

tout à la fois symptomatique, syndromique, neuropsychologique, évolutive et étiologique, des tableaux de ces "psychoses idiopathiques" devra tôt ou tard être entreprise avec un regard neuf, si l'on veut échapper un jour à ce dilemme stérile qui revient à définir la schizophrénie par un compromis négocié, entre ce qu'elle n'est déjà plus au plan des idées psychopathologiques, et ce qui relève de ses héritages nosographiques.

Maj M. Br J Psychiatry 1998 ; 172 : 458-460.

Tabac et schizophrénie (A. Bottéro)

Fumer posséderait beaucoup d'avantages, qui pourraient être qualifiés de thérapeutiques, lorsqu'on a une schizophrénie. La nicotine compense le déficit de filtrage sensoriel auditif (plusieurs études de potentiels évoqués le confirment). Elle atténue pour partie la symptomatologie négative (de l'apathie à l'anhédonie, en passant par l'hypofrontalité mise en évidence par l'imagerie cérébrale fonctionnelle), vraisemblablement en raison de son activité dopaminergique au niveau du nucleus accumbens et du cortex préfrontal. Les traitements neuroleptiques conventionnels s'accompagnent d'un surcroît de consommation tabagique, mais les patients sous neuroleptiques atypiques fumeraient plutôt moins, indice supplémentaire de leur meilleure tolérance clinique. Les patients qui fument métabolisent plus rapidement leurs neuroleptiques que les non-fumeurs. Par-dessus tout, fumer détend les patients, et nombre d'épreuves cognitives voient leurs scores s'améliorer, ou se détériorer, selon qu'ils sont ou non autoriser à fumer durant leur passation. Avec toutes ces bonnes raisons, on ne sera pas étonné que les patients atteints de schizophrénie fument en moyenne de trois à quatre fois plus que la population générale, avec un degré d'addiction nicotinique particulièrement élevé, et que les programmes de sevrage tabagique soient particulièrement décevants chez eux : 10 % de succès au mieux à six mois.

1. Lyons E. Psychiatric Services 1999 ; 50 : 1346-1350.
2. Kelly C., McCreadie R.G. Am J Psychiatry 1999 ; 156 : 1751-1757

Jet lag et placebotonine (A. Bottéro)

257 médecins norvégiens assistant à un congrès de cinq jours à New York ont participé à une étude en double aveugle contre placebo, destinée à tester l'efficacité de trois types d'administration de la mélatonine (5 mg ou bien 0,5 mg au coucher, ou encore 0,5 mg en début de soirée en avançant la prise d'une heure chaque jour) sur leur syndrome de décalage horaire à leur retour en Norvège. Les résultats décevront les adeptes de la mélatonine pour la prévention du *jet lag* : l'étude conclut à l'absence de

différence significative par rapport au placebo, quelle que soit la modalité des prises. L'évolution du *jet lag* passe par un maximum d'inconfort lors des premières 24 heures, pour s'estomper complètement en cinq jours, et ce quel que soit le "placebo"... Voyageurs transatlantiques, un peu de patience !

Spitzer R. et coll. Am J Psychiatry 1999 ; 156 : 1392-1396.

Traitement optimal (A. Bottéro)

L'*Optimal Treatment Project* est une étude multicentrique internationale particulièrement ambitieuse qui a été lancée en 1974 par un psychiatre néo-zélandais, *Ian Falloon*. Véritable défi aux inerties médicales et administratives en tous genres, l'objectif du projet est d'évaluer à la fois les bénéfices pour les patients, et le coût pour les services de santé, d'un programme de soins qui serait véritablement "optimal", c'est à dire apte à proposer tout ce qui a fait la preuve définitive de sa supériorité thérapeutique, à l'issue d'études contrôlées répétées, en matière de stratégies médicales et psychosociales dans le traitement des schizophrénies. En d'autres termes, offrir dans le cadre d'institutions publiques un traitement neuroleptique qui soit en accord avec les *guidelines* les plus récentes, un soutien éducatif capable d'appliquer les leçons des programmes testés avec succès et destiné aux patients comme à leurs familles, afin de les aider à faire face aux multiples questions que leur pose la vulnérabilité psychotique, ainsi qu'un soutien psychologique individualisé intensif, qui s'efforce de prévenir les menaces affectives et sociales et leur lot de rechutes cliniques, tout en favorisant la meilleure réhabilitation envisageable dans chaque cas. Vaste programme ! ...

Le choix des sites a dépendu de nombreux facteurs, au premier rang desquels figurait une forte motivation des équipes médicales et de leurs administrations à participer au développement de tels programmes thérapeutiques "*evidence based*". Afin de guider les équipes recrutées dans leur mise en place des structures de soins requises par le projet, un manuel d'instructions consensuel a été édité, définissant pour chaque problème clinique, psychologique ou social, la meilleure réponse recommandée par la littérature (de la conduite à tenir vis à vis des manifestations d'angoisse ou de dépression aux techniques d'interventions dans la vie sociale, en passant par le traitement des symptômes négatifs, la gestion pratique des difficultés matérielles ou financières, etc...). La philosophie générale du projet est d'assister la guérison symptomatique et la compensation des séquelles et handicaps résiduels, en respectant au maximum les objectifs propres des patients. Une procédure d'audit du fonctionnement des équipes a été mise en place, qui permet d'apprécier régulièrement les points de défaillance dans les prises en charge, d'y porter remède et le cas échéant d'intégrer les nouvelles connaissances publiées dans l'intervalle.