

Schizophrénie et diabète



© Stocklib – Mindof.

La prévalence du diabète est nettement plus élevée chez les patients souffrant de schizophrénie qu'en population générale. L'enjeu est de mettre en place un dépistage et un suivi régulier et de développer une coopération active entre les différents intervenants.

Par Annelise Galloyer-Fortier,
Psychiatre, Centre de santé mentale angevin
(Cesame), Angers.

Les liens entre schizophrénie et diabète ne sont pas récents. La nature de l'association entre les deux pathologies est complexe, multiple et actuelle. Elle suscite de nombreuses interrogations et soulève plus particulièrement le problème des pathologies induites par les traitements psychotropes, notamment le diabète de type 2.

On distingue principalement deux types de diabète : le diabète de type 1 insulino-dépendant (encore appelé diabète maigre ou diabète juvénile) et le diabète de type 2 non insulino-dépendant (encore appelé diabète gras ou diabète de la maturité).

Les patients souffrant de schizophrénie développent principalement un diabète de type 2, dont les complications sont sévères : coronaropathie, rétinopathie, néphropathie, neuropathie, artériopathie, accident vasculaire cérébral...

La prévalence du diabète de type 2 dans les populations de patients schizophrènes est de 10 à 15 % contre 3 à 5 % dans la population générale du même âge (1).

Facteurs de risque

Chez des patients schizophrènes, la survenue de diabète inclut plusieurs facteurs :

- L'hypothèse d'une vulnérabilité génétique est soutenue par la plus grande fréquence des antécédents familiaux de diabète de type 2 dans la population schizophrène qu'au sein de la population générale : un patient sur trois présente en effet de tels antécédents (2).

- La forte prévalence du diabète de type 2 chez les patients schizophrènes pourrait être liée à celle de l'obésité chez ces mêmes patients, même si la survenue de diabète de type 2 sans surpoids a été rapportée.

- D'autres éléments prédisposant seraient impliqués : habitudes de vie (mauvaise hygiène alimentaire, repli et sédentarité, ralentissement et manque d'activité physique), prise de substances psychoactives, traitements anti-psychotiques. Ces médicaments induiraient une prise de poids et des effets directs sur la sensibilité à l'insuline (insulinorésistance) et sur le transport du glucose.

Articuler soins psychiques et somatiques

L'interface complexe entre schizophrénie et diabète interroge les perspectives de prévention cardiovasculaire au sein de cette population à risque, leurs modalités d'application, les conséquences en termes de qualité et d'organisation des soins interdisciplinaires somatiques et psychiatriques, et la nécessaire collaboration entre médecins généralistes, endocrinologues, cardiologues et psychiatres. Outre l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie inhérente de ces patients, le dépistage annuel du diabète et des maladies cardiovasculaires participerait à un probable allongement de leur durée de vie et réduirait les coûts du traitement des complications du diabète de type 2, voire des maladies cardiovasculaires. Plusieurs études (3, 4) soulignent par ailleurs la mauvaise qualité des soins offerte aux patients souffrant de schizophrénie et invoquent différents motifs :

- la maladie schizophrénique fait peur. Elle stigmatise le patient et diminue les opportunités de dépistage et de prévention du risque cardiovasculaire ;
- les patients schizophréniques ont un accès limité aux services de médecine générale, ce qui ne favorise pas le dépistage et la prise en charge adaptée du diabète et de ses conséquences. Ils sont encore trop souvent pris en charge exclusivement par les services de psychiatrie ;
- ces patients ont des difficultés relationnelles et expriment parfois au médecin traitant une demande médicale floue. Leur tendance au repli peut être un obstacle aux soins généraux. C'est donc aux services de psychiatrie de formuler clairement une demande de collaboration pour les soins somatiques.

L'articulation des soins psychiques et physiques reste donc à améliorer. Comment les professionnels de la santé peuvent-ils aider un patient désorganisé, délirant ou halluciné à gérer son équilibre glycémique ? Dans ce contexte, comment lui proposer un régime alimentaire équilibré et comment organiser son suivi diabétologique ?

Une prise en charge adaptée

Les recommandations actuelles pour les patients souffrant de schizophrénie (5) visent surtout à :

• Dépister et évaluer

- L'anamnèse et l'examen clinique devraient, dès lors, intégrer les éléments :
- anamnestiques (antécédents personnels et familiaux de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2, habitude tabagique et

de substances psychoactives, mauvaise hygiène alimentaire, inactivité physique, traitement par psychotropes, antipsychotiques...);

- cliniques (poids et taille afin de calculer l'indice de masse corporelle [IMC = poids/taille²], tour de taille, pression artérielle, fréquence cardiaque et pulmonaire, pouls pédieux);
- biologiques (glycémie à jeun, lipides sanguins à jeun : cholestérol total, triglycérides, cholestérol);
- électrocardiographiques (5).

• Informer le patient

Avant de débuter un traitement antipsychotique, il faut informer les patients des facteurs de risque modifiables et des effets secondaires du traitement prescrit. Cette information, aussi claire et simple que possible, doit inclure le risque de diabète ou d'intolérance au glucose, de prise pondérale et les mesures préventives à envisager (mesures hygiéno-diététiques, baisse de la consommation de tabac et d'alcool, exercice physique...). L'accent sera mis sur les effets métaboliques du traitement antipsychotique sans oublier les effets neurologiques, cardiologiques et endocriniens classiques à la phase initiale et active de la maladie psychiatrique. Si le patient n'est pas en mesure d'entendre cette information, celle-ci concerne alors l'entourage familial et/ou la personne de confiance.

• Assurer le suivi

Dans le cadre du suivi psychiatrique, avec la prescription d'antipsychotiques, le psychiatre surveillera régulièrement le poids, l'IMC, la glycémie à jeun, le bilan lipidique du patient (6). Lorsque l'état du patient est stabilisé, une éventuelle consultation complémentaire auprès d'un tabacologue, voire addicologue est alors indiquée. Le suivi repose sur la répétition régulière des évaluations cliniques, biologiques et électrocardiographiques.

Une fois le diabète déclaré ou lorsque d'autres facteurs de risque cardiovasculaires sont présents, une surveillance attentive et rapprochée sera proposée et organisée en accord avec le patient et en articulation avec le médecin traitant, voire le service d'endocrinologie. Une prise en charge pharmacologique complémentaire aux mesures hygiéno-diététiques, identique à celle mise en œuvre dans la population non psychiatrique, sera initiée (hypoglycémiant ou insuline) et une éducation thérapeutique mise en place.

• Collaborer avec les somaticiens

La santé physique des sujets souffrant de schizophrénie est à intégrer dans une prise en charge globale. La dimension psychiatrique prévalente des soins ne doit pas empêcher une évaluation physique initiale

et régulière. Ces recommandations impliquent de probables modifications d'organisation des soins et d'interfaces de compétences et de coordination entre professionnels de santé ainsi qu'une collaboration étroite entre psychiatre, médecins traitants, spécialistes (cardiologue, endocrinologue). Il est nécessaire que le médecin prescripteur soit à l'origine des examens biologiques, tant pour le bilan initial qu'en suivi.

Les psychiatres sont souvent les mieux placés pour coordonner l'évaluation et la prise en charge du risque de maladie cardiovasculaire dans cette population spécifique, idéalement dans le cadre d'un accord de soins partagés avec les services de santé généraux et spécialisés. Une collaboration avec les infirmières libérales ou des services de diabétologie peut être précieuse, soutenant et rassurante pour les patients.

Les diététiciennes des services de psychiatrie, habituées aux échanges avec les patients souffrant de schizophrénie, peuvent les aider à construire de nouvelles habitudes alimentaires : conseils, réalisation de menus. Les groupes de patients sur les thèmes de la santé physique et de l'alimentation fonctionnent bien en centres de jour et l'on constate que les patients se sentent très concernés par leurs problèmes de santé.

Ce texte est issu d'un article déjà paru dans *Santé mentale* n° 157, avril 2011.

1- Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities : implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl.7) : 4-18.

2- Shanker J, Kanjilal S, Rao VS, Perumal G, Khadrinarasimhiah NB, Mukherjee M, Iyengar SS, Kakkar VV. Adult nontwin sib concordance rates for type 2 diabetes, hypertension and metabolic syndrome among Asian Indians : the Indian Atherosclerosis Research Study. *Vasc Health Risk Manag* 2007; 3(6) : 1063-1068.

3- De Hert M, Falissard B, Mauri M, et al. Epidemiological study for the evaluation of metabolic disorders in patients with schizophrenia : The METEOR Study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008; 18(Suppl.4) : S444.

4- Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia : data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res* 2006; 86 : 15-22.

5- De Hert M, Dekker JM, Wood D, et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009; 24 : 412-424.

6- Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. *Mise au point*, 26 avril 2010; www.ansm.sante.fr