

seul, l'angoisse d'abandon. Le suivi confirme que ce type de difficultés est toujours lent à se résoudre.

Comment comprendre des résultats aussi inattendus, somme toute beaucoup plus optimistes qu'on ne le pensait ? Les auteurs rappellent tout d'abord qu'un certain nombre de progrès ont eu lieu dans la prise en charge de ces patients. La "thérapie comportementale dialectique" par exemple (4) permet d'obtenir une réduction très significative des tentatives de suicide par rapport aux prises en charge usuelles. Mais même des approches psychodynamiques plus classiques affichent désormais de meilleurs résultats elles aussi (5).

Serait-ce d'avoir changé la façon d'aborder les patients qui joue à ce point ? Les auteurs s'interrogent, dans l'évidente intention de provoquer un débat sur les effets iatrogènes des psychothérapies. La question est sensible, elle embarrasse, mais il est salutaire de la poser. De fait, les patients que l'on range dans la catégorie "état-limite" se révèlent particulièrement vulnérables aux effets de la relation psychothérapique. Leurs capacités de "mentalisation" sont, au moins temporairement, amoindries par l'angoisse intense qui les habite. Et il est notoire que leur "attachement" se révèle aussi sensible que réactif au climat dans lequel s'opère la psychothérapie. Toute la difficulté, pour le thérapeute, serait de susciter un attachement suffisant pour pouvoir faire passer une analyse plus rationnelle de la situation.

Les explications des auteurs sur ce point ne sont pas toujours claires, quelquefois même emberlificotées, mais l'idée qu'ils semblent vouloir défendre, c'est qu'il convient d'abord d'établir un lien apaisant, capable de supporter sa remise en cause par l'angoisse et l'insécurité qui l'accompagne. Ce n'est que dans un second temps, sur cette base solide, que pourront être relancées, sans risque persécutif, les capacités d'autoréflexion et de maîtrise émotionnelle. Un tel travail demande un thérapeute capable de s'identifier par empathie à ce que vit intérieurement son patient, au lieu d'un médecin qui se contente d'observer en gardant froidement ses distances. Un thérapeute qui se montre flexible sur les objectifs de sa thérapie, et non formaliste. Qui s'implique et collabore activement avec son patient pour calmer sa souffrance. Cela suppose encore de savoir contrôler son contre-transfert lorsque se développe un transfert chaotique : tolérer la sur-dépendance sans l'encourager, canaliser l'invasion sans le rejeter. Le tout en recentrant l'attention du patient sur son état de fragilité et son épuisement. Un épuisement le plus souvent très mal perçu par l'intéressé, qui aggrave les doutes qu'il nourrit sur lui-même, sur son thérapeute et la possibilité de surmonter la crise avec lui. Cela suppose enfin de savoir reconnaître que l'on commet des erreurs d'interprétation, et accepter de les corriger, en s'excusant pour les douleurs malencontreusement infligées. Un thérapeute souple, qui se montre capable de discuter, de remettre en cause avec humilité ses propres réactions, sera le plus apte à permettre

à son patient de prendre progressivement conscience de ses propres attitudes pathologiques, pour parvenir à s'en défaire à son tour.

1. Fonagy P. et Bateman A. Br J Psychiatry 2006 ; 188 : 1-3.
2. Zanarini M.C. et coll. Am J Psychiatry 2003 ; 160 : 274-283.
3. Shea M.T. et coll. J Abnorm Psychol 2004 ; 113 : 499-508.
4. Lieb K. et coll. Lancet 2004 ; 364 : 453-461.
5. Bateman A.W. et Fonagy P. Am J Psychiatry 2001 ; 158 : 36-42.

L'argent, nouveau produit de substitution (A. Bottéro)

Un récent éditorial du *British Journal of Psychiatry* s'emploie à sensibiliser nos confrères d'outre-manche à un traitement très efficace, et surtout remarquablement bien toléré, qui a été mis au point aux Etats-Unis pour la prise en charge des toxicomanies, le *contingency management* (1). Si la traduction littérale en Français risque de prêter à sourire ("gestion des hasards", au sens de "gestion des rechutes qui ne préviennent pas"), le principe en paraîtra aussi sérieux que convaincant. Il consiste à récompenser, grâce à ce que ses concepteurs appellent, techniquement parlant, des "renforcements positifs", chaque progrès accompli par le patient vers l'abstinence. On lui remet par exemple un bon d'achat, à chaque fois que son contrôle d'urine revient négatif en consultation. Le thérapeute gère pour chaque patient un équivalent de compte bancaire clinique sur lequel sont enregistrés les bons successivement gagnés. Toute l'astuce du traitement réside dans le fait que le montant des bons croît à mesure que l'abstinence se confirme. Dans l'exemple donné, au premier retour urinaire négatif, la valeur des bons crédités est habituellement fixée à 2,50 \$. Au second dosage négatif, elle passe à 3,75 \$. Puis à 5 \$ pour un troisième, et ainsi de suite. Lorsque le patient a accumulé suffisamment de bons pour pouvoir s'acheter l'objet de ses rêves, le thérapeute-banquier procède solennellement à la réalisation des avoirs. Baladeur mp3, chaîne hifi, four à micro-ondes, places de théâtre, etc., sont les exemples les plus courants de ce qu'on peut gagner grâce à cette thérapeutique ingénieuse. Ce sont les infirmiers qui passent les commandes, de sorte qu'aucun argent liquide ne circule entre le thérapeute et son malade. Il va sans dire que sont bannis de la liste des récompenses boissons alcoolisées, armes à feu, tickets d'entrée au cabaret, etc.

Plusieurs essais contrôlés, méthodologiquement irréprochables, ont apporté la preuve de l'efficacité du *contingency management*. Dans toutes les comparaisons menées, les résultats le montrent supérieur aux traitements usuels (2). Lors d'un essai conduit avec des cocaïnomanes par exemple, les patients ayant bénéficié des bons du

contingency management sont restés abstinents en moyenne 12 semaines consécutives, contre 6 semaines à peine pour ceux qui n'eurent droit qu'à une psychothérapie "standard" (3).

Quels peuvent être les obstacles à la diffusion d'une thérapie aussi rationnelle qu'efficace ? En fait, essentiellement son coût. En moyenne, sur 12 semaines de traitement, les patients arrivent tout de même à gagner 1200 dollars (un peu moins de 1000 euros au cours actuel). Les promoteurs du *contingency management* se sont donc employés à réduire le montant des bons à gagner. A leur grand étonnement, la thérapie marche moins bien. Ses résultats s'effondrent en dessous d'un certain prix. Mais, se demandera-t-on, 1000 euros pour trois mois de traitement, est-ce si cher payé, au regard des avantages à attendre ? A ceux qui ne seraient pas convaincus, les défenseurs du *contingency management* ne manquent pas d'objecter que trois mois de traitement d'une toxicomanie par une association aussi banale que de la naltrexone (Revia®) et de l'olanzapine (Zyprexa®) chiffrent dans les 700 euros (tout dépend des posologies employées). Si l'on ajoute la rémunération du psychothérapeute, le prix de revient d'un traitement standard est donc presque équivalent. Ne pourrait-on combler le léger manque à gagner en faisant appel à la générosité d'un sponsor ? Darty et le BHV seraient déjà sur les rangs.

L'auteur de cet éditorial instructif s'est elle-même attaquée à la difficulté que pose le surcoût potentiel du *contingency management*. La solution qu'elle a réussi à mettre au point paraît convaincante (1). Au lieu d'offrir des bons d'achat à valeur constante, il suffit d'organiser une loterie avec tirage au sort. Le principe en est simple. Lorsque votre urine revient négative, vous tirez un petit papier dans le chapeau. Soit vous gagnez (un téléphone portable, un ticket de métro, un livre de Freud, etc.), soit vous perdez. Dans ce dernier cas, le papier que vous avez tiré ne manque pas de vous encourager par une formule positive : "bravo ! continuez !" ; ou bien : "excellent, recommencez !", etc. Empiriquement, la meilleure proportion se trouve être la suivante : 50 % de petits papiers qui ne rapportent que des éloges encourageant à poursuivre les soins, 42 % offrant des cadeaux à prix modeste, 7 % à prix conséquent et 1 % le gros lot à 100 \$. Plus vous tirez de petits papiers, plus vous avez de chances de gagner, plus vos efforts pour rester abstinent vont augmenter (c'est assez facile à comprendre). Le *contingency management* montre d'aussi bons résultats avec cette méthode. Mais l'avantage, c'est qu'il ne revient alors qu'à 200 \$ par patient, pour 12 semaines de traitement. Un prix qui cette fois défie toute concurrence.

Le *contingency management* a de l'avenir. Il a été testé avec succès dans l'alcoolisme, la cocaïnomanie, les toxicomanies aux opiacés. Dans ce dernier cas, l'abstinence observée sous méthadone se voit encore améliorée. Il n'a aucun effet indésirable (seuls quelques patients troquent

leurs bons d'achat contre de la drogue, mais le dépistage urinaire permet de les confondre). Le seul problème serait d'ordre moral. Aux Etats-Unis, certains esprits chagrins émettent des protestations : "payer les toxicomanes pour qu'ils fassent ce qu'ils ont à faire n'est pas éthique !" Ce n'est pas l'argent qui est immoral, c'est de ne pas se soigner.

1. Petry N.M. Brit J Psychiatry 2006 ; 189 : 97-98.
2. Cf. par ex. Petry NM. Drug Alc Dep 2000 ; 58 : 9-25 ; Lussier J.P. et coll. Addiction 2006 ; 101 : 192-203.
3. Higgins S.T. et coll. Arch Gen Psychiatry 1994 ; 51 : 568-576.

Scopolamine et dépression : la panacée ? (S. Mouchabac)

Malgré l'utilisation de molécules ayant des mécanismes d'actions variés sur le plan aminergique, le taux de non répondeur et de répondeurs partiels reste élevé, avec un délai d'action qui reste inchangé. La recherche d'autres agents, pouvant agir différemment ou accélérer la réponse est donc nécessaire. Les auteurs explorent une voie intéressante, celle de la scopolamine, agent antiparkinsonien, antiémétique et antivertigineux.

Des travaux expérimentaux tendent à démontrer que le système cholinergique est impliqué dans la physiopathologie de la dépression. On a constaté que la physostigmine (agoniste muscarinique utilisé dans les troubles dyspeptiques) aggravait la symptomatologie dépressive chez le déprimé et inversait la symptomatologie maniaque chez le bipolaire (symptômes dépressifs francs). Par ailleurs, l'utilisation d'agonistes muscariniques chez le déprimé entraîne des modifications polysomnographiques (des marqueurs d'hypersensibilité de ce système se manifestant par une réponse neuroendocrinienne et pupillaire plus importante). De plus, l'existence de polymorphismes fonctionnels muscariniques est associée à la dépression (CHRM2). Dans les modèles animaux, l'introduction de drogues cholinomimétiques induisait des modifications comportementales (léthargie, perturbations du test à la nage forcée : désespoir).

Que penser alors des effets antimuscariniques des tricycliques, surtout associés aux effets indésirables (sécheresse buccale, constipation, troubles de l'accommodation, émoussement affectif) ne présentant aucun bénéfice apparent, et ayant contribué à chercher des molécules au profil récepteuriel plus "pur" ?

Furey et Drevets (2006) présentent une première étude pilote, réalisée pour tester le rôle potentiel des récepteurs cholinergiques dans les symptômes cognitifs de la dépression, dont les résultats sont inattendus. Après avoir éliminé à l'inclusion toute pathologie ou médication pouvant affecter le système cholinergique ou présentant une contre indication à la scopolamine, 8 patients déprimés recevaient 3 doses de scopolamine (2, 3, 4 µg /kg) *versus* placebo.