

ces problèmes en examinant de façon systématique l'état somatique et l'habitus alimentaire d'une centaine de patients atteints de schizophrénie. Les chiffres qu'ils mettent en évidence sont alarmants. La plupart des patients ne consomment pas assez de légumes, de fruits, de lait ; beaucoup moins en tout cas que la population générale. Le nombre des fumeurs lui est deux fois plus élevé que dans la population générale : 70 % de fumeurs, dont plus de la moitié sont des "gros fumeurs" (plus de 20 cigarettes par jour). Les femmes fument autant que les hommes. Au point de vue du poids, l'obésité est la règle : 86 % des femmes, 70 % des hommes présentent une surcharge pondérale manifeste. Plus de la moitié dépassent la limite supérieure du rapport cholestérol/HDL au-delà de laquelle on considère qu'une prévention active des risques cardio-vasculaires devient nécessaire.

Manque d'exercice, excès de poids, de cigarettes, de cholestérol ; tous les ingrédients sont réunis pour une augmentation majeure des risques cardio-vasculaires. Ce que confirme l'épidémiologie : les patients atteints de schizophrénie meurent plus tôt, d'accidents cardiaques notamment. Le dépistage, la prévention de ce renoncement à la santé doivent aujourd'hui devenir la règle dans la prise en charge de ces patients.

McCreadie RG. Br J Psychiatry 2003 ; 183 :534-539.

### **Conduites suicidaires : les recommandations de l'APA (A. Bottéro)**

L'Association américaine de psychiatrie poursuit sa mission de définir des standards thérapeutiques consensuels pour chacune des grandes pathologies psychiatriques. C'est au tour des comportements suicidaires de faire l'objet de *guidelines* officielles. Par son extension, sa polysémie, le sujet se prête plutôt mal à la formalisation de règles précises. Mais il n'est pas inutile de tenter l'exercice, ne serait-ce que pour rappeler l'essentiel de ce que les cliniciens doivent savoir, eux qui périodiquement éprouvent le besoin de vérifier qu'ils font à peu près ce qu'il convient de faire, surtout dans un domaine où leur responsabilité se trouve lourdement engagée. Et n'oublions pas que rien ne saurait être laissé dans l'ombre de ce qui peut être exigé d'eux, dans un pays où les compagnies d'assurances médicales comptabilisent avec parcimonie le moindre remboursement, sur la base de critères méticuleusement énumérés dans leurs contrats. Nos collègues américains se sont donc attelés avec courage à cette tâche difficile de rédiger un corpus de règles à observer en présence d'une conduite suicidaire. Disons tout de suite que le résultat de leur effort est méritoire. Sans le commenter point par point, on en relèvera quelques aspects qu'il paraît intéressant de discuter.

Tout d'abord la définition du problème. Celle qui est proposée est certainement utile, mais n'est-elle pas un peu trop partielle ? Le suicide est ici défini comme "une mort infligée par soi-même avec la preuve (explicite ou implicite) que le sujet avait l'intention de mourir". Est-ce toujours le cas ? A-t-on toujours cette « preuve » ? Oui lorsqu'on commet un acte qui devrait, sans ambiguïté, entraîner la mort, comme par exemple de sauter d'un quinzième étage ou de se jeter sous les roues d'un train. Beaucoup moins lors d'un recours à des moyens moins extrêmes. Nombre de patients réchappant à ce que l'on qualifiera, après-coup, de "tentative de suicide", médicamenteuse par exemple ("tentative" définie ici aussi dans les mêmes termes d'une "intention manifeste de mourir"), lorsqu'on évoque avec eux le cheminement de la pensée qui a motivé leur acte, expliquent volontiers qu'ils ne voulaient pas tant mourir que d'échapper au malaise intense qui était le leur. Etre soulagé des ruminations douloureuses envahissant leur conscience, d'un état d'éveil et d'angoisse interminables. Avoir éprouvé le besoin de cesser un instant de penser, de connaître un moment de répit, l'apaisement d'un sommeil artificiel quel qu'en soit le prix. Sans pour autant vouloir résolument mourir. Quitter l'enfermement de ses pensées plutôt que le monde, trouver le repos sans forcément rechercher la mort. En reconnaissant que dans un tel état on mesure toute la portée de ses actes, que la mort peut évoquer pour celui qui s'épuise la possibilité d'une paix, d'une pause dans la pensée et la souffrance. La distinction est importante car on commettrait beaucoup de maladresses thérapeutiques à confondre une intention véritable et déterminée de se donner la mort avec la recherche, en situation d'épuisement et de lassitude, d'un soulagement par libération momentanée de sa faculté de penser. Il paraît donc regrettable que les définitions qui sont données tant du suicide que de la TS soient psychologiquement aussi peu nuancées. Les lier obligatoirement à l'intention de mourir fait peser un excès de dramatisation, avec le risque d'induire nombre d'incompréhensions qui aggraveront certaines situations en prétendant les résoudre. Le cas est plutôt banal. On aurait préféré un peu plus de discernement, de subtilité psychologiques sur ces questions.

L'évaluation clinique et psychopathologique qui est ensuite proposée est tout à fait classique : histoire, dangerosité, enchaînement des actes, etc. Les auteurs insistent à juste titre sur la nécessité de confronter les points de vue de l'intéressé, des proches, des témoins. Une prise de position paraît salutaire : affirmer que les échelles d'évaluation du suicide n'ont pas de valeur prédictive ; elles ne sauraient en effet être utilisées en lieu et place d'un examen clinique fouillé.

Un tableau fort complet des principales circonstances et facteurs de risque suicidaires à rechercher est proposé. Rien à y ajouter, hormis une absence de taille : l'évaluation de la qualité du sommeil. On vient d'y faire

allusion, la pensée continue impossible à stopper par un sommeil devenu introuvable constitue l'un des motifs les plus courants de passage à l'acte suicidaire. Autant analyser de près l'état du sommeil, car si un geste thérapeutique urgent risque de s'imposer, c'est souvent à son endroit. La perte du sommeil rend ou fou ou suicidaire, quand ce n'est pas les deux réunis...

Peut-on prédire un suicide ? Sans plus d'indication, la réponse est non. L'incidence annuelle des tentatives de suicide aux Etats-Unis est estimée à 0,7 % de la population; l'idéation suicidaire à 5,6 % ; quant aux suicides effectifs, leur incidence n'est que de 0,0107 % par an, soit 10,7 suicides pour 100 000 habitants. C'est dire que le suicide est un événement statistiquement rare, y compris lorsqu'il frappe des sujets à risque, et c'est ce qui explique le plus son imprévisibilité. D'où une seule approche préventive possible pour le clinicien, celle qui consiste à établir méthodiquement la somme algébrique des facteurs de risque et des facteurs de protection, en procédant au cas par cas – ce qui suppose de prendre le temps de connaître le patient, sa psychologie, le contexte dans lequel se déroule sa vie, ses antécédents, son histoire, etc.

Parmi les facteurs de risque les mieux identifiés, la présence d'une affection psychiatrique sévère, une perte complète d'espoir, l'anxiété et surtout l'agitation anxieuse, une idéation suicidaire intense, tous stress psychosociaux objectifs en apparence sans issue tels qu'un chômage, un état de cessation de paiement, etc. Une fois ces facteurs identifiés, le clinicien doit faire la part de ceux qui sont accessibles à une intervention concrète et montrer sa détermination d'y porter remède. Toute situation suicidaire est une situation d'impuissance subjective intense. Le rôle du médecin revient à compenser une telle impuissance par la puissance dont il dispose. D'où ce facteur-clé, sur lequel insistent à bon droit les auteurs, que représente la qualité de l'alliance thérapeutique qui va s'établir. Compatir, collaborer, coopérer et autres verbes dont le préfixe en "co" sous-entend partage et union des forces sont les maîtres-mots de la thérapeutique du suicide. Avec une mise en garde, celle d'avoir constamment à l'esprit que les émotions de thérapeute vis à vis du patient, de la situation dans laquelle il se trouve, interfèrent : dans les "cas difficiles", ne pas hésiter à demander du renfort, à se faire remplacer en cas de doute, car les doutes et les hésitations sont extrêmement contagieux et démobilisateurs sur des terrains aussi affaiblis.

Les "contrats anti-suicides" ne sont pas recommandés. Trompeurs, ils reposent sur une défiance dans l'alliance thérapeutique alors qu'ils croient la garantir. Une fois paré au plus pressé (mettre le sujet à l'abri des risques, des complications de son geste, etc.), déterminer le meilleur cadre de traitement et définir un plan d'action et le communiquer à l'intéressé sont essentiels. Les facteurs

rapidement modifiables doivent être réglés sans attendre. Anxiété, agitation, insomnie, dépression, etc. doivent être soulagées, de même que les stress psychodynamiques ou sociaux qui pèsent sur le sujet, en respectant ses préférences dans la mesure du possible. Favoriser l'adhésion à ce plan d'action en l'adaptant aux attentes exprimées, en expliquant ce qui le justifie, ce qu'on en attend concrètement, améliore incontestablement son efficacité : l'empathie et le consentement mobilisent la volonté de vivre.

Un traitement antidépresseur sera instauré si nécessaire. L'insomnie relève d'un hypnotique ou d'un antidépresseur sédatif. L'anxiété, l'agitation, les crises de panique d'une benzodiazépine, en privilégiant les agents à durée d'action prolongée, sur une base de prescription limitée dans le temps. Les auteurs soulignent l'intérêt de trois types de psychotropes : la trazadone (la *Pregamarel*® : antidépresseur sédatif scandaleusement retiré du marché français pour cause de non-rentabilité) ; de petites doses de neuroleptiques de seconde génération (on se demande si les bons vieux neuroleptiques phénothiaziniques ne font pas aussi bien l'affaire ; il semble que nos collègues d'outre-Atlantique sacrifient beaucoup à la mode du jour ou aux lobbies du moment) ; le divalproex ou la gabapentine (même remarque). Seul le lithium en fait a apporté la preuve de sa capacité de diminuer le risque suicidaire chez les patients atteints de troubles bipolaires. La psychothérapie enfin est recommandée, sans qu'on nous en dise beaucoup plus. Elle est reconnue "utile", mais comment et sous quelle forme ? Cela n'est pas explicité. Un de ses ressorts essentiel, rappelons-le, consiste à évaluer le projet de vie en revenant sur les espoirs qui ont été déçus, et aider le sujet à entrevoir qu'il dispose de ressources insoupçonnées et peut plus qu'il ne croit parvenir à ses fins.

Am J Psychiatry 2003 ; 160 : Supplément de 60 p.

### **Les effets neurotrophiques des antidépresseurs (suite) (H. Ollat)**

La GAP-43 (*Growth Associated Protein-43*), également appelée neuromoduline, est une protéine des membranes présynaptiques qui joue un rôle essentiel dans le développement synaptique en guidant la croissance des axones et en modulant la formation de nouvelles connexions.

Deux études *post-mortem* ont montré que son expression est anormalement faible dans la formation hippocampique de patients déprimés (1,2).

*Chen et coll.* (3) viennent de montrer, chez le rat, que l'administration prolongée d'un imipraminique (la désipramine) ou d'un IMAO (la tranylcypromine) augmente son expression dans le gyrus dentelé du rat, un effet qui n'a pas été observé avec le lithium et