

## INTRODUCTION

Le diabète est un état d'hyperglycémie chronique, dû à un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage de sucres apportés par l'alimentation et produits par l'organisme. Cette maladie apparaît quand le corps n'est plus capable d'utiliser le glucose dans le sang pour donner de l'énergie soit parce que le pancréas ne synthétise pas assez d'insuline soit parce que l'insuline disponible n'est pas efficace. On distingue en général deux types de diabète, le diabète de type 1 et le diabète de type 2. C'est une maladie chronique multifactorielle et complexe qui frappe une fraction importante de la population. Le 6 Avril 2016, l'OMS a publié que 422 millions d'adultes vivent avec le diabète. Cet effectif pourrait augmenter de 592 millions en 2035 [1]. A Madagascar, 372 000 cas ont été diagnostiqués en 2015 [2].

Le diabète et l'anxiété/dépression sont associés à la morbidité et à la mortalité prématurée, et quand ces conditions coexistent, le risque de développer les complications, la souffrance du patient et le coût associé, s'accroissent [3,4]. La relation entre dépression et maladies graves est bien documentée et semble être réciproque: les maladies chroniques augmentent l'incidence de la dépression et la dépression peut favoriser l'aggravation ou la chronicisation des maladies [5,6]. La dépression désigne un état de tristesse pathologique. Elle est différente de la tristesse normale par la souffrance excessive, par sa durée et son intensité, et sa relation peu claire et exagérée avec les événements de vie [7].

Diabète et dépression sont deux pathologies fréquentes et fortement associées. Les sujets diabétiques ont deux fois plus de risque de développer un syndrome dépressif que les non-diabétiques. Les personnes atteintes de diabète et de dépression en même temps ont souvent plus de mal à suivre leur traitement antidiabétique ; par conséquent, elles présentent un mauvais contrôle métabolique, un taux de complications plus élevé, une qualité de vie plus basse ainsi qu'un risque de mortalité plus élevé [8].

L'anxiété est une émotion courante, susceptible d'être éprouvée par tout individu. Elle se caractérise par un sentiment désagréable de crainte, d'appréhension et de mise en alerte, presque toujours associé à des symptômes neurovégétatifs [8].

Anxiété et dépression sont deux pathologies psychiatriques fréquentes même en population générale, mais qui nécessitent une prise en charge adéquate afin d'éviter l'apparition des complications voire suicide du patient. A Madagascar peu d'études ont été menées concernant l'anxiété et la dépression chez les patients diabétiques Malgache. C'est pour cette raison que nous nous sommes proposés d'effectuer cette étude dont l'objectif est d'analyser les aspects épidémiocliniques des troubles anxio-dépressifs chez les patients diabétiques afin d'améliorer leur prise en charge.

Pour atteindre ces objectifs, nous verrons successivement :

- Dans la première partie la revue de la littérature,
- En deuxième partie la méthodologie ainsi que les résultats
- En troisième partie la discussion et les suggestions avant la conclusion

\*

## **PREMIERE PARTIE : RAPPELS**

## **I. Généralité sur le diabète**

### **I.1. Définition**

Le diabète sucré est défini comme un groupe de maladie métaboliques caractérisé par la présence d'hyperglycémie chronique résultant soit d'une déficience de sécrétion d'insuline ou insulinopénie, soit d'une anomalie de l'action de l'insuline sur les cellules cibles ou insulino-résistance, soit de l'association des deux mécanismes [9].

### **I.2. Epidémiologie**

Le diabète sucré est l'affection endocrinienne la plus fréquente dans le monde. Etant donné la généralisation du mode de vie sédentaire, la consommation d'aliments riches en sucres et en graisses et le vieillissement de la population, sa fréquence croît de manière galopante.

En 2013, la Fédération Internationale de Diabète estime le nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde à 382 millions contre 194 millions en 2003 [10].

Il est estimé que d'ici 2035, 592 millions de personnes seront diabétiques [11,12]. Par ailleurs, le diabète constitue, de nos jours, un véritable fardeau pour les pays du tiers monde puisque 3 diabétiques sur 4 vivent dans les pays à faibles et moyens revenus [13].

Pour le cas de Madagascar, d'après la dernière statistique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le diabète atteint 5 à 8% de la population malgache [14]. Selon le dépistage fait en Octobre 2015, le taux était de 7,54% sur les 275 personnes qui ont fait la consultation [15].

### **I.3. Diagnostic**

- Les critères de diagnostic du diabète sont [4]: soit un taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) supérieure ou égale à 6,5%,
- soit une glycémie à jeun supérieure ou égale à 126mg/dl (7mmol/l) après un jeûne d'au moins 8 heures,

- soit un syndrome polyuro-polydyspique associé à une glycémie à n'importe quelle heure de la journée supérieure ou égale 200mg/dl (11,1mmol/l),
- soit une glycémie supérieure ou égale à 200mg/dl (11,1mmol/l), deux heures après une charge orale de 75g de glucose lors d'un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO).

#### **I.4. Classification**

Le diabète peut être classé en [4] :

- diabète de type 1
- diabète de type 2
- autres types de diabète
- diabète gestationnel

##### **I.4.1. Diabète de type 1**

Ce type concerne 5 à 10% des sujets diabétiques. Il découle d'une destruction, soit d'origine auto-immune, soit idiopathique, des cellules beta-pancréatiques aboutissant à une insulino-pénie absolue et définitive. Ce type de diabète peut apparaître à tout âge mais le plus souvent pendant l'enfance et l'adolescence. Le sujet souffrant d'un diabète de type 1 est insulino-dépendant à vie.

##### **I.4.2. Diabète de type 2**

Ce type est lié à une résistance à l'insuline et à une insulino-pénie relative. On assiste initialement à un état d'hyperinsulinisme pour combattre l'insulinorésistance. Plus tard, l'insulinorésistance progresse et la sécrétion d'insuline par les cellules beta-pancréatiques n'est plus suffisante pour maintenir une normo glycémie d'où une insulino-pénie relative puisqu'au cours d'un diabète de type 2 persiste toujours une insulinosécrétion résiduelle.

Ce type de diabète est le plus fréquent car représente environ 95% de l'ensemble des cas de diabète recensés dans le monde. En règle générale, il concerne

des individus d'âge moyen ou plus avancé, mais peut toucher également les enfants, les adolescents et les jeunes adultes en surpoids.

L'âge avancé, le surpoids, la sédentarité, l'antécédent personnel de diabète gestationnel et l'hérédité sont autant de facteurs influençant la survenue de ce type de diabète.

Son traitement fait appel initialement à des antidiabétiques oraux visant soit à diminuer l'insulinorésistance soit à augmenter la sécrétion d'insuline. Plus tard, lorsque les sécrétions d'insuline baissent fortement, le traitement consistera à une insulinothérapie.

### **I.4.3. Autres types de diabète spécifique**

Ses principales causes sont :

- les anomalies génétiques de la fonction des cellules beta-pancréatiques (MODY : Maturity Onset Diabetes of Young),
- les anomalies génétiques dans l'action de l'insuline (insulinorésistance de type 1),
- les maladies du pancréas exocrine (pancréatites chroniques, cancers du pancréas, ...),
- les endocrinopathies (hypercorticisme, acromégalie),
- les diabètes induits par les médicaments et toxiques chimiques (diurétiques thiazidiques, corticothérapies),
- les infections (rubéoles congénitales),
- les formes rares de diabète d'origine autoimmune (Stiff Man Syndrom),
- et les autres syndromes génétiques parfois associés au diabète (ataxie de Friedreich).

### **I.4.4. Diabète gestationnel**

C'est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse,

quel que soit le traitement nécessaire et quelle que soit son évolution après l'accouchement. Ce type de diabète complice 3 à 6% de grossesse.

### **I.5. Manifestations cliniques**

La carence en insuline et/ou l'insulinorésistance sont responsables d'une hyperglycémie. Il s'ensuit une glycosurie à effet hyper osmotique et à l'origine d'une polyurie suivie d'une déshydratation. Cette déshydratation est compensée par une polydipsie [16].

Par ailleurs, les cellules en situation de jeûne, du fait de la carence insulinique, cherchent d'autres substrats énergétiques. Ce qui explique l'amaigrissement contrastant avec la polyphagie.

Le syndrome cardinal du diabète associé, à un degré variable, une polyurie polydipsie, un amaigrissement et une polyphagie.

### **I.6. Complications**

Le diabète expose à des complications à la fois aiguës d'ordre métabolique constituant des urgences médicales (céto-acidose diabétique, syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire, acidose lactique et hypoglycémie) et surtout chroniques, d'ordre dégénérative faisant la gravité à long terme de la maladie [14,17].

Ces complications chroniques sont essentiellement des atteintes vasculaires, d'ordre micro et macro- angiopathique.

Les complications micro-angiopathiques sont : la rétinopathie diabétique, la néphropathie diabétique et la neuropathie diabétique. Elles sont spécifiques du diabète.

Les complications macro-angiopathiques sont : la coronaropathie diabétique, l'artérite oblitérante des membres inférieurs, la macro-angiopathie carotidienne et l'accident vasculaire cérébral. Elles sont dues à l'association fréquente du diabète avec les autres facteurs de risques cardio-vasculaires (hypertension artérielle, âge, tabagisme) et concernent avant tout, le diabète de type 2.

## **II. Troubles anxieux et dépressifs**

### **II.1. Dépression**

#### **II.1.1. Définition**

Selon l’OMS, la dépression est un trouble mental courant qui présente une humeur dépressive, une perte d’intérêt ou du plaisir, une baisse d’énergie, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, un trouble du sommeil ou de l’appétit et un manque de concentration [18].

Elle est associée à un état particulier de distance avec le monde, comportant une perte de l’affectivité habituelle et un ralentissement psychomoteur handicapant [5].

#### **II.1.2. Epidémiologie**

C’est une affection très fréquente surtout dans les pays occidentaux. La prévalence du syndrome dépressif majeur est de 3% chez l’homme et 6% chez la femme. C’est une maladie comportant un risque parfois mortel: 15% des déprimés décéderont par suicide. Elle entraîne une invalidité sur le plan socioprofessionnel [19].

#### **II.1.3. Classification du syndrome**

Cette classification peut se faire selon le type ou l’origine de la dépression. En premier, nous allons voir le type et ensuite l’origine de la dépression [16].

a) Le type :

On distingue quatre types: la dépression endogène et dépression psychogène, dépression majeure et dépression mineure.

- **Dépression endogène**

Elle est biologique et génétiquement déterminée donc avec antécédents familiaux ou personnels de troubles thymiques. Elle survient aussi sur un terrain particulier, dans le cadre de la Maladie Maniaco-dépressive. C’est un accès dépressif qui est récurrent, parfois saisonnier et classiquement sans facteur déclenchant. Ce type

de dépression est plus grave que la dépression psychogène. Il est plus sensible aux anti-dépresseurs que cette dernière.

- Dépression psychogène:

Elle peut survenir chez n'importe qui et elle est entraînée par un facteur déclenchant tels que : maladies chroniques, un événement spécifique ou par accumulation de tension psychique, personnalités fragiles, deuil, échec professionnel ou sentimental...

- Dépressions majeures et dépressions mineures:

Ces deux types de dépression sont classés par le DSMIV (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) en fonction de la nature et de l'intensité des symptômes.

Mais pour la dépression majeure, les symptômes sont présents tous les jours depuis au moins deux semaines, avec rupture au fonctionnement antérieur et présence d'au moins deux symptômes parmi une liste préétablie.

b) L'origine :

On distingue, la dépression primaire de la dépression secondaire. La première survient chez un patient indemne de pathologie psychiatrique et le patient est exempt de pathologie somatique active ou décompensée. Tandis que la deuxième s'associe à un autre trouble somatique ou psychiatrique.

c) Les principales causes de dépression secondaire sont :

- Endocrinienne dont le diabète
- Neurologique,
- Cancer ou maladie de système,
- Toxique,
- Psychiatrique,
- Maladies chroniques et douloureuses

#### II.1.4. Diagnostic

La dépression peut se présenter sous différentes formes, comme l'irritabilité, l'impatience ou l'agressivité. Mais c'est avant tout un état de privation d'énergie : le patient est fatigué, asthénique, ralenti, triste [16].

Le syndrome dépressif présente trois types de troubles dont:

- En premier lieu, le ralentissement psychomoteur: le patient déprimé a une présentation caractéristique, le visage est peu mobile et peu expressif, discours ralenti avec monotonie, les mouvements sont rares et les déplacements lents qui vont aboutir à la claustrophobie, clinophilie. Il est aussi ralenti du côté psychique, avec une difficulté de concentration et une tendance à se répéter avec impression de ne pas être claire, indécis, avec des difficultés mnésiques.
- En second lieu, l'humeur dépressive, on observe de l'anhédonie, perte des intérêts, anesthésie affective, baisse de la libido et incurie quand tout devient pénible. Et quand on présente de l'anhédonie, un sentiment de culpabilité peut survenir et le patient se sent coupable et indigne. Et enfin, l'humeur dépressive où le patient vit dans un état de souffrance, sentiment de vide et d'ennui et a une vision négative de soi, des autres et des idées d'incurabilité qui vont aboutir à une idée de mort.
- En troisième lieu, se trouve les troubles somatiques dont:
  - Les troubles du sommeil quasiment toutes les nuits qui peuvent être des insomnies matinales, avec amélioration vespérale des troubles, ou des difficultés d'endormissement, ou au contraire de l'hypermnie,
  - Le trouble d'alimentation, qui peut se présenter sous forme d'anorexie avec amaigrissement fréquent, ou d'hyperphagie responsable de prise de poids,
  - Le trouble de la sexualité qui est représenté par la frigidité chez la femme ou l'impuissance chez l'homme.

D'autres signes peuvent aussi être rencontrés tels que les constipations, l'hypotension artérielle, frilosité, bouche sèche et transpiration.