Mode d'entrée dans une schizophrénie : illustration en milieu militaire

Y. Auxéméry, J. Babai, C. Carnio, G. Fidelle.

Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 3.

Article reçu le 6 juin 2011, accepté le 6 décembre 2011.

Résumé

Dans le cas d'une schizophrénie débutante à mécanisme d'entrée progressif, un patient peut rester sans soin, dissocié et délirant à bas bruit pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avant que la pathologie ne soit reconnue. Ce temps de latence diagnostique est problématique car certains sujets en souffrance tardent à bénéficier d'un traitement adapté ce qui grève de manière importante le pronostic de l'affection. Le médecin généraliste de l'unité est en première ligne dans cette phase de détection précoce : la mise en évidence de symptômes prodromiques et psychotiques repose exclusivement sur l'entretien clinique. Nous nous proposons dans ce travail de décrire les indices d'alerte qui ont été utiles au médecin d'unité pour reconnaître précocement l'entrée d'un patient militaire dans la maladie schizophrénique. La population étudiée intéresse trente sujets militaires âgés de 19 à 30 ans recrutés sur cinq années consécutives, adressés par les médecins d'unité au service de psychiatrie d'un hôpital d'instruction des armées pour orientation thérapeutique devant une schizophrénie débutante. Il s'agit principalement de jeunes patients célibataires âgés de 22 à 26 ans présentant des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux. Militaires du rang en majorité, ils intègrent plus souvent une unité opérationnelle de l'armée de Terre. La décompensation survient régulièrement dans les deux premières années d'engagement, parfois en lien avec une opération extérieure récente. Les signes prodromiques d'alerte sont dominés par les troubles du comportement, les premiers à être remarqués devant les manifestations délirantes et les éléments dépressifs. Lors de l'entrée dans la phase psychotique, les symptômes positifs sont les plus faciles à repérer et sont surtout dominés par les troubles du cours de la pensée et de la logique (hermétisme, bizarrerie, rationalisme morbide…) ainsi que par les idées délirantes de persécution. Plusieurs formes cliniques d'entrée dans la maladie schizophrénique ont été décrites dans ce travail, ce qui illustre la richesse des tableaux psychopathologiques rencontrés mais également la difficulté d'un tel repérage.

Mots-clés : Détection précoce. Phase prodromique. Schizophrénie débutante. Symptômes prémorbides.

Abstract

Entry ways in a schizophrenia among military world.

In the case of progressive first-onset schizophrenia, a patient can remain undetected without a treatment staying dissociated and delirious for several weeks or even several months before the pathology is recognised. This diagnostic latency period is a problem as certain suffering subjects are waiting too long for a suitable treatment, which moreover significantly cripples the short and medium term prognosis of the affection. The unit GP stands in the front line in this early detection phase: the identification of the prodromic and psychotic symptoms relies exclusively on the clinical interview. In this work we propose to describe the warning indicators used by the unit Doctor to early recognise the onset of a schizophrenic disorder in a military patient. The studied population includes military subjects aged between 19 and 30 recruited over five consecutive years, referred by the unit Doctor to the psychiatry department of a military teaching hospital for therapeutic counselling in first-onset schizophrenia. This mainly includes young, single patients aged from 22 to 26 presenting a personal or family history of psychiatric problems. Most are lower ranked military personnel who often join an operational Territorial Army unit. De-compensation regularly occurs in the first two years of enlisting, sometimes in relation to a recent external operation. The prodromic warning signs are behaviour disorders, the first to be observed before delirious manifestations and depressive elements. When the psychotic phase begins, the positive symptoms are the easiest to identify and above all are dominated by thought process and logic disorders (abstruseness, strangeness, morbid rationalism...) as well as by delirious ideas of persecution. In this work several clinical forms of schizophrenia onset have been described, illustrating the abundance of psychopathological presentations encountered but also the difficulty of such identifications.

Keywords: Beginning psychosis. Early detection. Premorbid elements. Prodromic phase.

Y. AUXÉMÉRY, médecin-lieutenant. J. BABAI, médecin des armées. C. CARNIO, médecin en chef. G. FIDELLE, médecin en chef.

Correspondance : Y. AUXÉMÉRY, Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 3.

E-mail : yann.auxemery@hotmail.fr

Intérêt de la question

La schizophrénie est un des troubles psychotiques les plus fréquents avec une prévalence estimée à 1 % de la population générale (400 000 personnes en France

en phase processuelle ou en rémission) et une incidence annuelle estimée à près de 10 000 nouveaux cas par an dans l'hexagone (1, 2). Une schizophrénie se déclare généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte entre 15 et 25 ans, avec un retentissement important sur la poursuite des objectifs socioprofessionnels et du projet de vie en général. Environ 80 % des patients qui souffrent d'une schizophrénie sont sans activité professionnelle et l'espérance de vie chez ces sujets est réduite. Le suicide représente la première cause de mortalité prématurée, avec une fréquence sur la vie entière d'environ 10 %. Plusieurs études ont démontré que le pronostic est d'autant plus mauvais que le délai d'accès aux soins est long (3). Or deux grands modes de déclenchement psychotique existent : brutal prenant la forme d'une bouffée délirante aiguë, le plus souvent rapidement médicalisée, ou progressif avec désorganisation lente des différentes sphères de la vie psychique. Dans ce dernier cas, un patient peut rester dissocié et délirant à bas bruit pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois sans bénéficier de soins. Réduire la durée de psychose non traitée permet d'améliorer le pronostic à long terme des patients souffrant de troubles psychotiques débutants. Cet argument est la pierre angulaire sur laquelle s'est appuyée la mise en place de programmes de dépistage de la schizophrénie débutante (4, 5).

Le médecin généraliste de l'unité est particulièrement concerné dans cette phase de détection précoce. La complexité sémiologique des troubles, la difficulté relationnelle avec les patients et surtout le manque de spécificité des symptômes d'allure psychotique rendent ces détections difficiles, surtout dans le cas d'un mode d'entrée insidieux dans la pathologie. En milieu civil, les médecins généralistes attribuent souvent les difficultés ressenties et/ou exprimées par les adolescents et les jeunes adultes à des facteurs physiques, tels que surmenage, stress, fatigue et tension « nerveuse », ou à des facteurs alimentaires comme le manque de magnésium et les déséquilibres diététiques (6). Les médecins généralistes sont des acteurs de première ligne dans la prise en charge des patients déclenchant une schizophrénie : l'étude Northwick Park réalisée par Johnstone et al. en 1986 a mis en évidence que l'aide recherchée le plus fréquemment par les patients entrant dans une maladie psychotique est celle du médecin généraliste (7). Cole et al. rapportent que 39 % des toutes premières recherches d'aide ont été adressées à des omnipraticiens lesquels ont été contactés par 71 % des patients psychotiques avant l'accès aux soins en milieu spécialisé (8). Les résultats communiqués par l'équipe de Mc Gorry et al. sont similaires et retrouvent que 35 % des patients ressentant les premiers symptômes psychotiques ont consulté d'abord leur médecin généraliste (9). Tous les auteurs s'accordent à conclure que le médecin généraliste joue un rôle important dans l'identification de ces cas. Mais dans le même temps, Burns estime que l'omnipraticien sera confronté dans sa pratique à une psychose débutante tous les quatre ou cinq ans, ce qui reste marginal par rapport à l'ensemble de sa patientèle et des autres pathologies rencontrées (10).

La mise en évidence de symptômes prodromiques repose exclusivement sur un entretien clinique. Mais ces symptômes sont aspécifiques et relativement fréquents chez des adultes jeunes et des adolescents indemnes de troubles psychiatriques. Si ces symptômes restent isolés, ils ne peuvent être utilisés pour identifier des sujets à risque de développer un trouble psychotique ultérieur.

Ainsi le diagnostic des symptômes signant une décompensation psychotique est un enjeu clinique difficile. Nous nous proposons dans ce travail de décrire les indices d'alerte qui pourraient être utiles au médecin d'unité pour reconnaître précocement l'entrée d'un patient militaire dans la maladie schizophrénique.

Étude clinique

Principes de l'étude

Hypothèse et objectifs

La question du mode d'entrée dans une psychose soulève un grand intérêt des chercheurs en milieu civil contrastant avec le peu de travaux de recherche établis en population militaire, population spécifique intéressante car sélectionnée et soumise à différentes contraintes. Les militaires évoluent en collectivité ce qui permet de détecter les troubles psychotiques de façon précoce, essentiellement par la rapide mise en évidence des troubles comportementaux lesquels peuvent parfois être dangereux pour la cohésion du groupe.

L'hypothèse avancée est qu'il existe des indices d'alerte permettant une détection précoce d'une décompensation psychotique. Ces éléments cliniques doivent interpeller le médecin généraliste d'unité afin d'orienter rapidement le patient vers un service spécialisé.

Matériel et Méthode

Tous les dossiers médicaux des archives de psychiatrie d'un Hôpital d'instruction des armées (HIA) dont le diagnostic principal retenu était celui de schizophrénie ont été étudiés pour les patients militaires hospitalisés entre le 1/1/2005 inclus et le 1/1/2010 exclus.

Résultats

Après l'exposé des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée, nous envisageons successivement les éléments cliniques rapportés pendant les différentes phases du mode d'entrée dans la schizophrénie avec les phases prémorbides, prodromiques et d'état.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

La population étudiée montre une nette prédominance masculine avec 28 hommes et 2 femmes. La période à plus grand risque de décompensation se situe entre 22 et 26 ans (15 patients soit 50 % de notre effectif). Près de 80 % des patients ont décompensé avant l'âge de 26 ans. La moyenne d'âge de cette décompensation est plus tardive chez la femme que chez l'homme. L'origine sociale des patients retrouve une grande majorité de sujets appartenant à la classe moyenne et aux milieux les moins favorisés représentant à eux seuls 86 % de notre échantillon. Le statut marital des patients affirme la sur-représentativité des célibataires, soit 75 % pour notre étude.

Les patients servant au sein de l'armée de Terre sont majoritaires concernant plus de 70 % de l'effectif. Ces sujets proviennent surtout de régiments opérationnels (régiment d'artillerie, d'infanterie) soumis à des contraintes professionnelles plus importantes et donc potentiellement plus éprouvantes sur le plan psychologique. On ne retrouve pas d'unité de la Marine nationale. On dénote une grande majorité de Militaires du rang (MDR) alors que les officiers sont absents de notre échantillon. Les deux premières années d'engagement sont critiques puisque 43 % des sujets ont décompensé dans les 24 mois après l'entrée dans les forces armées. De même, 80 % des patients ont déclenché un épisode psychotique avant cinq ans de service. La décompensation la plus précoce est apparue à un mois d'engagement (durant la période probatoire). La durée moyenne d'engagement révolue est de 41,4 mois, soit 3 ans 1/2. Neuf patients sur 30 ont effectué une opération extérieure (OPEX) ou une Mission de courte durée (MCD) durant une période antérieure à leur décompensation psychotique. Pour cinq d'entre eux, un lien à l'OPEX a été défini avec la présence concomitante d'un syndrome de stress post-traumatique.

Éléments prémorbides recensés

Antécédents personnels et familiaux

Nous constatons que 27 % des patients ont des antécédents familiaux tels qu'un trouble psychotique chez un frère et chez une mère (avec suicide accompli), des troubles anxio-dépressifs chez une mère, une cyclothymie chez un père, une addiction à l'alcool et à des substances psychoactives illicites pour les sujets restants.

Un tiers des patients ont des antécédents psychiatriques personnels, à savoir un épisode délirant suite à une rupture sentimentale, un épisode psychotique dans un contexte d'hyperthermie, une manie délirante, plusieurs troubles anxio-dépressifs, un suivi pédopsychiatrique (d'étiologie indéterminée).

Un tiers des patients sont fumeurs avec une consommation allant de cinq cigarettes par jour à plus d'un paquet. Pour trois patients, cette consommation tabagique est associée à une addiction à l'alcool. Près d'un patient sur deux consomme du cannabis allant d'un « joint » occasionnel à plus de six par jour.

Pour trois patients, un lien direct entre la décompensation psychotique et la consommation cannabique a été évoqué. Des antécédents de traumatisme crânien sont rapportés pour six patients, soit 20 % de notre population. Pour la moitié, ce traumatisme s'est produit dans l'enfance avec perte de connaissance consécutive et évolution apparemment favorable.

Niveau scolaire

On note des difficultés scolaires chez près de douze patients, soit 40 % de notre échantillon, qui se déclinent en phobie scolaire, changements multiples d'établissements, mauvais résultats et arrêt précoce de la scolarité. La grande majorité des sujets présente un niveau scolaire inférieur au baccalauréat.

Traits de personnalité pathologiques antérieurs à la décompensation

Vingt-trois patients, soit 76 % de notre population, présentaient des traits de personnalité pathologiques recherchés préalablement à la décompensation schizophrénique. Neuf patients ont des traits schizoïdes ou schizotypiques, représentant ainsi 40 % des troubles de la personnalité recensés dans notre échantillon (fig. 1).

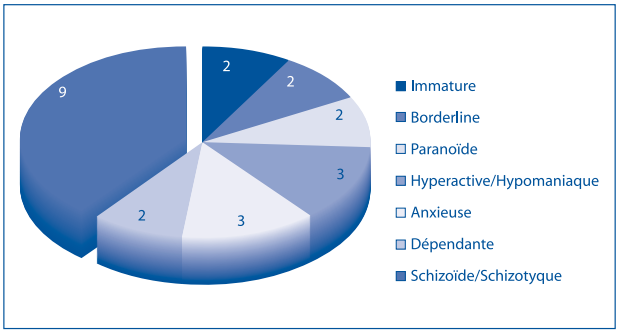


Figure 1. Personnalité pathologique sous-jacente.

Eléments prodromiques recensés

Le délai entre l'apparition d'une symptomatologie, même fruste, et sa prise en charge hospitalière n'a pas pu être systématiquement précisé. Dix-huit patients sur trente (60 %) rapportent avoir ressenti un « changement » avant leur décompensation. Ce changement, subtil, revêtait des traits paranoïaques (sentiment d'insécurité, sensation d'être observé, de malveillance générale) pour huit d'entre eux. On retrouve des traits de dépersonnalisation (sensation d'être différent, de ne pas être à sa place, de détachement, problème d'identité) pour sept d'entre eux et finalement des troubles du cours de la pensée (« arrêt » de la pensée, incapacité à prendre des décisions) pour trois autres patients. Pour 95 % de l'effectif, une modification d'être au monde est notée par l'entourage. Ce changement

porte prin-cipalement sur le comportement et apparaît d'autant plus décelable que le jeune engagé militaire vit dans un milieu contenant avec une certaine proximité de l'entourage professionnel.

La recherche d'éléments prodromiques chez ces trente patients a été réalisée en s'inspirant des sept catégories cliniques répertoriées dans la revue de la littérature établie par McGorry et Yung au sujet de la schizophrénie débutante (9). Les éléments les plus présents dans notre échantillon sont les troubles du comportement chez 100 % des patients et les éléments névrotiques chez près de 90 % d'entre eux (fig. 2). Le terme d'élément névrotique peut porter à confusion lorsque l'on s'intéresse justement à un mode d'entrée dans une psychose. Mais il s'agit ici de caractériser avec un regard phénoménologique descriptif des éléments séméiologiques de base qui ne préjugent pas de la structure psychique sous jacente. Des phénomènes psychotiques peuvent être présents chez le sujet névrotique comme dans les classiques « hallucinations hypnagogiques ». *A contrario*, la schizophrénie dans sa forme pseudo-névrotique se caractérise par une prédominance de symptômes d'allure névrotique, essentiellement des obsessions dites obsessions atypiques (car s'inscrivant dans une structure psychotique : illustration dans le troisième cas clinique rapporté ci-après).

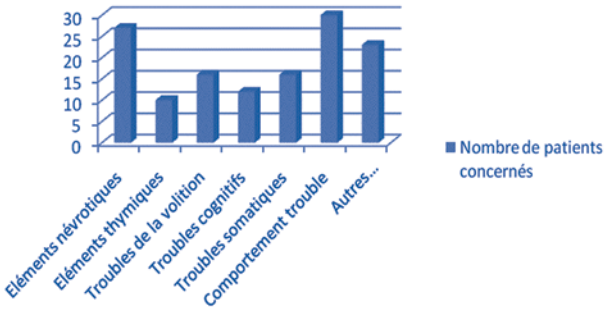


Figure 2. Éléments prodomiques retrouvés.

Nous avons ainsi retrouvés par ordre de fréquence :

– des troubles du comportement qui sont les signes prodromiques les plus facilement décelables et les plus décelés (fig. 3). Le contexte de proximité de l'entourage professionnel très présent dans les forces armées favorise leur détection. Ils sont bien décrits dans les courriers médicaux des médecins d'unité. Nous pouvons citer une tendance à l'impulsivité nouvellement structurée, une attitude perturbatrice avec des manifestations d'opposition passive ou agressive, des éléments de bizarrerie comportementale et un isolement progressif du sujet d'avec le groupe. Dans tous les cas à la phase des prodromes, plus que le comportement en lui-même c'est davantage la modification du mode de fonctionnement habituel du sujet qui a alerté le commandement, et le médecin d'unité ;

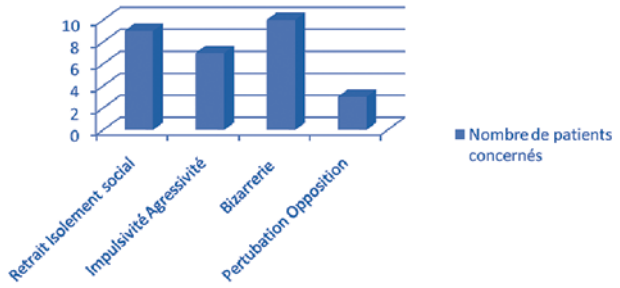


Figure 3. Troubles du comportement rapportés.

– des éléments névrotiques qui sont dominés par des troubles anxieux mentionnés chez près de 70 % des patients, allant même jusqu'à un raptus anxieux responsable d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire dans un cas. Les troubles hystériques et obsessionnels ne sont que peu présents. Tout juste peut on retrouver quelques malaises de type conversif. *A contrario* 53 % des patients expriment une colère, une irritabilité et une instabilité inhabituelle ;

– une modification de la volition est présente chez seize patients, soit 53 % de notre échantillon et se manifeste principalement par une perte de motivation, d'énergie, d'intérêt, d'ennui et de fatigue chronique inexpliquée ;

– des troubles cognitifs sont retrouvés chez douze patients (40 % de la population). On note surtout des troubles de l'attention de la concentration, de la mémoire ainsi que des difficultés d'abstraction avec barrages idéiques et difficultés de compréhension ou d'exécution d'ordres ou de tâches simples ;

– les troubles somatiques concernent un peu plus de la moitié des patients (fig. 4). On observe principalement des troubles du sommeil (30 %) avec insomnie d'endormissement et cauchemars nocturnes dont trois s'intègrent dans un syndrome de répétition traumatique. Les troubles de l'appétit sont principalement représentés par des anorexies avec perte de poids allant jusqu'à 10 kg en quelque mois (chez quatre patients). Les troubles

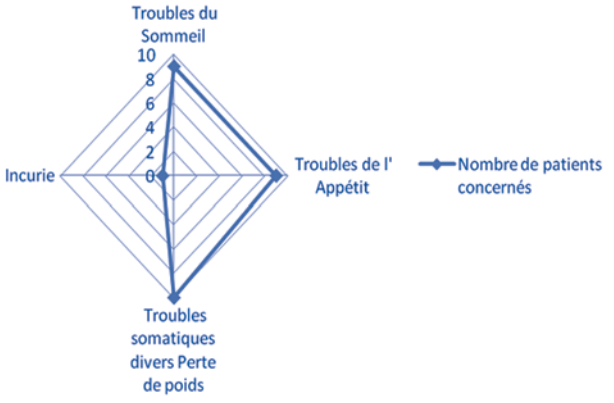


Figure 4. Troubles somatiques.

somatiques sont surtout des céphalées (un tiers des patients) ;

– les éléments thymiques concernent près de 30 % des patients et peuvent être à l'origine de confusion diagnostique initiale. Ils sont dominés par des symptômes dépressifs (tristesse de l'humeur, aboulie ou perte de la volonté, anhédonie ou perte de la capacité à ressentir des émotions positives).

Eléments psychotiques francs observés à la phase décompensée

Lors de l'entrée dans la phase psychotique, la majorité des patients présentent à la fois des symptômes positifs et négatifs. Les symptômes positifs sont nettement dominés par les troubles du cours de la pensée et de la logique (hermétisme, bizarrerie, rationalisme morbide) perçus chez 60 % des sujets, ainsi que par les idées délirantes de persécution qui concernent 56 % du total de l'effectif. Les hallucinations arrivent seulement en troisième position et touchent 27 % de notre population. Un discours dissocié et incohérent est également retrouvé chez 27 % des patients. La notion de perte de contrôle de la pensée avec automatisme mental et devinement de la pensée est observée dans sept cas. Les symptômes négatifs sont présents chez 73 % des patients et concernent essentiellement le repli sur soi, l'apragmatisme et l'émoussement des affects.

Discussion des résultats

Biais et limites

Taille et représentativité de notre population

Notre échantillon est de taille modeste et les conclusions de cette étude ne peuvent prétendre à une représentativité de la population militaire ni à l'identification de signes de repérage clinique ayant valeur de généralités sur le plan statistique. Nos résultats ont une valeur principalement descriptive mais malgré les limites indiquées, ils sont en accord avec les données de la littérature internationale sur ce thème (5-10). Nous avons considéré uniquement les patients hospitalisés alors que bon nombre de sujets psychotiques sont suivis en consultation. La comparaison de notre effectif de trente patients à une population témoin aurait pu être intéressante mais particulièrement difficile à établir du fait d'importants biais de sélection de cette population (critères d'inclusion difficiles à établir et à justifier).

Biais de reconstruction et d'information

Ce biais est inhérent au fait qu'il s'agit d'une étude descriptive rétrospective. Ainsi, le relevé des données médicales n'est pas toujours exhaustif. Les antécédents médicaux personnels et familiaux, les facteurs de risque de trouble psychiatrique et d'autres éventuelles comorbidités ne sont pas forcément retrouvés. Les patients psychotiques sont parfois difficilement interrogeables à cause d'un mutisme ou de propos délirants.

Discussion des résultats

Ces résultats ne sont donc pas extrapolables à la population militaire : ils concernent essentiellement l'armée de Terre. Le *sex ratio* et l'âge de décompensation retrouvés sont en accord avec les données de la littérature. Il en est de même en ce qui concerne une décompensation plus tardive chez la femme que chez l'homme, mais ce résultat doit être modéré par la faible représentation des femmes dans notre échantillon. Notre étude confirme la surreprésentativité du célibat au moment du mode d'entrée dans la pathologie. Aucun militaire n'est issu de la Marine nationale tout simplement pour des raisons de localisation géographique de l'HIA où s'est déroulée notre recherche. Le statut MDR est le plus représenté peut-être du fait du jeune âge de cette population. Les « mailles » du filtre de la sélection chez les MDR s ont beaucoup plus larges que chez les sous-officiers et de surcroît que chez les officiers (absents dans notre échantillon).

Le mode d'entrée dans la pathologie psychotique survient avant cinq ans de service. La sélection de ces soldats est parfois biaisée car leurs antécédents sont souvent masqués ou non avoués lors des visites médicales initiales par peur d'inaptitude. Les antécédents personnels et familiaux psychiatriques ne sont découverts que tardivement et notamment au cours de l'hospitalisation. Mais notre expérience montre qu'il est fréquent que le premier épisode se déclenche après l'engagement. Ceci pose la question des difficultés d'adaptation au milieu militaire et de leurs conséquences chez de jeunes engagés (*a priori* de structure psychotique non décelée) qui se retrouvent en décalage par rapport aux rythmes et aux contraintes entre la vie civile et la vie militaire.

Un tiers des patients sont fumeurs avec une consommation variable : ce résultat n'est pas superposable avec les 80 % de consommateurs de tabac annoncés dans la littérature. Cependant, il faut modérer ces propos car chez huit patients sur 30, soit près d'un tiers de la population, la consommation tabagique n'est pas renseignée biaisant d'autant la représentativité de ces chiffres.

Similairement avec les données retrouvées dans la littérature, le niveau scolaire de nos patients est inférieur au baccalauréat.

Il convient de souligner que les éléments anxieux et suicidaires s'expliquent souvent par le mal être ressenti du fait des changements perçus par les patients.

Les troubles du comportement ont été focalisés comme les signes prodromiques les plus facilement décelables et les plus décelés du fait d'une grande proximité de l'entourage professionnel dans les forces armées.

Trois situations cliniques typiques

Pierre et la peur des examens : un mode d'entrée progressif

Pierre consulte sur ordre de son chef de section au Centre médical des armées (CMA), car il a du mal à dormir depuis quelques semaines ce qui, par manque de capacités de concentration, lui rend difficile l'apprentissage de ses cours de formation militaire. Il décrit une grande fatigue présente dès le matin et persistante dans la journée. Cette fatigabilité est angoissante et génère des accès de pleurs dans lesquels il ne se reconnaît pas. Des vitamines lui ont été conseillées par son médecin traitant civil qui a également prescrit un antidépresseur. Pierre se confie davantage et rapporte des propos étranges au sujet de ses oreilles qui d'après lui se développent et sont désormais capables d'intercepter des informations qui lui seront utiles pour réussir ses prochains examens.

Ce tableau clinique qui associe un fléchissement des capacités cognitives, une asthénie marquée et de probables hallucinations psychosensorielles cénesthésiques, dont l'interprétation est empreinte de bizarrerie et de croyance magique, doit faire évoquer un mode d'entrée progressif dans la schizophrénie. Il conviendrait de rechercher activement d'autres signes productifs dont des hallucinations auditives et de tenter de caractériser la présence d'un délire structuré. Une hospitalisation est nécessaire pour réitérer le bilan biologique et notamment toxique, réaliser une imagerie cérébrale et instaurer une thérapeutique antipsychotique atypique (rispéridone, amisulpride, quétiapine).

Un coup de tonnerre dans un ciel serein

Jean est amené au CMA sur ordre du commandant d'unité devant des troubles du comportement nocturne et la découverte de cannabis entreposé en évidence dans son placard. Il a déambulé une partie de la nuit dans le régiment, réveillant parfois ses camarades pour des motifs peu clairs, et chahutant avec l'un d'entre eux qui cherchait à lui barrer l'accès d'une chambrée dans laquelle Jean pensait que des soldats féminins parlaient de lui. Agité lors de l'appel matinal sans raison apparente, il tient des propos agressifs à l'égard de ses chefs en étant très réactif à la frustration. Il se présente au CMA encadré par ses camarades pour être reçu – non seul– mais en compagnie des infirmiers. Le contact associe réticence, bizarrerie et hostilité : Jean ne comprend pas ce qu'il fait à l'infirmerie et considère cette visite comme une perte de temps, lui qui reçoit ses instructions de Dieu. Il exprime sa peur que l'on veuille lui voler ses idées et craint visiblement d'être manipulé par l'un des infirmiers qui retient toute son attention à la différence des autres protagonistes présents qu'il ignore.

L'épisode présenté entre dans le cadre d'une bouffée délirante aiguë polymorphe. Le tableau clinique associe brutalement des hallucinations auditives, des idées de référence et un automatisme mental caractérisé par un écho, un vol ou un devinement de pensées. Le risque de passage à l'acte auto- et/ou hétéro-agressif va nécessiter une hospitalisation, probablement sans consentement. Le rôle des substances psycho-actives hallucinogènes sera précisé soit comme facteur facilitant le déclenchement psychotique, soit comme vertu anxiolytique devant des hallucinations.

« Une étrange dermatose » : une dissociation à évolution déficitaire ou forme d'emblée hébéphrénique

Marc consulte au CMA après une séance de sport pour des lésions dermatologiques saignantes. La peau est excoriée à divers endroits et les lésions ressemblent à des lésions de grattage. Vous comprenez rapidement qu'il s'agit de lavages insistants sur certaines zones. Marc ne semble pas craindre une maladie quelconque et n'apparaît pas particulièrement anxieux au sujet de la cause ou des conséquences de ces lésions auto-infligées. On remarque un ralentissement psychomoteur majeur : Marc se déplace avec lenteur et l'on note une extrême pauvreté de la mimique faciale. Le contact est froid et sans affect avec une réactivité psychique faible : les réponses aux questions posées sont brèves et parfois suspendues par des silences inappropriés au cours desquels est ébauché à plusieurs reprises un rictus déconcertant.

Le tableau clinique présenté associe un syndrome dissociatif et déficitaire avec troubles du cours de la pensée, impénétrabilité du discours et détachement concernant l'état organique et psychique. Marc est apragmatique, a perdu l'initiative et reste athymormique. Des symptômes pseudo-obsessionnels de lavage ont entraîné des lésions dermatologiques pour lesquelles il ne s'inquiète pas, contrairement à la classique angoisse présentée dans les troubles obsessionnels compulsifs ou les excoriations psychotiques secondaires à la présence d'un délire, par exemple un délire d'infestation cutané. Dans ce cas clinique, aucun syndrome délirant n'est retrouvé.

Synthèse clinique

Les patients cités sont principalement de jeunes hommes âgés de 22 à 26 ans. La prépondérance masculine au sein des forces armées et l'âge de décompensation plus tardif chez les femmes explique cette différence. Les patients d'origine sociale défavorisée ou issu de la classe moyenne sont les plus représentés. Les militaires du rang sont les plus à risque de décompensation d'autant qu'ils font partis d'une unité opérationnelle de l'armée de Terre et qu'ils sont soumis à des stress professionnels tels que les OPEX. La période la plus délicate reste le début de carrière, notamment les deux premières années où se pose la question de l'adaptation du jeune engagé au milieu militaire.

Au niveau des éléments prémorbides, l'étude ne permet pas de renseigner certaines rubriques telles que les antécédents obstétricaux ou néonataux qui sont indisponibles et/ou non recherchés. La

présence d'antécédents psychiatriques, qu'ils soient personnels ou familiaux, est un facteur de vulnérabilité, ce dernier point s'associant à des difficultés scolaires et à un bas niveau d'étude dans notre population. Malheureusement, le lien avec une baisse du Quotient intellectuel (QI) et des facultés cognitives ne peut être que supposé par manque de mesure psychologique objective et fiable. Une personnalité pathologique prémorbide de type schizoïde (besoin de solitude, froideur relationnelle) ou schizotypique (croyances et convictions bizarres) est un facteur de vulnérabilité à une transition psychotique.

Les signes prodromiques d'alerte sont nettement dominés par les troubles du comportement qui sont les premiers à être remarqués par les médecins généralistes d'unité devant les manifestations délirantes et les éléments thymiques (surtout de type dépressif). On retrouve principalement un isolement socioprofessionnel, une bizarrerie du comportement, une impulsivité avec agressivité responsable de perturbation et d'opposition professionnelle. Les déficits cognitifs (troubles mnésiques, de concentration, d'attention) et les troubles somatiques (insomnie, anorexie…) sont moins présents mais restent des indices d'alerte à ne pas négliger. Les autres signes prodromiques retrouvés sont une méfiance exagérée, des troubles de la sensitivité, des phénomènes dissociatifs et un ralentissement psychomoteur.

Lors de l'entrée dans la phase psychotique d'état, les symptômes positifs sont les premiers et les plus faciles à repérer. Ils sont surtout dominés par les troubles du cours de la pensée et de la logique (hermétisme, bizarrerie, rationalisme morbide…) ainsi que par des idées délirantes de persécution. Les hallucinations (principalement auditives, acoustico-verbales, cénesthésiques) ne sont objectivables que secondairement. Un discours dissocié et incohérent est également retrouvé. On note la sensation de perte de contrôle de la pensée signant un automatisme mental. Les idées délirantes d'influence ne se retrouvent que de manière minoritaire. Les symptômes négatifs, censés apparaître plus tôt et être majoritaires, sont malheureusement plus difficiles à diagnostiquer et sont évoqués principalement devant un repli sur soi, un apragmatisme, un émoussement des affects et un ralentissement psychomoteur. Enfin, les facteurs associés importants sont une consommation de cannabis et un antécédent de traumatisme crânien, même plusieurs années avant le déclenchement psychotique.

Conclusion

Ce travail illustre l'enjeu d'un repérage précoce des sujets entrant dans une schizophrénie afin d'améliorer l'accès aux soins. La clinique tient une large place dans une approche qui ne peut être simplement descriptive, mais qui au contraire s'appuie sur des données cliniques cohérentes. Ces dernières s'enrichissent d'informations complémentaires et précieuses fournies par le commandement au médecin d'unité qui s'intéresse particulièrement à l'adaptation du sujet au milieu professionnel.

Les psychoses chroniques débutantes commencent la plupart du temps par des symptômes annonciateurs aspécifiques (symptômes prodromiques) et se déclarent souvent entre 18 et 26 ans, période de l'engagement militaire. Le retard dans le traitement du trouble majore le risque de dépression, grève le pronostic de l'affection et peut épuiser les familles et l'entourage du sujet. Le médecin généraliste d'unité est l'acteur principal de la détection précoce d'une schizophrénie débutante. La complexité sémiologique des troubles et surtout le manque de spécificité des éléments prodromiques et des symptômes d'allure psychotique rendent ces détections difficiles, surtout dans le cas d'une évolution insidieuse. Cette situation est compliquée par le fait que les symptômes de type psychotique chez les jeunes adultes sont souvent de nature transitoire et ne prédisent pas nécessairement une psychose future.

Des programmes de dépistage précoce des troubles psychotiques sont actuellement développés pour améliorer le pronostic de ces maladies, mais il n'existe pas de test de dépistage performant de routine ayant une bonne spécificité.

Notre travail concorde avec les données de la littérature sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sujets débutants une psychose. Nous n'avons pas trouvé de spécificité clinique d'une psychose se déclenchant en milieu militaire. Quelques auteurs ont évoqué le rôle d'un traumatisme psychique comme déclencheur de troubles psychotiques (11, 12) mais l'articulation théorique des symptômes psychotiques et psychotraumatiques chroniques est d'une grande complexité clinique et psychopathologique). D'autres travaux de recherche s'interrogent sur le rôle d'un traumatisme crânien dans la survenue de psychoses organiques et de schizophrénies. Si ces cadres nosographiques pourraient être davantage l'apanage du milieu militaire, ils n'apparaissent finalement qu'un épiphénomène comparativement au nombre total de sujets développant une maladie schizophrénique. Une particularité militaire, la vie en collectivité, facilite le repérage de manifestations psychotiques souvent bruyantes et retentissant sur la vie du groupe. Si les troubles bruyants du comportement sont les plus évidents, il convient de ne pas négliger les tableaux cliniques déficitaires qui sont marqués par le repli.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Murray R, Jones P, Susser E, Van Os J, Cannon M. The epidemiology of schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
2. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Annales Médico-Psychologiques : 2008;166:63-70.
3. Norman RM, Lewis SW, Marshall M. Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. British Journal of Psychiatry 2005;48:s19-23.
4. Harris MG, Henry LP, Harrigan SM, Purcell R, Schwartz OS, Farrelly SE. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome : An eight-year prospective study. Schizophrenia Research 2005;79:85-93.
5. Larsen TK, Friis S, Haar U, Joa I, Johanessen JO, Melle I. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatrica Scandinavica 2001;103:1-12.
6. Grivois H, GrossoL. La schizophrénie débutante. John Libbey Eurotext, Paris, 1998:50-70.
7. Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, Mac Milan JF. The Northwick Park Study of first episodes schizophrenia. Presentation of the illness and problems relating to admission. British Journal of Psychiatry 1986; 148:115-20.
8. Cole E, Leavey G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of Ethnic groups. British Journal Psychiatry 1995; 167:770-6.
9. Yung AR, Mcgorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. Schizophrenia Bulletin 1996; 22:353-70.
10. Burns T. Early detection of psychosis in primary care: initial treatment and crisis management. The prevention of mental illness in primary care. Cambridge: Cambridge University Press, 1996: 246-62.
11. Vergnes C, Lebigot F. Les éclosions délirantes post-traumatiques. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2007;7(1):27-34.
12. Auxéméry Y, Jacquelet E, Houbre B, Fidelle G. Révélation d'une psychose chronique après un traumatisme psychique : à propos de cas cliniques. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2010;10(3):169-76.