



**UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2025

**MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE**

MENTION : Psychiatrie et Santé Mentale

**DÉPISTAGE ET SUIVI DU SYNDROME MÉTABOLIQUE DANS LES
STRUCTURES INTRA HOSPITALIÈRES PSYCHIATRIQUES**

**Présenté et soutenu le 02 juillet 2025 à Lille (Département facultaire de médecine
Henri WAREMBOURG)**

Par Fabien MAS

JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame Marie-Cécile SAMYN

Directrice de mémoire :

Madame Marine ANGOT

Département facultaire de Médecine Henri WAREMBOURG

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

« Il ne suffit pas de guérir le corps sans chercher à guérir l'âme, car les deux sont unis et interagissent constamment. Il faut considérer l'homme dans sa totalité, corps, âme et esprit, si l'on veut comprendre la cause véritable de la maladie. »

Platon, dans dialogue de chamide

REMERCIEMENTS:

- A Mme **Marine ANGOT**, qui avec beaucoup de bienveillance, à accepté d'être directrice de mon mémoire et qui tout au long de ces deux années de formation m'a accompagné dans mon nouveau projet.
- Au professeur **François PUISIEUX**, pour l'investissement dont il fait part dans la promotion et l'accompagnement des futurs infirmiers en pratique avancée.
- A l'ensemble de l'équipe pédagogique, qui a porté un réel intérêt à nous former durant ces deux ans et avec qui les échanges ont été riches.
- A la **F2RSM**, notamment au Docteur **Margot Trimbур** et Mr **Joël Charbit**, qui m'ont accompagné dans la partie méthodologique de mon travail de recherche.
- A Mme **Marie-eve Goddefroy**, pour son soutien sans faille auprès des étudiants et sa bienveillance.
- A l'ensemble de mes camarades de promotion, avec qui nous avons partagé deux années intenses.
- A Mme **MARQUET Sylvie**, anciennement Directrice des Soins du Centre Hospitalier Isarien, qui m'a fait confiance pour la réalisation de ce projet.
- A ma conjointe **Anaïs** et à mon fils **Noah**, pour qui ces deux années ont été rythmées par la cadence de mes études à l'Université notamment durant les périodes de stage. Sans les sacrifices qu'ils ont fait pour moi, je ne présenterais pas ce mémoire de fin d'étude.

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : Celle-ci sont propres à leurs auteurs

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASP : Agence de Santé Publique

AVC : accident vasculaire cérébral

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps partiel

CMP : Centre Médico Psychologique

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DT2 : Diabète de Type 2

DU : Diplôme Universitaire

ECG : Electrocardiogramme

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ETP : Education Thérapeutique du patient

F2RSM : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HDL : High-Density Lipoprotein (bon cholestérol)

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDF : Fédération internationale du diabète

IQSS : Indicateur de Qualité de Sécurité des Soins

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

LDL : Low-Density Lipoprotein (mauvais cholestérol)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSM : Psychiatrie et Santé Mentale

RCP : Réunion de concertation Pluriprofessionnelle

SM : Syndrome Métabolique

SOMMAIRE

Introduction

I Cadre théorique

I.1 Santé et syndrome métabolique

I.2 Syndrome métabolique et troubles psychiatriques

I.3 Dépistage et suivi à l'hôpital

II Problématique et méthodologie de recherche

II.1 Problématique et hypothèse

II.2 Objectifs de la recherche

II.3 Méthodologie

III Résultats et analyses

III.1. Description des pratiques observées

III.2 Analyse des dysfonctionnements

IV Discussions et perspectives

IV.1 Discussion des résultats et perspectives

IV.2 Synthèse des résultats

IV.3 Les limites

Conclusion

Bibliographie

Liste des figures et tableaux

Annexes

Introduction

Infirmier diplômé d'état depuis 2013, j'ai exercé mes premières années professionnelles dans un EHPAD avant d'intégrer, en 2016, le domaine spécifique de la psychiatrie adulte. Depuis mon arrivée dans cette spécialité, j'ai principalement exercé au sein d'une unité d'admission fermée, où j'ai pu constater et assimiler des spécificités de la prise en soin psychiatrique, tout en fortifiant une compréhension approfondie sur les besoins des patients, les réalités institutionnelles et les limites du système de soins actuel. Les années d'expérience au sein de mon établissement, m'ont permis de structurer une pratique professionnelle autour de la complexité du soin psychiatrique, en particulier liée à la santé physique des personnes atteintes de troubles psychiques sévères.

En 2020, J'ai eu l'opportunité d'obtenir un diplôme universitaire sur les soins généraux en psychiatrie à l'université d'Artois à ARRAS. A cette occasion, j'ai réalisé un mémoire de fin d'étude sur la problématique de la précarité sociale et de l'engorgement des unités de soins en psychiatrie. L'élaboration de cette recherche a mis en avant l'évolution croissante des tensions entre la nécessité des besoins de soins de la population précaire et les ressources matérielles, humaines et technologiques disponibles. Ce travail de recherche m'a également aidé à mieux appréhender la coordination dans l'approche bio-psycho-sociale du patient précaire et de son parcours de soins en psychiatrie.

J'ai par la suite poursuivi mon engagement professionnel au travers de ma participation à la création d'une équipe mobile de psychiatrie précarité (EMPP) sur le secteur de Creil (Oise). Un projet destiné à aller vers les publics les plus précaires et à renforcer le lien entre la psychiatrie et les dispositifs sociaux de proximité. Cette expérience m'a conforté dans l'idée que la santé mentale ne peut être pensée indépendamment de la santé somatique, qu'un accompagnement holistique et coordonné s'avère indispensable pour répondre de manière adaptée aux multiples besoins des usagers en psychiatrie.

D'ailleurs, mes années d'expérience en psychiatrie ont été marquées par la confrontation à un constat largement partagé par beaucoup de mes collègues infirmiers : la prise en compte de la santé somatique des patients souffrants d'un déséquilibre face à la pathologie psychique, alors même que ces deux dimensions sont étroitement liées. Cette dissociation peut avoir des conséquences graves, voire délétères, à moyen et long terme. L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères comme la

schizophrénie est en moyenne inférieure de dix à vingt ans à celle de la population générale. Un écart qui s'explique en grande partie par une majoration des comorbidités somatiques et notamment cardio-vasculaire chez le sujet psychiatrique. Cette population, déjà fragilisée par ses troubles psychiques, additionne ainsi les facteurs de vulnérabilité face aux complications somatiques, dans un contexte souvent marqué par un manque de motivation, une faible adhésion aux recommandations hygiéno-diététiques et une méfiance à l'égard du système de soins.

Dans la structure où j'exerce, les protocoles de surveillance du syndrome métabolique sont en place et correctement appliqués. Cependant, l'analyse des données recueillies et l'orientation des patients vers des prises en soin adaptées ne sont pas toujours systématiques. Il en résulte une forme de déperdition dans le parcours de soins, une perte de sens dans les actes de surveillance, qui restent parfois sans suite.

C'est dans ce contexte que s'inscrit mon travail de recherche. Il vise à analyser les pratiques actuelles de surveillance du syndrome métabolique dans les unités de soins psychiatriques intra-hospitalières, à identifier les freins et les leviers qui influencent leur efficacité sur le dépistage de celui-ci et à proposer des pistes concrètes d'amélioration. L'objectif dans un second temps est également de s'interroger sur la place et le rôle de l'IPA dans cette problématique, dans une optique de fluidification du parcours de soins, de sécurisation des prises en soins et de renforcement du lien entre l'hôpital et l'ambulatoire.

Ce mémoire aspire ainsi à contribuer à une meilleure compréhension du syndrome métabolique en psychiatrie, de ses enjeux spécifiques et des conditions nécessaires à un accompagnement efficace. Car il ne s'agit plus aujourd'hui de considérer la santé physique comme un paramètre secondaire du soin psychiatrique, mais bien comme un enjeu central.

I. Cadre théorique

I.1 Santé et Syndrome métabolique

I.1.1 La Santé

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme *“un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité”*. (OMS, 1946). En lien avec la qualité de vie, la santé se doit d'être mesurable afin de permettre à un individu de pouvoir satisfaire ses besoins, mais aussi ses ambitions et de s'adapter.

La santé est un droit qui semble fondamental pour tous les êtres humains, quelles que soient leur origine, leur religion, leur condition et économique.

En 1936, René Leriche, chirurgien, citera: *“La santé c'est le silence des organes”*. (Bézy, 2009, #). Cette approche de la santé sera perçue comme erronée et incorrecte, mais elle prendra tout son sens lorsque celui-ci justifie qu'il ne s'agit pas d'une définition de la médecine, mais de celle du patient. Une approche qui pousse à réflexion sur la représentation du concept de santé, puisque la notion de silence des organes réfère à l'absence de symptôme en faveur d'une pathologie et de ce fait en l'absence d'une maladie.

La Santé est influencée par de multiples déterminants qui ont un impact sur celle-ci. Cinq catégories de déterminants sont mis en lien avec celle-ci. Le premier représente les facteurs endogènes, c'est à dire lié à l'âge, au sexe ou encore la génétique de la personne. Le deuxième représente les facteurs comportementaux en lien avec les comportements à risques, les addictions, l'alimentation, ou encore l'accès à la prévention. Le troisième implique des facteurs environnementaux physiques, liés à la pollution des sols et des airs, à des substances cancérigènes. Le quatrième renvoie aux facteurs environnementaux économiques et sociaux liés au mode de vie, aux conditions professionnelles et économiques ainsi que les conditions socio-culturelles. Le dernier est lié aux services de santé, notamment l'accessibilité aux soins, l'organisation du système et à la politique menée (Charles, 2022).

Sur un plan politique et de promotion de la santé, le 21 novembre 1986, a eu lieu la première conférence internationale pour la promotion de la santé faisant l'objet d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Il sera élaboré lors de ce rassemblement la Charte d'OTTAWA qui reposera sur 5 axes dont: *“l'élaboration de politique pour la santé, la création d'environnement favorable. Le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.”* (Promotion santé, 1986). La mise en place de cette charte est un tournant dans la promotion des problèmes de santé publique et met en avant la responsabilité des gouvernements envers leurs peuples et la nécessité de prendre des mesures sanitaires et sociales appropriées et mesurées.

I.1.2 La Santé Mentale

Encore aujourd'hui, la santé psychique et la santé physique sont très souvent dissociées l'une de l'autre, pourtant elles sont étroitement liées. Une altération de l'état physique entraînera souvent par la même occasion une détérioration de l'état de santé psychique et inversement.

La santé mentale se caractérise comme une composante élémentaire à la santé. L'organisation mondiale de la santé la définit comme un état de bien être, notamment mentale qui contribue à affronter les facteurs stress de la vie quotidienne. (OMS, n.d.)

La santé mentale se détermine en trois dimensions. La première réfère à la santé mentale positive qui comprend les ressources psychologiques. Elle intègre les capacités d'une personne à agir dans un milieu social et à faire face à des obstacles de la vie quotidienne. La seconde est la réaction psychique réactionnelle. Elle est contextualisée (deuil, perte d'emploi..) et n'est pas obligatoirement révélatrice d'une pathologie psychiatrique. Cependant elle met en avant l'apparition de symptômes similaires comme l'anxiété. Et la troisième concerne l'apparition d'une pathologie psychiatrique plus ou moins sévère, aiguë ou chronique. Elle nécessite un diagnostic qui est posé via le DSM-5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders) et peut avoir un impact plus ou moins important dans la vie des personnes. (Santé publique France, 2023)

En France, la santé mentale s'inscrit dans les enjeux majeurs de santé publique. Il faut souligner la forte prévalence des années précédentes avec une majoration des épisodes dépressifs, de 9.8 % à 13.3%. Les troubles psychiques impactent 13 millions de français, avec comme pathologie principale la dépression qui englobe 15 % à 20% de la population et qui fait en partie de la France, le pays le plus consommateur de psychotropes au monde. (Ministère de la santé et de la prévention, 2023)

C'est en France, en 1986, que l'arrêté du 14 mars *“relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement”* (Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, 1986) marque un virage supplémentaire dans la désinstitutionnalisation des patients en psychiatrie. L'objectif étant de limiter un maximum les hospitalisations longue durée des patients et de les accompagner en milieu extérieur par le biais de structures médicales extra-hospitalières.

En 2009 est créée la loi HPST (loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire). Elle met en place l'ARS (Agence Régionale de Santé) ayant pour intention de proposer une offre de soins de qualité, en répondant aux besoins de la population et accessible à tous. Cette loi fortifie la notion du virage ambulatoire qui, dans un objectif d'accompagnement des patients en extra-hospitalier, vise au maintien de l'autonomie des patients et leur qualité de vie, mais aussi à réduire les frais et dépenses hospitalières.

I.1.3 Le Syndrome métabolique éléments cliniques

Dans un premier temps, c'est en 1988 que Gerald M Reaven, médecin américain spécialiste en endocrinologie, définit le syndrome métabolique, qu'il nommera syndrome X afin de décrire la liaison existante entre plusieurs troubles métaboliques. Il met en corrélation, la résistance à l'insuline, l'hyperinsulinisme, l'hypertension artérielle, les anomalies lipidiques et l'hyperglycémie. Il a notamment pratiqué l'ensemble de ses recherches sur l'insulino-résistance, l'hyperinsulinisme et l'impact métabolique de ceux-ci. (Violettes, 2020)

En 1999, l'OMS apporte une vision du syndrome métabolique comme étant axée sur la présence d'une intolérance au glucose, d'une hyperinsulinémie ou d'un diabète, qui doit être associé à au moins deux autres anomalies cliniques ou biologiques. (Bordier et al., 2009)

Plus récemment, la Fédération Internationale du diabète (IDF) a proposé une définition du syndrome métabolique mettant en avant le rôle de l'obésité abdominale qui serait perçue comme l'élément central et le point de départ de l'ensemble des autres troubles métaboliques, avec une prévalence plus importante chez les hommes, notamment avec l'augmentation de l'âge. (Raoux, 2006)

A ce jour, il n'existe pas de définition officielle du syndrome métabolique, mais l'ensemble des domaines que cette problématique touche, sont d'accord pour dire que le Syndrome métabolique doit inclure au moins la perturbation de 3 des 5 critères qui le définissent. (M. Levy & Nessen, 2023)

Parmis eux:

- Obésité abdominale
- Hypertension artérielle
- Hyperglycémie
- Triglycérides élevés
- Diminution du HDL Cholestérol

I.1.4 Prévalence et facteurs de risques

La prévalence du Syndrome métabolique et de tous les facteurs en lien ont connu une augmentation considérable ces 50 dernières années. Par exemple, la prévalence de l'obésité en France. Elle était décrite comme relativement stable dans les années 1980 avec un taux de 6.1%. En 2006, c'est un tableau différent qui est présenté avec un taux de 13.1%, qui représente une augmentation de 7% en 26 ans.

L'étude DESIR (Données Épidémiologiques sur le Syndrome d'Insulino Résistance) a rapporté que sur un échantillon de 4293 personnes âgées de 30 à 64 ans, 10% des hommes ainsi que 7% des femmes présentaient un syndrome métabolique. (Bordier et al., 2009)

Les maladies cardiovasculaires ont quant à elles entraîné 1.2 millions d'hospitalisation en 2022 et 140 000 décès chez l'adulte. Parmi les pathologies impliquées, la cardiopathie ischémique, qui concerne 240 000 patients hospitalisés et 31 000 décès. Il y a aussi l'insuffisance cardiaque qui est responsable de 180 000 hospitalisations et 25 000 décès, et les accidents vasculaires cérébraux qui représentent 120 000 hospitalisations et 18 000 décès par an. (Semaille, 2025)

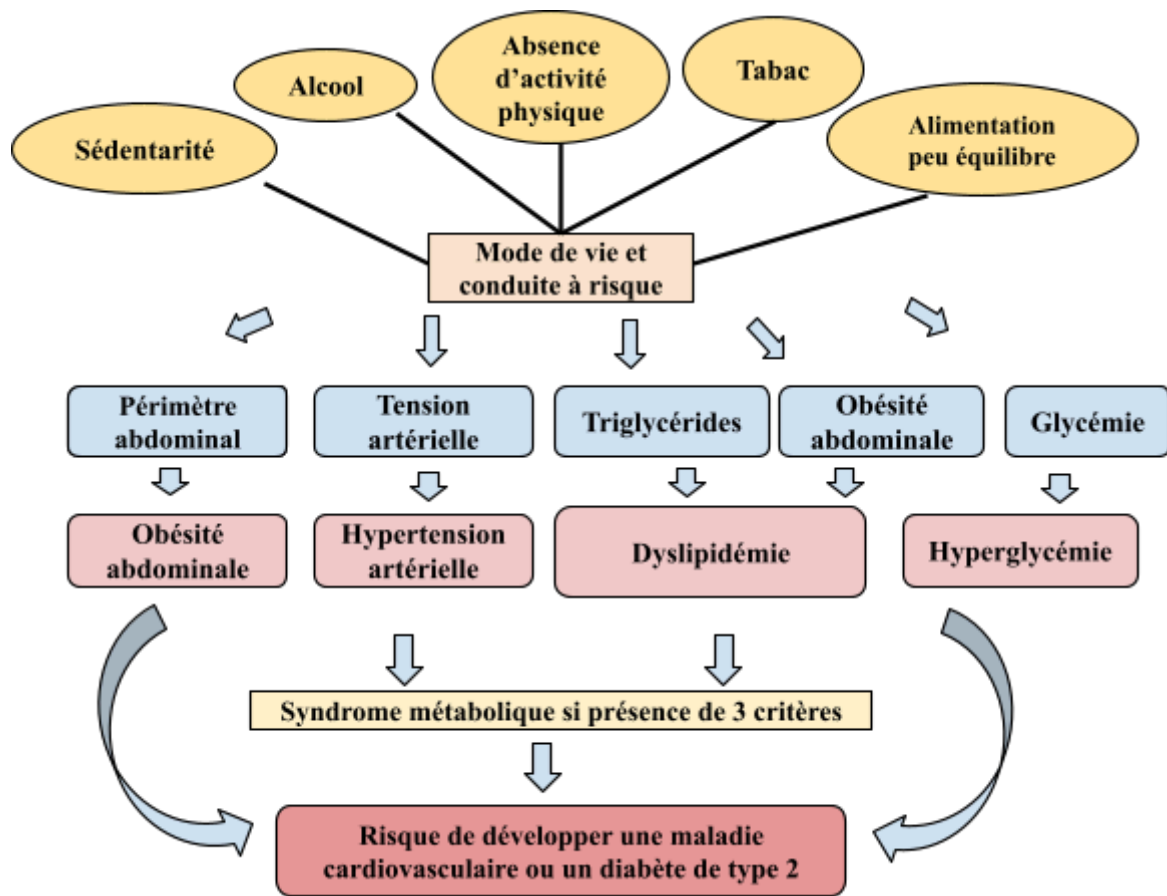
Les facteurs de risques sont nombreux. Ils impliquent des facteurs comportementaux, tels que l'alimentation, le tabagisme, une faible activité physique associée à la sédentarité du sujet, une consommation d'alcool excessive, le stress et le sommeil. Ils englobent aussi les facteurs personnels tel que l'âge, le sexe, les antécédents familiaux, ou la présence de maladies chroniques. Ces composantes sont la cause des facteurs métaboliques, exposés ci-dessous. (*Maladies Cardiovasculaires - Ministère Du Travail, De La Santé, Des Solidarités Et Des Familles*, 2024)

Tableau N°1 Critères du Syndrome métabolique ¹ (M. Levy & Nessen, 2023)	
Critères	Valeur
Tour de taille (cm)	≥ 102 chez les hommes ≥ 88 chez les femmes
Glycémie à jeun (mg/dl [mmol/L])	≥ 100 (≥5.6)
Pression artérielle (mmHg)	≥130/85
Triglycérides, à jeun (mg/dL [mmol/L])	≥150 (≥1.7)
HDL (cholestérol) (mg/dL [mmol/L])	<40 (1.04) chez l'homme (1.29) chez la femme

Il est à noter que des études récemment menées mettent en avant des corrélations entre le syndrome métabolique et l'apnée du sommeil. Ce mécanisme s'expliquerait par la similitude des facteurs de risque tels que l'obésité, les comorbidités cardio-vasculaires impliquant les cardiopathies, l'hypertension artérielle, et aussi métabolique comme le diabète. L'hypoxie discontinue observée dans les pathologies respiratoires du sommeil est en partie responsable de l'altération du métabolisme. Un cycle de sommeil fragmenté entraîne une dégradation du métabolisme glucidique. (Tamisier et al., 2011)

¹ MSD(manual of diagnosis and therapy)

Figure 1 : Facteurs et critères du Syndrome métabolique



Il faut cependant souligner que la Fédération Internationale du diabète met en avant une difficulté d'interprétation des seuils d'obésité abdominale. Les différences ethniques, notamment pour les populations asiatiques ne présentent pas les mêmes critères de tour de taille, en raison de leur morphologie. Les normes du tour de taille sont alors de 90 cm chez l'homme et 80 cm chez la femme. (Fédération Française de cardiologie, 2021)

I.2 Syndrome métabolique et Troubles Psychiatriques

Précédemment, nous avons évoqué le clivage existant entre la santé physique et de la santé mentale. Le Syndrome métabolique en est un exemple: pour mettre en corrélation les rapports intimement liés entre les deux spécialités.

Des études ont démontré que l'espérance de vie des personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères est réduite de 15 à 20 ans par rapport à la population générale. Pour exemple, la population schizophrénique représente en moyenne une espérance de vie de 60 ans chez les hommes et de 68 ans chez les femmes. Les pathologies en question ne sont pas directement liées à la cause du décès, mais plutôt en lien avec les fortes comorbidités des patients psychiatriques, notamment sur le plan cardio-vasculaire et le diabète. (Sonethavy & Morvillers, 2021, #)

Tableau N°2 : Prévalence des facteurs de risque d'une population psychiatrique versus une population générale. (Saravane, 2014, #)

Facteurs de risque modifiable	Schizophrénie		Troubles Bipolaires	
	Prévalence estimée (%)	RR par rapport à la population générale	Prévalence estimée (%)	RR par rapport à la population générale
Surcharge pondérale	45-55	1,5-2	21-49	1-2
Diabète	10-15	2	8-17	1,5-2
Dyslipidémie	25-69	< 5	23-38	<3
S y n d r o m e métabolique	37-63	2-3	30-49	1,5-2
Hypertension	19-58	2-3	35-61	2-3
Tabagisme	50-80	2-3	54-68	2-3

I.2.1 Corrélation entre traitements psychotropes et Syndrome métabolique

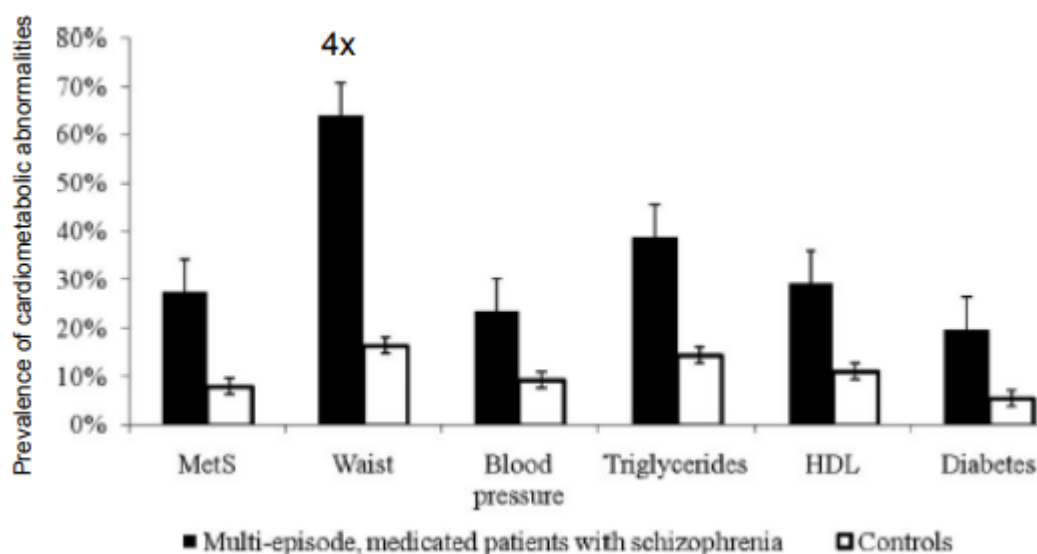
Les pathologies psychiatriques sévères telles que la schizophrénie ou encore les troubles bipolaires, sont fréquemment traitées par des neuroleptiques. Nous distinguons deux types de neuroleptiques. Les neuroleptiques dits classiques sont apparus dans les années 1950. Leur action porte essentiellement sur un des messagers chimiques du cerveau: la dopamine (neurotransmetteur agissant sur le plaisir, la motivation, la mémoire ou encore l'attention). Son mécanisme d'action agit notamment dans les effets positifs de la pathologie, comme les hallucinations ou encore le délire. Cependant, ces molécules engendrent de nombreux effets indésirables pouvant s'avérer invalidants pour les patients. (Vidal, 2018)

Les neuroleptiques dit atypiques (neuroleptiques de deuxième génération) sont apparus plus tardivement. Leur mode d'action s'apparente à celui des neuroleptiques classiques. A la différence qu'ils agissent sur deux messagers chimiques: la dopamine et la sérotonine (Neurotransmetteur lié à la gestion de l'humeur). Ces molécules agissent de manière significative sur les symptômes dit négatifs de la maladie (les troubles de l'humeur ou encore l'apathie). (Vidal, 2018). Même si ces dernières réduisent le risque des syndromes extrapyramidaux, on constate très fréquemment une majoration de la prise de poids chez les patients (McMorran et al., 2023).

Ces traitements n'ont pas pour vocation la guérison complète du malade, mais ils contribuent à une stabilisation de son état psychique afin d'améliorer la qualité de vie de celui-ci.

L'ensemble des études menées à ce sujet laisse apparaître que les traitements utilisés présentent une prévalence élevée en lien avec le syndrome métabolique. Ce qui s'explique en partie par une importante prise de poids en lien avec certaines molécules. Bien que moins citées, d'autres classes thérapeutiques comme les thymorégulateurs et les antidépresseurs présentent des effets indésirables similaires.

Figure 2 : Comparaison des critères métabolique d'une population schizophrénique médicamenteuse versus une population générale (Vancampfort et al., 2013)



La figure ci-dessus met en avant les prévalences cardiométaboliques entre une population schizophrène et la population générale. On constate une prévalence beaucoup plus importante dans l'ensemble des critères de dépistage du syndrome métabolique chez les patients atteints d'une schizophrénie.

Toutefois, il faut considérer la variabilité du risque des différentes molécules utilisées. Par exemple, la recommandation systématique de l'IMC (Indice de Masse Corporelle) chez les personnes dont la prescription de psychotrope est orientée sur des antipsychotiques atypiques (Olanzapine, Clozapine), les thymorégulateurs (valproate, lithium) et les antidépresseurs tricycliques (Mirtazapine, paroxétine). (Fédération Française de psychiatrie, 2015)

I.3 Dépistage et suivi à l'hôpital.

I.3.1 Évaluation et dépistage

Lorsqu'un patient est hospitalisé en psychiatrie, une évaluation somatique est réalisée à l'entrée de celui-ci. Cette évaluation permet de détecter un risque ou la présence d'éléments en faveur d'un syndrome métabolique. Elle doit comprendre:

- ***L'entretien clinique:***

- Les antécédents du patient (présence ou non d'une maladie cardiovasculaire, d'HTA ou d'un diabète déjà connu),
- Les antécédents familiaux (le diabète, les comorbidités cardiovasculaires ou encore la présence d'obésité)
- L'ensemble de symptômes pouvant évoquer un diabète (déshydratation, asthénie, amaigrissement, présence de polyurie)
- Le mode de vie du patient (la pratique d'une activité physique, la sédentarité, le régime alimentaire de la personne, la présence d'une activité ou non professionnelle)
- Les informations en lien avec les conduites addictives (tabac, alcool, stupéfiant)
- La présence ou non de traitements médicamenteux ayant des répercussions sur le métabolisme lipidique et glucidique (psychotropes notamment les AA, certains thymorégulateurs et antidépresseurs tricycliques)

- ***L'examen physique:***

- Le poids
- La taille
- L'IMC
- Périmètre abdominal
- Tension Artérielle

- ***Un bilan biologique:***

- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique incluant: le cholestérol total, HDL cholestérol, LDL cholestérol, triglycérides

- ***L'ECG:***

- Il permet d'appréhender l'activité électrique cardiaque et participe à la surveillance paraclinique lors de l'instauration de certains traitements psychiatriques (antipsychotique) responsables d'un allongement du QT prédictif d'une arythmie. (La présence d'un espace QTC supérieur à 500 ms est une contre-indication formelle à la prescription d'antipsychotiques). (Saravane, 2014, #)

I.3.2 Le suivi

La temporalité de la surveillance du syndrome métabolique peut légèrement varier d'un établissement à l'autre. Cependant, plusieurs experts ont publié des recommandations en lien avec l'instauration d'un traitement antipsychotique.

La surveillance des paramètres cliniques et biologiques en lien avec le syndrome métabolique doit débuter dès l'arrivée du patient dans la structure. Les surveillances à l'admission impliquent l'entretien clinique, la prise des paramètres anthropométriques (Tension artérielle, périmètre abdominal, poids, taille, IMC), le bilan biologique incluant le bilan lipidique et la glycémie à jeun et l'ECG. Lors de la quatrième semaine, la surveillance consiste à la surveillance du poids, le périmètre abdominal du patient ainsi qu'un ECG. La huitième semaine inclut uniquement la prise de poids et le calcul de l'IMC. Enfin, la douzième semaine englobe le poids, l'IMC, le bilan sanguin (Lipidique et glycémie à jeun), et la pression artérielle. (Saravane et al., 2009)

Tableau N°3 Temporalité des paramètres de surveillance (Saravane et al., 2009)

	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

II. Problématique et Méthodologie de recherche

II.1 Problématique et Hypothèses

II.1.1 Identification du problème

Au sein des unités intra-hospitalières, le suivi du syndrome métabolique est protocolisé. Il implique des paramètres de surveillance dès l'admission du patient puis à j7, j21, M1, M2 ...

Les indicateurs de qualités établis lors de la certification de l'établissement concernant ce champ d'action sont globalement bons et laissent à penser que les surveillances sont correctement établies par l'ensemble des soignants.

Cependant un constat un peu plus contrasté s'invite lorsque nous nous penchons sur l'analyse des résultats, l'orientation des patients mais aussi le suivi post-hospitalisation qui est souvent négligé voire absent dans le suivi du syndrome métabolique chez les patients souffrants de pathologies mentales.

Au sein de la structure dans laquelle j'exerce ma profession, des consultations "Méta Santé" sont instaurées depuis deux ans. Ces consultations sont assurées par une IPA déjà en poste sur l'hôpital et ont pour objectif d'assurer un suivi métabolique des patients diagnostiqués lorsque ceux-ci ne sont pas hospitalisés dans les structures intra hospitalières. Les patients sont orientés à la demande des psychiatres exerçants dans des Centres médico-psychologiques. A ce jour, nous sommes forcés de constater que trop peu de patients sont dirigés sur le dispositif et que tous les CMP ne sont pas systématiquement impliqués dans ce suivi.

Dans cette nouvelle dynamique du virage ambulatoire, il devrait être judicieux de pouvoir appréhender au mieux la sortie du patient afin de favoriser son maintien à domicile tout en lui assurant une qualité de vie et un suivi adapté à ses besoins et ainsi permettre un décroisement ville/hôpital.

Cette problématique a suscité pour moi un questionnement sur les pratiques intra-hospitalières et les répercussions sur le suivi ambulatoire:

- Pourquoi les surveillances protocolaires sont-elles respectées, mais n'aboutissent pas systématiquement sur un suivi du syndrome métabolique avec des orientations adaptées?
- Est-ce que l'analyse des résultats est finalement bien appliquée? En quoi ne nécessite-t-elle pas une orientation ou un suivi intra et extra hospitalier?
- Comment peut-on identifier la raison de cette problématique?
- Quel est le rôle de chacun des acteurs de santé impliqués dans la prise en soins et le suivi des patients au sein de l'hôpital dans le suivi du syndrome métabolique?
- Quels sont les freins et les leviers du dépistage du syndrome métabolique en psychiatrie?
- Comment peut-on améliorer le dépistage et le suivi du syndrome métabolique en psychiatrie?

Pour ma part, ce questionnaire révèle de nombreuses zones d'ombre qu'il me fallait explorer afin de mettre en lumière les obstacles et les freins de la prise en soins du syndrome métabolique, de son dépistage, à l'orientation du patient et son suivi. C'est pour cela que j'ai naturellement formulé une question de départ initiale qui serait la fondation de mon travail de recherche.

“Pourquoi les protocoles de surveillance et de dépistage du syndrome métabolique dans les unités intra-hospitalières psychiatriques, bien que respectés, n'aboutissent-ils pas systématiquement à un suivi coordonné et à des orientations personnalisées?”

II.1.2 Hypothèses Principales

Ayant exercé la majorité de ma carrière professionnelle dans une unité d'admission, je me suis appuyé sur mon expérience et celle de mon entourage professionnel pour pouvoir dégager une hypothèse tangible pouvant expliquer la problématique.

“Les freins et obstacles du dépistage et du suivi du syndrome métabolique en Psychiatrie seraient majoritairement liés à un manque de coordination et de communication entre les différents professionnels de santé”

II.2 Objectifs de la recherche

II.2.1 Les pratiques actuelles

Depuis la création de la formation du Master dédiée à la Pratique Avancée en Soins Infirmiers, nous pouvons observer qu'un nombre de mémoires de recherches portant sur le syndrome métabolique en psychiatrie ont déjà été réalisées. Pour la majorité d'entre eux, un intérêt est porté sur la prise en soins extra-hospitalière, mais aussi sur le décloisonnement ville / hôpital. Pour ma part, je vais tenter de rester focalisé, dans un premier temps, sur le dépistage de celui-ci en milieu intra hospitalier. Pour cela, je vais orienter ma recherche sur la sociologie des organisations. Effectivement, il semble intéressant de se pencher sur le rôle et les missions de chacun des acteurs de santé gravitant autour de la prise en soins du Syndrome métabolique, savoir "qui" fait "quoi", pourquoi mais aussi comment. Il s'agit ici, d'analyser et de comprendre les comportements, les attitudes et la place qu'occupent les acteurs en lien avec la problématique.

II.2.2 Identification des freins et des leviers

La méthodologie de mon travail de recherche devrait permettre de dégager les freins et obstacles du dépistage du syndrome métabolique, mais aussi les leviers. Ils se présenteront sous forme de concepts caractérisant les pratiques actuelles et permettront lors de la discussion, de mettre en avant des axes d'améliorations.

II.3 Méthodologie

II.3.1 Choix de la méthode

Afin de réaliser le plus justement ce travail de recherche, j'ai eu la chance d'être accompagné par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-De-France (F2RSM PSY) en particulier par le Médecin Psychiatre Madame Trimborg Margot et le Sociologue Mr Charbit Joël. Durant plusieurs temps d'échange en présentiel et en distanciel, j'ai eu l'opportunité d'être guidé dans l'élaboration de la méthodologie de mon travail de recherche. Lors de nos premiers rendez-vous, nous avons échangé sur le sujet et la problématique à explorer en considérant chaque détail pour ne pas orienter la recherche sur une mauvaise procédure.

La recherche qualitative est apparue comme étant la plus adaptée pour répondre à la thématique de façon détaillée et concrète. La méthodologie de cette étude de recherche est basée sur le respect des critères de la grille COREQ² (*CONsolidated Criteria for REporting Qualitative Research*, n.d.) dans l'intérêt de certifier la méthode d'étude utilisée, la qualité de retranscription, mais aussi la transparence de la recherche. (*Traduction Française Des Lignes Directrices STARD Pour L'écriture Et La Lecture Des études Sur La Précision Des Tests Diagnostiques*, 2015)

Elle sera monocentrique, puisqu' elle est réalisée uniquement au sein de l'établissement dans lequel j'exerce ma profession. Pour cela, une grille d'entretien semi-directive comprenant cinq thématiques a été établie .

Parmi ces thématiques:

➤ **Thématique 1** : Appréhension du syndrome métabolique en Psychiatrie

- Question: Quels liens faites-vous entre le syndrome métabolique et les pathologies psychiatriques?

L'objectif de cette question est d'appréhender les connaissances des participants notamment en lien avec la population prise en soins.

➤ **Thématique 2** : Mise en place et organisation des surveillance en lien avec le Syndrome métabolique.

- Question: Pouvez-vous décrire comment la surveillance du syndrome métabolique est organisée dans votre service?

L'intention de cette question vise à analyser les pratiques actuelles dans les unités de soins en lien avec le dépistage et suivi du Syndrome métabolique.

➤ **Thématique 3** : Décision et prise en soins après détection du syndrome métabolique

- Quand un syndrome métabolique est détecté chez un patient, comment la prise en charge est-elle décidée et mise en œuvre?

Cette question vise à analyser la mise en place d'action après dépistage et le rôle des acteurs impliqués.

² ANNEXE 1- Grille Coreq

➤ **Thématique 4** : Facteurs favorables et contraignants dans la gestion du syndrome métabolique.

- Qu'est-ce qui facilite ou au contraire complique la gestion du syndrome métabolique dans votre pratique quotidienne?

Repérage des difficultés et contraintes impactant la prise en soin .

➤ **Thématique 5** : Qualité de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en soins du syndrome métabolique.

- Comment collaborez-vous avec les autres professionnels de santé pour gérer le syndrome métabolique chez vos patients?

L'objectif de la question est de comprendre la collaboration et la communication entre l'ensemble des acteurs.

Chaque thématique est composée d'une question principale et des plusieurs questions de relance, afin de rendre le contenu plus riche et d'obtenir des données approfondies. L'analyse des résultats reposera sur une analyse thématique inductive.

III.3.2 Structure

Le CHI est un hôpital psychiatrique situé au sud de l'Oise, dans la ville de Clermont de l'Oise. Il couvre une superficie géographique de 5860 km, soit la superficie du département de l'Oise qui compte environ 800 000 personnes. Il se structure autour de 10 pôles et la capacité d'accueil est de 509 lits (hors contexte pédo-psychiatrique).

❖ Trois pôles inter départementaux :

- ➔ Pôle de permanence des soins
- ➔ Pôle de psychiatrie Infanto juvénile
- ➔ Pôle ressources, évaluation et réhabilitation psycho-sociale

❖ Cinq pôles territoriaux:

- ➔ Pôle Chantilly / Senlis
- ➔ Pôle Beauvais / Méru
- ➔ Pôle Clermont / Montataire

→ Pôle Compiègne / Noyon

→ Pôle Creil / Breteuil

❖ Un pôle médico-social

❖ Un pôle stratégie

A noter que l'ensemble des pôles territoriaux représentent 9 unités d'admissions fermées, 9 unités d'admissions ouvertes et 16 Centres Médico-Psychologiques.

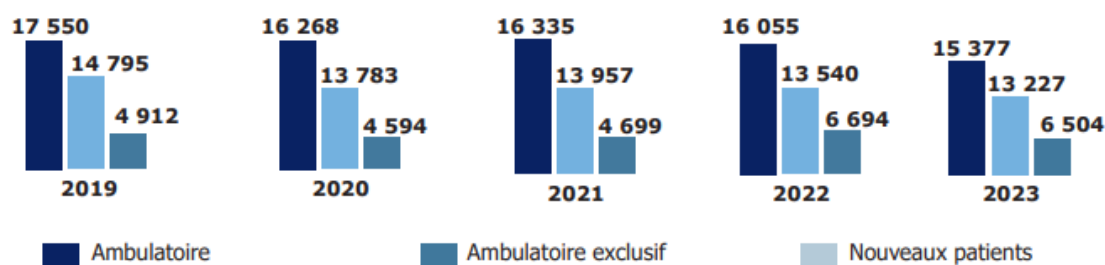
Le rapport d'activités de l'établissement, rédigé en 2023, a permis de recenser la file active des 5 dernières années, intra hospitalière, mais aussi ambulatoire. (Centre Hospitalier Isarien de l'Oise, 2023)

Psychiatrie Adulte - file active du nombres de journées en hospitalisation complète et du nombre de journée à temps partiels:

Tableau N°3 File active des patients hospitalisés en Hospitalisation complète (HC), temps partiels TP) et des actes. (Centre Hospitalier Isarien de l'Oise, 2023)

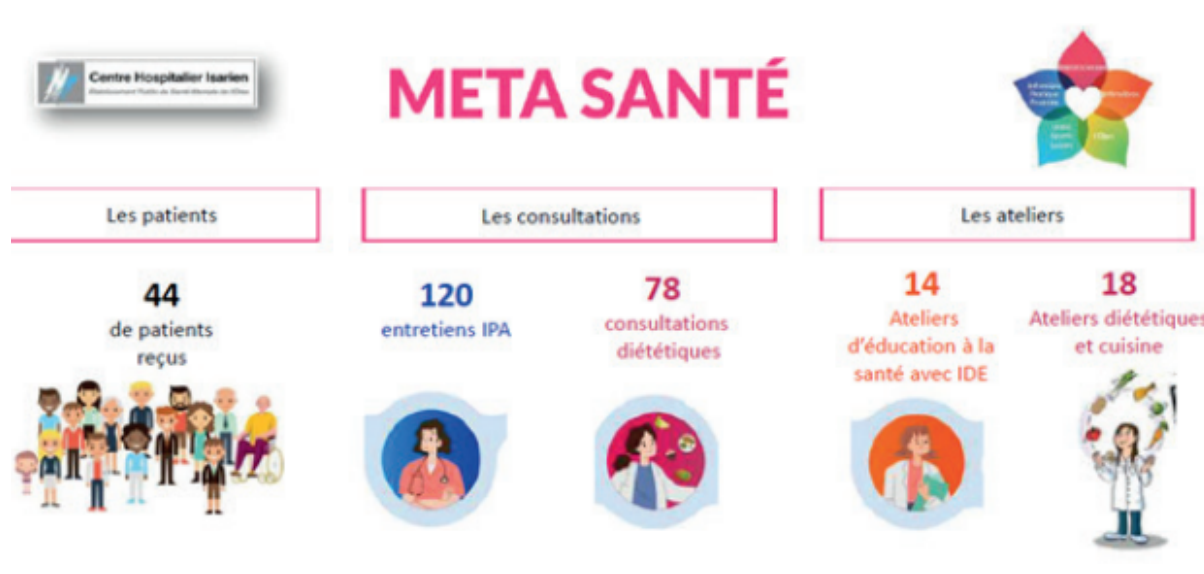
	2019	2020	2021	2022	2023
File active	19 997	18 608	18 878	18 427	18 267
Nb J HC	177 977	174 098	169 277	166 280	161 421
Nb J TP	32 432	15 167	13 371	19 128	18 979
Nb actes	317 657	257 720	234 557	219 073	228 294

Figure N°3 Psychiatrie Adulte - files actives de consultations en CMP. (Centre Hospitalier Isarien de l'Oise, 2023)



Depuis Décembre 2022, l'établissement a mis en place, par le biais d'une IPA en activité des consultations "Méta-santé" qui permettent la création d'un parcours de soins coordonnés. Cependant, les patients accueillis lors de ces consultations sont principalement orientés par des psychiatres de CMP et très peu par des psychiatres exerçant dans les unités de soins intra hospitalières.

Voici le rapport d'activité 2023 des consultations et orientations de "Méta-santé": (Centre Hospitalier Isarien de l'Oise, 2023)



II.3.3 Échantillonnage de la recherche et recrutement

Les critères d'inclusions: Le personnel médical et paramédical exerçant dans les unités fermées/ ouvertes des structures intra-hospitalières et ayant un rôle distinct dans le dépistage et le suivi du syndrome métabolique . Nécessité d'avoir l'accord des participants pour la réalisation des entretiens.

Les critères d'exclusions: Le personnel médical et paramédical exerçant dans les unités et les structures extra-hospitalières.

Au total six entretiens ont été menés, dont deux avec des infirmiers, deux avec des médecins psychiatres et deux avec des médecins somaticiens.

La première infirmière (IDE 1) est âgée de 27 ans et exerce sur une unité ouverte depuis 2019. Le second infirmier (IDE 2) est âgé de 37 ans et exerce sur une unité fermée depuis 2015. Il semblait intéressant de mesurer et de comparer les pratiques soignantes avec des modes d'hospitalisation et des secteurs différents.

Deux médecins somaticiens ont répondu favorablement à la réalisation des entretiens. Le premier médecin (Médecin somaticien 1) est âgé de 57 ans et le second médecin (Médecin somaticien 2) de 60 ans. Ces derniers exercent dans des unités ouvertes et fermées de différents secteurs.

Les deux médecins psychiatres sont respectivement âgés de 61 ans (Médecin psychiatre 1) et de 42 ans (Médecin psychiatre 2). Ils exercent également dans des unités ouvertes et fermées de secteurs différents. La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 47 ans.

Parmi les six participants, nous comptons trois femmes (1 médecin psychiatre, 1 médecin somaticienne, 1 IDE) et trois hommes (1 médecin psychiatre, 1 médecin somaticienne, 1 IDE).

Tout d'abord, afin d'établir le recrutement du personnel médical et paramédical, il a été nécessaire d'obtenir un accord écrit de la Direction des Soins du Centre Hospitalier Isarien dans lequel la recherche fut réalisée. Pour cela un compte rendu fut rédigé par le chercheur afin d'expliquer et de justifier les objectifs du sujet. Un contrat d'engagement du respect de la confidentialité et de l'anonymat fut rédigé par l'établissement et signé par l'enquêteur.

Après recommandation de la Direction, une prise de contact par courriel avec les cadres supérieurs des pôles et les cadres de santé des unités a pu être effectuée. Le recrutement a ainsi directement été réalisé auprès des équipes soignantes lors d'un rendez-vous programmé dans les unités.

II.3.4 Les Entretiens

Un rendez-vous a été convenu préalablement par mail ou oralement pour chacun des participants à la recherche. Les entretiens se sont déroulés au sein de la structure, plus précisément dans le bureau dédié aux consultations des unités où exercent les intervenants.

Ils ont tous été réalisés durant la période du mois de Mars 2025. La réalisation des six entretiens a permis d'extraire un contenu assez dense pour pouvoir extraire par la suite des hypothèses probantes et donc de saturer les données. La durée moyenne est de 30 à 35 minutes par entretien.

Dans l'intérêt de ne perdre aucune donnée, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone à l'exception d'un refus. Cet entretien a tout de même été exploitable à l'aide d'une prise de note permettant le codage des idées et le raisonnement du participant. Les entretiens ont été intégralement retranscrits en verbatim.

Dans le cadre d'une recherche monocentrique, les entretiens ont été anonymisés afin de ne pas biaiser les réponses des personnes questionnées.

II.3.5 Retranscription des données

L'ensemble des entretiens réalisés ont été retranscrit à l'écrit via le dictaphone, indépendamment les uns des autres en laissant apparaître sous les entretiens chaque codes attribués à chacune des phrases. Le verbatim comportant un nombre important de pages, celui-ci n'a pas été intégré directement dans les annexes, cependant il est consultable via le QR Code mis à disposition ci-dessous.



Chacune réponses apportées aux questions a fait l'objet d'un codage par l'enquêteur, aidé par 3 infirmiers. Les phrases de réponse ont de ce fait été numérotées afin d'identifier facilement le code qui lui à été attribué.

Au total 571 codes ont été conçus puis répartis en 34 thématiques. Ces 34 thématiques ont par la suite été classées en 4 grandes thématiques représentant les 4 hypothèses qui devront répondre à la question initiale de ce travail de recherche.

Tableau N°4 : Thématiques Retenues

Thématique 1	Lien entre santé physique et santé mentale
Thématique 2	Comorbidités
Thématique 3	Fréquence et prévalence des patients atteints de SM
Thématique 4	Mode de vie du patient
Thématique 5	Connaissance du Syndrome métabolique chez les patients
Thématique 6	Connaissance du Syndrome métabolique chez les soignants
Thématique 7	Adhésion du patient
Thématique 8	Droit du patient
Thématique 9	Effets secondaires des traitements
Thématique 10	Rôle et mission des professionnels
Thématique 11	Implication des soignants
Thématique 12	Obligations institutionnelles
Thématique 13	Application du protocole de surveillance du Syndrome métabolique
Thématique 14	Difficultés lors de la planification
Thématique 15	Surveillance IDE
Thématique 16	Personnalisation de la surveillance
Thématique 17	Priorisation du soin
Thématique 18	Outil Informatique, logiciel de traçabilité
Thématique 19	Difficultés des transmissions sur le logiciel
Thématique 20	Avantage du logiciel
Thématique 21	Difficultés organisationnelles
Thématique 22	Difficultés Ressources Humaines
Thématique 23	Transmissions des informations médicales
Thématique 24	Risque de perte d'informations dans les transmissions
Thématique 25	Collaboration interprofessionnelles
Thématique 26	Coordination psychiatre somaticien
Thématique 27	Actions médicales après analyse des résultats

Tableau N°4 : Thématiques Retenues	
Thématique 28	Orientation du patient après analyse des résultats
Thématique 29	Accès à l'unité sport et loisir
Thématique 30	Education thérapeutique / sensibilisation des patients
Thématique 31	Lien hôpital médecine de ville
Thématique 32	Formation suivi métabolique
Thématique 33	Axes d'amélioration
Thématique 34	Autres

III Résultats et analyses

A la suite de l'analyse de l'ensemble des entretiens menés, 4 grandes thématiques de développement apparaissent.

Tableau N°5 Grandes thématiques	
1	Coordination et défaillances organisationnelles
2	L'implication des acteurs de santé et l'adhésion aux soins des patients
3	La formation comme levier à la promotion et la connaissance du Syndrome métabolique
4	La collaboration interprofessionnelle autour du syndrome métabolique

Dans un premier temps, une synthèse de l'analyse des résultats a été réalisée à l'aide d'un tableau. Celui-ci aborde les 4 grandes thématiques de développement avec les thématiques et les sous thématiques. Chaque acteur de santé est représenté par un code couleur, lorsque les cases apparaissent en couleur, cela signifie que le participant a évoqué le sujet. Dans un second temps, les résultats seront présentés et détaillés de manière plus approfondie.

III.1 Synthèse des données de résultats

Tableau N°6 : Synthèse des résultats de l'analyse							
AXES	Thématique	MP1	MP2	MS1	MS2	I1	I2
La coordination et les défaillances organisationnelles	Difficultés organisationnelles + Axes d'amélioration	X	X	X	X		X
	Priorisation du soin	X	X	X			
	Coordination psychiatre/somaticien	X		X	X		
	Difficultés Ressources Humaines	X	X	X	X	X	X
	Difficultés lors de la planification des surveillances protocolaires					X	X
	Actions médicales et Orientation du patient après analyse des résultats	X			X	X	X
L'implication des acteurs de santé et l'adhésion aux soins des patients	Implication des soignants	X	X	X	X		X
	Education thérapeutique / sensibilisation des patients	X	X	X		X	X
	Connaissance du syndrome métabolique chez les patients	X	X	X		X	
	Droit du patient	X			X	X	
	Adhésion du patient	X	X	X	X	X	X
La formation comme levier à la promotion et la connaissance du syndrome métabolique	Connaissance du syndrome métabolique chez les soignants	X	X	X	X	X	X
	Formation suivi métabolique	X	X	X		X	X

Tableau N°6 : Synthèse des résultats de l'analyse							
La collaboration et communication interprofessionnelle autour du Syndrome métabolique	Collaboration interprofessionnelles	X	X	X	X		
	Transmissions des informations médicales			X	X	X	
	Lien hôpital-Médecine de ville		X	X	X		

III.2 Analyse des données et dysfonctionnement

III.2.1 Coordination et défaillance organisationnelle

Abordé dans la thématique 2 de la grille d'entretien, l'organisation apparaît comme un facteur pouvant freiner le dépistage et le suivi du syndrome métabolique dans les unités de soins. L'ensemble des participants interrogés soulignent des difficultés multifactorielles en lien avec l'organisation.

III.2.1.1 Difficultés organisationnelles liées au manque de temps

Un des premiers facteurs mis en avant par un des médecins somaticiens est le manque de temps dédié à la problématique s'expliquant par une charge de travail croissante dans les unités de soins.

“Ce qui aiderait aussi, ce serait d’avoir un peu plus de temps dédié pour ce genre de suivi. Juste pouvoir prendre 15 minutes pour expliquer à un patient ce que veut dire “triglycérides élevés” ou pourquoi on lui propose un traitement. Parfois, ce petit moment peut faire la différence.” (Médecin somaticien 1)

“Ce qui complique... ah là, j’pourrais vous en faire une liste. D’abord le temps. Quand vous avez quinze patients, dont trois en crise, vous n’allez pas courir après un mètre ruban.” (Médecin somaticien 1)

D'ailleurs le médecin somaticien 2 et le médecin psychiatre 1 semblent évoquer une certaine disparité entre les unités ouvertes et les unités fermées. Elles pourraient se distinguer par une charge de travail plus importante dans les unités fermées, où la santé psychique des patients nécessite probablement une surveillance plus accrue.

“Le rythme, la surcharge de travail, la priorité donnée à la sécurité... font que le Syndrome métabolique passe parfois au second plan.” (Médecin somaticien 2)

“Et puis, la charge de travail est déjà importante, notamment dans certaines unités fermées. Je ne pense pas que ce soit un manque de bonne volonté, c'est un manque de temps et parfois de formation... Je dirais qu'il n'y a pas toujours la place dans le quotidien pour pouvoir s'impliquer davantage dans le suivi du syndrome métabolique notamment chez les équipes soignantes”. (Médecin psychiatre 1)

Le médecin psychiatre 2 rapporte des journées extrêmement denses durant lesquelles le temps est compté. Il ajoutera qu'il est nécessaire de prioriser et d'aller à l'essentiel. Il décrit d'ailleurs un mécontentement de la part de certains patients qui revendiquent ne pas être vus assez longtemps.

III.2.1.2 Priorisation du soins

Dans un contexte de prise en soins psychiatrique et de santé mentale, la priorisation du soins est un élément que le médecin psychiatre 1 et le médecin somaticien 1 mettent en avant pour justifier la difficulté à s'impliquer davantage dans la gestion du dépistage et du suivi du syndrome métabolique. L'état psychique des patients ne permet pas systématiquement la réalisation de certains actes de surveillance ou de suivi. Une priorisation que les professionnels de santé ne perçoivent pas comme volontaire, mais plutôt comme une contrainte qui peut devenir délétère pour la santé du patient.

“On a des journées très remplies, donc forcément, on doit prioriser. Et le Syndrome méta, c'est pas toujours ce qui saute aux yeux en premier, surtout quand un patient est très instable sur le plan psy. Mais au-delà du temps, je pense que c'est surtout une question de priorisation. On sait que c'est important, mais ça passe parfois après d'autres urgences.” (Médecin somaticien 1)

Et malheureusement, on est souvent coincés. On doit prioriser l'état psychique du patient, même si ça veut dire mettre entre parenthèses la santé physique... (Médecin psychiatre 1)

Il y a toujours un juste milieu entre risques somatiques et équilibre psychiatrique. Et parfois ba nous psychiatre on aurait tendance à prioriser l'aspect psychiatrique alors que nos confrères généralistes à l'inverse vont prioriser l'aspect somatique. (Médecin psychiatre 1)

Si nous continuons à négliger cet aspect, nous risquons de stabiliser les patients psychiquement, mais au détriment de leur santé physique. Il est impératif que cette problématique soit priorisée au niveau institutionnel. C'est un peu idéaliser la situation, mais c'est ce à quoi on devrait tendre... (Médecin psychiatre 1)

Le médecin psychiatre 2 évoque une hiérarchisation des soins en fonction des priorités imminentes. Il citera l'exemple des unités d'admissions fermées, où la primauté est généralement accordée à la prise en soins des phases aiguës des maladies psychiatriques. Il appuie avec insistance sur l'obligation et non le souhait de placer le suivi métabolique en second plan, sans pour autant dénigrer le suivi qui pourra être mis en place quand l'état psychique du patient le permettra.

III.2.1.3 Coordination psychiatre somaticien

C'est un point que les 4 médecins (2 psychiatres, 2 somaticiens) ont instinctivement abordé. Il en résulte un cloisonnement entre l'aspect psychiatrique et somatique qui se manifeste par un manque d'articulation autour de la prise en soins du patient et notamment dans le syndrome métabolique.

“Vous savez bien... Il y a encore ce flou entre le somatique et le psy. Le psychiatre porte un intérêt j'imagine à ce problème, mais je pense qu'il a plus tendance à penser que ça touche l'aspect somatique donc il faut en parler au somaticien d'abord” (Médecin somaticien 1)

“Ensuite, le cloisonnement entre psychiatrie et médecine somatique est toujours trop important. On ne travaille pas encore assez ensemble. Il n'est pas rare que les médecins généralistes se sentent peu légitimes pour intervenir sur le terrain psychiatrique, et inversement” (Médecin somaticien 2)

Le médecin somaticien 2 est le premier à évoquer le terme de cloisonnement, en estimant que les deux professionnels se renvoient à leur propre rôle initial.

“Donc, ils ne sont pas impliqués. Non, non, non. Ils passent tous les traitements sans pour autant se... Non, non, non. Ils ne sont pas... C'est très, très, très peu de psychiatres qui sont impliqués pour le syndrome métabolique.

Pour eux, c'est une prise en charge somatique, donc ça ne les regarde pas. (Médecin somaticien 2)

“Cependant, dès que l'on aborde le domaine somatique, c'est un autre tableau. Il existe un cloisonnement assez marqué je trouve. Les médecins somaticiens, sont aussi souvent surchargés, ne se retrouvent pas toujours avec nous lors des réunions cliniques pour discuter des enjeux en lien avec les patients. La collaboration reste plus ponctuelle, et l'information circule par bribes.” (Médecin psychiatre 1)

Le médecin psychiatre 1 confortera la notion de cloisonnement avec comme indicateur la surcharge de travail et le manque de temps. Ceux-ci se traduisant par une collaboration plus ponctuelle entre les deux spécialistes.

Le médecin psychiatre 2 confirme une surcharge de travail qui influence la qualité de la collaboration. Mais il certifie avoir de bonne relation avec l'ensemble des médecins somaticiens dans la structure. Toutefois quand il aborde la collaboration avec les médecins extérieurs à l'établissement, celle-ci se complique et laisse apparaître un léger clivage entre soins somatiques et psychiatriques.

III.2.1.4 Difficultés Ressources Humaines

Le manque de personnel dans la structure hospitalière est une difficulté citée par tous les intervenants. Les médecins somaticiens 1 et 2 ainsi que l'Idc 1 constatent le manque de personnel dans les unités et l'impact que cela peut avoir sur la qualité des soins.

“Pour ce qui est des moyens humains, il est évident qu'on aimerait plus de main d'œuvre. Mais bon c'est comme ça.” (Médecin somaticien 1)

“Moi, je pense qu'il y a un manque de personnel dans les unités.” (Médecin somaticien 2)

“Et puis aussi peut être le manque de personnel... Peut-être que si on avait un effectif un peu plus gonflé on pourrait apporter de la qualité à nos soins.” (Ide 1)

Le médecin psychiatre 1 et l'IDE 2 ciblent davantage le manque de présence médicale. L'IDE 1 évoque une présence des médecins parfois trop légère sans pour autant les accuser.

Et puis, clairement, on manque de bras. Il n'y a pas assez de médecins, de somaticiens et de psychiatre. (Médecin psychiatre 1)

“Après, je dirais qu'il y a la présence médicale aussi qui est des fois trop légère. Enfin, ce n'est pas vraiment mal que je dise ça.”(Ide 1)

“Alors, principalement, en théorie, on devrait dire le médecin, mais le manque de médecins fait que...” (Ide 2)

Le médecin psychiatre 2 évoque lui aussi un manque de personnel à l'hôpital, qu'il généralise à l'échelle nationale. Il perçoit cette contrainte comme un élément pouvant s'ancrer dans le temps avec lequel il faudra s'adapter.

III.2.1.5 Difficultés lors de la planification des surveillance protocolaire

Cette composante a été relevée comme étant une difficulté uniquement chez les deux IDE, puisqu'elle dépend de leur rôle prescrit. La planification des éléments de surveillance du protocole en lien avec le syndrome métabolique nécessite la programmation des actes via le logiciel Hopital manager (à l'entrée, J7, J21, M1, M2..) dès l'admission du patient.

L'ensemble des actes de surveillances sont pré-enregistrés à l'exception des Électrocardiogrammes et des bilans sanguins. Ces derniers sont programmés manuellement par les infirmiers, ce qui peut être source d'erreur..

“Par contre, pour les ECG et les bilans sanguins, non. Il faut faire acte par acte”(Ide 1)

“Sauf pour les ECG et les bilans sanguins, pour le coup c'est à nous de rentrer les surveillances sur le plan de soins et de les planifier en manuel.” (Ide 2)

III.2.1.6 Actions médicales après analyse et orientation du patient

Le médecin psychiatre 1 estime qu'il est du rôle du médecin somaticien de procéder à une évaluation globale afin de mettre en place des actions correctrices comme l'instauration d'un traitement adapté, ainsi que l'orientation du patient vers un spécialiste.

Il explique aussi la difficulté rencontrée à modifier le traitement psychiatrique lorsque l'état psychique des patients ne le permet pas et évoque les propositions selon le domaine de chacun.

“ Sinon c'est le médecin généraliste qui fait une évaluation globale et qui décide de la suite : est-ce qu'on met en place un traitement médicamenteux ? Est-ce qu'on demande une consultation de diététique ? Une orientation vers la cardiologie ? ” (Médecin psychiatre 1)

“ On envisage parfois un changement de molécule, ou une baisse de posologie, quand c'est faisable. Mais c'est pas toujours évident, surtout quand la stabilisation psychique est encore fragile. Il y a toujours un juste milieu entre risques somatiques et équilibre psychiatrique. Et parfois ba nous psychiatre on aurait tendance à prioriser l'aspect psychiatrique alors que nos confrères généralistes à l'inverse vont prioriser l'aspect somatique. ” (Médecin psychiatre 1)

Le médecin somaticien 1 met en avant l'orientation des patients sur l'unité sport et loisir de l'hôpital (USL), mais constate le peu d'intérêt des patients en lien avec l'activité physique liée au syndrome métabolique, ceux-ci préférant des activités occupationnelles et de détente.

“ Et puis j'avais oublié, mais je peux aussi orienter sur les USL (Unité sport et loisir), même si les USL les patients aiment bien y aller pour la pétanque, le billard ou encore le café offert à 10h00. Il y a aussi l'atelier marche, VTT, musculation, mais ils aiment moins généralement. ” (Médecin somaticien 1)

L'IDE 2 évoque lui aussi une possibilité d'orientation des patients sur les USL, qu'il perçoit comme pouvant être bénéfique mais qui n'est pas systématiquement mis en avant. Il

estime que la mise en place d'un traitement médicamenteux prime sur l'aspect éducatif du patient notamment en lien avec les troubles lipidiques.

“Il existe l'unité sport et loisirs, éventuellement, oui, qui pourrait accueillir les patients pour certains exercices physiques. L'hôpital de jour du secteur en fait parfois aussi, même si ça reste du léger, certains exercices physiques. C'est plus orienté sur de la marche, mais ça reste toujours intéressant pour le suivi métabo. Mais c'est des choses qui ne sont pas spécialement mises en avant.” (IDE 2)

“Et puis, il met en place une... En général, ça reste très médicamenteux. Voilà. Ça reste centré sur le médicamenteux, malheureusement.

Il peut y avoir un peu d'éducation thérapeutique pour d'autres pathologies, je pense notamment au diabète. Mais tout ce qui est cholestérol, hypercholestérolémie, HTA, ça reste très médicamenteux.” (IDE 2)

Le médecin psychiatre 2 explique que si la survenue d'éléments en faveur d'un syndrome métabolique tel que la prise de poids est avérée, alors il se penchera sur un changement de molécule. Pour ce qui est de l'orientation du patient sur des structures comme les USL, ou l'appel d'une diététicienne ou un autre spécialiste, c'est souvent le médecin somaticien qui engagera ces démarches (sauf si la demande vient des équipes soignantes directement).

III.2.2 Implication des acteurs de santé et adhésion aux soins des patients

Abordé dans la thématique 4 de la grille d'entretien qui évoque les obstacles dans la gestion du syndrome métabolique, plusieurs éléments sont mis en avant par les intervenants identifiés comme un frein dans les pratiques quotidiennes.

III.2.2.1 Implication des soignants

Pour l'ensemble des personnes interrogées, l'implication des soignants en lien avec la problématique est très hétérogène. Certains sont impliqués, d'autres le sont moins.

Le médecin somaticien 1 décrit de la frustration quand il s'agit d'un manque de réaction de la part des soignants notamment en cas de résultats anormaux.

“Après, faut être honnête : la surveillance, elle dépend des gens. Y'a des soignants qui sont super impliqués, ils prennent du poids, ils me préviennent quand ça bouge. Et d'autres, ben... c'est plus compliqué. faut repasser derrière, relancer, expliquer encore...” (Médecin somaticien 1)

“Et y'a aussi... euh... comment dire... une espèce de déconnexion entre le diagnostic et l'action. On voit un bilan anormal, et on se dit “bon, c'est noté”. Mais personne ne réagit. Ça, c'est frustrant.”(Médecin somaticien 1)

Le médecin somaticien 2 fait état d'une prise de conscience croissante mais qui reste inégale chez les soignants. Cependant il estime que l'ensemble de l'équipe est impliqué dans le suivi du syndrome métabolique notamment en raison des surveillances protocolaires qu'ils doivent réaliser.

“C'est une bonne question. Je pense qu'il y a une prise de conscience croissante, mais elle reste inégale. Après dans l'ensemble je dirais que l'équipe soignante est impliquée au syndrome métabolique puisqu'il y a une surveillance quand même des paramètres durant l'hospitalisation de la personne.”(Médecin somaticien 2)

Le psychiatre 1 souligne le manque de sens accordé au syndrome métabolique, il explique cette discordance par une charge de travail importante, notamment dans les unités fermées.

“On applique les protocoles qui pour le coup nous permettent de réaliser quand même une surveillance complète durant le séjour du patient, mais il y a quand même peu d'explications données, peu de pédagogie autour de ce qu'est réellement le syndrome métabolique.” (Psychiatre 1)

“Les soignants appliquent les consignes, font les prises de constantes, préparent les ECG.. Après il gèrent aussi les prélèvements... mais est ce que ils sont impliqués dans la continuités de ces surveillances? je pense que c'est comme partout, certains oui, et d'autres moins. Et puis, la charge de travail est déjà importante, notamment dans certaines unités fermées.” (Psychiatre 1)

L'IDE 2 consolide la notion de disparité entre l'implication des soignants. Il met en avant la réalisation du protocole de surveillance par automatisme et manque de lien pour certains professionnels et fait part d'une hétérogénéité dans la transmission des résultats d'examens aux médecins .

“C'est varié. Certains sont impliqués, d'autres malheureusement le font de manière automatique parce que c'est prescrit, c'est noté sur le logiciel informatique, donc on le fait parce qu'il faut le faire. On ne fait pas tous le même lien entre le protocole de surveillance qui est appliqué dans toutes les unités et le sens qu'on apporte au syndrome métabolique et les répercussions qu'il va avoir sur la santé des patients. Je ne pense pas que le syndrome métabolique des patients psychiatriques parle à tous les soignants.” (IDE 2)

“Après encore une fois, tout dépend de la conscience professionnelle des soignants, certains prendront le temps de faire les démarches pour que les examens soient vus rapidement, d'autres ne s'en préoccupent pas vraiment et attendrons que le médecin accède à la bannette pour voir les résultats.” (IDE 2)

Le médecin psychiatre 2 ironise et explique que l'implication personnelle de chacun des acteurs ne dépend que de leur conscience professionnelle. Dans le cas de la problématique au sein de la structure, il estime que les équipes soignantes sont impliquées dans la réalisation de leur mission quotidienne, il précise toutefois qu'il y'a toujours des personnes ressources sur lesquelles ils ont tendance à s'appuyer.

III.2.2.2 Education thérapeutique / sensibilisation des patients

Le manque de sensibilisation des patients et d'éducation thérapeutique est souligné par la majorité des acteurs. Le médecin psychiatre 1 et le somaticien 1 accordent un intérêt à communiquer avec le patient sur les comportements à adopter et l'associent à du bon sens. Cependant ils déplorent le peu d'explications et de pédagogie accordées aux patients.

“On applique les protocoles qui pour le coup nous permettent de réaliser quand même une surveillance complète durant le séjour du patient, mais il y a quand même peu d'explications

données, peu de pédagogie autour de ce qu'est réellement le syndrome métabolique.”
(Médecin psychiatre 1)

“Et parfois, c'est juste remettre un peu de bon sens, c'est-à-dire limiter les sodas, encourager à marcher un peu... Même si c'est pas toujours simple à mettre en œuvre, c'est mieux que rien.” (Médecin somaticien 1)

L'IDE 1 et 2 évoquent une sensibilisation informelle des patients lors des temps de distribution des traitements. Ils regrettent l'absence d'éducation thérapeutique du syndrome métabolique.

“Alors oui et non, car on va le faire de manière informelle en distribuant les médicaments, on sait très bien que c'est aussi un temps où on échange avec les patients, puisqu'ils viennent prendre les traitements en pharmacie et à ce moment là on peut parler du traitement, de l'alimentation, enfin de ce qui va toucher de près ou de loin le syndrome métabolique, mais on ne le fait pas de manière officielle ...” (IDE 1)

“Il peut y avoir un peu d'éducation thérapeutique pour d'autres pathologies, je pense notamment au diabète. Mais tout ce qui est cholestérol, hypercholestérolémie, HTA, ça reste très médicamenteux.” (IDE 2)

“Ça va... Malheureusement, pas beaucoup au-delà. Il n'y a pas une éducation thérapeutique plus large ou plus un travail sur l'hygiène... sur l'hygiène alimentaire du patient.”(IDE 1)

III.2.2.3 Connaissance du syndrome métabolique chez les patients

L'aspect pathologique du patient est une composante négative mais factuelle avec laquelle les professionnels de santé font face pour assurer la prise en soin. Le médecin psychiatre 1 regrette l'absence de notion de conséquences négatives de la problématique à long terme chez les patients.

“Il n'ont pas aussi la même notion que nous des conséquences négatives que cela peut impliquer sur du long terme.” (Médecin psychiatre 1)

“Mais d'autres ne comprennent pas, ou n'en mesurent pas les conséquences. Soit à cause d'un déficit cognitif, soit parce que ce n'est pas leur priorité tout simplement. Il y a des

patients pour qui survivre au jour le jour est déjà un défi, alors se projeter dans des risques à long terme, c'est trop abstrait. Je dirais que c'est vraiment du cas par cas.” (Médecin psychiatre 1)

Le médecin somaticien 1 et l'IDE 1 s'interrogent sur les capacités des personnes malades à comprendre la problématique et à devenir acteurs de leur prise en soins.

“Et parfois, ben... ils ne savent même pas que c'est un souci. Pour eux, se faire plaisir, ça passe par la bouffe, et la santé, c'est un peu flou.” (Médecin somaticien 1)

“Du coup, je dirais que, déjà, il y a le patient. Est-ce qu'il est déjà en capacité de comprendre le syndrome métabolique et ce que ça peut impacter sur sa santé physique ? Et du coup, est-ce qu'il est en capacité de pouvoir, lui aussi, être acteur de sa santé par rapport à ça ?”(IDE 1)

III.2.2.4 Droit du patient et adhésion aux soins

L'adhésion du patient est un facteur pouvant être synonyme de contrainte pour l'ensemble des personnes interrogées. Le médecin psychiatre 1 verbalise la difficulté à réaliser les protocoles de surveillances, comme la réalisation d'un ECG ou d'une prise de sang si le patient présente un épisode délirant ou un refus de soins. Il évoque aussi les ruptures de traitements en lien avec les effets secondaires des antipsychotiques.

“Après, il y a les patients. Quand ils sont délirants, désorganisés, ou dans le rejet de tout soin, c'est extrêmement difficile d'imposer un suivi métabolique. On ne peut pas les forcer à faire un ECG ou un bilan sanguin. Et même quand ils sont stabilisés, il y a parfois un refus net de s'occuper de leur santé physique. Certains disent clairement : “Je m'en fous.”...” (Médecin psychiatre 1)

“Certains patients arrêtent leur traitement seul, sans nous prévenir, simplement parce qu'ils ne se supportent plus physiquement . Il y a une vraie souffrance liée à l'image corporelle, à la perte d'estime de soi.” (Psychiatre 1)

Le médecin somaticien 1 accorde la temporalité du soins comme une caractéristique pouvant justifier le refus de soins des patients. La stabilité psychique du patient est évolutive et a des conséquences étroitement liées avec l'adhésion de celui-ci.

“Le principal blocage, c’est souvent l’adhésion du patient. Quand il est dans une phase où il écoute, où il comprend les enjeux, c’est top. Mais s’il est encore très replié, ou même délirant, ou qu’il a d’autres priorités en tête, ça passe moins voir pas du tout.”(Médecin somaticien 1)

Le médecin somaticien 2 et l’IDE 2 observent l’impossibilité de mettre en place une orientation si la personne soignée ne coopère pas et n'adhère pas au suivi.

“Après il ya aussi quand le patient n'est pas coopérant, que ça ne l'intéresse pas. L'USL ne l'intéresse pas, l'activité sportive ne l'intéresse pas, le régime ne l'intéresse pas. Donc, on ne peut pas les obliger.” (Médecin somaticien 2)

“Et il y aussi, malheureusement, parfois une opposition du patient par rapport à... Ah, effectivement, le droit du patient, donc... Voilà.” (IDE 2)

De manière implicite, l’IDE 1 explique le dilemme auquel les soignants sont confrontés entre la bienveillance du soin et la santé des patients. Elle exprime l’idée d’accepter que le patient ne souhaite pas adhérer aux soins au détriment de sa santé physique.

“On dit, bon, s'il n'a pas envie d'être soigné, on le laisse. Mais c'est un dilemme entre la bienveillance du soin et sa santé. Et finalement, effectivement, le choix du patient en lui-même sur ce que lui veut concrètement.” (IDE 1)

“Après il y a aussi le patient en lui-même, puisqu'ils ne sont pas toujours coopérants quand il s'agit de faire un suivi, en fonction des pathologies il peut y avoir des refus.” (IDE 1)

III.2.3 La formation comme levier à la promotion et la connaissance du syndrome métabolique

La formation est un élément qui s’est introduit naturellement dans les échanges avec les participants lors de la thématique 1 portant sur les connaissances et les liens faits entre le

syndrome métabolique et la psychiatrie. L'ensemble des soignants ont abordé le manque, voire l'absence de formation pouvant se traduire par des méconnaissances aussi en lien avec les pratiques psychiatriques quotidiennes.

III.2.3.1 Connaissance du syndrome métabolique chez les soignants

Dans ses réponses, le médecin somaticien 1 regrette le manque de sensibilisation et de connaissances de beaucoup de professionnels au sujet du Syndrome métabolique. Il estime que la notion de gravité est assimilée sans pour autant décrire les critères qui la caractérise. Il pointe l'absence de prise de conscience de l'enjeu sur du long terme.

“Ensuite, le manque de sensibilisation. Beaucoup ne savent même pas ce que veut dire “syndrome métabolique”. Ils savent que c'est pas bon, mais ils ne peuvent pas vous citer les critères.” (Médecin somaticien 1)

“Le syndrome métabolique, c'est encore une notion floue pour beaucoup. On l'associe à des chiffres, à un IMC, mais on ne voit pas toujours l'enjeu à long terme.” (Médecin psychiatre 1)

Dans leurs réponses, l'IDE 1 et l'IDE 2 appuient les propos du médecin somaticien 1. En effet, ils décrivent un manque de lien dans les pratiques et mettent en avant l'automatisation des actes de surveillance. D'ailleurs, l'IDE 1 elle-même n'a pas été en mesure d'assurer avec certitude si les surveillances de la douleur et du transit faisaient parties des éléments de surveillance du syndrome métabolique.

“On surveille aussi la douleur et les selles. Après, je ne sais pas si c'est vraiment dans le suivi métabolique. Mais en tout cas, on doit le faire.” (IDE 1)

“Alors euh ...(hésitation) Pour moi, je pense qu'il peut y avoir plusieurs freins. je dirais pour commencer le manque de lien dans nos pratiques, ou de sens plutôt. On réalise des protocoles parce qu'il faut le faire mais je pense qu'on devrait faire plus de liens...(hésitation) Ou du moins se poser la question de pourquoi on fait ce protocole.” (IDE 1)

“On ne fait pas tous le même lien entre le protocole de surveillance qui est appliqué dans toutes les unités et le sens qu'on apporte au syndrome métabolique et les répercussions qu'il

va avoir sur la santé des patients. Je ne pense pas que le syndrome métabolique des patients psychiatriques parle à tous les soignants.” (IDE 2)

III.2.3.2 Formation suivi métabolique

Le médecin somaticien 1 est convaincu de l’optimisation que pourrait avoir la formation du Syndrome métabolique et des risques pour l’ensemble des acteurs de santé en psychiatrie et notamment pour les nouveaux arrivants.

Pour la formation, je pense que ça ne ferait pas de mal à personne une petite touche de rappel concernant les facteurs du syndrome métabolique, les risques aussi. (Médecin somaticien 1)

Oui tout à fait, je pense que le thème à sa place dans une formation pour les nouveaux arrivants, et même pour tout le monde a vrai dire. (Médecin somaticien 1)

Le médecin psychiatre 1 perçoit la formation du syndrome métabolique comme un réel besoin, pas seulement sur le plan théorique et pratique. Il estime qu’il serait bénéfique d’instaurer une formation interprofessionnelle en lien avec le syndrome métabolique, pour sensibiliser l’ensemble des professionnels impliqués et améliorer leur collaboration en disposant d’une ligne conductrice commune.

Alors pour le risque suicidaire je sais qu’elle existe, mais en lien avec le syndrome métabolique, je n’ai pas la connaissance de cette formation. (Médecin psychiatre 1)

Il y a un vrai besoin de formation, de sensibilisation, pas juste théorique, mais pratique. (Médecin psychiatre 1)

Il y aurait donc intérêt à formaliser cette coopération dès leur implantation, par exemple via des sessions de formation interprofessionnelles. (Psychiatre 1)

L’IDE 1 et 2 décrivent l’absence d’une formation en lien avec la problématique au sein de la structure et font part de leur intérêt pour une éventuelle participation. L’IDE 2 suggère l’instauration de cette formation avec celles proposées chez les nouveaux arrivants comme la formation du risque suicidaire.

Mais c'est vrai que le « après », peut-être que s'il y avait une formation, parce que je ne crois pas qu'il y ait de formation proposée par le CHI, il ne me semble pas. Peut-être que oui, je pourrais m'y inscrire, ça ne me ferait pas de mal. (IDE 1)

De la même manière que, dans les formations primo-arrivants, on fait une formation sur le risque suicidaire, je pense que la formation sur le syndrome métabolique aurait aussi sa place. Elle est tout aussi importante pour moi. Je ne dis pas qu'on n'est pas confronté au suicide, mais ce n'est pas forcément quelque chose qui est récurrent.

En tout cas, moi, dans l'unité dans laquelle je travaille, ce n'est pas quelque chose qui est récurrent. Alors que le suivi métabolique, c'est quelque chose qui est quotidien. (IDE 2)

“Non il n’y a pas de formation sur le syndrome métabolique proposé dans l’établissement.”
(IDE 2)

III.2.4 Collaboration et communication interprofessionnelle autour du syndrome métabolique

Abordée dans la thématique 5, la collaboration interprofessionnelle était le centre d'intérêt de mon hypothèse principale qui la décrit comme un facteur clé du dépistage et de la prise en soin du syndrome métabolique. Elle intervient à différents niveaux et à différents moments du suivi du patient.

III.2.4.1 Collaboration interprofessionnelles

La communication est un élément important dans une relation collaborative. C'est ainsi que le médecin somaticien 1 caractérise la collaboration. Cependant il constate que cette communication est nettement plus fluide avec des acteurs de santé qu'il côtoie quotidiennement plutôt qu'avec ceux exerçants dans des unités différentes de la sienne. Il incite à accorder davantage de temps aux échanges interprofessionnels, en particulier pour clarifier le rôle de chacun en lien avec le suivi.

“Il faut aussi souligner l'importance de la communication aussi, c'est sans doute pour moi le plus important, de mon côté j'ai la chance de pouvoir communiquer avec l'ensemble des

soignants et médecin que je côtoie au quotidien, mais parfois quand je dois aller dans d'autres unités, eh bien parfois je me demande comment ça doit se passer la dedans... (septique).” (Médecin somaticien 1)

“Peut-être un peu plus de temps consacré aux échanges. Parfois, on fait les choses en vitesse, chacun dans son coin. Si on avait un petit créneau par semaine ou toutes les deux semaines pour faire un point rapide sur les cas à risque, ce serait super.

Et je pense qu'on pourrait aussi clarifier un peu les rôles autour du suivi métabolique. Qui fait quoi, à quel moment, pour éviter que tout repose sur une ou deux personnes.” (Médecin somaticien 1)

Le médecin somaticien 2 déplore le manque de réunions dédiées à la problématique. Le médecin psychiatre 1 renforce la notion de coordination et de communication déjà relevée par le médecin somaticien 1 et encourage l'amélioration de celle-ci afin d'assurer une meilleure prise en soins globale du patient.

“Ce qui manque, ce serait des temps de réunion dédiés à cette problématique.” (Médecin somaticien 2)

“C'est aussi cette pluridisciplinarité qui permet de prendre le patient dans sa globalité et aussi d'éviter de passer à côté de certains problèmes. Je dirais plus que dans l'idéal, serait d'améliorer la coordination entre les acteurs qui gravitent autour du patient. La coordination et la communication.” (Médecin psychiatre)

Le psychiatre 2 est catégorique, la collaboration est pour lui l'élément indispensable au sein d'une équipe de soins. Il évoque avoir plus de facilité à collaborer avec l'ensemble des professionnels qu'il côtoie au quotidien.

III.2.4.2 Transmissions des informations médicales

Le médecin somaticien 1 évoque le risque de perte d'informations lorsque celles-ci ne sont pas urgentes et qu'elles ne sont pas transmises rapidement. Il évoque une communication non structurée, mais plutôt informelle. Il incite à la création d'un outil de suivi plus visuel et plus direct sans pour autant donner d'exemple.

“Par exemple les situations très urgentes, on est rapidement mis au courant (rire), mais les situations qui nécessitent d'être vu mais pas dans l'immédiat, c'est là qu'il peut y avoir un loupé.” (Médecin somaticien 1)

“Oui bien sûr. On en parle en staff, parfois entre deux portes, mais c'est pas toujours structuré...” (Médecin somaticien 1)

“Ce qu'il faudrait peut-être, c'est un petit rappel régulier, ou un outil de suivi plus visuel, plus direct pour éviter de passer à côté des surveillances et des transmissions.” (Médecin somaticien 1)

Le médecin somaticien 2 notifie la présence d'une case qui lui est dédiée où sont placés tous les examens complémentaires à la surveillance comme le bilan sanguin et l'électrocardiogramme.

“J'ai une case dédiée pour les bilans biologiques, les comptes rendus des médecins de l'extérieur et les électrocardiogrammes.” (Médecin somaticien 2)

Le médecin psychiatre 1 renvoie à la responsabilité de chacun en évoquant parfois le manque d'intérêt à lire les transmissions et à diffuser l'information. Ce qui se traduit par la perte de celle-ci.

“On laisse une note dans le logiciel, on met un post-it dans une bannette... mais encore faut-il que ça soit lu, et que l'info soit diffusée correctement. Il y a des moments où l'information se perd.” (Médecin psychiatre 1)

L'IDE 1 dénonce et décrit le peu de fiabilité des transmissions orales et généralise cette pratique. Il incite à structurer davantage la communication interprofessionnelle afin de limiter la perte d'informations.

“Il y a ça, du coup. Et je dirais aussi, quand même, des fois, les transmissions soignantes. Dans le meilleur des mondes, ça ne devrait pas, mais... (hésitation) Je ne sais pas, c'est un peu partout pareil, je pense. Des fois, les transmissions orales, ça peut se perdre d'un jour à l'autre.” (IDE 1)

“Après je dirais aussi améliorer la communication car je pense que même si on communique avec l'ensemble des professionnels, il faudrait le faire de manière plus structurée et être certain que les informations ne pourront pas s'égarer.” (IDE 1)

III.2.4.3 Lien hôpital / médecine de ville

Les médecins somaticiens 1 et 2 constatent avec regret l'arrêt du suivi dès lors que les patients quittent l'hôpital psychiatrique. Le médecin somaticien 1 insiste sur l'importance de conserver un lien fort avec les centres médico-psychologiques pour assurer la continuité du suivi. Le somaticien 2 regrette le peu d'intérêt que portent les psychiatres sur la problématique en particulier dans les CMP.

“Peut-être un vrai relais en sortie. Parce que nous, on lance les choses, mais si derrière y'a pas de suivi avec un médecin traitant ou une structure, ben ça s'arrête net... Et puis un lien plus fort avec les CMP aussi, pour qu'ils puissent poursuivre ce qui a été commencé.” (Médecin somaticien 1)

“Mais ceux qui sont de courte durée, malheureusement, ce sont les médecins généralistes, traitants à l'extérieur qui prennent le relais. Nous, on n'a pas cette éventualité de suivre les patients une fois sortis, comme c'est le cas pour les psychiatres.”

Malheureusement, les psychiatres, ils ne suivent pas, il y a très peu de psychiatres qui suivent le syndrome métabolique dans le suivi, dans les CMP, par exemple, je pense, par méconnaissance des psychiatres.” (Médecin somaticien 2)

IV DISCUSSIONS

La réalisation de cette étude de recherche qualitative avait comme objectif d'analyser les pratiques actuelles dans les unités intra-hospitalières afin de déterminer les freins et obstacles pouvant nuire à la réalisation du dépistage et le suivi du syndrome métabolique en psychiatrie. Pour cela, il était intéressant de mobiliser des apports en lien avec la sociologie des organisations au sein de la structure. Les questions établies dans la grille d'entretien

préalablement conçue, avait pour mission de rendre intelligible le rôle de tous les acteurs en lien avec le dépistage du syndrome métabolique et d'identifier des facteurs pouvant limiter l'efficacité de la prise en soins.

Les résultats de la recherche mettent en avant 4 grandes thématiques:

- Coordination et défaillances organisationnelles
- Implication des acteurs de santé et adhésion du patient
- La formation comme levier à la promotion et connaissance du syndrome métabolique
- Collaboration et communication interprofessionnelle

Dans un premier temps, une interprétation des résultats sera proposée afin d'apporter du sens aux éléments de réponses. Les limites et les perspectives de cette recherche seront abordées dans un second temps.

IV.1 Discussion des résultats et perspectives

IV.1.1 Coordination et défaillances organisationnelles

L'analyse des éléments de réponse met en avant certaines défaillances multifactorielles dans la coordination de l'organisation du dépistage et du suivi du syndrome métabolique. Les premières difficultés relevées par les participants sont les difficultés organisationnelles liées au temps. La surcharge de travail est un facteur qui déterminerait le manque de temps dédié à la problématique du syndrome métabolique. Une prise en soins holistique d'un patient psychiatrique basée sur un modèle Bio-psycho-social nécessite une approche de celui-ci complexe et minutieuse. L'absence de temps nécessaire serait un préjudice dans l'application de ce modèle et par conséquent impacterait la qualité des soins apportés aux patients.

Cette cause pourrait être étroitement liée avec le manque de ressources humaines également évoqués par l'ensemble des interrogés. Le manque de personnel médical et paramédical est un facteur que malheureusement les soignants et médecins déplorent, sans pour autant être accusateurs. Ce constat, fait par la majorité des acteurs, s'ancre dans le temps avec pour conséquence une adaptation de l'organisation des soins qui pourrait à long

terme conduire vers un épuisement professionnel et avoir une incidence sur la qualité du parcours de soins notamment dans le domaine médical.

La disparité entre les unités d'admissions ouvertes et les unités d'admissions fermées serait aussi un critère à prendre en compte. Les modes d'hospitalisations varient selon l'état de santé psychique des patients, le risque potentiel d'un passage à l'acte (suicidaire, auto ou hétéro-agressif) ou présentant un comportement dangereux pour lui-même ou autrui. Une variabilité de l'état de santé du malade qui peut nécessiter un mode d'hospitalisation sans consentement et qui devra être adapté au contexte pathologique avec une période d'observation et de surveillance intensive. Les unités d'admissions fermées disposent de locaux et de matériels adaptés, tels que des chambres de soins sécurisées afin de rendre possible une prise en soins optimale pour le patient. (Coldefy et al., 2016, #). Cette disparité a cependant des conséquences sur la charge de travail des professionnels exerçant dans les unités fermées.

La priorisation des soins entre l'aspect psychiatrique et somatique serait donc une conséquence intimement liée à la difficulté que représente le manque de temps dans les unités de soins. Néanmoins il est intéressant de souligner que l'ensemble des participants interrogés évoquent une difficulté rencontrée à l'égard des patients présentant un état psychique qui ne permet ni l'adhésion, ni la collaboration de celui-ci. Ce critère pourrait expliquer l'intérêt porté à une priorisation de soins psychiatrique plutôt que somatique. Cette conséquence, serait alors une représentation popularisée de la qualité de coopération entre le psychiatre et le somaticien. En effet, c'est un point qui a été abordé, notamment par le corps médical. Il en résulterait un cloisonnement plus ou moins marqué entre les deux disciplines.

IV.1.2 Implication des acteurs de santé et adhésion du patient

L'implication des acteurs de santé est un sujet qui a été abordé à de multiples reprises lors des entretiens. Il y est mis en avant une implication spontanée des professionnels interrogés qui ont pour souhait de faire évoluer les pratiques et orienter celles-ci vers l'amélioration d'une prise en soins globale. Cependant, lorsque nous évoquons l'implication de l'ensemble des équipes, les discours font état d'une hétérogénéité concernant l'implication

dans les pratiques et l'engagement en lien avec la problématique. Certains seraient perçus comme des personnes ressources de par leur investissement proactif alors que d'autres accordent moins d'attention au sujet, par manque d'intérêt ou de sensibilisation.

Les infirmiers expriment de manière redondante une automatisation dans l'application du protocole de surveillance du syndrome métabolique. Cette pratique serait perçue comme un manque de sens et de lien apporté à la prise en soins. Une perception qui se renforcerait par l'observation d'une carence dans la coordination interprofessionnelle autour des données cliniques. Malgré une intention de bien faire, les soignants sont souvent positionnés comme des exécutants, à défaut d'adopter une posture d'éducation et de prévention, qui peine à s'enraciner dans les pratiques quotidiennes liées au syndrome métabolique.

La sensibilisation et l'adhésion du patient psychiatrique face au syndrome métabolique est un processus qui serait défini comme étant particulièrement complexe pour différentes raisons. La première est caractérisée par l'impact de la pathologie des patients atteints d'un trouble psychique sévère sur leur capacité de perception. Cela pourrait faire référence au niveau d'insight du patient, c'est-à-dire à la capacité de celui-ci à accepter et prendre conscience de la maladie. (Friard, 2012, #). Un phénomène qui expliquerait en partie le mode de vie souvent considéré comme anarchique de certains malades, où les priorités ne sont pas centrées sur l'implication à prendre soins de soi et de sa santé, mais davantage orientées sur des conduites à risque, comme le tabagisme, une mauvaise alimentation, de la sédentarité ou encore une surconsommation de tabac, qui représente pour eux une source de plaisir.

Par ailleurs, nous notons que l'adhésion des patients pourrait avoir un lien notable avec la qualité de la relation entretenue avec les acteurs de santé. La posture du soignant pourrait être le reflet de son investissement et impacterait le rapport entre le soignant et le soigné. Une position bienveillante et empathique tend à favoriser l'implication et l'empowerment du malade. Cependant, une communication pauvre et un manque d'investissement pourraient être à l'origine d'une défaillance dans l'adhésion et encouragerait le refus de soins. (Leclerc, 2020, #) Le peu, voir l'absence d'éducation thérapeutique et de sensibilisation auprès des usagers serait un marqueur qui caractérise un déficit dans la relation soignant / soigné.

De surcroît, l'hospitalisation en unité psychiatrique serait vécue pour un nombre de patients, comme contraignante et dans certains cas, comme une privation de liberté. Cette notion consolide les difficultés évoquées sur la disparité des unités d'admissions ouvertes et fermées et laisse à penser que le consentement du patient est plus abstrait dans les unités fermées ou la représentation du soins et vécu en priorité comme une restriction des libertés. (geyer, 2014) Le dépistage du syndrome métabolique serait alors perçu par les patients comme une démarche de soins qui leur est imposée, et non pas comme une occasion de prendre en considération leur santé.

La mise en avant de l'implication des soignants et de l'adhésion des patients met en évidence l'intérêt de l'alliance thérapeutique entre les professionnels de santé et les malades et représente un réel atout pour favoriser le consentement du patient dans le dépistage du syndrome métabolique.

IV.1.3 La formation comme levier à la promotion et connaissance du Syndrome métabolique

La formation des professionnels de santé en lien avec le syndrome métabolique est un sujet qui a été abordé à plusieurs reprises par l'ensemble des participants. Les personnes interrogées expriment pour l'ensemble, un réel besoin de perfectionner ou de renforcer les connaissances à ce sujet sur un point de vue théorique (Connaissances des critères du Syndrome métabolique, le mécanisme d'action entre les antipsychotiques atypiques et l'influence sur la prise de poids, des risques encourus sur le long terme, l'intérêt d'une orientation adaptée et d'une prise en soins holistique), mais aussi pratique (donner davantage de sens aux pratiques, appréhender la collaboration avec les autres acteurs impliqués dans la prise en soins du syndrome métabolique, être capable de définir le rôle de chacun).

Les IDE reconnaissent avoir étudié succinctement le sujet durant leur formation initiale et estiment ne pas avoir des bases suffisamment solides pour prétendre à une maîtrise complète de cette problématique.

Lorsque nous abordons les formations proposées par l'établissement, tous les acteurs sont formels, il n'y a pas de formation en lien avec le syndrome métabolique. Plusieurs formations institutionnelles sont suggérées aux nouveaux arrivants, comme le risque suicidaire par exemple. Mais aucune en lien avec les risques cardiovasculaires ou le diabète. Ce constat laisse à penser que l'intégration du soins somatique ne serait pas complètement ancrée dans la pratique et la culture psychiatrique.

Ce constat met en avant l'intérêt de la mise en place d'une formation destinée au syndrome métabolique. Elle apparaît comme un levier dans l'amélioration des compétences des soignants mais aussi dans la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de santé et les représentations en lien avec les pratiques et l'organisation. Afin d'accroître son efficacité, une formation théorique mais aussi pratique permettrait d'inclure des modules pluridisciplinaire avec des temps d'échanges accordés autour de la problématique et du rôle de l'ensemble des acteurs.

L'intégration d'une formation pourrait de ce fait, légitimer l'intégration d'une culture commune, ou les acteurs de soins somatiques et psychiatriques pourraient se sentir impliqués dans une démarche interdisciplinaire. L'objectif étant que le dépistage du syndrome métabolique en unités intra hospitalières psychiatriques évolue vers une prise en charge réflexe partagée par l'ensemble des professionnels et cohérente pour le patient.

IV.1.4 Collaboration et communication interprofessionnelle

La collaboration et la communication interprofessionnelle serait caractérisée comme étant décisive dans l'efficacité du dépistage du syndrome métabolique. La totalité des entretiens réalisés ciblent une défaillance dans la collaboration interdisciplinaire et principalement dans la communication. Les participants relatent cependant avoir des échanges limpides avec l'ensemble des professionnels qu'ils côtoient au quotidien dans leur pratique, mais accordent plus de difficultés quand il s'agit d'intervenants ponctuels. Dans ce cas, le terme de fragmentation et de bribes est utilisé pour caractériser la transmission de l'information. Rappelons que dans le domaine de la santé, la collaboration pourrait se définir comme une procédure conjointe, qui s'articule autour du patient et qui nécessite une

prise de décision dite partagée entre des professionnels interdépendants. (D'Amour et al., 1999, #)

La communication interprofessionnelle serait la fondation d'une bonne collaboration. Sans communication, il ne pourrait y avoir de collaboration et inversement.

Les difficultés collaboratives énoncées par les participants s'imbriquent avec les difficultés rencontrées dans la thématique, "Coordination et défaillances organisationnelles". Un nombre de facteurs déjà évoqués comme le manque de temps, la coordination psychiatre / somaticien ou la priorisation des soins sont aussi responsables de la qualité de collaboration des acteurs de santé, avec comme impact des répercussions sur la qualité des soins apportés aux patients.

Le lien hôpital / Ville a été abordé en particulier par les médecins et plus précisément les somaticiens. Le constat est clair, il y'a une absence de lien et de continuité des soins somatiques à la sortie du patient. Ce qui entraîne logiquement une rupture dans la continuité de la prise en soins somatiques. Cette défaillance serait aussi la conséquence d'un manque de collaboration, de coordination et de communication entre les professionnels de santé intra-hospitaliers et les intervenants des structures extra-hospitalières ou encore issue du médico-social. De plus, il est à préciser qu'un grand nombre de patients ne disposent pas de médecin traitant en ville, laissant à penser que l'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique, représente pour cette population la seule occasion de faire un bilan somatique. (Psycom, 2019)

L'ensemble des intervenants ayant été interrogés, pointe un dysfonctionnement des CMP et soulignent le manque d'investissement des psychiatres sur le suivi du syndrome métabolique. Il faut souligner que les centres médico-psychologiques n'impliquent pas la présence d'un médecin somaticien, ce qui détermine la responsabilité des soignants et du psychiatre pour assurer la continuité du suivi métabolique. Cette situation projette une nouvelle fois sur les représentations et le cloisonnement psychiatrie et soins somatiques, mais surtout elle accorde un intérêt à une collaboration dynamique et continue pour assurer une continuité des soins et une amélioration de la qualité de vie des patients.

Rappelons que l'hypothèse de départ était la suivante:

“Les freins et obstacles du dépistage et du suivi du Syndrome métabolique en Psychiatrie seraient majoritairement liés à un manque de coordination et de communication entre les différents professionnels de santé”

Je peux donc dire à présent, que l'hypothèse initiale est en corrélation avec certains des résultats, mais elle est cependant incomplète. Les freins ne sont pas uniquement liés à une défaillance de la coordination et de la communication entre les professionnels de santé, mais ils sont multifactoriels, marqués par un cloisonnement dans la culture psychiatrique et somatique.

IV.2 Synthèse des résultats

Rappelons que notre étude avait pour objectif principal de détecter la présence de freins en lien avec le dépistage du syndrome métabolique et son suivi au sein des unités intra hospitalières psychiatriques. Pour cela, le travail de recherche s'est orienté sur une méthodologie qualitative. Un échantillonnage hétérogène a été ciblé afin de mieux appréhender le ressenti de chaque acteur impliqué dans le dépistage et le suivi de la problématique au sein de la structure. Des entretiens ont été menés afin de définir le positionnement de chacun ainsi que les difficultés rencontrées dans les pratiques quotidiennes.

L'analyse des résultats a mis en avant 4 grandes thématiques qui englobent plusieurs facteurs. Parmi eux:

1. Coordination et défaillances organisationnelles

- Les difficultés organisationnelles
- La priorisation du soin
- La coordination Psychiatre / Somaticien
- Les difficultés liées aux Ressources Humaines
- Les difficultés liées à la planification des surveillances protocolaires

→ Actions médicales et orientation du patient après analyse des résultats

Les résultats permettent la mise en avant de différentes difficultés significatives dans la coordination, l'organisation du dépistage et du suivi du syndrome métabolique dans les unités de soins en psychiatrie, un manque de temps lié à la surcharge de travail mais aussi à une carence de personnel paramédical et médical. Une disparité entre les unités d'admissions fermées et ouvertes est notable et se caractérise de manière générale par une priorisation des soins psychiatriques au préjudice de l'aspect somatique. Aussi la coopération entre médecin psychiatre et médecin somaticien apparaît comme synonyme de cloisonnement entre les deux spécialités.

1. L'implication des acteurs de santé et l'adhésion aux soins des patients

- Implication des soignants
- L'éducation thérapeutique et la sensibilisation des patients
- la connaissance du syndrome métabolique chez les patients
- Le droit du patient
- L'adhésion du patient

Dans cette thématique, il apparaît une implication instinctive mais inégale en particulier pour le personnel soignant dans la prise en soins du syndrome métabolique. Les surveillances peuvent être réalisées de manière mécanique avec un manque de sens apporté à la pratique. L'absence d'engagement des acteurs de santé influence considérablement la coordination et impact de ce fait la prise en soins du patient. De plus, le peu voir l'absence d'éducation et de sensibilisation auprès des personnes soignées est un constat plutôt généralisé qui détériore la relation soignant / soigné. Enfin, l'adhésion du patient apparaît comme un obstacle majeur à la prise en soins, et met en avant l'aspect pathologique, ainsi que le mode de vie, et un faible niveau d'insight de certains patients.

2. La Formation comme levier à la promotion et la connaissance du syndrome métabolique

- La connaissance du syndrome métabolique chez les soignants
- La formation syndrome métabolique

L'ensemble des participants interrogés verbalisent la nécessité d'instaurer une formation théorique mais aussi pratique en lien avec le syndrome métabolique. Certains soulignent que le sujet a été abordé durant de leur formation initiale, mais n'ont pas acquis des connaissances assez solides. L'absence de formation au sein de l'établissement pourrait aussi confirmer un compartimentage entre la culture psychiatrique et la prise en soins somatiques. Aussi la mise en place d'une formation interdisciplinaire apparaît comme intéressante afin de favoriser la collaboration entre les différents acteurs.

1. La collaboration et la communication interprofessionnelle autour du syndrome métabolique

- La collaboration interprofessionnelle
- Les transmissions des informations médicales
- Lien hôpital- médecine de ville

La collaboration et la communication interprofessionnelle sont jugées encore insuffisantes malgré l'importance que les participants lui accordent. Les échanges sont décrits comme étant satisfaisants lorsqu'il s'agit d'une communication de proximité, c'est-à-dire au sein des équipes quotidiennes, mais se dégradent et deviennent fragmentés avec les professionnels extérieurs. Le lien hôpital / ville est perçu comme défaillant et se manifeste souvent par une rupture du parcours de soins somatiques lorsque le patient quitte l'hôpital. Ce dysfonctionnement, met en avant le manque d'implication des psychiatres exerçants en CMP qui, en l'absence de médecin somaticien dans cette structure extra-hospitalière, est le seul à pouvoir agir sur la problématique.

IV.3 Les limites

IV.3.1 L'échantillonnage

Précisons que cette étude avait pour ambition d'offrir une approche inductive liée à une problématique précise dans un lieux défini et sur une période déterminée. Par conséquent, l'échantillonnage de la recherche était relativement ciblé. Toutefois, subsiste un élément que l'enquêteur n'avait pas perçu au préalable. Il s'agit de la disparité entre les unités d'admissions fermées et les unités d'admission ouvertes, notamment dans la temporalité de la prise en soins et l'impact sur l'adhésion du patient.

De même qu'il puisse exister une disparité sectorielle en psychiatrie, la recherche en question a été menée sur deux pôles territoriaux et l'hôpital en compte 5. Cet élément nécessite d'être souligné, l'ensemble des pôles ne présente peut être pas la même dynamique, la même population, de ce fait, les éléments de réponses apportés pourraient diverger.

IV.3.2 Biais d'auto sélection

Nous noterons que sur six participants à la recherche, deux d'entre eux (le médecin somaticien 2 et l'ide 2) sont connus de l'enquêteur. Cela n'a pas empêché le bon déroulement des entretiens. Cependant, il est possible que le biais relationnel ait eu un impact sur la spontanéité des éléments de réponses apportés par les enquêtés.

IV.3.3 Biais d'exploration

La réalisation d'entretiens semi dirigés dans le cadre d'une démarche de recherche qualitative était une pratique nouvelle pour l'enquêteur. D'ailleurs quelques difficultés se sont présentées lors des premiers entretiens menés. La neutralité perçue comme étant un premier obstacle. Notamment avec les participants paramédicaux, avec qui l'enquêteur pouvait se sentir plus à l'aise dans le contact. La difficulté a été de ne pas orienter la réponse des participants en fonction du propre jugement de l'enquêteur. Pour le corps médical, cela a été différent, un respect hiérarchique instinctif a positionné l'enquêteur en second plan. Le temps de parole du chercheur était moins ponctuel pour laisser davantage de temps aux médecins.

IV.3.4 Biais d'interprétation

L'analyse des thématiques a été réalisée par 3 soignants exerçant la même profession d'infirmier en soins psychiatrique et en soins généraux. Même si cela a été bénéfique pour le chercheur, il est probable qu'un manque de partialité en lien avec la profession ait pu influencer l'analyse des résultats.

Il est aussi important de souligner, que l'un des entretiens n'a pu être enregistré suite au refus d'un des participants. Même si celui-ci a été retranscrit via une prise de note en abordant les idées principales et le point de vue du participant, le contenu de la retranscription peut s'avérer moins précis dans les détails.

CONCLUSION ET PERSPECTIVE

L'élaboration de cette étude est avant tout le fruit d'un constat partagé depuis quelques années d'exercice au sein de l'unité d'admission fermée dans laquelle j'ai exercé. Avec certains de mes collègues infirmiers, nous avons souvent eu des échanges autour d'une pratique souvent mécanique, des surveillances en lien avec le dépistage et le suivi du syndrome métabolique. Si le protocole de surveillance était correctement établi et les données retranscrites sur le dossier informatisé du patient, les actions mises en place semblaient peu fréquentes, voire absentes. Cette discordance entre l'existence d'un protocole de suivi et le manque d'action concrète a suscité pour moi un réel intérêt d'implication.

Avant d'entreprendre cette exploration, je ne savais pas si ce sujet était suffisamment pertinent pour être abordé dans une étude de recherche et si mon implication n'était pas disproportionnée. Pourtant l'ensemble des professionnels que j'ai eu l'occasion de côtoyer, voue un réel intérêt pour ce sujet, avec un souhait de réponses concrètes. L'existence de travail de recherche en lien avec le syndrome métabolique en psychiatrie est à noter. Cependant, peu de travaux abordent le dépistage de celui-ci dans des unités psychiatriques intra-hospitalières.

L'objectif concret de cette recherche était d'identifier l'ensemble des freins, obstacles ou encore difficultés en lien avec le dépistage du syndrome métabolique à l'hôpital psychiatrique. Le choix d'une recherche qualitative et surtout monocentrique n'est pas le fruit du hasard. L'intérêt est de partager les résultats afin de les rendre exploitables au sein de la structure concernée, en vue de faire évoluer les pratiques et d'améliorer la qualité de vie des personnes soignées.

Les résultats de ce travail mettent en avant des facteurs modifiables qui peuvent contribuer à l'évolution des pratiques. Ils ouvrent de ce fait d'autres perspectives de recherche.

“En quoi l'intégration anticipée d'une infirmière en pratique avancée dans le dépistage et le suivi du syndrome métabolique en psychiatrie intra-hospitalière représenterait-elle une amélioration pour l'organisation des soins somatiques et la qualité de prise en soins des patients?”

BIBLIOGRAPHIE

1. Bézy, O. (2009, janvier). Le silence en psychanalyse. *La revue Lacanienne*, 3, 47 à 50. <https://shs.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2009-1?lang=fr>
2. Bordier, L., Cremades, S., Dupuy, O., Mayaudon, H., & Beauduceau, B. (2009, Juin). *Obésité et syndrome métabolique : une épidémie pour le nouveau siècle*. Académie nationale de médecine. Retrieved Mars, 2025, from [https://www.academie-medecine.fr/obesite-et-syndrome-metabolique-une-epidemie-pour-le-nouveau-siecle/#:~:text=%E2%80%94%20Dans%20l%27%20A9tude%20DESI%20\(%C3%A8res%20du%20NCEP%20%5B16%5D](https://www.academie-medecine.fr/obesite-et-syndrome-metabolique-une-epidemie-pour-le-nouveau-siecle/#:~:text=%E2%80%94%20Dans%20l%27%20A9tude%20DESI%20(%C3%A8res%20du%20NCEP%20%5B16%5D)
3. Centre Hospitalier Isarien de l'Oise. (2023). *Rapport d'activité 2023*. Centre hospitalier Isarien. Retrieved Fevrier, 2025, from <https://chi-epsm-oise.fr/centre-hospitalier-isarien-presentation-historique-chiffres-cles-2/organisation/rapport-dactivite-2022/>
4. Charles, C. (2022). *Concepts de base en Santé publique : les déterminants et les indicateurs de santé*. cairn.info. Retrieved Fevrier, 2025, from <https://stm.cairn.info/reussir-tout-le-semester-2-ifs-9782311662412-page-44?lang=fr&tab=texte-integral>
5. Charte d'Ottawa. (1986, novembre). *Le texte fondateur de la promotion de la santé*. Promotion santé. Retrieved Janvier, 2025, from <https://www.promotion-sante-idf.fr/sinformer/comprendre-promotion-sante/promotion-sante-chartes-internationales>
6. Coldefy, M., Nestrigue, C., Paget, L.-M., & Younés, N. (2016, Fevrier). L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Revue Française des affaires sociales*, Pages 253. <https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-253?lang=fr>
Consolidated criteria for REporting Qualitative research. (n.d.). Wiley Online Library. https://onlinelibrary.wiley.com/pb-assets/assets/17416612/COREQ_Checklist-1556513515737.pdf
7. D'Amour, D., Sicotte, C., & Levy, R. (1999, septembre). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17, 69. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468
8. Fédération Française de cardiologie. (2021, Mai 21). *Zoom sur le syndrome métabolique*. Fédération Française de cardiologie. Retrieved Fevrier, 2025, from <https://www.fedecardio.org/je-m-informe/zoom-sur-le-syndrome-metabolique/>
9. Fédération française de psychiatrie. (2015, Juin). *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique*. Fédération Française de Psychiatrie. Retrieved Mars, 2025, from https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2023/05/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf

10. Friard, D. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2nd ed.). Mallet conseil.
<https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-205?lang=fr>
11. geyer, S. (2014). *Le programme de soins : de la dépendance à l'autonomie*. Cairn Infos. Retrieved Mars, 2025, from
<https://shs.cairn.info/revue-cliniques-2014-2-page-106?lang=fr>
12. Leclerc, C. (2020, juillet). De la carence empathique en milieu de soins. *Cahiers de Psychologie Politique*, 37.
<https://cpp.numerev.com/articles/revue-37/1553-de-la-carence-empathique-en-milieu-de-soins>
13. *Maladies cardiovasculaires - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles*. (2024, October 9). Ministère de la Santé. Retrieved Mars 25, 2025, from
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires-et-avc/article/maladies-cardiovasculaires>
14. McMorran, J., C Crowther, D., Henderson, R., McMorran, S., Prince, C., Pleat, J., Wacogne, L., & Youngmin, S. (2023, Decembre 20). *Comparaison des antipsychotiques typiques (première génération) et atypiques (deuxième génération)*. GPnotebook. Retrieved Mars, 2025, from
<https://gpnotebook.com/fr/pages/psychiatrie/comparaison-des-antipsychotiques-typiques-premiere-generation-et-atypiques-deuxieme-generation>
15. Ministère de la santé et de la prévention. (2023, Mars 3). *Santé Mentale et Psychiatrie [synthèse du bilan de la feuille de route]*. Retrieved Fevrier, 2025, from
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf
16. Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale. (1986, Mars). *Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement*. Légifrance. Retrieved Fevrier, 2025, from <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072756>
17. M. Levy, S., & Nessen, M. (2023, Novembre). *Syndrome métabolique*. MSD Manuals. Retrieved Mars, 2025, from
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-nutritionnels/ob%C3%A9sité-et-syndrome-m%C3%A9tabolique/syndrome-m%C3%A9tabolique>
18. OMS. (n.d.). *santé mentale*. Organisation mondiale de la santé. Retrieved Fevrier, 2025, from https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_1
19. OMS. (1946). *Définition de la santé*. Organisation mondiale de la santé. Retrieved Fevrier, 2025, from <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
20. Psycom. (2019, 12). *Soins somatiques et psychiatrie*. Psy-infos. Retrieved Fevrier, 2025, from
<https://www.psy-infos.fr/sites/psy-infos.fr/files/2021-01/Soins-somatiques-en-psychiatrie-2019.pdf>

21. Raoux, F. (2006, Mars/Avril). Syndrome métabolique : définitions et épidémiologie. *MT Cardio, Volume 2*, 174.
https://www.jle.com/fr/revues/mca/e-docs/syndrome_metabolique_definitions_et_epidemiologie_269146/article.phtml?cle_doc=00041B5A
22. Santé publique France. (2023, Decembre 6). *Santé mentale*. Santé publique France. Retrieved Janvier, 2025, from
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
23. Saravane, D. (2014, Fevrier). Les complications métaboliques des psychotropes. *PSN, 12*. <https://shs.cairn.info/revue-psn-2014-2?lang=fr>
24. Saravane, D., Feve, B., Frances, Y. m., Corruble, E., Lancon, C., Chanson, P., Maison, P., Terra, J. L., & Azorin, J. m. (2009, Septembre 4). *Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère*. Sciencedirect. Retrieved Fevrier, 2025, from
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700609000992>
25. Semaille, C. (2025, March 4). *Les maladies cardiovasculaires en France : un impact majeur et des inégalités persistantes*. Santé publique France. Retrieved Mars, 2025, from
<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2025/les-maladies-cardiovasculaires-en-france-un-impact-majeur-et-des-inegalites-persistantes>
26. Sonethavy, M., & Morvillers, J.-M. (2021, Avril). 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://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2021-4-page-55?lang=fr>
27. Tamisier, R., Launois, S., Pépin, J. l., & Lévy, P. (2011, Avril). *Sommeil, métabolisme et apnées*. ScienceDirect. Retrieved Fevrier, 2025, from
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1769449310000956>
28. *Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques*. (2015, janvier). ResearchGate. Retrieved Mars, 2025, from
https://www.researchgate.net/profile/Michel-Gedda/publication/268038629_Traduction_francaise_des_lignes_directrices_STARD_pour_l'ecriture_et_la_lecture_des_etudes_sur_la_precision_des_tests_diagnostiques/links/54b134560cf220c63ccf8f95/Traduction-francaise-
29. Vancampfort, D., Wampers, M., J Mitchell, A., U Correll, C., De Herdt, A., Probst, M., & De Hert, M. (2013, Octobre). *A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls*. PubMed. Retrieved Fevrier, 2025, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24096790/>

30. Vialettes, B. (2020). *Gerald M. Reaven (1928-2018) : le père du « Syndrome X », alias « Syndrome métabolique »*. Sciencedirect. Retrieved Mars, 2025, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255720001078>
31. Vidal. (2018, Aout). *Les médicaments de la schizophrénie*. Vidal. Retrieved Fevrier, 2025, from <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses/medicaments.html#:~:text=Ces%20neuroleptiques%2C%20dits%20atypiques%2C%20agissent,que%20les%20antipsychotiques%20dits%20classiques.>

TABLES DES MATIÈRES

I. Cadre théorique.....	1
I.1 Santé et Syndrome métabolique.....	1
I.1.1 La Santé.....	1
I.1.2 La Santé Mentale.....	2
I.1.3 Le Syndrome métabolique éléments cliniques.....	3
I.1.4 Prévalence et facteurs de risques.....	4
I.2 Syndrome métabolique et Troubles Psychiatriques.....	6
I.2.1 Corrélation entre traitements psychotropes et Syndrome métabolique....	7
I.3 Dépistage et suivi à l'hôpital.....	9
I.3.1 Évaluation et dépistage.....	9
II. Problématique et Méthodologie de recherche.....	12
II.1 Problématique et Hypothèses.....	12
II.1.1 Identification du problème.....	12
II.1.2 Hypothèses Principales.....	13
II.2 Objectifs de la recherche.....	14
II.2.1 Les pratiques actuelles.....	14
II.2.2 Identification des freins et des leviers.....	14
II.3 Méthodologie.....	14
II.3.1 Choix de la méthode.....	14
II.3.2 Structure.....	16
II.3.3 Échantillonnage de la recherche et recrutement.....	18
II.3.4 Les Entretiens.....	19
II.3.5 Retranscription des données.....	20
Tableau N°4 : Thématiques Retenues.....	21
III Résultats et analyses.....	22
III.1 Synthèse des données de résultats.....	23
III.2 Analyse des données et dysfonctionnement.....	24
III.2.1 Coordination et défaillance organisationnelle.....	24
III.2.1.1 Difficultés organisationnelles liées au manque de temps.....	24
III.2.1.2 Priorisation du soins.....	25
III.2.1.3 Coordination psychiatre somaticien.....	26
III.2.1.4 Difficultés Ressources Humaines.....	27
III.2.1.5 Difficultés lors de la planification des surveillance protocolaire....	28
III.2.1.6 Actions médicales après analyse et orientation du patient.....	29
III.2.2 Implication des acteurs de santé et adhésion aux soins des patients..	30
III.2.2.1 Implication des soignants.....	30
III.2.2.2 Education thérapeutique / sensibilisation des patients.....	32

III.2.2.3 Connaissance du syndrome métabolique chez les patients.....	33
III.2.2.4 Droit du patient et adhésion aux soins.....	34
III.2.3 La formation comme levier à la promotion et la connaissance du syndrome métabolique.....	35
III.2.3.1 Connaissance du syndrome métabolique chez les soignants.....	36
III.2.3.2 Formation suivi métabolique.....	37
III.2.4 Collaboration et communication interprofessionnelle autour du syndrome métabolique.....	38
III.2.4.1 Collaboration interprofessionnelles.....	38
III.2.4.2 Transmissions des informations médicales.....	39
III.2.4.3 Lien hôpital / médecine de ville.....	41
IV DISCUSSIONS.....	41
IV.1 Discussion des résultats et perspectives.....	42
IV.1.1 Coordination et défaillances organisationnelles.....	42
IV.1.2 Implication des acteurs de santé et adhésion du patient.....	43
IV.1.3 La formation comme levier à la promotion et connaissance du Syndrome métabolique.....	45
IV.1.4 Collaboration et communication interprofessionnelle.....	46
IV.2 Synthèse des résultats.....	48
IV.3 Les limites.....	50
IV.3.1 L'échantillonnage.....	50
IV.3.2 Biais d'auto sélection.....	51
IV.3.3 Biais d'exploration.....	51
IV.3.4 Biais d'interprétation.....	51

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

ANNEXES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

- Figure N°1 : Facteurs et critères du Syndrome métabolique
- Figure 2 : Comparaison des critères métabolique d'une population schizophrénique médicamenteuse versus une population générale (Vancampfort et al., 2013)
- Figure 3 : Psychiatrie Adulte - files actives de consultations en CMP. (Centre Hospitalier Isarien de l'Oise, 2023)
- Tableau N°1 : Critères du Syndrome métabolique (M. Levy & Nessen, 2023)
- Tableau N°2 : Prévalence des facteurs de risque d'une population psychiatrique vs une population générale.
- Tableau N°3 : File active des patients hospitalisés en Hospitalisation complète (HC), temps partiels TP) et des actes. (Centre Hospitalier Isarien de l'Oise, 2023)
- Tableau N°4 : Thématiques retenues
- Tableau N°5 : Grandes thématiques
- Tableau N°6 : Synthèse des résultats de l'analyse

ANNEXES

ANNEXE 1- Grille Coreq

Traduction française de la grille COREQ			
N -	Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Fabien MAS
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	IDE
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Infirmier Etudiant en Pratique Avancée
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Master 2 IPADE
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui, pour 2 d'entre eux
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Sujet et objectifs de la recherche
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Formation en cours
Domaine 2 : Conception de l'étude			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse thématique inductive
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Échantillonnage dirigé
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Par courriel pour 3 d'entre eux + face à face pour les 3 autres et par téléphone avec investigateur pour fixer les rendez-vous
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	6
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Lieu de travail
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

1 6	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Exerçant dans la même structure, en intra-hospitalier, unité ouverte et fermée
1 7	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui guide d'entretien réalisé par le chercheur Grille testée une fois
1 8	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
1 9	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
2 0	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui pour un entretien car refus d'être enregistré via un dictaphone
Domaine 3 : Analyse et résultats			
2 1	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Entre 25 à 40 min
2 2	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
2 3	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
2 4	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
2 5	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
2 6	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir de codages
2 7	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun
2 8	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
2 9	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
3 0	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
3 1	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
3 2	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion sur des thèmes secondaires ?	Oui

(Traduction Française Des Lignes Directrices STARD Pour L'écriture Et La Lecture Des études Sur La Précision Des Tests Diagnostiques, 2015)

ANNEXE 2 Grille d'entretien

Prise en soins du syndrome métabolique en psychiatrie Grille d'entretien

Avant de débiter, pouvez-vous parler de votre fonction au sein de l'hôpital ?

Thématique 1 : Appréhension du syndrome métabolique en psychiatrie

“Quels liens faites-vous entre le syndrome métabolique et les pathologies psychiatriques ?”

Relances potentielles :

- Selon vous, pourquoi est-il important de s'intéresser au syndrome métabolique chez les patients psychiatriques ?
- Comment cette problématique est-elle perçue par l'ensemble des soignants dans l'unité ?

Thématique 2 : Mise en place et organisation des surveillance en lien avec le syndrome métabolique.

“Pouvez-vous décrire comment la surveillance du syndrome métabolique est organisée dans votre service ?”

Relances potentielles :

- Qui est principalement chargé de la surveillance des paramètres métaboliques ?
- Quels outils, ou protocoles, utilisez-vous pour suivre les patients à risque ?
- Comment est assuré le suivi des résultats d'examens ?
- Y a-t-il des moments spécifiques où la surveillance est renforcée ?

Thématique 3 : Décision et prise en soins après détection du syndrome métabolique.

“Quand un syndrome métabolique est détecté chez un patient, comment la prise en charge est-elle décidée et mise en œuvre ?”

Relances potentielles :

- Quels sont les acteurs impliqués dans la prise en charge après la détection d'un risque métabolique ?
- Quelles orientations sont proposées aux patients ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous lorsqu'il s'agit de passer de la surveillance à une prise en charge concrète ?
- Que manque-t-il selon vous, pour assurer une prise en charge plus fluide et efficace ?

Thématique 4 : Facteurs favorable et contraignant dans la gestion du syndrome métabolique.

“Qu’est-ce qui facilite ou au contraire complique la gestion du syndrome métabolique dans votre pratique quotidienne ?”

Relances potentielles :

- Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez ?
- Que pensez-vous des ressources spécifiques (temps, outils, formation) mises à disposition dans le cadre de la prise en charge du syndrome métabolique ?
- Que pourrait-on améliorer dans l'organisation ou dans les moyens pour mieux gérer cette problématique ?

Thématique 5 : Qualité de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en soins du syndrome métabolique.

“Comment collaborez-vous avec les autres professionnels de santé pour gérer le syndrome métabolique chez vos patients ?”

Relances potentielles :

- Quels échanges avez-vous avec d'autres professionnels sur cette problématique ?
- Qu'est-ce qui fonctionne bien dans cette collaboration ?
- Selon vous quelles seraient les pistes prioritaires pour renforcer cette collaboration ?

Conclusion :

“Souhaitez-vous ajouter un dernier point ou partager une réflexion qui n'a pas été abordée pendant cet entretien ?”

AUTEUR (E) : Nom : MAS

Prénom : Fabien

Date de soutenance : 02/07/2025

Titre du mémoire : Dépistage et suivi du syndrome métabolique dans les structures

intra-hospitalière psychiatrique : contribution de l'IPA à la fluidité des parcours de soins

Mot-clés libres : Psychiatrie, syndrome métabolique, dépistage, Infirmier pratique avancée

Contexte : Le syndrome métabolique représente un problème de santé majeur, en particulier dans le domaine de la psychiatrie, où les patients présentent un risque accru en raison des effets secondaires des médicaments psychotropes, et des comorbidités .

Ce travail de recherche met en lumière les difficultés et les freins que rencontrent les acteurs de santé en intra-hospitalier face au dépistage du syndrome métabolique et présente l'aspect bénéfique que pourrait apporter une Infirmière de pratique avancée.

Méthodologie : Une approche qualitative a été adoptée, des entretiens semi-structurés avec des psychiatres, somaticiens et infirmiers ont été menés. Une analyse des données inductive des prises en soins des patients en milieu psychiatrique a été effectuée afin d'identifier les stratégies pour dépister, surveiller, éduquer et orienter les patients.

Résultats : Les résultats démontrent que les difficultés rencontrées par le personnel médical et paramédical sont multifactorielles. 4 grandes thématiques ont été retenues (la défaillance organisationnelle, l'implication des soignants et l'adhésion des malades, la formation et la promotion du syndrome métabolique et la collaboration interprofessionnelle).

Discussion: La discussion de ce travail de recherche appréhende les résultats en optimisant les futures pratiques et inclut l'implication d'un infirmier en pratique avancée au dépistage, au suivi et notamment au lien hôpital / ville.

Background: Metabolic syndrome represents a major health problem, particularly in the field of psychiatry, where patients are at increased risk due to the side effects of psychotropic medications and comorbidities.

This research highlights the challenges and obstacles faced by healthcare professionals in in-hospital settings when screening for metabolic syndrome and highlights the potential benefits of an Advanced Practice Nurse.

Methodology: A qualitative approach was adopted, involving semi-structured interviews with psychiatrists, somatic specialists, and nurses, and an inductive data analysis of patient care in psychiatric settings to identify strategies for screening, monitoring, educating, and referring patients.

Results: The results demonstrate that the difficulties encountered by medical and paramedical staff are multifactorial. Four main themes were identified: organizational failure, caregiver involvement and patient adherence, metabolic syndrome education and promotion, and interprofessional collaboration.

Discussion: The discussion of this research explores the results by optimizing future practices and includes the involvement of an advanced practice nurse in screening, monitoring, and particularly the hospital/community link.

Directeur de mémoire : ANGOT Marine