette recommandation n'est-elle pas respectée dans un grand nombre de cas ?
3. Observe-t-on une forte inégalité dans le respect de cette recommandation ?
4. Considérez-vous que cette recommandation est faisable/applicable, en tenant compte de la durabilité, de l'applicabilité adéquate, des aspects juridiques ou d'autres déterminants (barrières ou facilitateurs) ?

En additionnant les scores pour chaque question, chaque recommandation obtenait un score total entre 5 et 20 par évaluateur.

Lorsque au moins 3 des 4 évaluateurs attribuaient un score total de 15 ou plus, la recommandation était considérée comme prioritaire, car jugée particulièrement impactante.

Les 10 recommandations suivantes ont ainsi été retenues comme prioritaires :

Question 1: Quel dépistages systématique somatique est recommandé pour les personnes atteintes de TPS et de quelle manière peut-il être proposé ?		
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	Informar 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
<p>Question 2</p> <p>Quelles interventions spécifiques de mode de vie sont recommandées pour les personnes atteintes de TPS en première ligne et de quelle manière ?</p>		
La gestion non pharmacologique du poids		
4	Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids.	GRADE 1C
La gestion pharmacologique du poids		
5	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
L'arrêt tabagique		
6	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
Utilisation de substances		
7	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
<p>Question 3</p> <p>Quel suivi (psycho)pharmacologique est recommandé pour les personnes ayant un TPS en première ligne et de quelle manière ?</p>		
8	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

Question 4 Comment gérer les plaintes somatiques chez les personnes atteintes de TPS en première ligne ?		
9	S'assurer que les différents soignants impliqués auprès d'un patient atteint de TPS en première ligne sachent qui sont les autres soignants.	GPP
10	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

IDENTIFICATION ET ANALYSE DES BARRIERES ET DES FACILITATEURS

Pour chacune des 10 recommandations prioritaires, des barrières et des facilitateurs ont été identifiés. Les auteurs se sont appuyés sur :

- les focus groupes (en ligne) avec des patients, des proches et des professionnels, réalisés dans le cadre du développement de la guideline afin de cartographier l'organisation actuelle des soins somatiques pour les personnes avec un TMS ;
- l'étude de la littérature (scoping review) menée en amont de la construction de la guideline ;
- l'expertise des auteurs.

Les barrières et facilitateurs retenus ont été classés selon les sept domaines de Flottorp et al. (2013) :

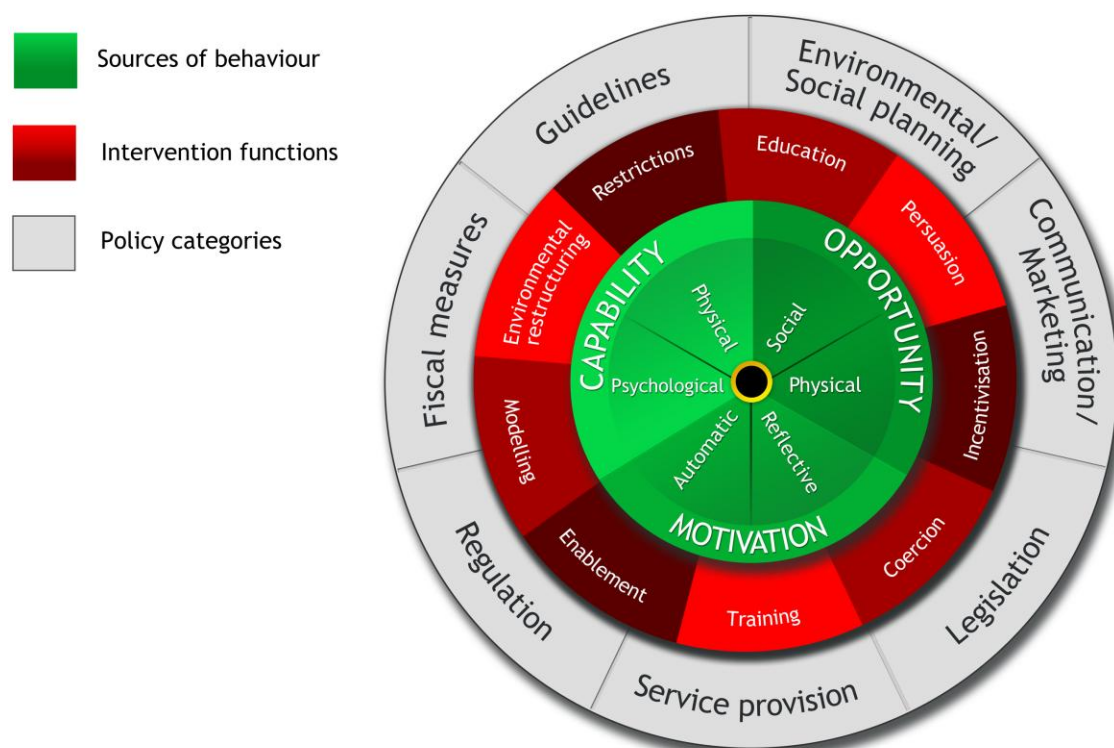
1. Facteurs liés à la guideline
2. Facteurs individuels du professionnel de santé
3. Facteurs liés au patient
4. Interactions professionnelles
5. Incitants et ressources
6. Capacité de changement comportemental
7. Facteurs sociaux, politiques et juridiques

IDENTIFICATION ET ANALYSE DES STRATEGIES POUR FACILITER L'IMPLEMENTATION DES RECOMMANDATIONS

Pour chaque groupe de barrières identifiées dans le cadre des différentes recommandations prioritaires sélectionnées, des stratégies ont été formulées afin d'augmenter les chances d'une implémentation réussie. Pour ce faire, les auteurs se sont appuyés sur :

- les focus groupes (en ligne) avec des patients, des proches et des professionnels, réalisés durant le processus de construction de la guideline afin de comprendre comment les soins somatiques pour les personnes avec un TMS sont actuellement organisés ;
- l'étude de la littérature (scoping review) menée en amont du développement de la guideline ;
- l'expertise des auteurs.

L'implémentation d'une recommandation n'est pas un processus linéaire ; elle requiert un changement de comportement (souvent soutenu) de la part des professionnels de santé et – dans de nombreux cas – également des patients. C'est pourquoi, lors de la formulation des stratégies d'implémentation, nous nous sommes appuyés sur le Behaviour Change Wheel de Michie et al. (2011).



Cet exercice a abouti aux schémas présentés dans les pages suivantes.

Barrières liées aux facteurs individuels des professionnels de santé (Domaine II) :

1. **Connaissance et familiarité avec la recommandation** : Manque de sensibilisation chez les prestataires de soins primaires et les professionnels de santé mentale concernant la mortalité et le risque de maladies somatiques chez les patients atteints de troubles psychiatriques graves (TPG).
2. **Comportement professionnel / Émotions** : Stigmatisation envers les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.
3. **Résultats attendus** : Pessimisme quant à l'adhésion des patients atteints de TPG au dépistage et aux changements de mode de vie.
4. **Compétences nécessaires pour adhérer** :
 - Manque de formation pour réaliser des interventions sur le mode de vie.
 - L'utilisation d'un langage technique dans la communication avec les patients et leurs familles rend difficile la compréhension des résultats du dépistage et la planification des actions nécessaires.
 - Manque de connaissances concernant les mécanismes d'action, les effets secondaires et les interactions des médicaments psychotropes.
 - Manque de compétences/expérience pour aborder la consommation de substances chez les patients atteints de TPG.
 - Manque de connaissances claires sur le rôle du gestionnaire de cas et/ou du coordinateur de soins ainsi que des compétences en communication pour organiser les soins avec différents professionnels et secteurs impliqués dans la prise en charge des patients atteints de TPG.

INFLUENCENT

INFLUENCENT

Recommandations :

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. (Question clinique 1 – GRADE 1C)
2. Effectuer un dépistage somatique chez toutes les personnes souffrant de TPS, comprenant trois éléments : Dépistage somatique général, 2. Contrôle des médicaments, 3. Anamnèse du mode de vie. (Question clinique 1 – GPP).
3. 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. (Question clinique 1 – GPP).
4. Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids (Question clinique 2 – La gestion non pharmacologique du poids – GRADE 1C)
5. 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 de TPS qui sont en surpoids ou obèses, prescrire de la metformine. Cela doit être fait sous supervision clinique et avec un suivi. (Question clinique 2 – Gestion pharmacologique du poids – GRADE 1C)
6. 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. (Question clinique 2 – L'arrêt tabagique – GRADE 1C)
7. Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donnez-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement. (Question clinique 2 – Utilisation de substances – GPP)
8. Surveiller les paramètres suivants pendant le traitement psychopharmacologique : 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 et le fonctionnement, l'apparition de troubles du mouvement (Question clinique 3 – GPP).
10. 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. (Question clinique 4 – GPP)

Stratégies proposées :

- **Promouvoir des programmes éducatifs** pour les professionnels de la première ligne et de la santé mentale sur le risque accru de morbidité et de mortalité lié aux maladies chroniques non transmissibles chez les patients atteints de TPS. Ceci concerne surtout les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, les cancers et les infections sexuellement transmissibles (1.1)
- **Promouvoir des programmes éducatifs** pour les professionnels de première ligne sur les troubles psychiatriques sévères (TPS), en incluant des trucs et astuces, des conseils quant au choix des mots, la lutte contre la stigmatisation et des stratégies motivationnelles. (1.2)
- **Proposer une formation spécialisée** aux professionnels de première ligne et de santé mentale sur les interventions liées au mode de vie, notamment les entretiens motivationnels, la prescription d'activité physique et le conseil nutritionnel, pour mieux aborder les comportements malsains chez leurs patients. Cette formation aide également à réduire la stigmatisation et les faibles attentes quant aux capacités des patients atteints de TPS. (1.3)
- **Former les professionnels de première ligne** sur les mécanismes d'action, les effets secondaires et les interactions des médicaments psychotropes (y compris les risques accrus de symptômes psychotiques avec le Bupropion ou la Varenicline). (1.4)
- **Former les professionnels de première ligne** à identifier et gérer la consommation de substances chez les patients atteints de TPS. (1.5)
- **Former la personne responsable de la gestion des soins somatiques** pour assurer une gestion efficace et faciliter la communication entre les divers prestataires de soins. (1.6)

Barrières liées aux facteurs patients (Domaine III):

1. **Croyances des patients** : Auto-stigmatisation
2. **Comportements des patients** :
 - Mode de vie sédentaire
 - Régime alimentaire malsain
 - Tabagisme (certains patients utilisent le tabac pour faire face aux symptômes psychiatriques ou aux effets secondaires des médicaments psychotropes)
 - Consommation de cannabis ou de psychostimulants (certains patients utilisent ces substances pour gérer les symptômes psychiatriques ou les effets secondaires des médicaments psychotropes)
3. **Connaissances des patients** : Faible compréhension de leurs problèmes de santé (par exemple, prise de poids, tabagisme) ou des bénéfices potentiels des interventions sur le mode de vie.
4. **Motivation des patients** : Faible motivation et adhésion dues aux symptômes psychiatriques, aux troubles cognitifs, aux effets secondaires des médicaments et/ou à l'usage de substances.
5. **Besoins des patients** :
 - **Conditions de vie** : Pauvreté, chômage et instabilité du logement, qui rendent difficile la concentration sur les changements de mode de vie lorsque les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits.
 - **Réseau de soutien** : Isolement social et réseaux de soutien limités, ce qui peut réduire leur capacité à participer à des interventions de groupe ou à suivre les recommandations.



INFLUENCENT



INFLUENCENT

Recommandations :

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. (Question clinique 1 – GRADE 1C)
4. Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids (Question clinique 2 – La gestion non pharmacologique du poids – GRADE 1C)
5. 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. (Question clinique 2 – Gestion pharmacologique du poids – GRADE 1C)
6. Initier chez les personnes souffrant de TPS en première ligne la Varencecline, Bupropion ou la Thérapie Nicotinique de Substitution (TNS) comme intervention pharmacologique pour le sevrage tabagique. (Question clinique 2 – L'arrêt Tabagique – GRADE 1C)
7. Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donnez-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement. (Question clinique 2 – Utilisation de substances – GPP)

Stratégies proposées :

Au niveau des patients :

- **Promouvoir des programmes éducatifs** pour les patients et leurs proches sur les risques et l'importance des problèmes somatiques, ainsi que sur les étapes à suivre pour assurer le suivi des traitements. Ces programmes devraient utiliser divers formats (ateliers, brochures, plateformes numériques) pour s'adapter aux différents niveaux de littératie en santé et d'engagement des patients. (2.1)
- **Mobiliser des pairs aidants** pour briser la stigmatisation et l'isolement. Ces personnes, ayant une expérience vécue des troubles mentaux, peuvent servir de modèles pour encourager des changements comportementaux souhaités, tels que l'augmentation de la participation à des activités physiques ou l'arrêt du tabac (par exemple, des projets de parrainage). (2.2)
- **Mettre en œuvre des programmes** tels que des ateliers "Vivre sainement" ou des interventions de groupe standardisées, avec des objectifs simples et structurés, accessibles aux patients ayant des difficultés cognitives ou une concentration limitée. La décomposition des changements comportementaux complexes en étapes simples aide à réduire la surcharge. (2.3)
- **Introduire des outils d'auto-surveillance** (comme des podomètres ou des journaux alimentaires) et des stratégies de fixation d'objectifs personnels pour aider les patients à suivre leurs progrès et rester motivés. Les approches comportementales cognitives, qui encouragent les patients à prendre en charge leurs changements comportementaux, peuvent être particulièrement utiles. (2.4)

Au niveau des prestataires :

- **Offrir des programmes éducatifs** aux prestataires de soins pour stimuler des processus de prise de décision partagée concernant la prescription de médicaments, impliquant les principaux intervenants (médecins, pharmaciens, infirmiers) ainsi que les patients atteints de TPS et leurs familles. (2.5a)
- **Offrir des programmes éducatifs** aux prestataires de soins pour stimuler des processus de prise de décision partagée sur les interventions comportementales, impliquant également les professionnels de santé, les patients atteints de TPS et leurs familles. (2.5b)
- **Encourager les prestataires de soins primaires** à orienter les patients atteints de TPS vers des coaches sportifs (par exemple via le programme "Sport sur ordonnance"). (2.6)
- **Désigner un prestataire** (comme un secrétaire administratif) responsable du suivi des rendez-vous et des absences. (2.7)

Barrières liées aux facteurs patients (Domaine III):

1. **Croyances des patients** : Auto-stigmatisation
2. **Comportements des patients** :
 - Mode de vie sédentaire
 - Régime alimentaire malsain
 - Tabagisme (certains patients utilisent le tabac pour faire face aux symptômes psychiatriques ou aux effets secondaires des médicaments psychotropes)
 - Consommation de cannabis ou de psychostimulants (certains patients utilisent ces substances pour gérer les symptômes psychiatriques ou les effets secondaires des médicaments psychotropes)
3. **Connaissances des patients** : Faible compréhension de leurs problèmes de santé (par exemple, prise de poids, tabagisme) ou des bénéfices potentiels des interventions sur le mode de vie.
4. **Motivation des patients** : Faible motivation et adhésion dues aux symptômes psychiatriques, aux troubles cognitifs, aux effets secondaires des médicaments et/ou à l'usage de substances.
5. **Besoins des patients** :
 - **Conditions de vie** : Pauvreté, chômage et instabilité du logement, qui rendent difficile la concentration sur les changements de mode de vie lorsque les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits.
 - **Réseau de soutien** : Isolement social et réseaux de soutien limités, ce qui peut réduire leur capacité à participer à des interventions de groupe ou à suivre les recommandations.



INFLUENT



INFLUENT

Recommandations :

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. (Question clinique 1 – GRADE 1C)
4. Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids (Question clinique 2 – La gestion non pharmacologique du poids – GRADE 1C)
5. 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. (Question clinique 2 – Gestion pharmacologique du poids – GRADE 1C)
6. Initier chez les personnes souffrant de TPS en première ligne la Varencecline, Bupropion ou la Thérapie Nicotinique de Substitution (TNS) comme intervention pharmacologique pour le sevrage tabagique. (Question clinique 2 – L'arrêt Tabagique – GRADE 1C)
7. Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donnez-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement. (Question clinique 2 – Utilisation de substances – GPP)

Stratégies proposées :

Au niveau micro :

- **Proposer des interventions sur le mode de vie et un accès aux installations sportives** au sein des structures de santé mentale (comme les cliniques psychiatriques ou les centres communautaires de santé mentale). L'intégration de programmes d'exercice physique dans les soins psychiatriques réguliers peut améliorer la participation et réduire la fragmentation des soins. (3.1)
- **Offrir des programmes de soutien en dehors des cadres traditionnels**, comme dans des centres communautaires ou les 'lieux de lien', ou fournir des interventions à domicile (par exemple, plans d'exercice à domicile, ateliers de cuisine) pour surmonter les problèmes d'accessibilité liés aux barrières socio-économiques ou aux symptômes sévères. (3.2)
- **Soutenir les autorités locales** pour rendre les initiatives liées à un mode de vie sain (exercice physique, relaxation, achats et cuisine sains) visibles et accessibles. (3.3)

Au niveau méso :

- **Soutenir les associations de patients** activement impliquées dans des activités liées à un mode de vie sain. (3.4)
- **Promouvoir l'intégration des services sociaux dans les soins de santé mentale**, comme l'aide au logement ou l'accès aux banques alimentaires, pour répondre aux besoins de base et permettre aux patients de se concentrer sur les changements de mode de vie. (3.5)
- **Encourager des partenariats** avec des centres sportifs et artistiques pour faciliter la participation aux activités physiques et aux pratiques sportives. (3.6)

Barrières liées aux interactions professionnelles (Domaine IV) : medicatie en gedraginterventies, waarbij belangrijke zorgverleners (bijv. artsen,

1. Processus d'orientation :

- Manque de communication entre les prestataires de soins primaires
- Manque de communication entre les différents secteurs (santé, services sociaux, bien-être) impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves (TPG)
- Incertitude parmi les prestataires de soins concernant la responsabilité de la communication avec les autres professionnels ou sur qui doit initier la collaboration

2. Processus d'équipe : manque de processus de prise de décision partagée pour la prescription de médicaments et les interventions comportementales, impliquant les principaux prestataires de soins (par exemple, médecins, pharmaciens, infirmiers) ainsi que les patients atteints de TPG et leurs familles.



INFLUENT



INFLUENT

Recommandations :

2. Effectuer un dépistage somatique chez toutes les personnes souffrant de TPS, comprenant trois éléments : Dépistage somatique général, 2. Contrôle des médicaments, 3. Anamnèse du mode de vie. (Question clinique 1 – GPP).
3. 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. (Question clinique 1 – GPP).
4. Initier des interventions liés au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids (Question clinique 2 – La gestion non pharmacologique du poids – GRADE 1C)
5. 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. (Question clinique 2 – Gestion pharmacologique du poids – GRADE 1C)
6. Initier chez les personnes souffrant de TPS en première ligne la Varencecline, Bupropion ou la Thérapie Nicotinique de Substitution (TNS) comme intervention pharmacologique pour le sevrage tabagique. (Question clinique 2 – L'arrêt Tabagique – GRADE 1C)
7. Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donnez-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement. (Question clinique 2 – Utilisation de substances – GPP)
9. Assurez-vous que les différents soignants impliqués auprès d'un patient atteint de TPS en première ligne savent qui sont les autres soignants. (Question clinique 4 – GPP)
10. 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. (Question clinique 4 – GPP)

Stratégies proposées :

- **Déléguer ou partager les tâches** liées aux procédures de dépistage et au suivi somatique avec d'autres prestataires de soins (infirmiers, pharmaciens, etc.) déjà impliqués dans les soins des patients. (4.1)
- **Offrir des programmes éducatifs** aux prestataires de soins pour stimuler des processus de prise de décision partagée concernant la prescription de médicaments, impliquant les principaux intervenants (médecins, pharmaciens, infirmiers) ainsi que les patients atteints de TPS et leurs familles. (4.2)
- **Encourager des discussions de cas** (en face à face ou via des plateformes numériques sécurisées) entre les professionnels de santé mentale et les prestataires de soins primaires sur les médicaments psychotropes, leurs effets secondaires, les changements de mode de vie et la gestion de la santé somatique. (4.3)
- **Encourager des discussions de cas** (en face à face ou via des plateformes numériques sécurisées) entre les secteurs de la santé, du social et du bien-être sur les besoins et les changements de mode de vie des patients atteints de TPS. (4.4)
- **Créer des politiques reconnaissant** et récompensant le rôle des gestionnaires de soins somatiques, y compris par des incitations financières pour ceux qui assument ces responsabilités. (4.5)

Barrières liées aux incitations et aux ressources (Domaine V) :

1. Disponibilité des ressources nécessaires :

- Manque de médecins généralistes dans certaines régions.
- Temps insuffisant pour les professionnels de première ligne afin de réaliser un dépistage complet ou de donner des conseils sur les changements de mode de vie.
- Environnements inadaptés pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves (TPG) : les salles d'attente et les lieux où les examens et procédures sont effectués ne sont souvent pas accueillants pour ces patients.
- Manque d'interventions standardisées sur le mode de vie adaptées. Les interventions standard existantes ne prennent pas suffisamment en compte les besoins spécifiques des personnes atteintes de TPG. Par exemple, de nombreux programmes n'intègrent pas les défis cognitifs, émotionnels ou motivationnels propres à cette population.

2. Incitations financières et obstacles :

- Absence de rémunération pour le professionnel réalisant le dépistage.
- Absence d'incitations financières pour la personne responsable de la gestion des soins somatiques.
- Manque de remboursement ou d'incitations financières pour les patients atteints de TPG afin d'effectuer un dépistage complet et d'adopter des changements de mode de vie.



INFLUENCENT



INFLUENCENT

Recommandations :

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. (Question clinique 1 – GRADE 1C)
2. Effectuer un dépistage somatique chez toutes les personnes souffrant de TPS, comprenant trois éléments : Dépistage somatique général, 2. Contrôle des médicaments, 3. Anamnèse du mode de vie. (Question clinique 1 – GPP).
3. 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. (Question clinique 1 – GPP).
4. Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids (Question clinique 2 – La gestion non pharmacologique du poids – GRADE 1C)
5. 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. (Question clinique 2 – Gestion pharmacologique du poids – GRADE 1C)
6. Initier chez les personnes souffrant de TPS en première ligne la Varencecline, Bupropion ou la Thérapie Nicotinique de Substitution (TNS) comme intervention pharmacologique pour le sevrage tabagique. (Question clinique 2 – L'arrêt Tabagique – GRADE 1C)
7. Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donnez-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement. (Question clinique 2 – Utilisation de substances – GPP)
8. Surveiller les paramètres suivants pendant le traitement psychopharmacologique : 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 et le fonctionnement, l'apparition de troubles du mouvement (Question clinique 3 – GPP).
9. Assurez-vous que les différents soignants impliqués auprès d'un patient atteint de TPS en première ligne savent qui sont les autres soignants. (Question clinique 4 – GPP)
10. 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. (Question clinique 4 – GPP)

Stratégies proposées :

- **Elaborer des politiques** pour retenir les infirmiers et médecins généralistes dans certaines régions, notamment via des incitations financières et non financières. (5.1)
- **Offrir des rémunérations supplémentaires** aux prestataires responsables des procédures de dépistage recommandées pour les soins somatiques en première ligne des patients atteints de TPS. (5.2)
- **Créer des politiques** reconnaissant et récompensant le rôle des gestionnaires de soins somatiques, y compris par des incitations financières pour ceux qui assument ces responsabilités. (5.3)
- **Déléguer ou partager les tâches** liées aux procédures de dépistage et au suivi somatique avec d'autres prestataires de soins (infirmiers, pharmaciens, etc.) déjà impliqués dans les soins des patients. (5.4)
- **Allouer des temps de consultation plus longs** avec une rémunération appropriée pour les patients atteints de TPS, et établir des cliniques spécialisées au sein des soins primaires pour le suivi psychopharmacologique de cette population. (5.5)
- **Offrir des rémunérations supplémentaires** aux professionnels de première ligne pour la prise en charge des personnes atteintes de TPS. (5.6)
- **Améliorer ou créer des mécanismes de remboursement** pour les patients atteints de TPS qui réalisent un dépistage somatique et des examens pertinents, ainsi que pour ceux qui entreprennent des actions liées à un mode de vie sain. (5.7)

Barrières liées aux incitations et aux ressources (Domaine V):

Systèmes d'information:

- Accès limité aux dossiers médicaux complets des patients pour les autres prestataires de soins primaires (infirmiers, pharmaciens, psychologues, etc.) en dehors du médecin généraliste, ce qui rend difficile le partage d'informations concernant les procédures de dépistage, les résultats, l'adhésion aux comportements liés à un mode de vie sain et à la médication.
- Manque d'intégration entre les systèmes d'information de la santé, des services sociaux et du bien-être.
- Absence de culture de l'enregistrement, de la consultation et du partage des informations des patients dans les dossiers médicaux électroniques par les médecins généralistes et les médecins spécialistes.
- Manque de compréhension des patients atteints de TPG quant à la raison et à l'importance de permettre le partage des informations contenues dans les dossiers médicaux électroniques entre tous les prestataires impliqués dans leur prise en charge.



INFLUENCENT



INFLUENCENT

Recommandations:

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. (Question clinique 1 – GRADE 1C)
2. Effectuer un dépistage somatique chez toutes les personnes souffrant de TPS, comprenant trois éléments : Dépistage somatique général, 2. Contrôle des médicaments, 3. Anamnèse du mode de vie. (Question clinique 1 – GPP).
3. 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. (Question clinique 1 – GPP).
4. Initier des interventions liées au mode de vie chez les personnes vivant avec un TPS et présentant un (risque de) surpoids (Question clinique 2 – La gestion non pharmacologique du poids – GRADE 1C)
5. 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 de TPS qui sont en surpoids ou obèses, prescrire de la metformine. Cela doit être fait sous supervision clinique et avec un suivi. (Question clinique 2 – Gestion pharmacologique du poids – GRADE 1C)
6. Initier chez les personnes souffrant de TPS en première ligne la Varencecline, Bupropion ou la Thérapie Nicotinique de Substitution (TNS) comme intervention pharmacologique pour le sevrage tabagique. (Question clinique 2 – L'arrêt Tabagique – GRADE 1C)
7. Si la personne souffrant de TPS consomme du cannabis ou des psychostimulants, donnez-lui un feedback à propos du sevrage ou de l'arrêt – et offrez un accompagnement. (Question clinique 2 – Utilisation de substances – GPP)
8. Surveiller les paramètres suivants pendant le traitement psychopharmacologique : 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 et le fonctionnement, l'apparition de troubles du mouvement (Question clinique 3 – GPP).
9. Assurez-vous que les différents soignants impliqués auprès d'un patient atteint de TPS en première ligne savent qui sont les autres soignants. (Question clinique 4 – GPP)
10. 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. (Question clinique 4 – GPP)

Stratégies proposées:

- **Adapter les règles d'utilisation des systèmes d'information** afin qu'ils soient accessibles aux professionnels de la santé et du bien-être. (6.1)
- **Rendre l'infrastructure eHealth accessible** à tous les professionnels de santé. (6.2)
- **Adapter les structures actuelles des systèmes d'information** pour qu'elles répondent aux besoins des prestataires de soins lors de la consultation des données des patients (avec, bien entendu, le consentement du patient et dans le respect des lois en vigueur sur les droits des patients et le secret professionnel partagé). (6.3)
- **Intégrer les structures actuelles** afin de relier les systèmes d'information des secteurs de la santé et du bien-être. (6.4)
- **Créer des programmes éducatifs** pour changer la mentalité concernant l'utilisation et le partage des données, tant chez les prestataires de soins que chez les patients. (6.5)

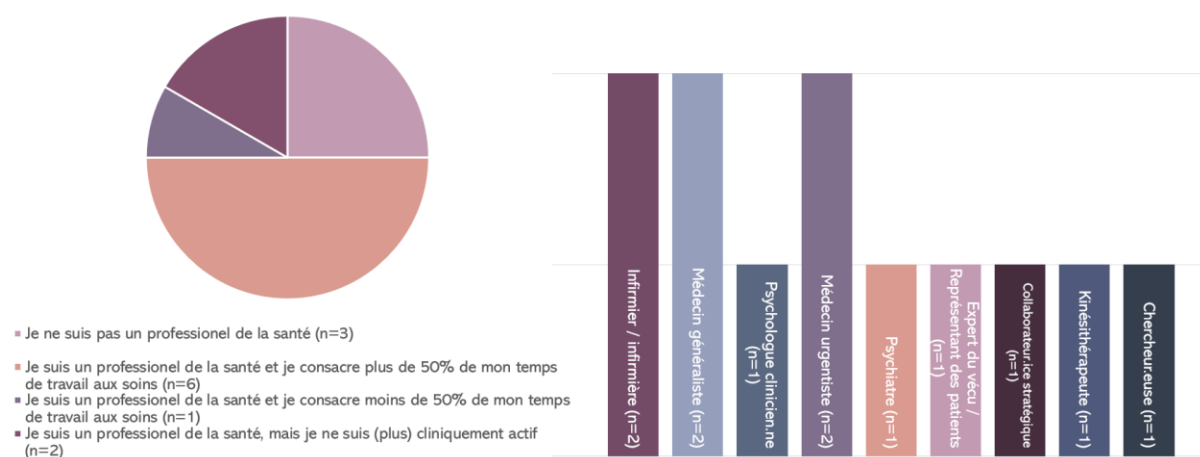
CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES

En utilisant Qualtrics, un outil de questionnaire en ligne, le groupe de parties prenantes a été consulté entre le 16/01/2025 et le 10/02/2025. Nous leur avons notamment demandé de classer les stratégies afin d'identifier celles jugées les plus importantes (ou les plus influentes).

Les participants ont reçu les instructions suivantes : « Une stratégie est plus importante...

- si elle permet de lever plusieurs obstacles et/ou si elle permet d'agir sur un obstacle commun à plusieurs recommandations ;
- si elle contribue potentiellement davantage à la réalisation de la recommandation que d'autres stratégies ;
- si elle est plus facile à mettre en œuvre que d'autres stratégies et/ou si elle s'aligne davantage sur les orientations actuelles des politiques de santé. »

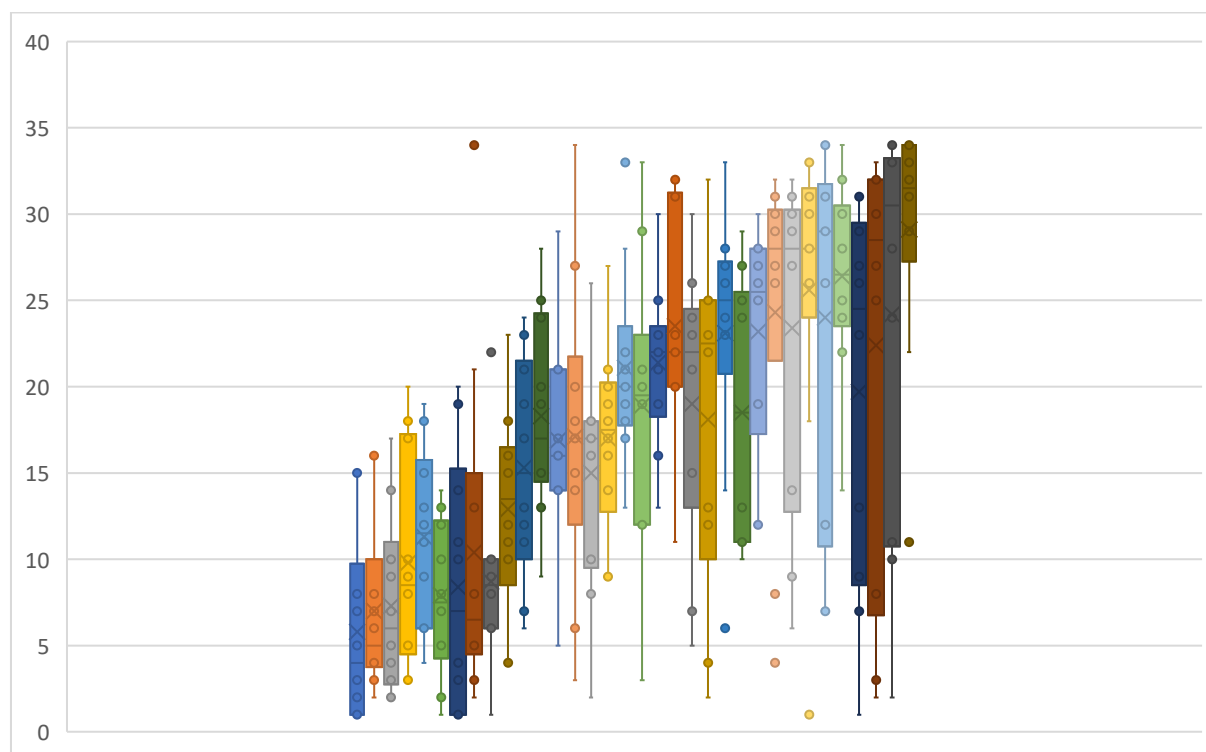
Nous avons reçu 12 réponses (dont 3 francophones). Les figures ci-dessous donnent un aperçu de la composition de l'échantillon.



Onze personnes ont indiqué qu'elles adhéraient à la méthode utilisée pour parvenir à la priorisation des recommandations. Le répondant qui n'était pas d'accord s'est vraisemblablement mépris : à la question de suivi visant à recueillir une meilleure alternative, il a été répondu que la méthode était appropriée.

L'ensemble des répondants se reconnaissent dans la sélection opérée.

Lors de l'analyse du classement des stratégies, il est apparu que celles-ci demeuraient en grande partie dans le même ordre que celui dans lequel elles avaient été présentées (voir figure ci-dessous). Cette observation a soulevé des questions quant à la validité de ces résultats.



Selon les parties prenantes, les stratégies les plus importantes (c'est-à-dire celles ayant obtenu le score moyen le plus élevé auprès de l'ensemble des parties prenantes) sur lesquelles il convient de miser afin d'assurer une implémentation réussie des guidelines sont les suivantes :

1	Promouvoir des programmes éducatifs pour les professionnels de la première ligne et de la santé mentale sur le risque accru de morbidité et de mortalité lié aux maladies chroniques non transmissibles chez les patients atteints de TPS. Ceci concerne surtout les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, les cancers et les infections sexuellement transmissibles (1.1)
2	Promouvoir des programmes éducatifs pour les professionnels de première ligne sur les troubles psychiatriques sévères (TPS), en incluant des trucs et astuces, des conseils quant au choix des mots, la lutte contre la stigmatisation et des stratégies motivationnelles. (1.2)

3	Proposer une formation spécialisée aux professionnels de première ligne et de santé mentale sur les interventions liées au mode de vie, notamment les entretiens motivationnels, la prescription d'activité physique et le conseil nutritionnel, pour mieux aborder les comportements malsains chez leurs patients. Cette formation aide également à réduire la stigmatisation et les faibles attentes quant aux capacités des patients atteints de TPS. (1.3)
6	Former la personne responsable de la gestion des soins somatiques pour assurer une gestion efficace et faciliter la communication entre les divers prestataires de soins. (1.6)
7	Promouvoir des programmes éducatifs pour les patients et leurs proches sur les risques et l'importance des problèmes somatiques, ainsi que sur les étapes à suivre pour assurer le suivi des traitements. Ces programmes devraient utiliser divers formats (ateliers, brochures, plateformes numériques) pour s'adapter aux différents niveaux de littératie en santé et d'engagement des patients. (2.1)
9	Mettre en œuvre des programmes tels que des ateliers "Vivre sainement" ou des interventions de groupe standardisées, avec des objectifs simples et structurés, accessibles aux patients ayant des difficultés cognitives ou une concentration limitée. La décomposition des changements comportementaux complexes en étapes simples aide à réduire la surcharge. (2.3)
4	Former les professionnels de première ligne sur les mécanismes d'action, les effets secondaires et les interactions des médicaments psychotropes (y compris les risques accrus de symptômes psychotiques avec le Bupropion ou la Varénicline). (1.4)
8	Mobiliser des pairs aidants pour briser la stigmatisation et l'isolement. Ces personnes, ayant une expérience vécue des troubles mentaux, peuvent servir de modèles pour encourager des changements comportementaux souhaités, tels que l'augmentation de la participation à des activités physiques ou l'arrêt du tabac (par exemple, des projets de parrainage). (2.2)
5	Former les professionnels de première ligne à identifier et gérer la consommation de substances chez les patients atteints de TPS. (1.5)
10	Introduire des outils d'auto-surveillance (comme des podomètres ou des journaux alimentaires) et des stratégies de fixation d'objectifs personnels pour aider les patients à suivre leurs progrès et rester motivés. Les approches comportementales cognitives, qui encouragent les patients

	à prendre en charge leurs changements comportementaux, peuvent être particulièrement utiles. (2.4)
--	--

Compte tenu des doutes quant à la validité des résultats, les auteurs ont décidé de procéder également, au sein de leur groupe restreint, à un classement des stratégies selon leur importance. Leur top 10 est le suivant :

27	Allouer des temps de consultation plus longs avec une rémunération appropriée pour les patients atteints de TPS, et établir des cliniques spécialisées au sein des soins primaires pour le suivi psychopharmacologique de cette population. (5.5)
6	Former la personne responsable de la gestion des soins somatiques pour assurer une gestion efficace et faciliter la communication entre les divers prestataires de soins. (1.6)
25	Élaborer des politiques pour retenir les infirmiers et médecins généralistes dans certaines régions, notamment via des incitations financières et non financières. (5.1)
7	Promouvoir des programmes éducatifs pour les patients et leurs proches sur les risques et l'importance des problèmes somatiques, ainsi que sur les étapes à suivre pour assurer le suivi des traitements. Ces programmes devraient utiliser divers formats (ateliers, brochures, plateformes numériques) pour s'adapter aux différents niveaux de littératie en santé et d'engagement des patients. (2.1)
1	Promouvoir des programmes éducatifs pour les professionnels de la première ligne et de la santé mentale sur le risque accru de morbidité et de mortalité lié aux maladies chroniques non transmissibles chez les patients atteints de TPS. Ceci concerne surtout les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, les cancers et les infections sexuellement transmissibles (1.1)
4	Former les professionnels de première ligne sur les mécanismes d'action, les effets secondaires et les interactions des médicaments psychotropes (y compris les risques accrus de symptômes psychotiques avec le Bupropion ou la Varénicline). (1.4)
2	Promouvoir des programmes éducatifs pour les professionnels de première ligne sur les troubles psychiatriques sévères (TPS), en incluant des trucs et astuces, des conseils quant au choix des mots, la lutte contre la stigmatisation et des stratégies motivationnelles. (1.2)

10	Introduire des outils d'auto-surveillance (comme des podomètres ou des journaux alimentaires) et des stratégies de fixation d'objectifs personnels pour aider les patients à suivre leurs progrès et rester motivés. Les approches comportementales cognitives, qui encouragent les patients à prendre en charge leurs changements comportementaux, peuvent être particulièrement utiles. (2.4)
11	Offrir des programmes éducatifs aux prestataires de soins pour stimuler des processus de prise de décision partagée concernant la prescription de médicaments, impliquant les principaux intervenants (médecins, pharmaciens, infirmiers) ainsi que les patients atteints de TPS et leurs familles. (2.5a / 4.2)
9	Mettre en œuvre des programmes tels que des ateliers "Vivre sainement" ou des interventions de groupe standardisées, avec des objectifs simples et structurés, accessibles aux patients ayant des difficultés cognitives ou une concentration limitée. La décomposition des changements comportementaux complexes en étapes simples aide à réduire la surcharge. (2.3)

Le classement des stratégies selon le score moyen, calculé sur l'ensemble des parties prenantes et des auteurs, aboutit au top 10 suivant. Pas moins de sept des dix stratégies apparaissent dans les deux classements distincts (en gras) :

Promouvoir des programmes éducatifs pour les professionnels de la première ligne et de la santé mentale sur le risque accru de morbidité et de mortalité lié aux maladies chroniques non transmissibles chez les patients atteints de TPS. Ceci concerne surtout les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, les cancers et les infections sexuellement transmissibles (1.1)

Former la personne responsable de la gestion des soins somatiques pour assurer une gestion efficace et faciliter la communication entre les divers prestataires de soins. (1.6)

Promouvoir des programmes éducatifs pour les professionnels de première ligne sur les troubles psychiatriques sévères (TPS), en incluant des trucs et astuces, des conseils quant au choix des mots, la lutte contre la stigmatisation et des stratégies motivationnelles. (1.2)

Promouvoir des programmes éducatifs pour les patients et leurs proches sur les risques et l'importance des problèmes somatiques, ainsi que sur les étapes à suivre pour assurer le suivi des traitements. Ces programmes devraient utiliser divers formats (ateliers, brochures, plateformes numériques) pour s'adapter aux différents niveaux de littératie en santé et d'engagement des patients. (2.1)

Proposer une formation spécialisée aux professionnels de première ligne et de santé mentale sur les interventions liées au mode de vie, notamment les entretiens motivationnels, la prescription d'activité physique et le conseil nutritionnel, pour mieux aborder les comportements malsains chez leurs patients. Cette formation aide également à réduire la stigmatisation et les faibles attentes quant aux capacités des patients atteints de TPS. (1.3)

Former les professionnels de première ligne sur les mécanismes d'action, les effets secondaires et les interactions des médicaments psychotropes (y compris les risques accrus de symptômes psychotiques avec le Bupropion ou la Varénicline). (1.4)

Mettre en œuvre des programmes tels que des ateliers "Vivre sainement" ou des interventions de groupe standardisées, avec des objectifs simples et structurés, accessibles aux patients ayant des difficultés cognitives ou une concentration limitée. La décomposition des changements comportementaux complexes en étapes simples aide à réduire la surcharge. (2.3)

Mobiliser des pairs aidants pour briser la stigmatisation et l'isolement. Ces personnes, ayant une expérience vécue des troubles mentaux, peuvent servir de modèles pour encourager des changements comportementaux souhaités, tels que l'augmentation de la participation à des activités physiques ou l'arrêt du tabac (par exemple, des projets de parrainage). (2.2)

Former les professionnels de première ligne à identifier et gérer la consommation de substances chez les patients atteints de TPS. (1.5)

Introduire des outils d'auto-surveillance (comme des podomètres ou des journaux alimentaires) et des stratégies de fixation d'objectifs personnels pour aider les patients à suivre leurs progrès et rester motivés. Les approches comportementales cognitives, qui encouragent les patients à prendre en charge leurs changements comportementaux, peuvent être particulièrement utiles. (2.4)

DEVELOPPEMENT DES INDICATEURS LIES AUX STRATEGIES D'IMPLEMENTATION

La description des indicateurs a débuté à partir de la consultation des parties prenantes. Nous nous sommes limités aux dix recommandations les plus prioritaires. Lors des réunions organisées dans le cadre du développement de la ligne directrice, des informations pertinentes ont été recueillies de manière implicite, puis complétées par des données issues de la littérature ainsi que par l'expérience de terrain des auteurs. Le Comité d'accompagnement a insisté sur la nécessité de sélectionner et/ou de développer des indicateurs mesurables dans le contexte actuel. Les indicateurs élaborés par le GDG par

consensus reposent sur l'opérationnalisation (proxy) suivante du TPS : l'utilisation d'un antipsychotique ou du lithium pendant une période ininterrompue de six mois. La sélection finale des indicateurs figure dans la ligne directrice.

FINANCEMENT ET CONFLITS D'INTERETS (ITEMS 22 ET 23 AGREE)

Le développement de ce plan d'implémentation est financé par le SPF Santé publique. Le contenu du plan n'a pas été influencé par les positions de cette instance de financement.

Les conflits d'intérêts des auteurs ont été déclarés et discutés. Les intérêts mentionnés ne nécessitent toutefois pas la mise en œuvre de mesures correctrices.