

# Handicap psychique et surcharge pondérale



**« Fous et gros » !  
Les patients atteints de  
troubles mentaux subissent  
une double stigmatisation,  
liée à la maladie et aux  
problèmes de poids  
associés. Insuffisamment  
traitée, cette surcharge  
pondérale entraîne  
complications et surmortalité.**

**Par Djéa Saravane,**

Médecin interniste, Président de l'Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale (ANP3SM)

En psychiatrie, surcharge pondérale et obésité (1) sont particulièrement fréquentes (2). Ces problèmes de surpoids ont des conséquences graves sur le plan somatique (diabète, troubles cardio-vasculaires) mais aussi psychosocial (découragement, aggravation du retrait social, stigmatisation, risque d'interruption du traitement, de rechute et de réhospitalisation). Ils sont en partie liés à une alimentation déséquilibrée, à un mode de vie sédentaire, à un accès aux soins souvent limité, et à la maladie elle-même. L'âge, le sexe, les antécédents familiaux et personnels ainsi que les traitements interviennent également (3, 4, 5). Dans ce contexte, l'espérance de vie est réduite de 20 % comparée à celle de la population générale. Pourtant, et malgré ce constat, « *la psychiatrie a tendance à ne s'intéresser qu'aux manifestations psychiques de la maladie mentale et à écarter la dimension somatique.* » (6)

## Une problématique complexe

**Rémi, 29 ans**, est hospitalisé en psychiatrie pour un premier épisode psychotique aigu avec troubles du comportement. Au bout de 48 heures, le psychiatre introduit un traitement antipsychotique. À son admission, Rémi ne présente aucune anomalie clinique, ni biologique, et son indice de masse corporelle (IMC) (1) est normal. Après 12 jours d'hospitalisation, l'équipe constate un accroissement de l'appétit de Rémi, qui réclame des rations supplémentaires, grignote en dehors des repas (boissons sucrées et gâteaux au distributeur de la cafétéria) et passe son temps devant la télévision. Une pesée est organisée pour tous les patients du service. Rémi a pris 3,5 kg en quinze jours...

Depuis les années 1950 et la découverte des neuroleptiques, la prise de poids constitue un effet secondaire fréquent des traitements instaurés en psychiatrie. Les psychotropes

agissent en effet sur de nombreux organes et diverses structures cérébrales impliquées dans les mécanismes complexes de la régulation de l'appétit et de la dépense énergétique. Les antipsychotiques (derniers nés des neuroleptiques) possèdent en particulier des mécanismes d'action qui stimulent la prise alimentaire. Une prise de poids

lorsque coexistent au moins trois des facteurs suivants :

- obésité abdominale (critère obligatoire parmi les trois);
- hypertension artérielle;
- augmentation des triglycérides;
- diminution du HDL-cholestérol;
- hyperglycémie ou diabète.

ou continue à augmenter malgré les efforts du patient. Il faut toujours tenir compte du contexte psychiatrique et la question du meilleur compromis entre le bénéfice espéré d'une molécule et les effets secondaires attendus devra toujours être soulevée.

- Une thérapie cognitivo-comportementale, peut participer au maintien d'une perte

## “ La prise de poids associée aux psychotropes reste difficile à maîtriser et encore plus à inverser. Elle doit donc être prévenue. »

survient alors fréquemment et de façon précoce. Elle s'accroît avec le temps, son importance diffère d'une molécule à l'autre et elle peut conduire à une mauvaise observance du traitement.

La prise de poids est donc largement constatée, aussi bien en cas de troubles bipolaires que dans la schizophrénie. La prévalence de l'obésité chez les patients schizophrènes est ainsi trois fois supérieure à celle de la population générale (7). On sait également que les patients schizophrènes ont un IMC (1) plus élevé que la population générale. Il s'agit d'un facteur de risque primaire, c'est-à-dire déjà présent chez eux avant tout traitement. Ils auraient par ailleurs, indépendamment de toute prise de psychotropes, une vulnérabilité génétique responsable d'un hyperinsulinisme avec insulino-résistance (7). Des causes multiples expliquent donc cette surcharge pondérale, citons également :

- un niveau socio-économique bas et une difficulté d'accès aux soins;
- une hygiène alimentaire déficiente avec une consommation excessive en graisses et en sucres et un régime pauvre en fibres;
- des troubles du comportement alimentaire avec hyperphagie anxio-lytique par régression orale;
- une inactivité;
- un défaut de mesures préventives car les soignants craignent souvent d'imposer des frustrations additionnelles à ces patients.

### Le syndrome métabolique

Depuis quelques années, des études ont montré que les antipsychotiques, à des degrés divers, exposent plus particulièrement les patients atteints de schizophrénies, de troubles bipolaires, mais aussi de dépression, au risque de survenue d'un syndrome métabolique (8). Les publications font état d'une prévalence de ce syndrome de 30 à 60 % en cas de schizophrénies et de 30 % en cas de troubles bipolaires. Ce syndrome associe diverses anomalies clinico-métaboliques et le diagnostic est porté

Le principal facteur de risque prédictif reste l'obésité abdominale, c'est-à-dire l'accumulation pathologique de graisse périviscérale qui peut être détectée facilement en mesurant le périmètre abdominal. Ces perturbations permettent de repérer les patients à risque élevé de développer des complications métaboliques et cardio-vasculaires.

### Prévenir, dépister, traiter

La multiplicité des traitements utilisés chez ces patients rend difficile la mise en évidence de risques spécifiquement liés à une molécule. Cependant, certains antipsychotiques restent plus volontiers associés à la survenue de complications métaboliques. Des recommandations pour l'évaluation et le suivi des patients traités par antipsychotiques (5, 9) visent surtout à dépister les personnes les plus à risque métabolique et cardio-vasculaire, à les évaluer et à assurer leur suivi. La prise de poids associée aux psychotropes reste en effet difficile à maîtriser et encore plus à inverser. Elle doit donc être prévenue.

**Le dépistage** porte surtout sur les facteurs médicaux (surcharge pondérale, anomalies lipidiques et glucidiques, hypertension artérielle) et comportementaux (mauvaise hygiène alimentaire, tabagisme, inactivité physique)

**La surveillance** s'exerce sur le poids et les mensurations (taille, périmètre abdominal), la pression artérielle et les constantes biologiques à la recherche d'anomalies lipidiques et glucidiques.

**La conduite à tenir** comporte plusieurs mesures psychoéducatives :

- Des conseils hygiéno-diététiques.
- Le recours à un régime simple peut être proposé sous contrôle strict diététique avec un objectif à terme de perdre 10 % du poids initial, combiné à une activité physique régulière. Cela permet une réduction de l'adiposité abdominale, améliore fonction cardio-respiratoire, taux de glucose et de lipides sanguins.
- Le changement thérapeutique pour une molécule à effets secondaires moindres peut s'avérer nécessaire quand le poids reste élevé

pondérale à long terme. Elle requiert cependant une conscience des processus physiques et émotionnels liés à l'alimentation.

- Des groupes psychoéducatifs permettent d'informer et de guider les patients dans leurs efforts de meilleure compliance aux soins, et donc de stabilisation.

### En conclusion

En psychiatrie, le dépistage et la surveillance des problèmes liés au surpoids s'appuient sur une collaboration étroite entre psychiatres, somaticiens et professionnels de santé à la recherche systématique des facteurs de risque et des effets secondaires du traitement. Il faut si possible favoriser la prise en charge en milieu conventionnel mais la place de l'hôpital psychiatrique reste capitale pour assurer les soins somatiques aux plus fragiles. Reste que les établissements psychiatriques dotés d'une unité somatique structurée sont encore rares et les organisations fragiles. Il est donc indispensable d'intensifier les efforts dans ce domaine afin de réduire les inégalités d'accès aux soins des patients psychiatriques.

1– La corpulence d'un individu est évaluée par l'Indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en m). Un sujet est en surpoids quand l'IMC est située entre 25 et 30 kg/m<sup>2</sup>, au-delà il est atteint d'obésité.

2– Cassuto D. Épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, complications, traitement de l'obésité. *Impact Internat* 1994; 14 : 243-52.

3– Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar et al. Schizophrenia and increase risk of cardiovascular disease. *Am Heart J*, 2005; 150 : 1115-1121.

4– Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. *Mise au point. Afsaps*, mars 2010.

5– Saravane D, Fève B, Frances Y et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale*, 2009; 35 : 330-339.

6– Couty E. Missions et organisation de la santé mentale en psychiatrie. *Rapport de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, janvier 2009.*

7– Galloyer A. Surpoids et schizophrénie. *In Santé mentale* n° 120, septembre 2007.

8– Saravane D. Le syndrome métabolique. *In Santé mentale* n° 120, septembre 2007.

9– American Diabetes Association, American Psychiatry Association, American Association of Clinical Endocrinologists et al. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*, 2004; 7 : 596-601.