



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2020-2022

MENTION : PSYCHIATRIE SANTÉ MENTALE

MÉMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME d'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

**SYNDROME MÉTABOLIQUE ET SCHIZOPHRÉNIE  
LA NÉCESSITÉ D'UN SUIVI SYSTÉMATIQUE EN CMP**

Présentée et soutenue publiquement le 30 JUIN 2022 à 14h  
au (Pôle Recherche ou Pôle Formation)

par **Laurence GAUTIER**

---

**MEMBRES DU JURY**

Personnel sous statut enseignant et hospitalier,

**Président : Mr le Professeur François PUISIEUX**

**Enseignant infirmier : Madame Hélène DEHAU**

**Directeur de mémoire : Monsieur Philippe SUNE**

## REMERCIEMENTS

Au président du jury Mr Le Professeur François Puisieux

A Mme Hélène Dehau, membre du jury

A Mr Philippe Sune qui a accepté d'être mon directeur de mémoire pour ses conseils et son soutien dans ce projet

Aux infirmiers qui ont accepté de participer à ce travail de recherche et de s'y investir en m'accordant du temps.

A mes enfants, Célia et Ruben qui de leur place d'étudiant ont suivi cette reprise d'étude sans cesser de m'encourager.

A tous mes amis pour leur présence et leur soutien durant ces deux années. Il faut bien le dire, je n'ai pas été vraiment là ces derniers temps, trop occupée par mes études. Merci pour leur inconditionnelle fidélité.

A Sylvie Luxey, ma chère belle sœur pour ses relectures et ses corrections avisées.

A Élodie Orinel, mon binôme de travail durant ces deux ans d'études et qui a su me reconforter lors de mes moments de doute.

Et enfin, à toute cette promotion de futur IPA pour tous les enrichissements qu'elle m'a apporté pendant ces deux années, et les bons moments comme les plus difficiles traversés ensemble.

# SOMMAIRE

## **Introduction générale**

### **Introduction**

- 1. Schizophrénie**
- 2. Schizophrénie et risques cardio vasculaire**
- 3. Les antipsychotiques atypiques**
- 4. Articulation des soins en CMP**
- 5. L'infirmière de pratique avancée**

### **Méthode**

- 1. Choix de l'étude**
- 2. Le guide d'entretien**
- 3. La population interrogée**
- 4. Le recrutement**
- 5. Les entretiens**
- 6. Transcription des données**

### **Résultats**

- 1. Analyse des données**

### **Discussion**

- 1. Discussion des résultats**
- 2. Forces et limites**

### **Conclusion**

### **Bibliographie**

### **Glossaire**

### **Annexes I II III IV**

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis l'obtention de mon diplôme, je travaille en psychiatrie. J'ai d'abord exercé en service intra hospitalier dans un secteur fermé accueillant indistinctement tout sujet souffrant d'un trouble psychiatrique. Durant cette période, je constate qu'il y a une majorité de patients souffrant de schizophrénie présentant des symptômes de décompensation aiguë de la maladie.

Lorsqu'ils arrivent, ils présentent souvent un état d'incurie important associé à une dégradation de leur santé sur le plan somatique : dégradation de l'état buccodentaire, altération de l'état cutané avec parfois des plaies infectées. Il y a parfois d'autres pathologies chroniques associées pour lesquelles le patient a abandonné suivi et traitement, trop envahi par sa maladie psychique. Cela aggrave ainsi un peu plus son état de santé. Sont concernés indistinctement les hommes et les femmes. Durant l'hospitalisation il y a donc à soutenir la personne dans sa décompensation psychique et lorsque le contact avec le réel est possible, il est alors envisageable d'accompagner une reprise de suivi des soins somatiques.

Après cinq ans passés en service d'hospitalisation j'ai demandé ma mutation pour travailler sur le secteur ambulatoire. Je travaille donc depuis neuf ans maintenant dans un centre médico-psychologique (CMP). C'est la psychiatrie de proximité, au cœur de la cité, le CMP en étant la principale offre de soins. Deux des missions du CMP sont de mener des actions de prévention primaire en amont et de coordonner la prise en soins en aval. Comme en service intra-hospitalier, nous y recevons toutes demandes de suivi psychologique avec toujours une priorité de prise en charge des patients atteints de psychose. Cependant, contrairement à l'hôpital où le patient est présent tous les jours, au CMP nous ne voyons les personnes que lorsqu'elles ont rendez-vous. Nous n'avons donc qu'un suivi partiel de ses soins, notamment somatique. Par ailleurs, ils sont libres de nous délivrer des informations ou pas.

Alors que les patients souffrant de schizophrénie que je reçois sont dans une relative stabilité psychique je constate qu'ils n'ont pas forcément de suivi somatique. Ainsi, plusieurs patients souffrant de schizophrénie que je vois n'ont plus ou pas de médecin traitant et faire la démarche de chercher un médecin traitant peut être une difficulté supplémentaire. Lorsque je suis arrivée au CMP j'imaginai qu'une certaine stabilité psychique des patients amènerait un meilleur suivi de leur prise en charge somatique. Mais après plusieurs années à travailler dans

cette structure, je constate qu'il n'en est rien. La schizophrénie est souvent associée à d'autres facteurs de comorbidité tels que tabac, alcool, mauvaise hygiène alimentaire, sédentarité, obésité du fait même des symptômes de la maladie.

De plus, en dehors du contexte de la maladie, d'autres facteurs viennent s'ajouter à la difficulté d'un suivi somatique de qualité. En effet, comme dans beaucoup de régions en France les médecins généralistes de ville partent à la retraite et ne sont pas remplacés. Cela impacte directement le suivi de ces personnes. Il en va de même des psychiatres de moins en moins nombreux, et donc contraints par l'augmentation de leur file active à ne recevoir les patients qu'en moyenne une fois tous les trois mois. La durée de la consultation n'excède pas plus de 20 à 30 minutes. Dans ce contexte, il devient alors difficile de penser le lien tellement nécessaire pour assurer un meilleur suivi somatique de ces personnes.

L'infirmier(ère) devient l'interlocuteur(rice) que le patient rencontre le plus souvent au CMP. En effet, les personnes souffrant de schizophrénie et ayant un traitement retard viennent tous les quatorze ou vingt-huit jours faire pratiquer leur injection retard. C'est un soin planifié, et je reçois chaque personne sur rendez-vous. Lorsque je les reçois, celui-ci se déroule en deux temps. Il y a d'abord un entretien d'évaluation clinique qui se passe dans un bureau de consultation. Durant cet entretien j'échange avec la personne sur son vécu quotidien, et l'invite à s'exprimer sur des problèmes qui auraient pu survenir entre les rendez-vous. Cet échange me permet d'évaluer si des changements dans le comportement, l'expression verbale ou non verbale se manifestent. Cet entretien permet aussi de voir l'évolution positive et de la restituer à la personne afin de renforcer l'alliance thérapeutique.

À l'issue de l'entretien dont la durée n'excède pas 20 minutes vient le temps de l'administration du traitement retard. Ce soin se déroule dans une salle dite "de soins" qui jouxte le bureau. Dans cette pièce se trouve une table d'examen et le matériel nécessaire pour pratiquer les soins dans un environnement sécurisé. En amont de la pratique de l'injection, je relève plusieurs paramètres (la tension artérielle, la température, le poids, la fréquence cardiaque) et plus récemment le périmètre abdominal. Toutes ces surveillances sont notées sur une feuille dite "de surveillance" destinée à suivre la périodicité et la traçabilité de l'administration des traitements.

Les traitements de la schizophrénie ont beaucoup évolué notamment avec l'apparition des traitements retard et plus récemment des antipsychotiques dit "atypiques". Toutefois, leurs

effets secondaires sont notables. Ainsi la prise de poids est prévalente pour certains d'entre eux. Les paramètres relevés lors de l'injection retard pourraient être exploités en repérage du syndrome métabolique associés au périmètre abdominal. Cependant, je remarque que cela n'est pas fait. C'est en poursuivant mes études d'infirmière en pratique avancée que j'ai été amené à me poser la question suivante :

Quels sont les freins à l'évaluation et au suivi du syndrome métabolique par les infirmières en CMP et en quoi l'IPA pourrait-elle contribuer à son repérage ?

# INTRODUCTION

## 1. Schizophrénie

### 1.1 Historique

Au Moyen Âge, la “folie” exerce puissance et fascination. Elle est inscrite dans la hiérarchie des vices en opposition à la prudence au même titre que la charité et l’avarice, la chasteté et la luxure. Le “fou” est dans la cité et côtoie tout à chacun et il est reconnu comme détenant un certain savoir. A la Renaissance, le fou est perçu comme une différence ressentie par rapport à soi-même. Au XVIIème *“le fou c’est l’autre par rapport aux autres”* (M. Foucault, 1982, p. 199). En 1764 Voltaire en donne la définition suivante :

*“Nous appelons folie cette maladie des organes du cerveau qui empêche un homme nécessairement de penser et d’agir comme les autres. (Voltaire, 1764, p. 197)*

Il est alors mis à l’écart.

*“[...] il est maintenant repoussé [...], maintenu hors d’état d’inquiéter, par une double sécurité puisqu’il représente la différence de l’autre dans l’extériorité des autres. (M. Foucault, 1982, p.199).*

La folie devient alors un sujet médical. À la fin du XVIIIème siècle et jusqu’au milieu du XIXème siècle se développe le concept d’aliénation mentale. En France, Pinel (1745-1826), fondateur de la psychiatrie moderne, propose un autre regard sur les fous d’abord en les libérant de leurs chaînes puis en ne les considérant plus comme des insensés mais des personnes devenues étrangères à elles-mêmes. Il dit d’eux :

*"il subsiste toujours un sujet derrière sa folie, et c’est à lui que nous devons nous adresser, par-delà ses symptômes qui le bâillonnent"*

Esquirol (1772-1840), autre psychiatre français, et Pinel décrivent dans leurs nosographies les maladies mentales. Morel (1809-1873) dans son livre d’études cliniques décrit les signes cliniques tels que la catatonie, les bizarreries de comportement, on ne parle pas encore de schizophrénie. C’est Bleuler qui en 1911 propose le terme de “schizophrénie” pour qualifier

une forme de folie, issu du grec "skhizein" (fendre, cliver) et "phrénus" (penser). Le terme de schizophrénie vient remplacer celui de "démence précoce" défini par E.Kraepelin.

Même si il y a eu une évolution du regard porté sur la folie<sup>1</sup> et sur la psychiatrie entre le milieu du XVIIIème siècle et le début du XXème siècle, elles restent enfermées dans les murs des institutions. Le diagnostic s'établit essentiellement par la présence d'un syndrome de dissociation.

Après la deuxième guerre mondiale, en 1952, sous l'impulsion de Oury (création de la clinique de Laborde) et Tosquelles apparaît la psychothérapie institutionnelle. Son approche du soin est la co-gestion thérapeutique des usagers et des soignants dans le but de socialiser et orienter le soin en dehors des murs de l'institution. Simultanément, apparaissent dans un premier temps le premier neuroleptique connu sous le nom de Largactil® puis les benzodiazépines dans les années 60. Ces nouveaux traitements vont contribuer à soulager et apaiser les patients mais aussi permettre et faciliter l'accession à une relation avec eux.

Dans les années 70 la sectorisation avec la création des dispensaires qui deviendront les CMP (Centre Médico-Psychologique) favorise les soins à l'extérieur des institutions hospitalières. Ils permettent les soins en ambulatoire au plus près du lieu de vie des personnes soignées.

Actuellement, l'évolution des traitements avec l'apparition des antipsychotiques atypiques et les recherches menées autour de la schizophrénie amène à parler plutôt "des schizophrénies" tant les formes peuvent relever de symptomatologies différentes. Par ailleurs, un nouveau paradigme s'impose avec le concept de rétablissement dans lequel le sujet n'est plus regardé comme "schizophrène" mais comme souffrant d'une maladie "la schizophrénie". Ainsi, il propose une autre perspective du soin, offrant à la personne de décider de ses propres choix afin d'entrevoir une vie la plus satisfaisante possible malgré les troubles. (Aborder pec somatique)

## 1.2 Épidémiologie

Dans le monde, la schizophrénie touche 24 millions de personnes soit un individu sur 300. Cela représente entre 0,7 et 1% de la population totale. En France environ 600 000 personnes sont touchées par cette maladie. La population prise en soin dans le cadre d'une schizophrénie est jeune, 85% d'hommes et 78% de femmes ont entre 25 et 64 ans. On observe quelques

---

<sup>1</sup> nommée psychose au milieu du 19ème S par l'autrichien E. Von Feuchtersleben

différences entre les hommes et les femmes confirmées dans une revue de littérature Ochoa, (Ochoa. S & al, 2012). En effet, chez la femme l'âge de début est plus tardif, le pronostic est meilleur avec moins de rechutes. On constate par ailleurs une meilleure réponse au traitement. La prévalence augmente avec l'âge, elle passe 9 ou 10 pour 1000 chez les hommes et à 5 pour 1000 chez les femmes.

## 1.3 Sémiologie

### 1.3.1 Selon la classification internationale

Dans le DSM V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), la schizophrénie est classée dans les troubles psychotiques. Elle y est définie et caractérisée selon six critères noté de A à F : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé, symptômes négatifs. Le DSM V présente quelques changements par rapport au DSM IV sur le critère A. Ainsi, il retient l'obligation qu'au moins deux ou plus de ces symptômes soit présents,. Ils doivent évoluer depuis au moins six mois pour poser le diagnostic, 1 mois s'il y a une réponse favorable au traitement. L'étude de Fekih-Romdhane (Fekih-Romdhane & al, 2016) rapporte que ces changements prennent mieux en compte la dimension individuelle de la personne dans l'expression de la maladie et que l'évaluation à l'aide d'échelle facilitera l'évaluation clinique et le traitement. On note un début des troubles apparaissant entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte (15-25 ans). Les premières manifestations peuvent être précoces ou tardives. La schizophrénie se décrit suivant trois grands syndromes :

Le syndrome positif : il regroupe les symptômes bruyants et expressifs de la maladie. On y trouve :

- hallucinations acoustico-verbales / visuelles
- hallucinations cénesthésiques
- idées délirantes
- syndrome d'influence et automatisme mental

Le syndrome négatif : il se manifeste par une altération des sphères émotionnelles et comportementales pouvant être associées. Il se caractérise par des symptômes tels que :

- aboulie / anhédonie / apragmatisme
- Un émoussement des affects / froideur affective
- Incurie
- retrait social

Le syndrome de désorganisation : il se définit par une impossibilité à construire un comportement ou un discours cohérent. C'est une perte de l'unité psychique qui affecte les idées, l'affectivité et le comportement.

Les symptômes en sont :

- Troubles du cours de la pensée
  - Barrages / Discours diffluent / incohérence du discours / néologisme
- Trouble du comportement et des affects
  - Comportement irrationnel / ambivalence /
  - Désorganisation du comportement / émotionnel
  - Maniérisme

Le diagnostic est essentiellement clinique et doit se faire en l'absence de diagnostic différentiel. Par ailleurs, au-delà des différents tableaux psychopathologiques spécifiques à la schizophrénie, s'ajoutent des troubles neurocognitifs induits par la maladie. Ainsi, selon l'étude de Heinrichs (Heinrichs R.W & al, 1998) 70 à 80 % des personnes souffrant de schizophrénie présentent des troubles neurocognitifs. Ces troubles concernent les fonctions exécutives, mnésiques, l'attention, la cognition sociale.

### 1.3.2 Selon l'approche psychanalytique

#### La psychée

Freud considère :

*“le narcissisme primaire comme central dans la schizophrénie où il y a retrait de la libido sur le moi puis réinvestissement sur les objets du délire.”*

(Pedinielli, Gimenez, 2016, p. 81).

Le narcissisme primaire préfigure la constitution complète du Moi dans, le sujet et l'objet y sont indifférenciés.

*“La psychose est le résultat d'un conflit entre le moi et le monde extérieur”.*

(Freud, Névrose et Psychoses 1924)

Dans son livre (le Moi et le Ça), S. Freud a modélisé le fonctionnement de l'appareil psychique avec ses trois instances (le Moi, le Ça, et le Surmoi). Le Moi est l'instance de la partie consciente du psychisme, lieu du principe de réalité, il est à l'interface du monde extérieur et intérieur.

*“Lieu de l'attention, mais également de la mise en jeu des stratégies défensives, cette instance a une fonction à la fois limitante et contenante à l'égard des stimuli externes et des excitations internes.”* (J. Gortais, 2019, p. 190)

Le Ça, place du principe de plaisir, des pulsions, ne tient pas compte de la réalité. Dans la psychose une partie de la réalité est réprimée du Moi et le Ça s'impose partiellement. Là ou dans la névrose le sujet fuit la réalité, dans la psychose il recrée une autre réalité bâtie sur les désirs du Ça. C'est le déni de réalité, le sujet refuse de reconnaître un événement inacceptable qui constitue pour lui une effraction traumatique dans son psychisme en empêchant ainsi toute représentation.

*“Dans de nombreux cas, suite au déni et au rejet, les traces mnésiques inscrites dans l'Inconscient font retour sous forme de délire”*

(Barthélémy, S. & Bilheran, A., 2007, p.46)

« *ce qui a été aboli au-dedans revient du dehors* » (Freud, 1911, cité dans Y. Trichet, 2011, p.200)

## Le corps

Le Moi constitutif de l'appareil psychique se construit dès la naissance. C'est entre 6 et 18 mois au "stade du miroir" tel que l'a décrit J. Lacan que le petit d'homme prend conscience de son schéma corporel en ce sens qu'il est unité. C'est par cette identification qu'il peut intégrer sa structure corporelle. Dans le cas d'une personne atteinte de schizophrénie, il y a une faille dans la construction du Moi ne lui permettant pas de se vivre dans une unité de son corps physique et psychique. Didier Anzieu avec son concept du "Moi peau" précise que notre enveloppe corporelle délimite le corps en ce sens qu'il y a un dedans et un dehors, le protégeant ainsi des agressions extérieures. Chez le sujet schizophrène dont on peut dire qu'il vit son corps de manière singulière, le "Moi peau" ne fait plus fonction de limite. Selon D. Anzieu, il devient poreux et le sujet ne parvient plus à distinguer ce qui est de l'extérieur ou de l'intérieur de son corps. Si le Moi psychique d'un sujet névrosé est représenté comme le centre de l'appareil psychique, dans la psychose, il est localisé à la périphérie de l'enveloppe. Ainsi le Moi n'habite plus le psychisme. C'est le morcellement, le sujet est disloqué, provoquant des angoisses appelées "angoisses de morcellement".

*"Seul un « sujet », capable de se différencier dans l'espace de ce qui n'est pas lui, peut précisément se donner une image d'autrui, le percevoir et se préparer ainsi à le rencontrer."* (P. Fontaine, 2014, p.11)

### 1.1.3 Selon l'approche phénoménologique

La phénoménologie existentielle propose une approche de la personne par son mode "d'être au monde", c'est-à-dire à son éprouvé de l'existence, à la façon dont il appréhende sa vie, ses projets de vie. Chez le sujet schizophrène cet "être au monde" est modifié par le délire, altérant son rapport à la temporalité et à l'espace.

*"Il s'ensuit une perte de la continuité de l'historique de soi. [...]. Le psychotique est enfermé dans le monde qu'il s'est construit, monde profondément perturbé par l'échec de la synthèse de soi"* (Pedinelli, Gimenez, 2016)

Pour Minkowski le vécu du sujet schizophrène résulte d'une perte de la dynamique du contact avec la réalité.

*“[...] Binswanger affirme le primat de l'être-ensemble dont dérivent les autres modes relationnels (nous, je/tu, Je/autres), [...]. Il introduit ainsi une phénoménologie de l'amour au principe du lien social, qu'il met au centre de la relation thérapeutique.” (G. Sarfati, 2014, p.110)*

Ainsi, dans l'approche phénoménologique, c'est soutenu par le soignant que le patient doit trouver son être propre.

#### 1.3.4 L'approche par les neurosciences

Selon la définition du Larousse, les neurosciences sont définies comme l'ensemble des sciences qui étudient le système nerveux. Depuis quelques décennies, les neurosciences s'intéressent à rechercher des anomalies de la structure et de la chimie du cerveau en corrélation avec la schizophrénie. Par ailleurs, l'imagerie moléculaire par TEP-scan (tomographie à émission de positons couplée d'un scanner) a permis d'établir un lien significatif entre les symptômes positifs de la schizophrénie et la dopamine par hyperdopaminergie. D'autres neurotransmetteurs tels que glutamate, GABA, (acide gamma-aminobutyrique), sérotonine semblent aussi jouer un rôle dans la physiopathologie de la schizophrénie. Ces découvertes par les neurosciences proposent de nouvelles perspectives en termes de traitements pour les patients atteints de schizophrénie. En effet, les chimiothérapies pourraient être plus ciblées et proposer un dosage personnalisé et d'en suivre l'évolution par imagerie cérébrale.

L'approche de la schizophrénie sous ces différents prismes amène à poser un regard sur la personne et sa singularité plutôt que sur une maladie.

Au-delà de ces symptômes, la schizophrénie vient toucher la personne dans ce qu'elle est en tant que sujet, sur le plan personnel mais aussi dans son rapport au monde, à son environnement, aux autres. Ainsi, ces différentes approches amènent à envisager un autre regard sur les personnes qui en souffrent. En effet, elles viennent poser une définition de cette maladie qui invite à s'intéresser à la personne dans son entièreté. Cela montre bien l'intérêt

d'une collaboration pluriprofessionnelle afin de favoriser la prise en soins de la personne soignée.

## 1.4 Etiologie

Cette maladie dont il est maintenant communément admis qu'elle est plurifactorielle, affecte le comportement ainsi que l'expérience subjective du sujet. Dans l'étiologie de la schizophrénie on retrouve d'une part des facteurs génétiques, et d'autre part des facteurs environnementaux. Dans ces facteurs environnementaux, on peut citer les complications périnatales, les abus ou négligences dans l'enfance ou à l'adolescence, la consommation de toxiques notamment le cannabis, ou le fait de résider en zone urbaine. Ils peuvent être associés à des facteurs socio-environnementaux tels que la densité ethnique, la précarité, le chômage. Ainsi, la schizophrénie est une maladie ayant un retentissement important sur la vie quotidienne de la personne en impactant les sphères du travail, des interactions sociales, de la santé, sa qualité de vie.

## 2. Schizophrénie et risques cardiovasculaires

### 2.1 Epidémiologie

Dans la population souffrant de troubles psychiatriques sévères, les études épidémiologiques montrent une espérance de vie inférieure de 20% environ à celle de la population générale soit 18 à 25 ans de moins que celle-ci. L'étude de Olfson (Olfson M & al, 2015, cité dans S. Dollfus, 2019, p.212) indique même une espérance de vie inférieure de 28,5 ans pour les hommes. Par ailleurs, les individus atteints de schizophrénie ont une mortalité liée aux maladies cardiovasculaire 2 à 3 fois plus importante que la population générale (Osborn & al, 2007, cité dans, J. Daléry & al, 2012). Chez cette population les maladies cardiovasculaires seraient sous diagnostiquées. L'étude de JC. Marche (JC. Marche, & al, 2021) montre que l'âge médian des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires et souffrant de schizophrénie est de dix ans inférieur à celui de la population générale.

## 2.2 Facteurs de risque

Les risques cardio-vasculaire sont associées à deux types de facteurs de risque, les facteurs de risque non modifiables (sexe, age, les antécédents familiaux) et les facteurs de risque modifiables sur lesquels il est possible d'agir (le tabac, l'alcool, l'alimentation, l'obésité, la sédentarité). Ainsi du fait de leur mode de vie, (mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme..), d'un déficit d'accès aux soins et des symptômes de la maladie, les personnes atteintes de schizophrénie ont un facteur de risque cardiovasculaire augmenté. Dans la population de personnes atteintes de schizophrénie le risque lié au tabac est 2 à 5 fois plus important que dans la population générale et l'obésité 1,5 à 2 fois supérieure.

	<i>Prévalence chez les personnes atteintes de schizophrénie</i>	<i>Risque relatif par rapport à la population générale</i>
Tabagisme	50-80 %	2-5
Dyslipidémie	25-69 %	≤ 5
Diabète	10-15 %	2-3
HTA	19-58 %	2-3
Obésité	45-55 %	1,5-2

Tableau I facteurs de risque des personnes souffrant de schizophrénie(De Hert M & al, 2009, cité dans S. Dollfus, 2019, p202)

## 2.3 Le syndrome métabolique (SMet)

### 2.3.1 Epidémiologie

La méta analyse de Vancampfort (D. Vancampfort, & al, 2015) qui évalue le risque de syndrome métabolique sur les personnes atteintes de schizophrénie et troubles psychotiques apparentés montre une prévalence du syndrome métabolique de 32,6% chez cette population soit un risque relatif 1,58 fois supérieur à celui de la population générale. Par ailleurs, l'étude de JH. Thakore (JH. Thakore, & al, 2002) montre que les sujets schizophrènes, qu'ils soient naïfs ou non de traitement ont un niveau de graisse intra abdominal plus élevé que la population générale.

### 2.3.2 Définition

Il est d'abord nommé "syndrome X" par Reaven en 1988. Une définition dite de "syndrome métabolique" est donnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1999. Le syndrome métabolique se définit par le regroupement de désordres physiologiques et biochimiques, il multiplie par quatre le risque de diabète de type 2 et majore le risque cardiovasculaire.

Actuellement il existe plusieurs définitions du SMet, celle de l'OMS de 1999, de l'AACE (American Association of Clinical Endocrinologists), de NCEP-ATP III (le National Cholesterol Education Program-Adult Treatment panel III) et de la FID (Fédération Internationale de Diabétologie). Bien qu'il n'y ait pas de définition commune, la recherche du SMet repose sur des anomalies communes (obésité abdominale, hypertension, taux de HDL-cholestérol bas, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie et hyperglycémie). Chacune de ces anomalies est à elle seule un facteur de risque cardiovasculaire.

Dans la recherche de diagnostic de SMet la NCEP-ATP III et la FID mettent en avant la mesure du périmètre abdominal comme premier critère diagnostique. En effet, l'obésité abdominale est une composante clé du SMet et a été validée par plusieurs études épidémiologiques comme facteur de risque indépendant. Trois des cinq critères sont nécessaires pour poser le diagnostic de SMet. Dans leur méta analyse A. Mitchell, (A. Mitchell & al, 2013) précisent que la mesure du périmètre abdominal était le critère le plus utile pour prédire un taux élevé de SMet avec une sensibilité de 79,4% et une spécificité de 78,8%.

Tableau II

Critères SMet ATP III et FID

<i>Paramètre</i>	<i>Critère</i>
Périmètre abdominal	> 102 cm (H) ou > 88 cm (F) (IDF : ≥ 94 cm [H] ou ≥ 80 cm [F])
Pression artérielle	≥ 130/≥ 85 mmHg (ou antécédents d'HTA ou traitement en cours pour une HTA)
HDL (mmol/l)	< 40 mg/dl (H) ou < 50 mg/dl (F)
Triglycérides (mmol/l)	≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l)
Glucose (mmol/l)	≥ 110 mg/dl (6,1 mmol/l) pour ATPIII ou ≥ 100 mg/dl (5,5 mmol/l) pour ATPIIIA/IDF (ou traitement antidiabétique en cours)

### 2.3.3 La mesure

La technique pour la mesure du périmètre abdominal n'a elle non plus fait consensus. En effet, il existe plusieurs méthodes pour le mesurer. L'une préconise au-dessous de la dernière côte. Celle de l'ASM (Anthropometric standardization reference manual, 1988) propose de prendre le repère au niveau visible du rétrécissement de la taille, celle de l'OMS indique un repère à mi-chemin entre la dernière côte et la crête iliaque. Cependant, la méthode communément retenue et recommandée est celle de la NIH (National Institutes of Health). En effet, contrairement aux autres méthodes qui nécessitent jusqu'à deux palpations, celle-ci n'exige pas de palpation. Il suffit de localiser la crête iliaque et de placer le mètre ruban à son bord supérieur. Ainsi, cette méthode est facilement utilisable par tous les professionnels de santé. Selon les bonnes pratiques, il est recommandé de prendre la mesure en fin d'expiration. Les vêtements doivent être dégagés de l'abdomen, le patient debout place ses bras en croix sur le thorax.

## 3. Les antipsychotiques atypiques (AA)

Les antipsychotiques atypiques dits de seconde génération apparaissent dans les années 90. L'atypicité de ces nouvelles molécules est caractérisée par leur mode d'action. En effet, ils impliquent d'autres neurotransmetteurs que les antipsychotiques typiques. Ils se caractérisent aussi par peu ou pas d'effets extrapyramidaux induits. Par ailleurs, plusieurs études ont montré que les AA avaient une meilleure efficacité sur les symptômes négatifs que les antipsychotiques typiques. Si les AA présentent une amélioration considérable dans le traitement chimiothérapeutique de la schizophrénie, leurs effets secondaires ne sont pas sans conséquence pour les patients. En effet, la méta analyse de A. Mitchell (Mitchell A & al, 2013) montrent que les AA peuvent être responsable d'une prise de poids conséquente, d'altérations du bilan lipidique (augmentation du cholestérol total et du LDL cholestérol et diminution du HDL cholestérol), ainsi qu'une augmentation de l'obésité abdominale, facteur de risque du syndrome métabolique fortement corrélé au développement d'un diabète de type 2.

### 3.1 Recommandations

Afin de favoriser le dépistage d'anomalies métaboliques et la surveillance d'apparition d'un syndrome métabolique, l'association ADA (American Diabetes Association, 2004) ou l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) proposent de suivre certaines recommandations avant et après l'introduction d'un AA. Ainsi, avant l'introduction d'un AA, il est préconisé de rechercher les facteurs de risque cardiométabolique, notamment les antécédents médicaux personnels et familiaux de la personne. Il est aussi important de l'interroger sur ses habitudes et son hygiène de vie. Un bilan clinique relevant le poids, le périmètre abdominal, la tension, l'IMC, ainsi qu'un bilan biologique avec un dosage à jeun du cholestérol, des triglycérides, et de la glycémie doivent être demandés avant l'initiation du traitement. Puis, dans le cadre du suivi lié à la prise d'AA, ces critères sont à évaluer régulièrement. Le tableau ci-dessous proposé par des experts français synthétise ces critères et leur temporalité d'évaluation.

	T0	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimestrielle	Annuelle
Histoire personnelle/familiale	X					X
Poids et IMC	X	X	X	X	X	
Périmètre abdominal	X	X				X
Glycémie à jeun	X			X		X
Évaluation d'une anomalie lipidique	X			X		X
Pression artérielle	X			X		X
ECG*	X	X				X

(Saravane. D, & al, 2009)

Tableau III

Par ailleurs, la HAS (Haute Autorité de Santé) a aussi émis des recommandations de bonne pratique en psychiatrie pour l'amélioration des prises en charge des soins somatiques de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. Celles-ci ont été élaborées par la FFP (Fédération Française de Psychiatrie). Dans ce document, outre le dépistage et les surveillances, la FFP insiste sur la nécessité d'une collaboration étroite entre psychiatre et médecin traitant, ainsi que de favoriser la coordination des soins avec tous les acteurs. Elle précise que le risque principal à prendre en charge chez les personnes souffrant de schizophrénie sous AA est le SMet. La HAS préconise par ailleurs une éducation à la santé sur la nutrition et l'activité physique.

## 4. Articulation des soins en CMP

La création des CMP (Centre Médico-Psychologique) relève de la circulaire du 15 mars 1960. Dans le cadre de la politique de sectorisation de la psychiatrie, les CMP adossés aux hôpitaux psychiatriques sont le pivot de la prise en charge des soins psychiques en ambulatoire. Ils proposent une offre de soins au plus près des usagers, au cœur de la cité. Une des missions des infirmiers exerçant en CMP est de mener des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ils exercent aussi des actions de coordination des suivis médico-social avec les autres acteurs du territoire.

Au CMP les soins s'articulent autour de la prise en charge médicale des psychiatres. Celle-ci s'appuie sur une équipe pluri professionnelle (infirmiers, psychologue..). Le cœur de métier des infirmiers exerçant en psychiatrie sont les soins relationnels. Les études australienne et anglaise de Hapell (Hapell. B & al, 2012) et de Blythe (Blythe. J, & al,2012) portant sur le rôle des infirmières en santé mentale au regard des soins somatiques ont montré que celles-ci ne se sentaient pas suffisamment formées. Par ailleurs, les infirmiers en CMP travaillent sur prescription médicale (injection retard, visite à domicile...). Ils pratiquent aussi des soins de leur rôle propre visant

*“au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions.”* (Section 1, Actes professionnels, Légifrance).

L'exercice infirmier en CMP est donc fortement dépendant d'une présence médicale pérenne et suffisante. Or, le numérus clausus (qui a pris fin en 2020), et le nombre important de médecins partis à la retraite ces dernières années ont entraîné une baisse de la démographie médicale. La faible attractivité pour la discipline psychiatrique notamment en milieu hospitalier a aussi contribué à une réduction des psychiatres y exerçant. Cette baisse des effectifs médicaux impacte donc le fonctionnement des CMP pour ce qui est du travail en collaboration pluriprofessionnelle. En effet, la file active médicale croissante laisse peu de place à des temps permettant des échanges entre professionnels.

Si depuis 2015 la HAS recommande la surveillance des facteurs de risques des comorbidités somatiques, leur mise en place reste difficile. Souvent, la santé mentale et physique ne sont pas traitées ensemble. Ce cloisonnement est un frein à la prise en compte globale de la santé des patients souffrant de troubles psychiatriques.

## 5. L'infirmière en pratique avancée

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit dans son axe deux de recentrer le système de santé autour des soins de proximité en facilitant l'accès aux soins en ambulatoire. Une de ces mesures pour y parvenir est l'élargissement de compétences de certains professionnels. Ainsi, en 2018 apparaît une nouvelle profession, l'IPA ( Infirmier en Pratique Avancée). Dans le cadre de la pratique avancée telle qu'elle est définie dans les textes relatif à son exercice (Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée 2018),

*“L'IPA exerce, des activités d'orientation, d'éducation et de prévention ou de dépistage des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales” (ARS, 2019).*

Il n'existe pas de définition de l'infirmier en pratique avancée. La définition utilisée est celle du CII (Conseil International Infirmier) qui fait référence reprise par l'ONI (Ordre National des Infirmiers). C'est :

*“Une infirmière qui a acquis les compétences théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (master) est recommandée”*

(B. Lyckosius, 2016, cité dans F. Ambrosino, 2019)

Une des compétences attendues est le leadership de l'IPA. Sur le plan clinique, ou elle développe son expertise en soins du domaine de sa mention concernée. Elle pourra aussi l'exprimer par sa contribution à la formation de ses pairs, et la réflexion sur de nouvelles pratiques professionnelles.

L'IPA exerçant en santé mentale travaille sous protocole d'organisation défini avec le psychiatre référent. Ses missions notamment en ambulatoire sont de faciliter la collaboration entre les différents intervenants de la prise en soins (psychiatre, médecin traitant, infirmiers). Elle est aussi habilitée à renouveler les traitements et à prescrire les examens paracliniques nécessaires au suivi dans son domaine de compétences. Dans sa publication "le nouvel ambulatoire en santé mentale" l'ANAP (Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale) écrit que l'IPA en santé mentale accompagne le suivi de la personne sur le plan psychique et somatique. Ses perspectives sont la prévention, l'éducation et l'amélioration de la santé. Elle a par ailleurs un rôle central dans la coordination des soins et le parcours de santé des personnes soignées.

# MÉTHODE

## 1. Choix de l'étude

Ce travail a pour but d'observer in situ de quelle façon les infirmiers de CMP prennent en soins le syndrome métabolique. L'analyse qualitative exploratoire a donc semblé appropriée pour effectuer cette recherche. En effet, l'attente de cette étude était d'entendre et percevoir le vécu, les ressentis, les difficultés de la population interrogée sur les thèmes en lien avec l'hypothèse de recherche. Il nous a donc semblé nécessaire que ces personnes puissent s'exprimer librement sans être contraintes par une réponse brève. C'est une étude multicentrique. Ce travail s'appuie sur la grille COREQ (2015) traduite en français.

## 2. Le guide d'entretien

L'entretien n'a pas été testé au préalable. Il a été construit par l'enquêtrice et retravaillé et validé avec le directeur de mémoire.

Lors des entretiens, des questions de relance ont pu être insérées. Afin de répondre à notre hypothèse principale : l'intervention d'une IPA en CMP est un élément nécessaire pour développer la surveillance du SMet auprès des patients atteints de schizophrénie sous AA, Nous développerons les hypothèses secondaires suivantes :

1 Le suivi du SMet n'est pas systématique en CMP

2 Le manque de connaissance des infirmiers sur le SMet est un frein à sa surveillance systématique.

3. L'intervention d'une IPA est un moyen efficace pour optimiser le suivi de ce risque

Les entretiens sont constitués de six questions.

La question 1 et 2 ont pour objectif de cadrer la population interrogée

La question 4 renvoie à l'hypothèse secondaire 1

Les questions 3 et 5 renvoient à l'hypothèse secondaire 2

La question 6 renvoie à l'hypothèse secondaire 3

### 3. Population interrogée

Les critères d'inclusions : infirmiers IDE ou ISP exerçant en CMP et prenant en soins des patients schizophrènes sous traitement retard d'AA. Être d'accord pour participer aux entretiens de la recherche.

Les critères d'exclusions : infirmiers exerçant dans d'autres structures ambulatoires et intra hospital. Infirmiers ne prenant pas en soin les patients sous traitement retard par AA.

Dix infirmiers ont été sollicités pour participer à ces entretiens, deux ont refusé.

Huit infirmiers ont donné leur accord pour être interrogés. Deux infirmiers connaissaient l'enquêtrice. Les infirmiers interrogés exerçaient dans deux CMP de deux bassins de vie différents. En effet, un CMP était situé dans une grande agglomération et adossé à un centre de la Croix Rouge regroupant plusieurs professionnels de santé. L'autre était implanté en milieu rural. La population interrogée est féminine. Les infirmiers 4, 5 et 6 sont des ISP (Infirmiers de Soins Psychiatrique), ils sont les plus âgés des huit. Deux infirmiers sont âgés de 58 ans, une de 57 ans, une de 48 ans, une de 42 ans, deux ont 40 ans, et une a 39 ans. La moyenne d'âge des infirmiers interrogés est de 43 ans. Les infirmiers 2, 3, 5, 6 exercent en CMP en milieu rural. Les infirmiers 1, 4, 7 et 8 en milieu urbain.

### 4. Le recrutement

Après avoir obtenu l'accord écrit de la direction des soins de chaque établissement de rattachement des CMP et signé une clause d'engagement au respect de l'anonymat, les chefs de pôle et cadre assistant de pôle ont donné leur accord par mail afin de prendre contact avec les CMP. L'enquêtrice s'est rendue dans chacun des CMP afin de présenter son thème de recherche et solliciter la participation des infirmiers. C'est à l'issue de cette présentation que l'enquêtrice a obtenu leur accord. Les participants étaient informés que l'enquêtrice exerçait la même profession qu'eux et dans quel cadre elle effectuait cette recherche.

## 5. Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des infirmiers interrogés. Chacun a été interrogé individuellement. Ils se sont déroulés dans un bureau de consultation de la structure.

Les entretiens réalisés étaient semi-directifs. L'enquêtrice a pris rendez-vous directement avec les infirmiers concernés et a planifié les entretiens en fonction de leur disponibilité et de la disponibilité des locaux. Les huit entretiens ont été suffisants pour arriver à la saturation des données. Ils se sont déroulés sur une période de six semaines entre le 07 février 22 et le 25 mars 2022. Leur durée moyenne est de 19 minutes. Ces entretiens ont été enregistrés sur un smartphone de type iPhone®. Les entretiens ont été enregistrés en intégralité et retranscrits en verbatim. Chacun des infirmiers a été informé et a donné son accord pour être enregistré.

## 6. Transcription des données

Les entretiens ont été transcrits en verbatim au mot à mot à l'écoute des enregistrements. Ils ont été anonymisés et retranscrits dans l'ordre chronologique où ils ont été effectués. L'analyse est une analyse de contenu thématique et s'est basée sur la méthode inductive. Les verbatims retranscrits ont été relus. Puis, le codage a été fait par l'enquêtrice aidée par une infirmière d'un CMP. Les codes regroupés ont permis de déterminer et nommer des thèmes.

# RÉSULTATS

## 1. Analyse des données

### 1.1 Hypothèse secondaire 1

Le suivi du SMet n'est pas systématique en CMP. Cette hypothèse est traitée au regard de la question 4. Un thème apparaît, l'organisation des soins.

#### 1.1.1 Organisation des soins

Six infirmiers sur les huit interrogés ont évoqué des difficultés en lien avec l'organisation du service et la mise en œuvre de ce soin dans l'institution. L'infirmière 1 explique qu'il n'y a pas de rendez-vous précis donné aux patients pour faire pratiquer leur soin. Elle se sent obligée de se dépêcher dans l'exécution du soin afin d'éviter l'attente des patients.

*“La difficulté aussi c'est qu'ils viennent faire leur injection sans rendez-vous, alors il y a la queue et qu'ils aiment pas attendre” (L.74-75)*

Les infirmiers 2 et 3 expliquent que dans leur institution la surveillance du SMet est déjà en place en service intra-hospitalier mais que sa mise en place sur le CMP est récente. L'infirmière 3 précise que la feuille de surveillance des paramètres n'inclut pas celle du périmètre abdominal.

*“Pour le périmètre abdominal c'est en place depuis janvier 2022, c'était déjà en place en intra mensuellement” (L.102-103)*

*“La procédure qui est mise en place sur le CMP c'est une fois par an”*

(L.172)

*“Le périmètre abdominal jusqu'à présent sur notre feuille d'injection ça ne fait pas partie des paramètres à prendre” (L.170-171)*

L'infirmière 3 précise qu'il n'y a pas de suivi c'est-à-dire que la mesure du périmètre est un paramètre mesuré mais qu'il n'est pas utilisé.

Pour les infirmiers 4, 7 et 8 (milieu urbain), ils expriment tous qu'il n'existe pas pour le moment de protocole de surveillance du SMet dans leur établissement. Deux mettent en avant le cloisonnement entre soins somatiques et psychiatriques. L'un mentionne que dans l'autre

CMP du secteur un interne généraliste est présent et qu'il y a donc une surveillance organisée autour du SMet.

*“Pas de protocole” (L.271) “y a pas de protocole, rien n'est formalisé, c'est personne dépendant” (L.484-485)*

*“A ce jour je n'ai pas repéré de choses mises en place en faveur du SMet” (L.539-540)*

Par ailleurs, la relation avec les professionnels extérieurs est tenue voire inexistante, notamment avec les généralistes.

*“Avec le généraliste on n'a pas de lien” (L.342)*

*“patiente envoyée chez le généraliste, pas de courrier de retour” (L.344)*

Par ailleurs, à cela s'ajoute le sentiment de travailler seul et le manque de collaboration pluriprofessionnelle.

*“On est obligé d'interpeller les psychiatres” (L.155)*

*“c'est un travail individuel que chacun fait dans son coin” (L.270)*

*“Les professionnels ne communiquent pas trop ensemble ne font pas forcément équipe”. (L.555)*

Trois infirmiers expriment leur difficulté d'un suivi par manque de psychiatre exerçant dans leur service.

*“on a un médecin qui est là une fois dans la semaine, quand il vient il prend beaucoup de patients les uns derrière les autres on a du mal à l'interpeller.”*

*(L.189-191)*

*“Il faut un psychiatre qui vient plus d'une fois par semaine” (L.375)*

*On a déjà du mal de les voir juste pour des problèmes psy” (L.376)*

*“Si il y a une anomalie on en fait part au médecin, s'il y a un médecin” (L399-400)*

Au regard des propos exprimés par les infirmiers, concernant le suivi du SMet au CMP, nous validons l'hypothèse secondaire 1 selon laquelle le suivi du SMet au CMP n'est pas systématique.

## 1.2 Hypothèse secondaire 2

Le manque de connaissance des infirmiers sur le SMet est un frein à sa surveillance systématique. Les questions 3 et 5 avaient pour finalité de répondre à l'hypothèse 2. Dans la question 3 un grand thème apparaît : les connaissances

### 1.2.1 Les connaissances

Quatre des infirmiers dont une ISP font le lien entre le SMet et l'importance de pouvoir transmettre aux patients des conseils concernant une bonne hygiène de vie afin de prévenir le risque de SMet mais aussi d'impliquer le patient. Ainsi pour les infirmiers 1, et 7 il s'agit de faire de la prévention par l'éducation thérapeutique du patient

*“Alors moi j'ai fais de l'ETP sur le syndrome métabolique, donc je recevais les patients..heu...sur plusieurs séances.” (L.5-6)*

*“ça serait bien aussi de faire de l'ETP.” (L.457)*

Les infirmières 5 et 8 en précisent le contenu axant l'éducation sur des conseils hygiéno-diététiques, l'alimentation et l'activité physique.

*“ben des conseils hygiéno-diététiques si vous voulez, activité physique, des petits conseils au niveau de l'alimentation aussi sans restreindre.”*

*“y a l'éducation aussi à faire heu en lien ben avec l'hygiène de vie” (L.528-529)*

Les 8 infirmiers ont cité comme critère de surveillance du SMet le périmètre abdominal, deux infirmiers donnent un critère de temporalité de suivi.

*“le périmètre abdominale qui sur le CMP normalement est fait une fois par an” (L.144)*

Pour les huit infirmiers la surveillance du SMet est donc associée principalement à la mesure du périmètre abdominal.

*“le poids qu’on fait à chaque injection, la tension artérielle et le pouls” (L.144-145)*

*“oui ben le poids la tension voilà c’est tout” (L.243)*

*“je fais ça à chaque patient qui viennent faire leur injection mais on fait pas en tout cas les...on fait juste le la prise de tension” (L.390-391)*

La surveillance du poids par les infirmiers est systématique.

*“Ben c’est pour surveiller les effets secondaires des traitements” (L.90)*

Les infirmiers 1, 6, 7 et 8 en donnent une définition mentionnant certaines anomalies correspondant aux critères diagnostiques du SMet. Cependant, un seul sur les quatre en donne une définition plus précise.

*“Pour que ce soit reconnu comme syndrome métabolique c’est minimum trois de ces cinq facteurs donc si je ne dis pas de bêtise il y a l’obésité viscérale y a l’insulino résistance l’hypertension les triglycérides élevés et le faible taux de cholestérol HDL.” (L.448-451)*

Les infirmiers 6 et 8 étayent cette définition en mentionnant des bilans sanguins mais ne font pas référence aux éléments recherchés.

*“Quant au bilan sanguin nous on s’en occupe pas c’est certainement le médecin” (L.395)*

Dans la question 5, deux grands thèmes se dégagent : les symptômes de la schizophrénie, la formation professionnelle.

### 1.2.2 Les symptômes de la schizophrénie

Cinq infirmiers sur les huit interrogés ont verbalisé des difficultés dans la prise en soin du SMet en lien avec la schizophrénie.

L’infirmier 1 évoque le manque d’implication des patients pour la prise en charge de leur santé. Cela serait un frein à la continuité des soins

*“quand on leur dit par exemple, quand on fait le syndrome métabolique on calcule l’IMC avec eux um um et des fois on leur dit qu’ils peuvent être en obésité..obésité morbide...eeeet ils nous regardent et ils nous disent..ben oui*

*mais...et en fait ils prennent pas vraiment conscience que c'est important"*  
(L.27-32)

*"Donc du coup ben.. le suivi peut pas se faire correctement parce que ben heu souvent ils viennent pas aux consultations"* (L.36-37)

Les infirmiers 4, 5, et 6 perçoivent la mesure du périmètre abdominal comme un soin intrusif et une proximité gênante pour eux et le patient.

*"Dans la schizophrénie la proximité c'est quelque chose de pas facile"*  
(L.315) infirmier 5

*"On est obligé d'enlacer le patient, on rentre dans sa sphère (L.404) [...] je le fais parce qu'il faut que je le fasse"* (L.407) infirmier 6

*"Il y a quelque chose qui me gêne (L.228) c'est l'interprétation que pourrait en faire le patient est-ce que ça serait pas agressif dans le rapport au corps ?"* (L.233-234) infirmier 4

l'approche corporelle peut être vécue de manière singulière pour une personne schizophrène, l'infirmier 8 propose une alternative dans la mise en œuvre du soin.

*"en général je fais participer le patient."* (L.533)

### 1.2.3 La formation professionnelle

Trois infirmiers sur les huit interrogés expliquent qu'ils n'ont pas reçu de formation spécifique au SMet, un infirmier précise que cela ne lui a pas été enseigné lors de ses études. Deux sont des ISP.

*"Vous allez faire ces surveillances là et basta on nous a imposé ça sans nous expliquer quoi que ce soit"* (L.110-111)

*"Je ne sais pas trop pourquoi je le fais, je le fais parce qu'il faut le faire"*  
(L.349-350)

Concernant l'hypothèse secondaire 2 nous pouvons donc conclure que les connaissances relatives au SMet sont présentes mais incomplètes suivant les infirmiers. Si pratiquer la mesure du périmètre abdominal permet d'obtenir un paramètre évaluant ce risque, le manque

de connaissance globale de savoirs théoriques en lien avec le SMet n'en permet pas sa surveillance systématique par les infirmiers.

Cela nous incite à valider l'hypothèse secondaire 2.

### 1.3 Hypothèse secondaire 3

L'hypothèse secondaire 3 : L'intervention d'une IPA est un moyen efficace pour optimiser la surveillance du SMet va être vérifié au regard de la question 6.

#### 1.3.1 Fonction IPA et organisation des soins

Lors des entretiens, nous avons constaté que la fonction de l'IPA en CMP n'était pas clairement définie pour certains infirmiers. En effet, certaines confusions apparaissent.

*“C'est un peu comme le rôle du médecin généraliste” (L.42)*

*“On sait pas trop le rôle de l'IPA qu'est ce qu'elle va faire réellement” (L380)*

Néanmoins certains mettent en avant des compétences spécifiques autour des problématiques de suivi.

*“L'IPA permettrait de mettre en place un suivi régulier” (L.201)*

*“Ca pourrait être un suivi plus rapproché, plus régulier” (L.426)*

Deux infirmiers parlent de l'IPA en la voyant dans une fonction de prescripteur.

*L'IPA vient principalement pour faire les prescriptions entre deux consultations médicales” (L.421-422)*

Cependant, la moitié des infirmiers questionnés expriment un manque de lien avec les autres intervenants et voient en cela une altération du suivi.

*“C'est plus une collaboration là, l'IPA pourrait faire le lien justement avec le médecin” (L.420)*

*“Faire le lien avec le psychiatre et puis les différents acteurs de la prise en charge et le médecin traitant” (L.576)*

Ils évoquent aussi la valorisation du relevé des paramètres qu'ils vérifient lors des injections retard, qui selon eux ne sont actuellement pas utilisés dans le cadre d'un suivi.

*“Ces relevés c'est juste des chiffres retranscrits sur cette feuille qui n'est pas forcément visible par le médecin” (L.428-429)*

*“Elle pourrait exploiter les données qu'on récolte” (L.204)*

Deux infirmiers trouvent que faire la surveillance du SMet lors d'un autre soin n'est pas appropriée et qu'il serait plus pertinent de le faire lors d'une consultation spécifique.

*“Faire le syndrome métabolique pendant le temps de l'injection retard ça sort du cadre” (L.56-57)*

*“Une consultation c'est peut être là que ce serait bien” (L.78-81)*

*“Une amélioration peut-être si on prend le syndrome métabolique en entier donc avec un bilan sanguin” (L.417-418)*

Deux infirmiers voient dans la fonction IPA une personne mieux formée qui peut-être ressource pour eux en terme d'orientation pour les patients mais aussi pour formaliser des ateliers d'ETP.

*“Elles ont des connaissances plus développées que nous” (L.285)*

*“J'imagine que l'IPA puisse faire de la psychoéducation” (L.366-367)*

Un des infirmiers exprime dans son verbatim le cloisonnement des soins psychiatriques et somatiques

*“C'est de parler de quelque chose dont les médecins ne parlent pas” (L.368-369)*

*“Un psychiatre va plus s'intéresser aux symptômes psychique” (L.370)*

L'ensemble de ces propos nous amène à penser que l'intervention d'une IPA est un moyen efficace pour optimiser la surveillance du SMet.

Nous sommes donc en mesure de valider l'hypothèse secondaire 3.

A l'issue de l'analyse de ces hypothèses secondaires de recherche, nous pouvons valider notre hypothèse principale : L'intervention d'une IPA en CMP est un élément nécessaire pour développer la surveillance du SMet auprès des patients sous AA.

# DISCUSSION

## 1. Discussion des résultats

### 1.1 Organisation des soins

Il apparaît dans l'hypothèse 1 que le thème qui s'est dégagé pour les infirmiers comme étant un frein au suivi systématique du SMet au CMP est l'organisation des soins. Les CMP sont des structures qui relèvent de la politique de sectorisation de la psychiatrie, et sont adossés à un établissement public de santé mentale (EPSM). Ces CMP sont tous les deux très éloignés de leur établissement hospitalier de rattachement. Ils sont à une heure de trajet pour le CMP en milieu rural et quarante cinq minutes pour celui en milieu urbain. Cette distance peut être un facteur de difficulté dans la continuité des soins. Ils accueillent entre autres les personnes ayant été hospitalisées afin de poursuivre le suivi des soins en ambulatoire.

Les infirmiers sont amenés à recevoir les patients pour l'administration de leur injection retard. Les traitements sont administrés avec une récurrence le plus souvent mensuelle ou bimensuelle. Ces soins peuvent donc être planifiés. Or, un infirmier du CMP en milieu urbain manifeste à travers ces propos que les patients viennent sans rendez-vous pour faire pratiquer leur injection retard. Selon ses propos verbalisés en aparté des entretiens, les infirmiers de ce CMP travaillent avec un logiciel informatique dans lequel est intégré un agenda permettant une planification des soins. La raison pour laquelle cela n'est pas fait n'a pas été formulée lors des entretiens. Cela semble être un fonctionnement institué depuis longtemps. Nous pouvons peut-être trouver une explication liée aux symptômes de la schizophrénie.

Selon l'approche phénoménologique, ces éléments entraînent chez le sujet souffrant de schizophrénie, un "être au monde" modifié altérant son rapport à la temporalité et à l'espace. Ne pas planifier les soins pourrait donc être un moyen d'éviter les rendez-vous pour lesquels les personnes ne se présentent pas, et qui génère une plage horaire non utilisée. Pourtant, dans le contexte évoqué par l'infirmier, cette non planification des soins est plutôt un frein à la réalisation d'un suivi systématique au SMet. En effet, ce soignant a le sentiment d'exécuter le soin sans disposer du temps qui lui serait nécessaire. Finalement, ce temps d'un rendez-vous manqué qui peut sembler être du temps perdu n'est pas une réalité. En effet, la plupart des patients se présentent pour recevoir leur traitement.

Ainsi, dans ce contexte, d'organisation, le temps qui peut leur être consacré lors du soin qu'est l'injection retard est impacté afin d'éviter une attente trop longue aux patients. La planification des soins est donc un élément important dans l'organisation des soins, elle permet leur programmation. Elle fait partie des enseignements délivrés lors de la formation infirmière et est enseignée en première année.<sup>2</sup>

Apparaissent aussi au cours des entretiens avec les infirmiers et selon leur propos des dysfonctionnements institutionnels. Au CMP en milieu rural les infirmiers expliquent qu'une surveillance par le périmètre abdominal est effective, c'est-à-dire qu'ils prennent la mesure du périmètre abdominal, cependant sans critère de périodicité. Le fait que l'un des infirmiers précise que cette mesure ne figure pas sur la feuille des paramètres à relever peut induire qu'elle soit facilement omise, d'autant plus que cette mesure a été intégrée à la surveillance des paramètres liés à l'administration des injections retard. Ce soignant distingue la surveillance du suivi expliquant que le paramètre est bien mesuré mais que les chiffres relevés ne sont pas utilisés. Pourtant, une organisation du suivi du SMet est en place dans l'EPSM du CMP rural, il est assuré régulièrement durant l'hospitalisation des patients. La présence permanente des patients ainsi que celle d'un généraliste permettant d'exploiter les données systématiquement peut expliquer la meilleure prise en soins de ce suivi. Dans le CMP rural, les infirmiers ont des directives de surveillance qui correspondent aux recommandations de la HAS<sup>3</sup>. Ces recommandations à elles seules ne semblent pas suffisantes pour instituer un suivi régulier mais pose au moins les bases d'une surveillance.

L'étude de Sonethavy, (Sonethavy. M, & al, 2021) qui interrogeait un échantillon d'infirmiers exerçant en psychiatrie ambulatoire et en hôpital a montré que 7,7% des infirmiers interrogés mesuraient le périmètre abdominal en CMP et 47,4% en hôpital. La problématique qui semble contribuer à un manque de suivi dans le CMP rural mais aussi dans le CMP urbain pour les infirmiers, c'est l'absence de généralistes ou le manque de lien avec ceux-ci. En effet, le cloisonnement des soins somatiques et psychiatriques semble être une contrainte importante à l'installation d'un suivi régulier. Une étude de Berman Cohen, (Berman Cohen, & al, 2021) va dans ce sens concluant à une insuffisance de la communication et de la collaboration entre psychiatres et médecins traitants. L'étude précise que seulement 15% des patients de leur échantillon bénéficiaient d'un suivi par un binôme psychiatre/médecin traitant.

---

<sup>2</sup> Cet enseignement est intégré à l'UE 3.1 Raisonnement et démarche clinique infirmière enseigné au semestre 2

<sup>3</sup> Tableau III surveillance inscrite dans les recommandations HAS *Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.* (2015, 10 septembre)

Dans son étude A. Anastasi, (A. Anastasi, 2021), évoque l'unité médico-psychiatrique de l'hôpital du Vinatier à Lyon où sont dispensés des soins psychiatriques et somatiques dans le cadre de doubles diagnostics comme une alternative favorisant ces prises en charge. Cela rejoint les propos d'un soignant du CMP en milieu urbain qui se situe dans les locaux de la Croix Rouge où auparavant exerçait tout un plateau de praticiens médicaux et paramédicaux. Cette proximité selon cet infirmier favorisait la collaboration. Cette collaboration a pris fin avec le départ des praticiens qui n'ont pas été remplacés. En aparté des entretiens, ce soignant précisait qu'une fermeture définitive de centre était envisagée.

Les infirmiers du CMP urbain ont tous exprimé l'absence de protocole concernant le suivi du SMet au CMP. Cependant, cette information n'a pas pu être vérifiée. Par ailleurs, les infirmiers des deux CMP relèvent un manque de psychiatres. Le CMP urbain est en pleine restructuration. En effet, après le changement de chef de pôle beaucoup de psychiatre sont partis et actuellement il y a deux psychiatres exerçant au CMP une journée pour l'un et une demi journée pour l'autre. Concernant le CMP rural, il y a un psychiatre une seule journée par semaine. Cela contraint donc fortement l'instauration d'un suivi régulier. En effet, la pratique de l'exercice infirmier reste fortement dépendante de celle des médecins. Si le suivi du SMet au CMP n'est pas systématique, il est corrélé à un ensemble de facteurs dépassant la seule surveillance infirmière.

## 1.2 Les connaissances

Nous avons vu précédemment que le suivi du SMet n'est pas totalement formalisé au CMP. Concernant les connaissances sur le SMet des infirmiers en CMP, ils ont tous cité le périmètre abdominal comme paramètre de mesure à relever mais dans leur pratique il est mesuré de manière aléatoire. Ils ont aussi cité en majorité la tension artérielle et le poids comme surveillance. Cependant, ces surveillances sont effectuées dans le cadre de l'injection retard et ils n'ont pas spécifié un lien au regard de la surveillance du SMet. Si la surveillance du poids est systématique, pour certains, elle est faite au regard des effets secondaires des traitements. Ils ont connaissance du risque de prise de poids liés aux antipsychotiques atypiques.

Ces références citées par les infirmiers montrent une connaissance des paramètres relevant de leur rôle propre. Ils font partie des critères établis par la NCEP-ATP III et la FID<sup>4</sup> apparaissant

---

<sup>4</sup> Tableau II Critères SMet ATP III et FID

dans leur définition relative au SMet. Par ailleurs, la citation du périmètre abdominal par tous les infirmiers comme critère de surveillance avant tous les autres permet de déduire qu'ils le placent comme critère diagnostique principal<sup>5</sup>. A; Mitchell (A. Mitchell & al, 2013) dans leur méta analyse le mentionne comme le critère le plus prédictif pour diagnostiquer un SMet. Cependant la plupart des infirmiers interrogés n'ont pas de notions de périodicité quant à sa mesure.

S'ils ont certaines connaissances en lien avec le syndrome métabolique, ces connaissances restent incomplètes. En effet, les anomalies glycémiques et lipidiques qui sont aussi des critères diagnostique en faveur du SMet ne sont évoquées que par une petite partie des infirmiers. Ces anomalies sont dépistées par des bilans sanguins. Cela peut expliquer que tous les infirmiers ne les aient pas cités car ils relèvent d'une prescription médicale.

Par ailleurs, paradoxalement à un manque de connaissances concernant le dépistage du SMet, des infirmiers associent le SMet à leurs compétences en termes de promotion de la santé<sup>6</sup>. L'éducation thérapeutique est une façon de promouvoir la santé et une recommandation de la HAS. Certains des infirmiers y sont d'ailleurs formés. Ceux qui ne le sont pas connaissent aussi les actions de prévention en faveur d'un maintien en santé. Ils expliquent que cela fait partie de leur pratique sans que cela soit forcément intégré à un programme d'éducation thérapeutique.

### 1.3 Les symptômes de la schizophrénie

Une des problématiques soulevée lors de ces entretiens est le manque d'implication des patients dans la prise en charge de leur santé et la difficulté de leur faire prendre conscience de l'importance d'y être attentif. L'infirmier explique donc que ce ne serait pas le manque de connaissance lié au SMet la problématique mais plutôt le manque d'adhésion aux soins des patients. Au regard de la littérature, nous avons vu que la schizophrénie est une maladie qui modifie le rapport au monde de celui qui en souffre. Dans la psychanalyse, elle a été identifiée par une faille dans la construction du "Moi" empêchant une unité physique et psychique du vécu des personnes souffrant de cette maladie. Par ailleurs, l'étude de (Heinrichs R.W & al, 1998), a montré que cette maladie est à l'origine de troubles cognitifs qui peuvent être

---

<sup>5</sup> cité comme critère le plus prédictif pour diagnostiquer le SMet par NCEP-ATP III et la FID

<sup>6</sup> Première conférence de l'OMS pour la promotion de la santé le 21/11/1986 à Ottawa

invalidants. De plus, le manque d'insight favorise le manque d'adhésion. Il y a peut être à voir dans ces difficultés le manque de connaissances sur cette pathologie qui peut être trouvé chez les infirmiers diplômés après 1992. En effet, dans ce nouveau diplôme d'État les contenus des enseignements de psychiatrie ont été réduits.

D'autres infirmiers ont eux verbalisé certaines résistances à prendre cette mesure en évoquant un sentiment d'intrusivité auprès du patient par la proximité que demande ce soin. Ces infirmiers sont tous ISP.<sup>7</sup> Ils ont donc reçu une formation spécifique orientée vers la psychiatrie. Ce vécu intrusif fait référence à la faille du "Moi" qui l'empêche d'assurer sa fonction contenante et donc de jouer son rôle d'interface entre le monde extérieur et intérieur. Par ailleurs, D. Anzieu dans son concept du "Moi peau" indique que c'est notre enveloppe corporelle qui délimite le corps en un dedans et un dehors. Or, chez la personne souffrant de schizophrénie il ne fait plus fonction de limite. Cela permet d'envisager que ces infirmiers ont peur d'une effraction de la sphère du patient qui pourrait générer un passage à l'acte. Ils n'ont cependant pas verbalisé de difficultés à pratiquer l'injection retard qui est un soin qui pourrait être ressenti comme tout aussi intrusif par le patient. Ils pratiquent ce soin depuis de nombreuses années, et il fait partie de leur domaine de compétence. La mesure du périmètre abdominal est plus récente et est tournée vers la recherche d'un facteur de risque qui relève de soins somatiques. Un des infirmiers IDE indique qu'afin de ne pas être trop en proximité avec le patient il le fait participer en lui faisant tenir le mètre ruban. Si le soin tel qu'il le pratique n'est pas réalisé selon les bonnes pratiques décrites par la NIH, il propose une adaptation qui pour les patients souffrant de schizophrénie peut-être une bonne alternative dans la prise de cette mesure. Ainsi le manque de connaissances des infirmiers ISP peut induire des réticences qui pourraient être levées avec un complément théorique.

### 1.3 Formations professionnelles

Peu d'infirmiers ont verbalisé un manque de formation concernant la surveillance et le suivi du SMet. Cependant l'ensemble des entretiens montrent que les connaissances des infirmiers sont partielles. L'étude de Sonethavy (Sonethavy. M, & al, 2021) indique les mêmes constats. Ainsi, 61,6% de la population infirmière exerçant en CMP interrogée ne se sent pas suffisamment formée. Deux des infirmiers à avoir verbalisé un manque de formation sont des

---

<sup>7</sup> ISP Diplôme d'infirmier psychiatrique disparu par l'arrêté du 23 mars 1992 remplacé par un diplôme unique : diplôme d'état infirmier (legifrance.gouv.fr)

ISP. À travers les propos d'un infirmier, cela semble avoir été vécu comme une tâche supplémentaire à faire sans avoir été mis en mot. Chez un autre, cela est perçu comme une pratique à laquelle il ne met pas de sens. Ces ressentis témoignent d'un manque de connaissance de l'épidémiologie des maladies cardiovasculaires et de leur facteur de risque prévalent qu'est le SMet<sup>8</sup> chez les patients souffrant de schizophrénie. Cela entraîne donc un manque de perception de l'importance qu'il y a à faire cette surveillance. C'est un facteur à prendre en compte qui peut expliquer les difficultés de surveillance. Par ailleurs, si la première définition a été énoncée en 1988<sup>9</sup>, c'est seulement en 1999 que l'OMS donne la définition de syndrome métabolique telle que nous la connaissons actuellement. Or, la moyenne d'âge des infirmiers interrogés est de 43 ans. Il est donc probable que ces infirmiers n'aient pas reçu de contenus pédagogiques sur ce sujet au cours de leur formation. Par ailleurs, les formations dispensées par les établissements psychiatriques sont souvent orientées vers les soins spécifiques au domaine d'exercice. Le manque de formation semble donc être un critère important freinant la surveillance et le suivi du SMet en CMP.

## 1.4 Fonction IPA et organisation des soins

Concernant L'IPA et ses fonctions aux CMP, il se dégage des entretiens un manque de connaissances de cette nouvelle profession. Certains la comparent à un médecin généraliste. Cela est à interpréter du fait de ses compétences élargies.<sup>10</sup> Si certains ne savent pas ce que l'IPA va apporter en termes de compétences, d'autres entrevoient comment elle pourrait y exercer ses fonctions. Pour un grand nombre des infirmiers interrogés l'IPA est attendue à une place à l'interface des infirmiers, des psychiatres et des médecins traitants. Ils y voient une amélioration du suivi. Ces compétences de travail de coordination et de collaboration sont bien repérées par les infirmiers. Dans le cadre du suivi du SMet ils y voient un moyen de valoriser les paramètres qu'ils recueillent et dont ils verbalisent qu'ils ne sont pas exploités par les médecins. Comme nous l'avons vu plus haut, les limites de leurs fonctions, le manque de temps et de présence des psychiatres en sont des freins. La présence d'une IPA est vue comme un moyen positif de favoriser la surveillance et le suivi du SMet. Ainsi ils envisagent une consultation spécifique de suivi du SMet. L'IPA est attendue comme personne ressource

---

<sup>8</sup> en référence aux études de (D. Vancampfort, & al, 2015) qui évalue la prévalence à 32,6% chez cette population et celle de (JH. Takore, & al, 2002) qui précise que cette population sous traitement ou pas à un niveau de graisse intra abdominal supérieur à la population générale

<sup>9</sup> Défini par Reaven en 1988 sous le nom de "syndrome X"

<sup>10</sup> Ses compétences lui permettent de prescrire des examens complémentaires. Notamment des bilans. Ceux-ci ne concerne que des examens qui sont en lien avec leur champs de compétence

en termes de connaissance. Pour eux, elle est force de proposition en faveur de la promotion de la santé, d'une prise en soins globale de la santé des patients. Les retours des infirmiers de CMP de l'étude de Sonethavy (Sonethavy. M, & al, 2021) vont dans le même sens. Ainsi leurs résultats expriment que 100% des infirmiers de CMP interrogés auraient une meilleure confiance dans la prise en charge des complications liés au SMet avec la présence d'une infirmière ressource spécialisée. Par ailleurs, une autre étude de T. Furness (T. Furness, & al, 2019) qui portait sur l'implantation d'infirmiers praticien dans des structures de santé mentale a montré que cela avait une incidence positive pour infirmiers mais aussi pour les patients dans la prise en charge de leur soins somatiques. Si la formation actuelle des infirmiers est orientée vers une approche clinique globale du patient, leurs connaissances acquises au cours de la formation initiale ne sont pas suffisamment pointues. Par sa formation plus complète, une approche des situations cliniques plus intégrative, l'IPA peut apporter une contribution nouvelle à la promotion de la santé.

## 2. Les forces et les limites

### 2.1 Les limites

#### 2.1.1 L'échantillon

Cette étude proposait une approche phénoménologique de la pratique infirmière dans le cadre de la surveillance du SMet. L'échantillon concernait une population restreinte des infirmiers exerçant en CMP. L'étude a été menée sur deux CMP uniquement. Par ailleurs, la moyenne d'âge de la population interrogée était de 43 ans. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de la population infirmière exerçant en CMP concernant la surveillance du syndrome métabolique.

#### 2.1.2 Biais de recrutement

Deux infirmiers étaient connus de l'enquêtrice, cela a pu avoir une incidence sur le contenu de leurs réponses. En effet, il est possible que cela ait entraîné quelques résistances à répondre objectivement aux questions par peur d'être jugés.

### 2.1.3 Biais d'investigation

Si l'enquêtrice a tenté de maintenir une posture neutre lors des entretiens, le langage infra verbale a pu être un facteur de retenue dans les propos des infirmiers. Le guide d'entretien n'avait pas été testé au préalable et à l'issue des entretiens, il est apparu que la dernière question aurait pu faire l'objet de deux questions. En effet, sa formulation et sa longueur ont certainement pu influencer le contenu des réponses à cette question. De plus la durée moyenne des entretiens est courte, les relances n'ont peut être pas été suffisantes pour encourager la parole et permettre de recueillir plus d'informations utiles à la recherche.

### 2.1.4 Biais d'interprétation

L'analyse de cette étude a été réalisée uniquement par l'enquêtrice, il n'y a pas eu de triangulation dans l'analyse des données. La restitution des résultats peut donc être influencée par la subjectivité du chercheur.

## 2.2 Les forces

Cette étude a permis d'observer que les pratiques et les problématiques exprimées par les infirmiers, qu'ils exercent en milieu rural ou urbain sont similaires et qu'ils sont confrontés aux mêmes contraintes et difficultés. Par ailleurs, Les entretiens semi-directifs par la liberté d'expression qu'ils permettent aux personnes interrogées, ont permis d'obtenir des contenus de réponses qui n'auraient pas été recueillis par une étude quantitative. De plus, le fait que les infirmiers sachent que l'enquêtrice exerçait la même profession qu'eux a pu permettre d'établir un climat de confiance facilitant l'expression verbale.

## 3. Les perspectives

Cette recherche a montré que la contribution d'une IPA au sein d'un CMP pouvait améliorer le suivi et la surveillance du SMet. Il serait intéressant dans un prochain travail de recherche d'évaluer l'évolution de ce suivi après l'intégration d'une IPA en CMP ainsi que les mouvements qui ont pu s'opérer dans les pratiques infirmières.

# CONCLUSION

Nous avons vu dans l'introduction de notre étude, que le syndrome métabolique est un facteur de risque prévalent des maladies cardiovasculaires chez les personnes souffrant de schizophrénie sous AA, et qu'il est plus fréquent que dans la population générale. Notre étude qualitative avait pour objectif de montrer qu'il était peu ou pas suivi par les infirmiers de CMP. Il s'agissait aussi d'en comprendre les raisons. Au terme de cette recherche, l'étude a mis en lumière des lacunes dans sa prise en soin et sa surveillance par les infirmiers. Sont apparus des motifs plurifactoriels (organisationnel, relatif à la maladie, ou au manque de formation). Toutes ces raisons ont donc des répercussions à l'instauration d'un suivi systématique du SMet par les infirmiers.

Par ailleurs, nous avons pu observer, que du fait de son histoire, la psychiatrie est longtemps restée à l'écart des soins somatiques. C'est aussi certainement une des causes de la difficulté d'inscrire le suivi du syndrome métabolique de façon systématique au CMP. Les résultats de cette recherche montre la nécessité de réactualiser les connaissances, et d'améliorer le travail de collaboration que ce soit avec les acteurs du CMP ou avec les partenaires extérieurs. Cette étude a montré que l'IPA pouvait trouver sa place dans l'amélioration de ce suivi par la création d'une consultation dédiée à la surveillance du syndrome métabolique en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle. Par ailleurs, par sa chronicité et sa symptomatologie, la schizophrénie impose des soins sur un temps long qui parfois peuvent entraîner un sentiment de lassitude et d'impuissance dans l'équipe soignante. L'infirmière de pratique avancée, par un positionnement de leadership clinique, et par le partage de connaissances avec ses pairs, peut influencer la pratique clinique des infirmiers. Par son positionnement et ses compétences, elle peut favoriser l'empowerment des patients et des infirmiers. Par son méta-regard, elle est une ressource permettant le questionnement sur la pratique professionnelle. Ainsi, elle favorise le maintien d'une dynamique de l'équipe infirmière pouvant influencer positivement la prise en soin de la personne. En ce sens, la présence d'une IPA au CMP peut contribuer à améliorer le suivi du SMet pour les personnes atteintes de schizophrénie sous AA.

## BIBLIOGRAPHIE

- Amad, A., Camus, V., Geoffroy, P. A., Thomas, P., Cottencin, O., & Collège national des universitaires en psychiatrie. (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie* [E-book]. Presses universitaires François-Rabelais. (p. 160); (p. 164, 165, 166)
- Ambrosino, F. (2019). *Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée : Formation - Compétences et responsabilités - Législation - Retours d'expériences* (1<sup>re</sup> éd.). VUIBERT.
- American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, & North American Association for the Study of Obesity. (2004). Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 596-601.  
<https://doi.org/10.2337/diacare.27.2.596>
- Anastasi, A. (2021). Psychiatrie et soins somatiques « *C'est pas le tout d'y dire, faut aussi y faire* ». *L'information psychiatrique*, 97, 465-475.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1684/ipe.2021.2281>
- Anzieu, D. (2009). *Le Moi-peau - 2ème édition*. DUNOD.
- ARS, *Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA)*. (2019,décembre).  
<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf>
- Barthélémy, S. & Bilheran, A. (2007). 3. Délire et réalité psychique. Dans : , S. Barthélémy & A. Bilheran (Dir), *Le délire* (pp. 46-70). Paris: Armand Colin.
- Berman Cohen, I., Halkoum, R. & Fau, L. (2021). La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres – Inexistante ?. *L'information psychiatrique*, 97, 481-489.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1684/ipe.2021.2283>
- J. Blythe, & J. White. (2012, 26 avril). *Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness : An integrative review of 10 years of UK Literature*.  
<https://onlinelibrary-wiley-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.1111/j.1447-0349.2011.00792.x> .
- Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86, 391-403. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8605.0391>
- Bourgeois, M. L. (2002). *Les schizophrénies*. Presses universitaires de France.

- Bourgeois, M. (2017). Chapitre I - Historique. Dans : Marc-Louis Bourgeois éd., *Les schizophrénies* (pp. 11-36). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France  
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-schizophrenies--9782130789482-page-11.htm>
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 196(2), 116–121.  
[Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core](#)
- Champion, D. (2019). 38. Aspects génétiques. Dans : Sonia Dollfus éd., *Les schizophrénies* (pp. 260-267). Cachan: Lavoisier.  
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-schizophrenies--9782257207395-page-260.htm>
- Daléry, J., d'Amato, T. & Saoud, M. (2012). *Pathologies schizophréniques*. Cachan: Lavoisier.
- [Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Légifrance](#)
- Delamillieure, P. (2019). 32. Syndrome métabolique et schizophrénie. Dans : Sonia Dollfus éd., *Les schizophrénies* (pp. 206-211). Cachan: Lavoisier.
- Dollfus, S. (2019). *Les schizophrénies*. Cachan: Lavoisier.  
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-schizophrenies--9782257207395.htm>
- Alain Dru, & Anne Gautier. (2021, 24 mars). *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie*. Le Conseil économique social et environnemental.  
<https://www.lecese.fr/>
- Michel Foucault. (1982). *Histoire de la folie à l'âge classique* (1<sup>re</sup> éd.). Gallimard.
- Sigmund Freud. (2015). *abrégé de psychanalyse* (édition de l'Herne éd.) [E-book].
- Freud, S. (2015). *Moi et le Ça (inédit) (Le)*. Éditions Points.
- Freud, S., & Casanova, N. (2013). *Névrose et psychose*. Payot.
- Fontaine, P. (2014). La psychose et les frontières de la folie. *Recherche en soins infirmiers*, 117, 8-20.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.117.0008>
- T. Furness, J-A Giandinoto, E. Wordie-Thompson, S. Woolley, V. Dempster, & K. Foster. (2019, 02 décembre). *Improving physical health outcomes for people with severe mental illness : A proof-of-concept study of nurse practitioner candidate practice*.  
<https://onlinelibrary-wiley-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/full/10.1111/inm.12680>.

- Gortais, J. (2019). Chapitre 4. Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie. Dans : Catherine Chabert éd., *Les Psychoses: Traité de psychopathologie de l'adulte* (pp. 173-234). Paris: Dunod.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.chabe.2019.02.0173>
  
- B. Happell, D.Scott,,C. Platania Phung, & J Nankivell. (2012, 26 avril). *Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers*  
<https://onlinelibrary-wiley-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/>.
  
- Label de la HAS - *Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique*. (2015, 10 septembre). Haute Autorité de Santé.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique)
  
- Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). *Neurocognitive deficit in schizophrenia : A quantitative review of the evidence*. *Neuropsychology*, 12(3), 426-445.  
<https://doi.org/10.1037/0894-4105.12.3.426>
  
- Khlif, H., Gressier, F., Vacheron, M. & Corruble, E. (2012). 17. Pathologies somatiques associées à la schizophrénie. Dans : Jean Daléry éd., *Pathologies schizophréniques* (pp. 191-198). Cachan: Lavoisier.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/lav.daler.2012.01.0191>
  
- Larousse, Ã. (s. d.). *Définitions : neurosciences - Dictionnaire de français Larousse*.  
[Définitions : neurosciences - Dictionnaire de français Larousse](https://www.larousse.fr/dictionnaires/fran%C3%A7ais/neurosciences)
  
- Laursen T. M. (2011). *Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder*. *Schizophrenia research*, 131(1-3), 101–104.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.06.008>
  
- Lemogne, C. (2019). 31. Santé cardiovasculaire et schizophrénies. Dans : Sonia Dollfus éd., *Les schizophrénies* (p. 199-205). Cachan: Lavoisier.
  
- Le nouvel ambulatoire en santé mentale : Pour une vie debout !  
[Parcours - Le nouvel ambulatoire en santé mentale : pour une vie debout !](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf)
  
- Llorca, P. (2007). Schizophrénie et prévention. *VST - Vie sociale et traitements*, 94, 47-52. <https://doi.org/10.3917/vst.094.0047>
  
- Alain LOPEZ, & Gaëlle TURAN-PELLETIER. (2017, novembre). *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 (N°2017-064R)*.  
[https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome\\_II\\_annexes.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf)
  
- Luca, F., & Schlienger, J.-L. (2010). Mesure du périmètre abdominal. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 4(1), 55 –58.  
[https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(10\)70010-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(10)70010-9)

- Inserm. *Schizophrénie* · Inserm, *La science pour la santé*. (2017, 11 juillet). [Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé](#).
- J-C.Marche A.Bannay S.Baillot V.Dauriac-Le Masson P.Leveque C.Schmitt V.Laprévôte R.Schwan D.Dobre. (2021, 20 mai). *Prevalence of severe cardiovascular disease in patients with schizophrenia*. ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700621000889?via%3Dihub>
- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ministère de la santé et des sports (2020, 11 mars). *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier*. Ministère des Solidarités et de la Santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
- Ministère De La Santé Et Des Solidarité. (2018, 18 juillet). *Décret n° 2018–629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée*. [Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Légifrance](#)
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu, W., & De Hert, M. (2013). *Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis*. *Schizophrenia bulletin*, 39(2), 306–318. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1093/schbul/sbr148>
- B.A Morel. (1852–1853). *Traité théorique et pratique des maladies mentales : considérées dans leur nature, leur traitement et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés*.
- Tome 2 / (p 257 à 303). . . Gallica. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k766115/f4.item.r=.langFR>
- Franck.N. (2013) *clinique de la schizophrénie*. EMC-psychiatrie 2013;10(1):1-16 [Article 37-282-A-20]. [Clinique de la schizophrénie](#)
- Franck, N. (2019). 48. Efficacité et effets secondaires des antipsychotiques. Dans : Sonia Dollfus éd., *Les schizophrénies* (pp. 323-338). Cachan: Lavoisier.
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X., & Kulkarni, J. (2012). Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophrenia research and treatment*, 2012, 916198. [Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review](#)
- OMS. *Principaux repères sur la schizophrénie*. (2022, 11 janvier). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Pachoud, B. (2009). Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? *Recherches en psychanalyse*, 7, 52-61. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/rep.007.0052>

- Pain, J. (2019). Psychothérapie institutionnelle: (*institutional psychotherapy – psicoterapia institucional*). Dans : Agnès Vandavelde-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique* (pp. 507-509). Toulouse: Érès.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/eres.vande.2019.01.0507>
- Pedinielli, J. L., & Gimenez, G. (2009). *Les psychoses de l'adulte*. Armand Colin.
- Prouteau, A. & Verdoux, H. (2011). 5. Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie. Dans : Antoinette Prouteau éd., *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie: Enjeux et débats* (pp. 135-159). Paris: Dunod.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.prout.2011.01.0135>
- F. Puisieux. (2020, 5 octobre). *Démographie des professionnels de santé* [PDF]
- Fekih-Romdhane, F., Chenoufi, L., & Cheour, M. (2016). *La schizophrénie dans le DSM-5. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(8), 672-676.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (2011). *Dictionnaire de la psychanalyse* (3<sup>e</sup> éd.). Librairie générale française. (p. 1392)
- Santé publique France *Schizophrénie et autres troubles psychotiques*. (2021, 8 octobre). Consulté le 21 mars 2022, à l'adresse  
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/schizophrénie-et-autres-troubles-psychotiques/donnees/#tabs>
- Saravane, D., Feve, B., Frances, Y., Corruble, E., Lancon, C., Chanson, P., Maison, P., Terra, J.-L., & Azorin, J.-M. (2009). *Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. Schizophrénie*, 35(4), 330-339.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.014>
- Saravane, D. (2014). *Les complications métaboliques des psychotropes. PSN*, 12, 51-63.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/psn.122.0051>
- Sarfati, G. (2014). Chapitre 8. La phénoménologie et le mouvement « Existentiel » en Psychothérapie. Dans : Michelle Vinot-Coubetergues éd., *Les fondements des psychothérapies: De Socrate aux neurosciences* (pp. 105-117). Paris: Dunod.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.vinot.2014.01.0105>
- [Section 1 : Actes professionnels. \(Articles R4311-1 à D4311-15-2\) - Légifrance](#)
- Sonethavy, M. & Morvillers, J. (2021). Promotion de la santé en psychiatrie et santé mentale : l'exemple du syndrome métabolique et des pratiques infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 147, 55-66.  
<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/rsi.147.005>
- Thakore, J., Mann, J., Vlahos, I., Martin, A., & Reznick, R. (2002). Increased visceral fat distribution in drug-naive and drug-free patients with schizophrenia. *International*

*Journal of Obesity*, 26(1), 137-141.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801840>

- Thurin, J. (2015, juin). *Recommandations de bonne pratique*. Psydoc-France, Fédération Française de Psychiatrie.  
<http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/>
- Tournier, M. (2019). 3. Épidémiologie des troubles schizophréniques et de leur évolution. Dans : Sonia Dollfus éd., *Les schizophrénies* (pp. 21-27). Cachan: Lavoisier.  
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-schizophrénies--9782257207395-page-21.htm>
- Trichet, Y. (2011). La clinique freudienne de l'entrée dans la psychose. *Recherches en psychanalyse*, 12, 196-205.  
<https://doi.org/10.3917/rep.012.0196>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Wampers, M., Ward, P. B., Rosenbaum, S., & Correll, C. U. (2015). Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 339–347.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20252>
- Voltaire. (1764). *Dictionnaire philosophique portatif*. Londres. MDCCLXIV. (Voltaire, 1764, p. 197)  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b8626129s/f211.item>

## GLOSSAIRE

AA	Antipsychotique Atypique
AACE	American Association of Clinical Endocrinologists
ADA	American Diabetes Association
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité des Produits Sanitaire de Santé
ANAP	Agence Nationale de la Performance Sanitaire et Médico-sociale
ASM	Anthropometric standardization reference Manual
CMP	Centre Médico-Psychologique
DSM	Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FFP	Fédération Française de Psychiatrie
FID	Fédération Internationale de Diabétologie
GABA	Acide Gamma-Aminobutyrique
HAS	Haute Autorité de Santé
HDL	Lipoprotéine de Haute Densité
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporel
IPA	Infirmière en Pratique Avancée
ISP	Infirmier en Soins Psychiatrique
LDL	Lipoprotéine de Faible Densité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
NCEP-ATP	National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel
TEP	TEP :
NIH	National Institut of Health
TEP	Tomographie à Émission de Positons
SMet	Syndrome Métabolique

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1. Schizophrénie</b>	<b>1</b>
1.1 Historique	1
1.2 Épidémiologie	2
1.3 Sémiologie	3
1.3.1 Selon la classification internationale	3
1.3.2 Selon l'approche psychanalytique	5
La psychée	5
Le corps	6
1.3.3 Selon l'approche phénoménologique	6
1.3.4 L'approche par les neurosciences	7
1.4 Etiologie	8
<b>2. Schizophrénie et risques cardiovasculaires</b>	<b>8</b>
2.1 Epidémiologie	8
2.2 Facteurs de risque	9
2.3 Le syndrome métabolique (SMet)	9
2.3.1 Epidémiologie	9
2.3.2 Définition	10
2.3.3 La mesure	11
<b>3. Les antipsychotiques atypiques (AA)</b>	<b>11</b>
3.1 Recommandations	12
<b>4. Articulation des soins en CMP</b>	<b>13</b>
<b>5. L'infirmière en pratique avancée</b>	<b>14</b>
<b>MÉTHODE</b>	<b>16</b>
<b>1. Choix de l'étude</b>	<b>16</b>
<b>2. Le guide d'entretien</b>	<b>16</b>
<b>3. Population interrogée</b>	<b>17</b>
<b>4. Le recrutement</b>	<b>17</b>
<b>5. Les entretiens</b>	<b>18</b>
<b>6. Transcription des données</b>	<b>18</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>19</b>
<b>1. Analyse des données</b>	<b>19</b>
1.1 Hypothèse secondaire 1	19
1.1.1 Organisation des soins	19

1.2 Hypothèse secondaire 2	21
1.2.2 Les symptômes de la schizophrénie	22
1.2.3 La formation professionnelle	23
1.3 Hypothèse secondaire 3	24
1.3.1 Fonction IPA et organisation des soins	24
<b>DISCUSSION</b>	<b>27</b>
<b>1. Discussion des résultats</b>	<b>27</b>
1.1 Organisation des soins	27
1.2 Les connaissances	29
1.3 Les symptômes de la schizophrénie	30
1.3 Formations professionnelles	31
1.4 Fonction IPA et organisation des soins	32
<b>2. Les forces et les limites</b>	<b>33</b>
2.1 Les limites	33
2.1.1 L'échantillon	33
2.1.2 Biais de recrutement	33
2.1.3 Biais d'investigation	34
2.1.4 Biais d'interprétation	34
<b>3. Les perspectives</b>	<b>34</b>

## **ANNEXE I**

### **GUIDE D'ENTRETIEN : suivi du syndrome métabolique en CMP**

- Question 1:

Quelle est votre fonction au sein du CMP ? Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?

- Question 2:

Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?

- Question 3:

Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?

- Question 4:

Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?

- Question 5:

Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?

## ANNEXE II

### RESTITUTION DES VERBATIMS

#### Entretien 1 L Infirmière

##### - Question 1:

1. M : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?
2. L : ... (silence)... On va dire que j'en utilise de temps en temps et que j'en ai déjà utilisé
3. L : par le passé dans mon ancien CMP
4. M : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?
5. L : Alors le syndrome métabolique... Alors moi j'ai fais de l'ETP sur le syndrome
6. L : métabolique, donc je recevais les patients..heu...sur plusieurs séances. Donc déjà le
7. L : syndrome métabolique, on regardait le tour de taille, on regardait le poids, on
8. L : regardait si heu...si il y avait des problèmes de tension et si c'est trois là étaient
9. L : regroupés, on parlait de syndrome métabolique ensuite on commençait à prendre en
10. L : charge le patient en faisant une chartes avec lui pour heu..un accord que lui était
11. L : d'accord de faire cette prise en charge et nous aussi. J'ai fais ça pendant presque
12. L : deux ans
13. Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?
14. L : Alors..heu...a chaque fois qu'il viennent faire leur injection heu..(silence)..on contrôle
15. L : le poids au moins une fois par mois quand ils viennent faire leur injection heu.. pour
16. L : voir parce que effectivement les...injections retards font prendre du poids et si y a
17. L : besoin on les dirige vers...heu...une diététicienne pour heu..(silence)
18. M : qui est sur place?
19. L : La diététicienne non elle est à l'hôpital
20. M : D'accord mais elle se déplace sur le CMP?
21. L : Ici je ne sais pas...nous je sais qu'il y avait une diététicienne de l'hôpital la ou j'étais
22. L : avant qui se déplaçait elle était aux spécialités soit elle se déplaçait sur le CMP soit
23. L : nous on adressait les patients aux spécialités médicales et ils étaient reçus par une
24. L : diététicienne... (silence)...mais ici je ne sais pas encore j'ai pas testé.
25. M : Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?
26. L : Ben souvent heu..en fait les patients prennent pas conscience heu...c'est pas qu'ils
27. L : prennent pas conscience mais c'est qu'ils ont pas...enfin quand on leur dit par
28. L : exemple quand on fait le syndrome métabolique on calcule l'IMC avec eux
29. M : um um
30. L : et des fois on leur dit qu'ils peuvent être en obésité..obésité morbide...eeeet ils nous
31. L : regardent et ils nous disent..ben oui mais...et en fait ils prennent pas vraiment
32. L : conscience que c'est important
33. M : oui...
34. L : Enfin que c'est grave
35. M : oui..
36. L : Donc du coup ben.. le suivi peut pas se faire correctement parce que ben heu
37. L : souvent ils viennent pas aux consultations

38. M : Donc pour vous les obstacles sont plus du côté du patient? ou est ce que du côté soignant y aussi des obstacles?
39. L : Moi j'ai plus rencontré coté patient que côté soignant
40. M : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?
41. L : Alors déjà ici sur le CMP de V nous on a pas de prise en charge heu... syndrome
42. L : métabolique heu...après l'IPA quel est le rôle qu'elle peut jouer..ben c'est une peu
43. L : comme le rôle du médecin généraliste on va dire mais de leur heu...ben de
44. L : faire remarquer au patient par exemple ben la vous avez perdu... vous avez pris un
45. L : peu de poids...est ce que vous voulez qu'on revoie un petit peu votre alimentation?
46. L : pour l'aider et ensuite ben euh le diriger vers une diététicienne.
47. M : Alors dans quel cadre cela se ferait? Quelle différence pourrait faire la présence d'une IPA?
48. L : ... (silence)...Elle pourrait peut être le voir plus souvent que nous en consultation plus
49. L : régulièrement peut être mettre en place euh des habitudes alimentaire plus
50. L : régulière...que la personne ne puisse pas trop prendre de poids. Nous on a pas
51. L : trop..heu enfin en soit c'est pas qu'on a pas le temps mais heu...heu... après
52. L : c'est quand même plutôt des compétences spécifiques. Dans tout les CMP on
53. L : ne le fais pas ça le syndrome métabolique. C'est du travail en plus..avec la formation
54. L : ETP c'est mieux mais on est pas obligé de l'avoir pour le faire. Heu...nous la ou je
55. L : faisais ça moi l'ETP au spécialités j'avais un temps dédié la dessus je faisais que des
56. L : prises en charge ETP, syndrome métabolique ou diabète pour moi faire le syndrome
57. L : métabolique pendant le temps d'injection ça sort du cadre. mais faut quand même
58. L : essayé de le repérer pour pouvoir orienter le patient vu que la on a pas ce
59. L : temps dédié il faut quand même essayé de le repérer parce que souvent les patients
60. L : qui viennent faire leur injection c'est le poids qui les...enfin ils te demandent toujours
61. L : est ce que je peux me peser...ah ben j'ai pris du poids heu..qu'est ce que je peux
62. L : faire. A la limite il faudrait qu'on les reconvoque et qu'on prenne vraiment un temps
63. L : pour parler que de ça en fait. Alors je faisais le périmètre abdominale en ETP mais je
64. L : ne le fais pas avec l'injection...j'y pense pas en fait...oui c'est vrai que...les
65. L : pesés j'y pense maintenant faire le périmètre abdominal j'y pense pas.
66. M : Alors ne pas y penser...
67. L : peut-être qu'en fait je prend pas assez le temps de faire heu peut être pas une
68. L : consultation complète mais effectivement quand on fait l'injection on devrait prendre
69. L : le périmètre abdominal, la pesée, la tension. Je crois aussi...enfin je pense que quand
70. L : ils viennent faire leur injection c'est pas le moment de faire ça. Déjà t'as des patients
71. L : qui viennent faire l'injection qui n'aiment pas...et qui veulent que ça soit vite fait et
72. L : puis au revoir merci. T'en a d'autres ou tu peux te poser et parler un peu plus
73. L : longuement ou la le patient va demander à se peser. Ici la difficulté aussi c'est qu'ils
74. L : viennent faire leur injection sans rendez-vous alors...heu y la queue et faut qu'on
75. L : parce qu'ils aiment pas attendre. Après si je vois que y a un problème avec le poids la
76. L : taille je lui dis qu'est ce que vous en pensez? heu...on peut en discuter et la je
77. L : reprend un rendez-vous avec lui juste pour ça si il est d'accord et pour qu'on fasse
78. L : une consultation...(silence)...enfin plus globale pour l'aider. Soit après j'arrive moi à
79. L : m'en sortir et puis on fait plusieurs consultation sinon je l'envoie chez le médecin
80. L : traitant. Ça frappe à la porte...interruption par une collègue qui veut un
81. L : renseignement. C'est peut être la que ça serait bien l'IPA.
82. M : Avez vous d'autres choses à me dire?

83. L : Non

84.M : Eh bien merci de votre participation

### Entretien 2 C infirmière

85. M : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?

86. C : oui xepion principalement

87. M : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?

88. C : Heu...(silence)... ben c'est la mesure abdo, le poids les surveillances qu'on fait mensuellement ou annuellement

89. M : oui vous pouvez développer?

90. C : Ben c'est pour surveiller les effets secondaire des traitements

91. M : oui...(silence)

92. C : et l'évolution parce qu'on ne sait jamais, le poids.. les choses comme ca

93. M : Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?

94. C : alors heu.. tous ce qui est prise de paramètres ca c'est à chaque injection donc c'est

95. C : mensuellement je parle pour les injections heu...mensuellement poids bon pouls tension

96. C : température ca c'est les surveillances pour le syndrome malin et heu annuellement on

97. C : fait le périmètre abdo c'est tout ce qu'on fait.

98. M : um um...(silence)...

99. C : c'est annuel mais je ne sais pas à quoi ça sert la surveillance du périmètre abdo...on le

100. C : surveille au cas ou y es un problème du foie...surement c'est ce que j'en retiens

101. M : Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?

102. C : Non non, ben pour le périmètre abdo c'était en place avant on ne le fait que très

103. C : récemment au CMP depuis janvier avant c'était en place que en intra et en intra c'est

104. C : mensuellement. Et j'ai pas de difficulté pour prendre le périmètre abdominale je l'ai déjà

105. C : fait trois fois...ça n'a pas posé de problème.

106. M : Vous pouvez développer..

107. C : ben j'ai pas eu de difficultés avec les patients pour faire le périmètre abdo mais je sais

108. C : que y en a qui pourraient avoir des réticences. Enfin c'est pas quelque chose qu'on m'a

109. C : appris à l'école le syndrome métabolique ou quoi...c'est arrivé bon ben maintenant vous

110. C : allez faire ces surveillances là et basta c'est tout c'était fait autrement la surveillance

111. C : cardio vasculaire...on nous a imposé ça sans nous expliquer quoi que ce soit des

112. C : choses mais on est pas formé du ben après je l'ai un peu fait parce que je devais le faire.

113. M : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du

114. M : syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?

115. C : Alors nous on reprend l'injection à la sortie de l'hôpital et les patients ont eu un bilan bio

116. C : que l'on récupère comme référence. Ben nous on a tous ce qu'il faut, on s'est mis des

117. C : alertes sur l'ordi pour tous ceux qu'on a pas fait pour pouvoir tous les ans le renouveler

118. C : et pas l'oublier c'est tout...pour l'organisation après on a tout le mètre le

119. C : tensiomètre...mais du coup on fait le syndrome métabolique que sur les gens qu'on leur

120. C : injection ici. Ceux qu'on des injections euh...à domicile avec des infirmières à domicile

121. C : on le fait pas donc c'est pas rentré dans les données.

122. M : oui...

123. C : Du coup pour les IPA elle pourrait mettre en place pour les autres...(silence)...je ne sais pas organiser le truc quoi...(silence)...je ne sais pas...qu'est ce qu'elle pourrait faire pour améliorer ça
124. M : oui ? ...(silence)...
125. C : Ben déjà les prescriptions de bilan bio je crois qu'elle peut le faire l'IPA et puis le
126. C : périmètre abdo il faudrait le faire à tout le monde donc une fois par an. peut être sur
127. C : l'information parce qu'ici on fait pas d'éducation la dessus..ben non et on le fait toujours
128. C : pendant l'injection retard on pourrait le faire autrement. L'IPA elle pourrait faire ça mais
129. C : faudrait faire revenir le patient ça c'est compliqué de les faire revenir ceux qui habite
130. C : dans le coin ils vont venir faire leur surveillance parce qu'il faut les impliquer, nous ce
131. C : qu'on fait c'est qu'on leur montre que eux aussi ils prennent soin d'eux et donc du coup
132. C : ceux qui acceptent ok mais ceux qui habitent loin et qu'on déjà du mal à venir pour faire
133. C : leur injection et qu'on déjà du mal à avoir une adhésion...(silence)..venir pour le
134. C : syndrome métabolique je suis pas sur quand même...(silence)...
135. M : Autre chose à ajouter?
136. C : Non
137. M : Eh bien je vous propose qu'on s'arrête là. merci pour votre collaboration.

### Entretien 3 D infirmière

138. M : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi
139. M : des patients schizophrènes?
140. D : oui régulièrement
141. M : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?
142. D : C'est par rapport à un patient sous injection retard heu...c'est l'évolution de ses
143. D : paramètres heu...comment dire c'est par rapport aux constantes qu'on prend donc le
144. D : périmètre abdominale qui sur le CMP normalement est fait une fois par an heu...le
145. D : poids qu'on fait à chaque injection, la tension artérielle et le pouls. Voilà et du coup c'est
146. D : par rapport au neuroleptique qu'il prend et enfin qu'il a et de voir l'évolution c'est à dire si
147. D : il prends du poids ou de la masse par rapport à l'injection et pour pouvoir suivre et
148. D : réajuster dans le cas contraire...(silence)...ce qu'on ne fait pas.
149. M : Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du
150. M : syndrome métabolique ?
151. D : Alors y pas de suivi heu..y pas de suivi parce que le périmètre abdominale du coup
152. D : heu..alors il est pris en charge moi je l'ai pas encore pris la pour le coup on le voit par
153. D : rapport aux patients qui sont hospitalisés heu qui sortent d'hospitalisation donc on a le
154. D : périmètre abdominale heu..après nous on le suit pas le périmètre abdominale et les
155. D : médecins...on est obligé de...d'interpeller les médecins d'interpeller les psychiatres on
156. D : voit surtout par rapport à une prise de poids. Voilà comme on a une feuille d'injection qui
157. D : fait souvent un an, on peut voir à chaque fois. J'avoue que les patients nous demande à
158. D : chaque fois si il ont pris du poids ou pas et si c'est significatif on arrive à remonter à un
159. D : an six mois et de voir si il y a une prise de poids importante. Pour certain patients les
160. D : injections ont été arrêtées...(silence)...c'est pas une bonne idée...(rire)... voilà par
161. D : rapport à une prise de poids. Y a eu un switch avec du peros mais ca a pas forcément
162. D : fonctionné euh...et c'est nous qui interpellons les médecins par rapport...on est surtout
163. D : sur la prise de poids le périmètre abdo non. Et eux ne regardent pas la feuille alors qu'ils
164. D : ont le dossier faut vraiment qu'on les interpellent que ce soit pour la tension artérielle aussi.
165. Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise
- 166.en soins du syndrome métabolique ?

167. D : On sait qu'on va rencontrer des difficultés pour faire le périmètre abdo, déjà le poids
168. D : heu...alors certains y vont sans problème sur la balance et d'autres c'est un petit plus
169. D : compliqué quand on a...c'est surtout parce que ça a pas été mis...(silence)...moi ça fait
170. D : pas un an que je suis sur le CMP et voilà le périmètre abdominale jusqu'à présent sur
171. D : notre feuille d'injection ça ne fait pas partie des paramètres à prendre euh cela dit la
172. D : procédure qui est mise en place c'est sur les CMP une fois par an je ne l'ai pas vu en
173. D : tout cas
- 174.M : vous savez que c'est une recommandation de la HAS?
175. D : Non mais on a beaucoup de patient qui ont été hospitalisé donc sur l'hospitalisation
176. D : c'est une procédure qui est régulière euh qui est faite à l'admission après ici c'est pas
177. D : forcément suivi ça reste compliqué pour certain...(silence)...parce qu'ils sont en
178. D : surpoids et on sait que c'est quelque chose qui reste compliqué à aborder alors faut y
179. D : aller doucement.
180. M : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du
181. M : syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?
182. D : Heu...(silence)...alors pour le coup ça reste important dans la prise en charge du patient
183. D : par rapport à l'injection, pour enfin voilà beaucoup ont des comorbidités importantes. Ca
184. D : reste important...mais faudrait vraiment faire un travail...une analyse de pratique et puis
185. D : mettre quelques chose en place et pouvoir interpeller un petit plus les médecins par
186. D : rapport à ca...(silence)...
187. M : oui...(silence)...
188. D : La difficulté déjà c'est au niveau des médecins c'est de réussir à créer un lien avec eux
189. D : on a un médecin qui est là une fois dans la semaine euh...qui a une consultation une
190. D : fois par semaine en général quand il vient il prend beaucoup de patient les uns derrière
191. D : les autres euh... on a du mal à l'interpeller entre deux...entre deux faudrait qu'il ai un
192. D : temps à lui en fait et pas le jour de ses consultations et qu'il soit présent lors d'une mise
193. D : en place de...de d'une pratique professionnelle et qu'il intervienne aussi que ce ne soit
194. D : pas qu'à l'initiative des infirmiers qu'on puissent avoir un lien en tout cas mais pas entre
195. D : deux porte heu... et l'autre médecin elle vient d'arriver voilà on a plus d'accès parce
196. D : qu'elle est là trois jours par semaines donc elle reste plus accessible elle entend un
197. D : petit peu plus heu...voilà après on peut avoir des freins alors par rapport aux patients
198. D : heu...ils restent quand même très attachés à leur injection pour certain et heu...le
199. D : changement ça risque d'être compliqué. Ils sont conscient que pour eux arrêt d'injection
200. D : signifie heu... hospitalisation et ils ne veulent pas l'hospitalisation ...(silence)...alors la
201. D : participation de l'IPA ca permettrait de mettre en place un suivi régulier, de mettre en
202. D : lien, de faire un lien entre les médecins et nous parce que pour le coup les médecins on
203. D : a du mal à les voir parce qu'ils enchainent leur consultations mais nous aussi en
204. D : parallèle peut être que l'IPA aurait plus de temps ca permettrait de se poser elle pourrait
205. D : exploiter les données que nous on récolte pendant l'injection et le suivi régulier par la
206. D : suite avec les patients la mise en place avec un lien somatique, de pouvoir les orienter
207. D : et les intégrer dans un programme peut être de nutrition à mettre en place avec une
208. D : nutritionniste ...heu...en tout cas nous on ne peut pas les accompagner dans ce suivi
209. M : Avez- vous autres choses à partager?
210. D : Non
211. M : Alors je vous propose de nous arrêter, merci de votre collaboration.

212. M : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?
213. V : Ben oui que voulez vous que je vous dise de plus de toute façon actuellement c'est ce
214. V : qui est utilisé pas mal au niveau du CMP et de plus en plus
215. M : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?
216. V : Ah...(rire)...qu'est ce que je peux vous dire du syndrome métabolique euh...vous voulez
217. V : parler par rapport au traitement c'est ca?
218. M : ce que vous savez
219. V : Ben pour moi c'est tout les troubles liés par rapport au traitement mais par rapport aussi
220. V : à d'autres problème qu'ils peuvent avoir pas forcément engendré par les
221. V : traitements...l'hypertension le diabète
222. V : Ben nous en surveillance infirmière sincèrement...(silence)...on fait rien heu...on fait rien
223. V : non pas parce qu'on peut rien faire mais parce que les médecins se sont attribué ca
224. V : alors après au niveau des conseils on fait à notre niveau vous voyez
225. M : est ce que vous pouvez m'en dire plus par exemple sur le périmètre abdominale
226. V : alors le périmètre abdominale on peut le faire de temps en temps on le fait au début de
227. V : la prise en charge mais par contre un nouveau patient vous voyez j'irai pas le peser lui
228. V : dire on va faire le périmètre abdominale...on va faire tout ca...je me permettrai pas de le
229. V : dire...je me permettrai pas de le dire parce que déjà ne connaissant pas le patient..il
230. V : nous connaissent pas non plus...(silence)...je ne sais pas il y a quelque chose qui me
231. V : gêne
232. M : oui...(silence)...continuez
233. V : c'est l'interprétation que pourrait en faire le patient vous voyez...ce qu'il pourrait en faire
234. V : est ce que ca serait pas agressif dans le rapport au corps...après une fois qu'il nous
235. V : connaissent c'est différent c'est dans l'injection, il y a un échange on peut l'amener que
236. V : d'entrée de jeu euh...leur faire le périmètre abdominale...c'est le corps...y a le
237. V : rapprochement...enfin voilà et puis le syndrome métabolique pour moi
238. V : ca concerne la prise en charge somatique du patient, tout ce qui est diabète
239. V : tout ce qui se rapporte au neuroleptique, les effets secondaires je ne sais pas quoi dire
240. V : de plus...(silence)...je réfléchis...c'est vrai qu'on ne travaille pas avec les généralistes et
241. V : après on ne sais pas grand chose d'un point de vue somatique
242. M : Mais vous avez des paramètres que vous surveillez?
243. V : oui ben le poids la tension voilà c'est tout après ce qui est diabète et tout ça souvent
244. V : c'est une infirmière à domicile qui prend en charge c'est pas nous et encore on les
245. V : prends parce qu'on fait l'injection. Pour les gens qu'on des traitements peros on prend
246. V : pas la tension. alors on va peut-être peser parce qu'on voit que y a un peu de poids de
247. V : pris pour les injections c'est systématique
248. Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?
249. V : Je ne peux pas répondre à ca on travaille seul même si nous on constate un problème
250. V : on va orienter sur qui...un médecin généraliste? Alors c'est vrai que quand je suis
251. V : arrivée là on avait les médecins généraliste et ca c'était super parce qu'on les adressait
252. V : à la croix rouge donc on savait quand on demandait un rendez vous ils avaient un
253. V : rendez-vous mais heu...la on a plus de médecin alors après le coté pratique c'est le
254. V : CMP de G ils ont un interne...(silence)...alors après quand y aura les IPA ca fera peut
255. V : être faire partie de leur rôle.
256. M : Vous pouvez me parler du périmètre abdominal ?

257. V : Le périmètre abdominale on le fait mais on le fait pas systématiquement on va pas le
258. V : faire à chaque fois c'est comme le poids et puis y a des patients tu vas pas leur
259. V : proposer non plus, oui y a des patients je ne leur proposerai pas de monter sur la
260. V : balance parce que ca peut être très mal interprété parce que trop persécuté... après y a
261. V : des gens qui te demande de se peser. Après le syndrome métabolique on en parle pas
262. V : trop ici...(appel téléphonique)...on est pas vraiment sensibilisé. Ou j'étais avant c'était
263. V : plus suivi beaucoup plus suivi et on avait des relations avec les médecins extérieur vous
264. V : voyez on avait un réseau. que la y a rien... on est démuni... c'est comme cette dame qui
265. V : est venu ce matin on suspect un AVC on la laisse repartir en lui disant d'aller voir son
266. V : médecin traitant alors que y aurait eu des médecins sur place on l'adressait directement.
267. V : alors oui peut être qu'avec les IPA ca va apporter quelque chose de plus mais qu'est ce
268. V : qu'elles vont apporter de plus si elles n'ont pas les moyens
269. M : Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?
270. V : ...(sourire exclamation)...c'est un travail individuel que chacun fait dans son coin... y a
271. V : pas de communication y a pas de protocole et bien souvent y a même pas d'écrit alors
272. V : comment vous voulez faire c'est pas partout pareil mais ici c'est flagrant. ca l'est pas au CMP
273. V : de G parce qu'ils ont un médecin sur place donc c'est plus surveillé nous on a personne
274. V : et un réseau quand tu travailles en CMP c'est vachement important. moi j'ai personne ici
275. V : à leur donner que ce soit psychiatre ou généraliste même pour trouver une infirmière à
276. V : domicile c'est compliqué... c'est compliqué sans réseau surtout maintenant que y a plus
277. V : la croix rouge. Des fois y en a qui reste 1 mois et demi sans injection allez hop on refait
278. V : la prescription et on refait l'injection... franchement c'est léger. Y a une réalité et
279. V : malheureusement c'est les patients qui paient le prix
280. M : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?
281. V : Ben déjà il faudrait qu'on soit formé il faudrait qu'on ai des médecins et puis un protocole
282. V : pour tout le monde enfin pour tout le monde... le CMP ici et qu'on soit tous sur la même
283. V : longueur d'onde... (silence)...parce que la prendre la tension et tout ca quand on fait les
284. V : injections mais je suis sur que c'est jamais regardé la courbe. c'est la que l'IPA ca peut
285. V : être un appui bon c'est pas des médecins mais elles ont des connaissances plus
286. V : développé que nous infirmières... elles peuvent apporter heu... au niveau de la prise en
287. V : charge des idées un peu plus précises comment faire... comment
288. V : orienter... (silence)...moi là je me sens vraiment démuni à tout point de
289. V : vue... (silence)...en plus l'IPA c'est rassurant vous voyez parce que c'est une formation
290. V : en plus... peut être de l'éducation

#### Infirmière 5 C

291. M : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?

292. C : oui
293. M : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?
294. C : ... (silence) ... c'est quelque chose que nous ne suivons pas spécialement, on suit le
295. C : poids, on donne des conseils quand le poids augmente euh... moi je trouve que les
296. C : prises de poids sont moins importantes avec justement les neuroleptiques de deuxième
297. C : génération qu'avec les anciens après ici au CMP c'est essentiellement des problèmes
298. C : de poids après tout ce qui est glycémie etc.. ben faut que ça soit prescrit par le médecin
299. C : il faut que ça soit rentré dans le dossier par le médecin et la... je ne suis pas sur que le
300. C : médecin en parle avec le patient quand il le voit en entretien quand même;
301. M : vous évoquiez des conseils?...
302. C : ben des conseils hygiéno-diététique si vous voulez, activité physique des petits conseils
303. C : au niveau de l'alimentation aussi sans restreindre surtout bien préciser qu'il ne faut pas
304. C : se frustrer je leur demande ce qu'il mange et en fonction de ce qu'ils me dises j'essaie
305. C : d'adapter je ne supprime rien si ya par exemple une pâtisserie je ne vais pas la
306. C : supprimer mais leur dire d'en manger une sur la semaine vous voyez parce que je
307. C : trouve que ça n'a aucun intérêt de supprimer des petites choses qui font plaisir.
308. M : Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?
309. C : Alors juste au niveau de la feuille d'injection en fait on suit le poids le périmètre abdo
310. C : qu'on prend une fois tout les trois ou six on le fait pas quand même pas à chaque fois et puis
311. C : y pas d'intérêt de le faire à chaque fois.. puis entourer un psychotique
312. C : régulièrement... (rire)... je suis pas sur que ça soit une très bonne chose non
313. C : plus... quand tu dois prendre le périmètre abdominal et quand ils sont vraiment en
314. C : surpoids forcément faut que tu fasses un effort physique et tu te rapproches très près de
315. C : la personne et des fois... dans la schizophrénie la proximité c'est quelque chose de
316. C : pas facile. Je pense que nous on y arrive bien parce qu'on les connaît bien les patients
317. C : ça fait quelques années qu'on travaille avec eux je ne suis pas sur... vous voyez les
318. C : jeunes on prend beaucoup beaucoup de précautions et on sent tout de suite quand
319. C : même physiquement y a un petit raidissement ils s'agrandissent un petit peu on sent
320. C : qu'il faut faire vite pas très longtemps et faire attention quand même à comment on le
321. C : fait... (silence)... et puis pour nous c'est pas facile des fois on se retrouve très près quand
322. C : même... (silence)... plus ils sont large je vais dire plus faut que t'aïlles près... enfin des
323. C : fois cette proximité là ça me dérange un petit peu oui je sens que le patient se
324. C : bouge... prendre le périmètre abdo d'une personne non schizophrène c'est pas la même
325. C : chose... que la tu sens... tu te rapproches des odeurs tu te rapproches de plein de
326. C : choses... c'est pas simple ben peut être que lui ses odeurs ca lui permet d'avoir ce
327. C : périmètre et moi avec mon petit mètre ruban je rentre dans tout ca. et puis
328. C : après euh... quand les patients sont suivi au CATTP c'est vrai aussi qu'ils ont des
329. C : conseils enfin surtout avec l'atelier cuisine mais je pense qu'au niveau sport ils donnent
330. C : des conseils aussi. Quand on s'aperçoit que le patient grossit à vue d'oeil au CATTP
331. C : nous on le voit sur la balance mais bon... on gère tout ce qui est essentiellement au
332. C : niveau du poids tout ce qui est glycémie c'est le médecin qui doit
333. C : rentrer dans le nouveau logiciel. Avant on pouvait rentrer les données des résultats de
334. C : bilan comme la glycémie. Nous on peut rentrer que ce qui est du domaine de l'infirmière
335. C : sur ce nouveau logiciel c'est bien compartimenté.
336. M : Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?
337. C : ...souple...silence...euh...concrètement y pas de suivi tu peux dire les choses mais

338. C : après il fait ce qu'il veut à la maison...ben...j'ai l'impression qu'il y a pas de suivi
339. C : médical non plus
340. M : vous parlez au CMP ?
341. C : oui au CMP après si on lui demande d'aller chez le généraliste si il a envie il va y aller et
342. C : puis avec le généraliste on a pas de lien non plus vous voyez après faut essayer de
343. C : voir...on creuse voir si y a pas des problèmes de TSH par exemple c'est arrivé pour une
344. C : patiente qu'on a envoyé chez le généraliste je crois que y avait un problème de TSH et
345. C : de diabète eh ben on a pas de courrier on a rien donc la patiente...et puis des fois il y a
346. C : des petits problèmes de compréhension donc c'est pas toujours très simple on est un
347. C : petit peu...enfin moi je me sent un petit peu isolé quand même vous voyez
348. M : oui..
349. C : oui franchement...(silence)...je ne sais pas trop pourquoi je le fais...je le fait parce qu'il
350. C : faut le faire...(rire)...mais c'est bête mais je ne sais pas trop pourquoi je le fait et j'essaie
351. C : de le faire le plus correctement possible et je sais que l'impact il va pas être énorme et
352. C : je sais que y aura pas de répercussions à côté après des fois à trop focaliser sur le
353. C : poids tu fais pire que bien aussi faut peut être aussi parfois se décaler de la
354. C : problématique du poids y a pas que ça en psychiatrie
355. M : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?
356. C : ...(silence)...peut être qu'elle travaille peut être plus en équipe par rapport à ça l'IPA est
357. C : certainement plus formée...alors soit l'IPA fait le lien avec le médecin et l'infirmière j'en
358. C : sais rien soit elle a avec sa formation des outils qu'elle peut nous faire utiliser...voilà
359. C : qu'on ai l'impression de ne pas travailler toutes seules...pédaler comme ça un petit peu
360. C : toute seule avec le patient pour euh quelque chose qui aura peut être de l'impact peut
361. C : être pas en fait les gens bien stabilisés...je suis en train de réfléchir en même temps
362. C : notamment sous trévicta j'ai l'impression qu'ils prennent vraiment pas de poids
363. M : mais dans le syndrome métabolique il n'y a pas que le poids
364. C : oui y a tout ce qui est diabète..tout ce qui est cholestérol là nous on a pas de vue
365. C : dessus moi je veux dire pour l'instant le syndrome métabolique moi c'est que le poids
366. C : Alors c'est pour ça moi j'imagine que l'IPA elle puisse faire de la psychoéducation en
367. C : groupe avec une infirmière et des consultation individuelle en fonction de ce qu'elle
368. C : remarquera comme problématique en groupe et puis c'est de parler de quelque choses
369. C : dont les médecins ne parle pas quand même je suis désolée mais c'est quand même un
370. C : petit peu ça un psychiatre va plus s'intéresser aux symptômes psychique et les
371. C : généralistes on peut pas travailler avec eux en plus y en a plus oui alors voilà quelqu'un
372. C : qui s'occuperait d'un souci qui peut être plus somatique et puis de la liaison entre
373. C : médical et infirmier...(silence)...pour que ça travaille il faut aussi un psychiatre qui vient
374. C : plus d'une journée par semaine sur le CMP parce que la ils font leur journée de
375. C : consultation et on a déjà du mal de les voir juste pour des problèmes psy
376. C : donc..euh...après y'a les réunions cliniques c'est peut être des choses dont on pourrait
377. C : parler a ce moment la aussi ça pourrait les enrichir comme ça on pourrait aussi parler
378. C : d'autre chose que juste les symptômes psy...(silence)....
379. M : Voyez- vous autre chose à dire? ....(silence)...
380. C : ...(silence)...ben non non non....bah on sait pas trop en fait le rôle de l'IPA qu'est ce
381. C : qu'elle va faire réellement le rôle la fonction c'est une découverte aussi pour nous parce
382. C : que rien n'est arrivé y a pas de profil de poste ...(silence)....

383. M : ....(silence)....je vous propose de mettre fin à l'entretien et je vous remercie pour votre participation.

#### Infirmière 6 N

384. M : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?

385. N : oui alors j'utilise mais c'est pas pour moi c'est pour le patient... alors oui je les utilise

386. M : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?

387. N : ce que je peux dire c'est que c'est un ensemble d'anomalie qui concerne les

388. N : triglycérides l'hypertension, un périmètre abdominale euh...augmenté euh...voilà j'en ai

389. N : oublié un je ne sais plus enfin en tout cas c'est un contrôle que l'on fait en tout cas moi

390. N : je fais ça à chaque patient qui viennent faire leur injection mais on fait pas en tout cas

391. N : les...on fait juste le la prise de tension le périmètre abdominal j'avoue je le fait pas à

392. N : chaque fois déjà à l'hôpital j'avais du mal prendre le périmètre abdominal pour eux c'est

393. N : rentrer un petit peu dans la sphère du patient c'est difficile pour moi euh...et pour le

394. N : patient aussi certainement donc je ne le fais pas à chaque fois je prend la tension je fais

395. N : le poids quant au bilan sanguin nous on s'en occupe pas c'est certainement le médecin

396. N : mais nous..mais moi je le fais pas

397. M : Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?

398. N : eh ben c'est les infirmières qui font principalement le suivi du syndrome métabolique lors

399. N : de l'injection retard si y a une anomalie comme une tension élevé par exemple on en fait

400. N : part au médecin si y a un médecin c'est un peu nous qui constatons c'est un peu en

401. N : interne avec nous les infirmières je ne sais pas si le médecin vérifie ça lors des

402. N : consultations

403. M : Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?

404. N : Comme je le disais tout à l'heure la difficulté pour moi c'est la prise du périmètre

405. N : abdominal on est obligé d'enlacer le patient c'est pas toujours bien vécu on rentre dans

406. N : sa sphère et pour moi c'est désagréable je fais le plus vite possible pour que ça passe le

407. N : plus vite possible c'est un truc que je fais parce qu'il faut que je le fasse

408. M : vous pouvez développer un peu

409. N : eh ben avec le ruban mètre on est obligé de prendre ce ruban mètre de faire le tour de

410. N : la taille et de ce fait on enlace le patient et le fait d'enlacer le patient c'est délicat pour

411. N : lui c'est délicat pour moi et c'est vrai que moi je le fais pas à chaque fois c'est ça le plus

412. N : embêtant...on perçoit bien le malaise je sent qu'il est plus sur la défensive même si

413. N : généralement il dit rien des fois le fait de peser les patients des fois les patients non plus

414. N : ils tiquent un petit peu ils disent je l'ai déjà fait la dernière fois surtout pour les patients

415. N : qui font ça tous les 15 jours mais bon ça c'est pas trop gênant...(silence)...

416. M : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?

417. N : ...(silence)...une amélioration peut être dans le sens si on prend le syndrome

418. N : métabolique en entier donc avec un bilan sanguin puisqu'il faut vérifier les triglycérides

419. N : que le médecin alors lors de la consultation peut être prévoir un bilan sanguin que

420. N : le patient l'ai fait et qu'on voit ça avec le médecin c'est plus une collaboration et donc la

421. N : l'IPA pourrait faire le lien justement avec le médecin parce que si l'IPA vient

422. N : principalement c'est pour faire euh...(silence)...euh les prescriptions entre une  
423. N : consultation médicale donc peut être que justement l'IPA serait plus à même de vérifier  
424. N : les éventuels dysfonctionnements les éventuelles hausse de tension baisse de tension  
425. N : et le suivi avec les triglycéride le bilan sanguin du coup pour le patient ça pourrait être  
426. N : un suivi plus rapproché plus régulier et puis c'est vrai que ces relevés c'est juste des  
427. N : chiffres retranscrit sur cette feuilles ça sert pas à grand chose et qui n'est pas forcément  
428. N : visible par le médecin parce que je ne sais pas si il en prend connaissance mais peut  
429. N : être que l'IPA qui est plutôt infirmière à la base peut être serait plus sensibilisé justement  
430. N : à regarder et à contrôler tout ça et peut être après faire le lien avec le médecin  
431. N : psychiatre ou traitant...(silence)..  
432. M : autre chose?  
433. N : ben oui si nous quand on fait l'injection on perçoit quelque chose d'une anomalie déjà  
434. N : de faire la transmission à l'IPA...l'IPA lors des renouvellement de traitement pourrait  
435. N : prendre connaissance de cette feuille que nous nous remplissons...(silence)..  
436. M : um um  
437. N : je vois ça comme ça elle le verrait lors du renouvellement  
438. N : d'ordonnance...(silence)...mais j'ai du mal à voir ce que c'est moi l'IPA parce que mis à  
439. N : part ça on nous a pas vraiment dit quoi que ce soit parce que justement on attend ça  
440. N : avec un départ d'un médecin mais je sais pas exactement ce qu'est la fonction d'IPA  
441. N : que ça  
442. M : D'accord...(silence)...autre chose ?  
443. N : euh...non  
444. M : alors merci pour votre participation

#### Infirmière 7 L

445. M : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?  
446. L : oui  
447. M : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?  
448. L : Alors si ma mémoire est bonne pour que ce soit reconnu comme syndrome métabolique  
449. L : c'est minimum trois de ces cinq facteurs donc si je ne dis pas de bêtise il y a l'obésité  
450. L : viscérale y a l'insulino résistance l'hypertension les triglycéride élevé et le faible taux de  
451. L : cholestérol HDL alors en fait ce qui serait bien je pense et c'est dans les  
452. L : recommandation pour les patients psy elles existent elles sont là mais moi je trouve  
453. L : qu'en psychiatrie on devrait dans l'ETP que quand les patients sortent de l'hôpital qu'il y  
454. L : ai une réunion d'information sur le fait qu'ils prennent des neuroleptiques ce que c'est les  
455. L : effets secondaires que ça peut induire euh...que systématiquement on relève poids taille  
456. L : qu'il y est l'IMC apparaissant sur le logiciel et en extra pour les patients suivi au long  
457. L : court comme en hôpital de jour ça serait bien aussi de faire de l'ETP euh alors ça  
458. L : pourrait être éventuellement en groupe ou on pourrait reprendre basiquement les règles  
459. L : hygiéno diététique euh...parler de l'activité physique alors on est d'accord y a certain  
460. L : patients ils sont déjà dans ce processus de chronicité et ou y a déjà l'obésité qui est  
461. L : installée pour lequel y pas forcément de suivi et la on arrive pas à mettre en place des  
462. L : choses quand c'est trop installé et le freins c'est que tout le monde se dit ben maintenant  
463. L : c'est trop tard je pense qu'on a les moyens on peut mettre de la prévention la dessus et

464. L : je pense qu'on le fait pas assez et surtout certains patient psychotique nécessite un
465. L : accompagnement avant y avait un gros étayage avec les médecins somaticiens
466. L : um um
467. L : et la pathologie psychiatrique c'est aussi un facteur limitant pour la prise en charge mais
468. L : il faut reessayer de proposer quelque chose à paris par exemple il y a des SSR
469. L : spécialisé dans la nutrition avec une prise en charge psy il y a aussi l'activité physique
470. L : adapté adapté ca aussi c'est quelque chose de novateur qui va aller aussi dans le fait de
471. L : promouvoir la santé même si on est atteint de troubles psy on peut quand même se
472. bouger
473. M : Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?
474. L : alors on parle du cas quand c'est des jeunes patients qui sont adressés ou qui viennent
475. L : spontanément sur le CMP pour une première prise en charge les patients sont reçu en
476. L : entretien d'accueil puis en réunion est décidé la prise en charge par le psychiatre et si
477. L : par exemple y a déjà un surpoids ou si le patient consomme le psychiatre peut nous
478. L : demander d'instaurer un suivi cardio quand y a l'introduction d'un antipsychotique. Alors
479. L : je le pèse, je lui demande sa taille et je n'ai jamais vraiment eu de refus. Il va ensuite en
480. L : rdv cardiologue en ville et si il y a pas d'anomalie après c'est un bilan une fois par an et
481. L : pour les patients fumeurs on essaie de travailler sur le risque cardio vasculaire. un des
482. L : psychiatre fait souvent les biologies sanguines et puis je fais régulièrement le point sur
483. L : les patients suivi pour les bilans biologiques et les médecins traitant et je sollicite les
484. L : psychiatres en fonction et on l'adresse au médecin généraliste mais y a pas de protocole
485. L : rien n'est formalisé c'est personne dépendant si l'infirmière ça la botte on le fait si ca la
486. L : botte pas et que ca passe au dessus ca passe au dessus...(silence)...c'est pas bien
487. L : mais c'est la réalité c'est comme ca
488. M : Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?
489. L : ben les freins c'est...en fait quand c'est juste un surpoids quand c'est des patients jeune
490. L : c'est pareil euh..je pense que s' ils sont pas assez bien préparés si on leur a pas donné
491. L : l'information clairement que euh...qu'ils pouvaient prendre du poids ca participe à la
492. L : rupture de traitement moi j'ai demandé à avoir un mètre pour faire le périmètre
493. L : abdominal mais je n'oblige rien si le patient accepte ben je lui fait volontier comme ca au
494. L : moins on a un aperçu si le patient veut pas je le force absolument pas mais au moins
495. L : instauré le suivi du poids mais ca c'est pareil y a rien qui est finalisé et c'est infirmier
496. L : dépendant aussi c'est dans les recommandations HAS on doit pouvoir justifier d'un suivi
497. L : du syndrome métabolique mais je pense que c'est pas bien fait...(silence)...et vous
498. L : voyez y a aussi cette banalisation par certain infirmier "ben c'est normal qu'ils prennent
499. L : du poids de toute manière ils sont sous neuroleptique" comme une fatalité quelques part
500. L : c'est déjà une perte de chance pour eux et d'une ils sont psychotique et de deux on sait
501. L : qu'ils vont développer un syndrome métabolique à plus ou moins long terme et ça veut
502. L : dire que nous soignant on se dédouane en disant on peut rien faire parce qu'il a des
503. L : troubles psychiques et puis on devrait avoir des formations les freins oui je pense que
504. L : tout le monde en entend parler tout le monde en est conscient mais en fait y pas la mise
505. L : en oeuvre la vigilance qui devrait y avoir peut être parce qu'on est désolidariser du
506. L : somatique et du coup on prend plus en charge les troubles psy je saurai pas dire mais je
507. L : pense qu'on peut être plus efficient euh...j'ai travaillé dans plusieurs endroit en psy et
508. L : j'ai jamais rencontré de psychiatre qui étaient fermés à la conciliation médicamenteuse
509. L : même si c'est pas de leur fait et qu'il vont pas s'en préoccuper d'emblé si l'infirmière

510. L : donne pas l'alerte moi les cas ou j'ai sollicité les médecins psychiatre jamais j'ai eu une
511. L : fin de non retour on en a discuté ça a fait débat dans des réunions y a eu des
512. L : changements de thérapeutique...et puis ces médicaments la les neuroleptiques c'est
513. L : orexigène donc c'est sur ça ouvre la fin et puis y en a c'est dans leur fonctionnement
514. L : aussi ils "gloutonnent" pour compenser
515. M : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?
516. L : ...(silence)...déjà faut un protocole faut en discuter euh...faut que ce soit entre guillemet
517. L : concret faut pas que ce soit personne dépendant c'est aussi médical les patients
518. L : prennent les neuroleptiques y a une surveillance à avoir et ben on la fait

#### Infirmière 8 S

519. M : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?
520. S : oui j'utilise des neuroleptiques dans le cadre de mes fonctions
521. M : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?
522. S : Bon alors c'est un ensemble de dysfonctionnement déjà...heu...donc heu ben hypertension
523. S : hyperglycémie surpoids et puis aussi au niveau ben d'un dysfonctionnement lipidique
524. S : heu..donc...heu(silence)..d'ou une surveillance particulière dans le cadre aussi de notre fonction
525. S : heu donc pour les patients heu..qui ont un traitement heu...qu'est ce que je peux dire d'autre...
526. S : ben qu'après y a des surveillances à faire notamment on peut prendre le périmètre abdominal
527. S : orienter vers un médecin généraliste pour régler ce problème soit d'hypertension,
528. S : d'hyperglycémie heu ou autre heuuu...y a l'éducation aussi à faire heu en lien ben avec
529. S : l'hygiène de vie heu c'est vague en même temps (rire)...heu surveillance du poids de
530. S : l'hypertension enfin c'est euh hum, un ensemble de conseil aussi hygiéno diététique
531. S : faire du sport bien manger (silence) oui je pense que j'ai tout dit
532. M : et la mesure du périmètre abdominal ?
533. S : en général je fais participer le patient je dis ben voilà vous allez m'aider je trouve que c'est des
534. S : choses qui peuvent tout à fait se faire dans le cadre ben voilà de la surveillance des constantes
535. S : notamment c'est vrai que la ou j'étais avant on le prenait systématiquement tout les mois euh ben ici j'ai pas vu
536. M : Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?
537. S : (silence)...heu, surveillance des constantes heu
538. M : comment s'organise hein c'est à dire comment cela s'articule
539. S : ben à ce jour ben les infirmières je n'ai pas repéré de choses mises en place en faveur du
540. S : syndrome métabolique à part la surveillance des constantes heu .. lors des injections mais heu
541. S : c'est tout ce que j'ai vu
542. M : hum hum
543. S : oui je pense que y' a pas beaucoup de choses mise en place justement
544. M : d'accord
545. M : Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?
546. S : Depuis que je suis ici je n'ai pas trouvé de mètre (rire)..j'aurai pu ramener un mètre mais je l'ai
547. S : pas encore fait, oui et puis je trouve que voilà y pourrait y avoir heu...ben des entretiens
548. S : heu...même de l'éducation thérapeutique, heu des ateliers même à mettre en place pourquoi

549. S : pas heu autour heu ..des règles d'hygiène diététique, des conseils des ateliers vous voyez
550. S : autour de l'alimentation des choses comme ca un peu psychoéducation la j'ai pas vu
551. M : mais quels en seraient les obstacles et les difficultés ?
552. S : je pense que c'est heu..(silence)..les obstacles c'est que...je pense que c'est lié à un
553. S : fonctionnement de service
554. M : hum hum
555. S : heu du fait que les gens communique pas trop ensemble heu, ne font pas forcément équipe du
556. S : coup j'ai l'impression que c'est pas...heu(silence)...
557. M : quand vous dites les gens...
558. S : ben les professionnels..heu enfin je pense notamment les médecins aussi font pas forcément,
559. S : enfin n'en parle pas de ce que j'ai vu...je pense que c'est pas forcément heu...porté par l'équipe
560. S : non plus (silence)...un peu plus par les infirmières quand même mais heu... (silence)
561. M : vous voyez autre chose?
562. S : heu...ben je pense aussi les liens avec les médecins généraliste, bon c'est vrai que je viens
563. S : d'arriver, mais je pense qu'on travail pas assez avec eux heu...et du coup y pas quand même
564. S : des passerelles à faire aussi pour améliorer les choses heu...je pense qu'il faudrait les
565. S : rencontrer... davantage heu une diététicienne aussi ca pourrait être intéressant d'avoir des
566. S : consultations heu (silence) pourquoi pas aussi un ergo un psychomot enfin je pense qu'y aussi
567. S :quelque chose des choses aussi au niveau des activités physique, je trouve qu'au CATTP y a
568. S : pas non plus d'activités allant dans ce sens. Donc oui des choses à mettre en place y en a. (silence)..
569. M : (silence).. hum... d'accord
570. M : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?
571. S : ben les besoins ben moi je pense déjà on devrait être formés, ben la du coup je vais aller à la
572. S : formation éducation thérapeutique donc je pense que ca pourra peut être m'ouvrir des pistes de
573. S : travail heuuu...je trouve que ben le rôle d'une IPA oui ca serait déjà de...peut être faire ce lien là
574. S : et avoir ce regard un peu spécifique de ces problématiques là heu du suivi heu...je pense que
575. S : oui y a des entretiens à mettre en place, des ateliers, des choses qui pourraient même être
576. S : co animé heu..(silence)...de oui faire plus le lien avec heu le médecin référent (silence)..
577. M : oui
578. S : heu (silence)...oui le psychiatre et puis avec les différents acteurs de la prise en charge, le
579. S : médecin traitant
580. M : vous verriez plus ce bénéfice là...
581. S : heu effectivement, si y avait ne serait ce qu'une information plus importante c'est important d'en
582. S : parler déjà, ca pourrait donner ce mouvement là de mettre des choses en place sous forme
583. S : voilà d'entretiens, d'ateliers de lien (silence)..
584. M : vous souhaitez ajouter autre chose?
585. S : heu..non
586. M : alors je vous remercie pour votre participation

## ANNEXE III

### GRILLE D'ANALYSE

	GRILLE D'ANALYSE	THEMES
<b>Question 1 : Quelle fonction exercez-vous?</b>	Les huit ont répondu infirmiers	
<b>Question 2 : Utilisez-vous régulièrement des neuroleptiques nouvelle génération dans le cadre du suivi des patients schizophrènes?</b>	8/8 ont répondu oui à l'utilisation des AA 4 ont répondu oui sans précision 1 a nommé un traitement comme très utilisé (milieu urbain) 1 a précisé de plus en plus (milieu urbain) 1 a précisé que ce n'était pas pour elle (milieu rural) 1 a précisé dans le cadre de sa fonction (milieu urbain)	

QUESTIONS	VERBATIMS	Ligne	THÈMES
<b>Q3 : Question 3 : Que pourriez-vous me dire concernant le syndrome métabolique ?</b>	Infirmier 1		Éducation
	fait de l'ETP sur le syndrome métabolique	L.5	
	commence à prendre en charge le patient après avoir eu son accord avec une charte	L.10 L.10	
	Infirmier 5		
	Donne des conseils quand le poids augmente	L.295	
	hygiéno diététique sur l'alimentation et l'activité physique	L.302	
	Infirmier 7		
	Ca serait bien de faire de l'ETP pour reprendre les règles	L.457 -458	
	Infirmier 8		
	Y a l'éducation à faire	L.528	
	un ensemble de conseil hygiéno diététique	L.530	
	Pour la mesure du périmètre abdominal	L.533	
	Infirmier 1		Connais- sances
	Regarde le périmètre abdominal le poids et la tension	L.7-8	

	si présence de ces 3 critères parle de SMet	L.8-9	théoriques
	Infirmier 2		
	c'est la mesure du périmètre abdominal poids	L.88	
	surveillance mensuel ou annuelle	L.88	
	C'est pour surveiller les effets secondaire des traitements	L.90	
	Surveillance évolution du poids	L.92	
	Infirmier 3		
	c'est l'évolution de ses paramètres	L142	
	On prend le périmètre abdominal normalement	L.143	
	fait une fois par an	L.144	
	Le poids fait à chaque injection pour tension artérielle	L.145	
	suivi de l'évolution de ces paramètres dans le temps	L.147	
	par rapport aux neuroleptique voir l'évolution pour suivre et réajuster	L.148	
	Infirmier 4		
	Troubles liés au traitement ou à d'autres problèmes (hypertension diabète)	L.219 L.220	
	le périmètre abdominal on le fait de temps en temps au début de la prise en charge	L.226 L.227	
	Concernes la prise en charge somatique du patient	L.238	
	Je surveille le poids la tension c'est tout	L.243	
	Infirmier 5		
	C'est essentiellement des problèmes de poids	L.297	
	Infirmier 6		
	SMet c'est un ensemble d'anomalie triglycérider hypertension et périmètre abdominal augmenté	L.387 L.388	
	contrôle que l'on fait pour chaque patient qui viennent faire leur injection	L.389 L.390	
	Je fais juste la prise de tension je fais le poids le périmètre abdominal	L.394 L.394	
	Infirmier 7		
	Le SMet c'est minimum 3 des 5 facteurs obésité viscéral insulino résistance hypertension triglycérider élevé faible taux de cholestérol HDL	L.449 L.450 L.451	
	les recommandations pour les patients psy elles existent	L.452	

	Infirmier 8		
	c'est ensemble de dysfonctionnement	L.522	
	hypertension hyperglycémie surpoids	L.523	
	dysfonctionnement lipidique	L.523	
	Y a des surveillances particulières à faire dans	L.524	
	le cadre de notre fonction		
	notamment le périmètre abdominal	L.526	
	orienter vers un médecin généraliste pour régler	L.527	
	les problèmes d'hypertension ou	L.528	
	d'hyperglycémie		

<b>Q4 : Comment s'organise, dans votre service (au cmp) le suivi et la prise en soins du syndrome métabolique ?</b>	Infirmier 1		Organisa- tion des soins
	Le poids une fois par mois quand il viennent faire leur injection	L.15	
	La difficulté aussi c'est qu'ils viennent faire leur injection sans rv	L.17	
	alors il y a la queue et qu'il aiment pas attendre		
	Infirmier 2		
	Pour le périmètre abdominal c'est en place que depuis janvier 2022	L.102	
	c'était déjà en place en intra mensuellement	L.103	
	Infirmier 3		
	Y pas de suivi	L.151	
	le périmètre abdominal on le voit par rapport aux patients qui sortent de l'hôpital (logiciel)	L.153	
	On est obligé d'interpeller les psychiatres	L.155	
	On voit surtout par rapport à une prise de poids	L.156	
	on a une feuille d'injection qui fait souvent 1 an	L.157	
	on voit si la prise de poids est significative	L.158	
	Le périmètre abdominal jusqu'à présent sur notre feuille d'injection ca ne fait pas partie des paramètres à prendre.	L.170 L.171	
	La procédure qui est mise en place sur les CMP c'est une fois par an.	L.172	
	Infirmier 4		
	C'est un travail individuel que chacun fait dans son coin	L.164	
	Je ne peux pas répondre à ça car on travaille seul	L.249	
quand je suis arrivée on avait des médecins généraliste on les adressait à la croix rouge	L.251 L.252		
maintenant y a plus de médecin			
Au CMP de G ils ont un interne (en médecine générale)	L.254		
Le SMet on en parle pas trop ici on est pas vraiment sensibilisé.	L.261		
Où j'étais avant on avait un réseau ici on est démuné.	L.264		
Y pas de protocole	L.271		

	<p style="text-align: center;">Infirmier 5</p> <p>Juste au niveau de la feuille d'injection on suit le poids le périmètre abdominal on le fait une fois tous les trois mois ou six mois. avec le généraliste on a pas de lien Patiente envoyée chez le généraliste, pas de courrier en retour.</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 6</p> <p>C'est principalement les infirmières qui font le suivi du SMet lors de l'injection retard si il y a une anomalie on en fait part au médecin si y a un médecin</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 7</p> <p>mais y a pas de protocole rien n'est formalisé C'est personne dépendant si l'infirmière ça la botte on le fait si ça la botte pas et que ça passe au dessus ça passe au dessus.</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 8</p> <p>Les professionnelles communiquent pas trop ensembles ne font pas forcément équipe A ce jour je n'ai pas repéré de choses mise en place en faveur du SMet a part la surveillance des constantes lors des injections Je pense que y a pas beaucoup de choses mises en place .</p>	<p>L.309 L.310  L.342 L.344  L.398 L.399 L.400  L.484 L.485 L.486  L.490 L.491 L.539 L.540 L.543</p>	
<p><b>Q 5 Question 5</b> <b>Quelles sont les difficultés et obstacles éventuels que vous rencontrez dans la prise en soins du syndrome métabolique ?</b></p>	<p style="text-align: center;">Infirmier 1</p> <p>Les patients ne prennent pas conscience que le suivi c'est important le suivi peut pas se faire correctement souvent ils viennent pas aux consultations</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 2</p> <p>j'ai pas eu de difficultés avec les patients pour faire le périmètre abdo que y en a qui pourraient avoir des réticences.</p>	<p>L.31 L.36 L.37  L.104 L.108</p>	<p style="text-align: center;">Les symptômes de la Schizophrénie</p>

	<p style="text-align: center;">Infirmier 4</p> <p>Un nouveau patient j'irai pas le peser lui dire on va faire le périmètre abdominal il y a quelque chose qui me gêne c'est L.227 L.228</p> <p>L'interprétation que pourrait en faire le patient est ce que ca serait pas agressif dans le rapport au corps? L.233 L.234</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 5</p> <p>Dans la schizophrénie la proximité c'est quelque chose de pas facile L.315 cette proximité la ca me dérange un petit peu. L.323 tu te rapproche des odeurs peut être que lui ses L.325 odeurs ca lui permet d'avoir ce périmètre et L.326 moi avec mon mètre ruban je rentre dans tout L.327 ca.</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 6</p> <p>la difficulté pour moi c'est la prise du périmètre abdominal L.404 on est obligé d'enlacer le patient On rentre dans L.405 sa sphère Le périmètre abdominal je le fais le plus vite L.406 possible pour que ca passe le plus vite possible. C'est un truc que je fais parce qu'il faut que je L.407 le fasse c'est délicat pour lui c'est délicat pour moi L.410 se.</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 8</p> <p>en général je fais participer le patient L.533</p>		
	<p style="text-align: center;">Infirmier 2</p> <p>Enfin c'est pas quelque chose qu'on m'a appris L.108 à l'école le SMet maintenant L.109 vous allez faire ces surveillance là et basta L.110 on nous a imposé ça sans nous expliquer quoi L.111 que ce soit des choses mais on est pas formés L.112 du tout.</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 5</p> <p>Je ne sais pas trop pourquoi je le fais, L.349 je le fais parce qu'il faut le faire. L.350</p>		Formation

	Infirmier 7 On devrait avoir des formations	L.503	
<b>Q6 : Question 6 : Quels seraient vos attentes, vos besoins concernant une amélioration du suivi du Syndrome métabolique au sein de votre structure ? Quels bénéfices pouvez-vous imaginer pour le suivi du syndrome métabolique quant à la participation d'une IPA ?</b>	Infirmier 1 C'est un peu comme le rôle du médecin généraliste C'est quand même plutôt des compétences spécifique une consultation C'est peut être la que ça serait bien l'IPA.	L.42 L.43 L.52 L.78 L.81	Fonction IPA et organisa- tion des soins
	Infirmier 2 Les IPA elles pourraient mettre en place les prescriptions de bilans bio je crois qu'elle peut le faire l'IPA Peut être sur l'information parce qu'ici on fait pas d'éducation la dessus...l'IPA pourrait faire ca	L.125 L.126 L.127	
	Infirmier 3 L'IPA permettrait de mettre en place un suivi régulier Faire le lien entre les médecins et nous elle pourrait exploiter les données qu'on récolte un lien somatique pouvoir les orienter les intégrer dans un programme peut être de nutrition.	L.201 L.202 L.204 L.206 L.207	
	Infirmier 4 c'est la que l'IPA ca peut être un appui, bon c'est pas des médecins mais elles ont des connaissances plus développé que nous infirmière apporter au niveau de la prise en charge des idées un peu plus précises comment faire comment orienter	L.284 L.285 L.287 L.288	
	Infirmier 5 elle travaille peut être plus en équipe par rapport à ça l'IPA est certainement plus formée l'IPA fait le lien avec le médecin et l'infirmière j'en sais rien soit elle a avec sa formation des outils qu'elle peut nous faire utiliser	L.289 L.290 L.356 L.357 L.357 L.358	

	<p>j'imagine que l'IPA puisse faire de la psychoéducation en groupe avec une infirmière et des consultations individuelle</p> <p>quelqu'un qui s'occuperait d'un souci plus somatique</p> <p>on sait pas trop en fait le rôle de l'IPA qu'est ce qu'elle va faire réellement le rôle la fonction c'est une découverte aussi pour nous parce que rien n'est arrivé y a pas de profil de poste</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 6</p> <p>c'est plus une collaboration la l'IPA pourrait faire le lien justement avec le médecin</p> <p>l'IPA vient principalement pour faire les prescriptions entre une consultation médicale</p> <p>l'IPA serait plus à même de vérifier les éventuels dysfonctionnements (SMet)</p> <p>ca pourrait être un suivi plus rapproché plus régulier et puis ces relevés c'est juste des chiffres retranscrit sur cette feuilles qui n'est pas forcément visible par le médecin</p> <p>j'ai du mal à voir ce que c'est l'IPA</p> <p>on nous a pas quoi que ce soit</p> <p>je sais pas exactement ce qu'est la fonction d'IPA</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 8</p> <p>le rôle d'une IPA oui ca serait déjà de faire ce lien là</p> <p>et avoir ce regard un peu spécifique de ces problématiques du suivi</p> <p>faire le lien avec le psychiatre et puis avec les différents acteurs de la prise en charge, le médecin traitant</p> <p>si y avait ne serait ce qu'une information plus importante c'est important d'en parler</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 1</p> <p>faire le syndrome métabolique pendant le temps d'injection ça sort du cadre.</p> <p>vu que la on a pas ce temps dédié il faut quand même essayé de le repérer pour pouvoir orienter le patient</p> <p style="text-align: center;">Infirmier 3</p>	<p>L.366</p> <p>L.367</p> <p>L.371</p> <p>L.380</p> <p>L.381</p> <p>L.382</p> <p>L.420</p> <p>L.421</p> <p>L.422</p> <p>L.423</p> <p>L.426</p> <p>L.427</p> <p>L.428</p> <p>L.438</p> <p>L.440</p> <p>L.573</p> <p>L.574</p> <p>L.576</p> <p>L.579</p> <p>L.581</p> <p>L.56</p> <p>L.57</p> <p>L.58</p> <p>L.59</p>	<p>Organisa- tion institution- nelle</p>
--	---	---	--

	<p>La difficulté déjà c'est au niveau des médecins c'est de réussir à créer un lien avec eux on a un médecin qui est là une fois dans la semaine qui a une consultation quand il vient il prend beaucoup de patient les uns derrière les autres on a du mal à l'interpeller entre deux faudrait qu'il ai un temps à lui en fait et pas le jour de ses consultations que ce ne soit pas qu'à l'initiative des infirmiers qu'on puissent avoir un lien Infirmier 4 il faudrait qu'on soit formé qu'on ai des médecins et puis un protocole pour tout le monde qu'on soit tous sur la même longueur d'onde Infirmier 5 pour que ca travaille il faut un psychiatre qui vient plus d'une journée par semaine sur le CMP parce que la ils font leur journée de consultation et on a déjà du mal de les voir juste pour des problèmes psy y'a les réunions cliniques c'est peut être des choses dont on pourrait parler a ce moment là Infirmier 6 une amélioration peut être si on prend le syndrome métabolique en entier donc avec un bilan sanguin Infirmier 7 Faut un protocole</p>	<p>L.188 L.189 L.190 L.191 L.191 L.192 L.194 L.281 L.282 L.373 L.374 L.375 L.376 L.377 L.417 L.418 L.516</p>	<p>Collabo- ration pluri-profes- sionnelle</p>
	<p>Infirmier 2 on fait le syndrome métabolique que sur les gens qu'on leur injection ici. Ceux qu'on des injections avec des infirmières à domicile on le fait pas donc c'est pas rentré dans les données. Infirmier 5 c'est de parler de quelque choses dont les médecins ne parle pas un psychiatre va plus s'intéresser aux symptômes psychique</p>	<p>L.119 L.120 L.121 L.368 L.369 L.370</p>	

	les généralistes on peut pas travailler avec eux Infirmier 6	L.371	
	faire le lien avec le médecin psychiatre ou traitant	L.430	
	quand on fait l'injection on perçoit une anomalie déjà de faire la transmission à l'IPA	L.433	

## ANNEXE IV

### ANAP



#### F3

### Rôle de l'infirmière de pratique avancée dans le suivi somatique des personnes concernées

#### Contexte

L'évolution des besoins de santé de la population liés à l'allongement de la durée de la vie et à l'accroissement du nombre de personnes âgées et des maladies chroniques, dans un contexte de tension de la démographie médicale interroge l'accès aux soins.

Un accès aux soins de premier recours particulièrement restreint, pour les personnes exposées à la précarité ou présentant des troubles psychiatriques en raison des discriminations, de l'exclusion et de la relégation dont elles sont l'objet (refus de soins) ou encore par méconnaissance du dispositif ou renoncement aux soins.

Pour répondre à l'intensification et la complexification des besoins de cette patientèle et garantir la continuité des soins, le plan de renforcement de l'accès territorial aux soins, la stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022) et la stratégie de transformation du système de santé ont conduit à optimiser la coordination entre les établissements de santé et les professionnels de santé ambulatoires en développant la pratique avancée pour la profession infirmière.

La pratique avancée infirmière vise un double objectif d'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des parcours des patients sur des pathologies ciblées, soit en ambulatoire au sein d'équipes de soins primaires, soit au sein d'une équipe de soins en établissement de santé ou en établissement médico-social.

Elle recouvre des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation et de conclusion clinique ; des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique et des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

#### Références réglementaires :

- Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie
- Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

**AUTEUR(E) : Nom : GAUTIER**

**Prénom : Laurence**

**Date de soutenance : 30/06/2022**

**Titre du mémoire : Syndrome métabolique schizophrénie : la nécessité d'un suivi systématique en CMP**

**Mots-clés libres: Syndrome métabolique, psychiatrie, schizophrénie, infirmière en pratique avancée**

**Résumé :**

**Introduction** : Les personnes souffrant de schizophrénie ont une espérance de vie inférieure de 20% à celle de la population générale. C'est en partie lié à leur mode de vie et aux comorbidités associées. Le syndrome métabolique est le facteur de risque somatique prévalent chez cette population et les antipsychotiques atypiques en sont un facteur aggravant. Les infirmiers de CMP ne font pas un suivi systématique du syndrome métabolique. L'objectif de cette étude était de rechercher les obstacles pour les infirmiers à sa surveillance systématique et quelles pouvaient être leur attentes concernant l'amélioration de ce suivi à l'implantation d'une infirmière en pratique avancée

**Méthode** : c'est une étude qualitative multicentrique menée dans deux CMP, rural et urbain. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de huit infirmiers.

**Résultats** : Ils montrent des difficultés liées à l'organisation des soins, des connaissances partielles, des pratiques différentes suivant les infirmiers. Certains sont formés à l'éducation thérapeutique et dans l'ensemble leurs actions sont surtout centrées sur des conseils. La venue d'une infirmière en pratique avancée est attendue par les infirmiers pour mettre en place la collaboration, la formation et des consultations spécifiques.

**Conclusion** : La formation des infirmiers et le travail en collaboration sont nécessaires à un meilleur suivi du syndrome métabolique. L'infirmière en pratique avancée peut contribuer à cette amélioration.

**Abstract :**

**Introduction:** People with schizophrenia have a 20% lower life expectancy than the general population. This is partly related to their lifestyle and associated comorbidities. Metabolic syndrome is the prevalent somatic risk factor in this population and atypical antipsychotics are an aggravating factor. CMP nurses do not systematically monitor the metabolic syndrome. The objective of this study was to research the obstacles for the nurses to its systematic monitoring and what could be their expectations concerning the improvement of this follow-up to the implementation of an advanced practice nurse.

**Method:** This is a multicenter qualitative study conducted in two CMP, rural and urban. Semi-structured interviews were conducted with eight nurses.

**Results:** They show difficulties related to the organization of care, partial knowledge, different practices depending on the nurses. Some are trained in therapeutic education and overall their actions are mainly centered on advice. Their expectations for the implementation of an advanced practice nurse are related to collaboration, training and specific consultations.

**Conclusion:** The training of nurses and collaborative work are necessary for better monitoring of the metabolic syndrome. The advanced practice nurse can contribute to this improvement.

**Directeur de mémoire : Mr Philippe SUNE**



