Étude d'un cas de trouble de conversion en opération extérieure : de l'urgence à l'évacuation médicale stratégique

R. Bourguès[a], O. Coudray[b]

a Service médical de la FAN Toulon, BCRM Toulon – 83800 Toulon Cedex 09.
b Sécurité civile, UIISC N° 7 – 83170 Brignoles.

Résumé

Le trouble de conversion est une voie d'expression de la souffrance psychique par le corps qui n'est pas rare en milieu militaire. Ce travail a pour but de partager l'expérience de la prise en charge diagnostique et thérapeutique, par un médecin des forces, d'une urgence psychiatrique originale. Cette situation est survenue en mer sur un bâtiment de la Marine nationale. Le patient a présenté de façon brutale au milieu de la nuit une paralysie de la jambe droite. Le trouble s'est dévoilé de façon spectaculaire, entraînant l'arrêt de toute activité de quart. L'histoire de la maladie, les conflits au cœur desquels il se situait, la présentation clinique et la normalité des examens complémentaires, nous ont conduits à envisager un trouble de conversion. Après l'évacuation médicale stratégique, une pathologie neurologique a été écartée et le trouble suspecté retenu. Une prise en charge pluridisciplinaire a permis l'amendement des symptômes en trois mois. L'enjeu thérapeutique est de prendre en considération la plainte somatique, tout en amenant le sujet à s'en distancier pour retracer la symbolique du symptôme. Le trouble de conversion est une énigme à résoudre pour le patient comme pour le médecin des forces.

Mots-clés : Évacuation médicale stratégique. Médecin des forces. Opération extérieure. Trouble de conversion.

Abstract

CASE REPORT OF A CONVERSION DISORDER DURING A MILITARY OPERATION: FROM EMERGENCY TO STRATEGIC MEDICAL EVACUATION.

Conversion disorder is a way to express psychological pain; it is sometimes observed within the Armed Forces. The aim of this study is to share the Medical Officer's experience of the diagnostic and therapeutic management of an original psychiatric emergency. This situation occurred during a French navy operation. The patient suddenly suffered from paralysis affecting his right leg, in the middle of the night. This disorder was dramatically revealed; it was a paralyzing handicap that forced him to stop his mission. Evidence of anamnesis, the conflicting context, the clinical presentation and normality of the paraclinical tests, lead us to conclude to a conversion disorder. After a strategic medical evacuation, neurologic diseases were ruled out and the suspected disorder confirmed. A multidisciplinary management helped to improve the symptoms in three months. The therapeutic challenge is both to take care of the somatic pain, and to distance the subject from it, to gain access to the symptom symbolization. Conversion disorder is a riddle to be solved for the patient and the Medical Officer.

Keywords: Conversion disorder. Medical evacuation. Medical Officer. Military operation.

Introduction

La pensée psychanalytique relie historiquement la conversion à la névrose hystérique (1). De nombreuses études ont montré que l'association n'est pas systématique (2, 3). Aussi, le trouble de conversion a été isolé, au gré de l'actualisation des classifications nosographiques internationales, en diagnostic indépendant (4).

C'est un trouble fréquent marqué par une symptomatologie neurologique fonctionnelle. La ressemblance et l'intrication avec des symptômes organiques rendent le diagnostic de certitude délicat pour les neurologues et les psychiatres (3).

Dans les armées, les idéaux de bravoure, de courage ou de sacrifice limitent l'expression des souffrances psychiques, considérées comme un signe de faiblesse. La plainte corporelle est moins stigmatisante pour le sujet et le groupe.

La situation clinique que nous décrivons dans ce travail a été prise en charge pendant une mission en mer. L'objectif est de décrire la démarche diagnostique et thérapeutique d'un médecin des forces confronté

R. BOURGUÈS, médecin. O. COUDRAY, infirmière en soins généraux de premier grade.
Correspondance : Monsieur le médecin R. BOURGUÈS, Service médical de la FAN Toulon, BCRM Toulon – 83800 Toulon Cedex 09.
E-mail : robin.bourgues@intradef.gouv.fr

à une urgence psychiatrique originale, en situation isolée, ayant conduit à la prescription d'une Évacuation médicale stratégique (MEDEVAC).

Gestion d'une paralysie médicalement inexpliquée lors d'une mission en mer

L'urgence

Il est minuit, nous nous situons à trois jours de navigation de la première côte. Nous recevons un appel téléphonique dans notre chambre de la part de la passerelle de navigation. Pierre, qui devait assurer le créneau de minuit à quatre heures, n'est pas en mesure de se présenter. Il est conduit jusqu'au service médical, porté par deux collègues. Ceux-ci nous précisent qu'ils l'ont réveillé dix minutes avant la relève, car il est rarement à l'heure ces derniers-temps. Il a chuté bruyamment en se levant du lit qu'il occupe. Il est incapable de se mettre debout et se plaint de la jambe droite.

Une fois allongé sur le brancard d'examen, nous interrogeons Pierre au sujet des circonstances de l'accident. En posant le pied au sol, il ne se sentait pas soutenu par sa jambe, ne pouvait plus la bouger.

L'examen général met en évidence des constantes hémodynamiques, une température et une glycémie capillaire normales. L'examen neurologique relève des paresthésies de la jambe droite depuis le genou jusqu'aux orteils. La motricité active des articulations du genou, de la cheville et du pied droit est abolie. Il ne ressent pas de douleur et n'identifie aucun traumatisme ostéo-articulaire à l'origine des symptômes. Les réflexes ostéo-tendineux sont préservés. Il n'y a pas de trouble trophique ; la tonicité est normale. Nous n'observons pas de syndrome rachidien, de lombo-radiculalgie, ni de syndrome de la queue-de-cheval. L'examen du système nerveux central est normal.

En décubitus, la hanche droite ne présente aucun déficit moteur actif ou passif. Le patient ne parvient pas, de manière surprenante, à fléchir cette articulation à la marche. Le pied droit traîne sur le sol. Nous percevons également de fins mouvements ou adaptations posturales de la section du membre paralysé, lorsque l'attention est distraite par la parole.

Pierre pourrait être très inquiet par la survenue brutale d'une paralysie et par les conséquences d'un handicap ; cependant son faciès est détendu. Il répond aux questions dans le calme et la décontraction, dans un détachement paradoxal. N'ayant mis en évidence aucune urgence organique, nous le rassurons et le reconduisons à son lit, pour une réévaluation au matin.

Antécédents et histoire récente des troubles

Ses antécédents médicaux et chirurgicaux sont marqués par des migraines et une hernie inguinale opérée dans l'enfance. Sur le plan psychiatrique, nous notons un épisode dépressif caractérisé à l'âge de quatorze ans consécutif au décès de sa petite sœur, dans un accident de la voie publique. Il a été déscolarisé pendant un an, reclus dans sa chambre. Il a bénéficié d'un suivi psychothérapique pendant cette période. Ce décès a précédé le divorce des parents qui a marqué la rupture des contacts avec son père.

Il a embarqué l'été précédent sur ce navire. Il souhaite être la fierté de sa mère après un parcours scolaire qui l'a mené jusqu'à un bac professionnel qu'il n'a pas validé, ne se présentant pas aux épreuves.

Pierre est très en retrait de ses pairs ; il ne souhaite pas partager les moments de cohésion. Son intégration est mise à mal par une position solitaire et introvertie. Il est dans un climat de confrontation avec ses supérieurs hiérarchiques de proximité. Ceux-ci attendent de lui des progrès pour pouvoir l'intégrer aux équipes titulaires et soulager leur charge de travail. La relation se tend avec eux.

Il multiplie les erreurs à poste, ne respecte pas les horaires imposés et adopte une attitude jugée nonchalante voire arrogante. Il estime qu'il réalise des efforts pour être à la hauteur professionnellement mais qu'il a été « pris en grippe » de manière irrémédiable.

Nous le recevons en consultation à de nombreuses reprises. Les motifs sont variés : migraines, douleurs abdominales, sensations de baisse de l'acuité visuelle et crampes douloureuses dans les jambes. Les examens répétés relèvent peu de signes physiques objectifs. Les traitements symptomatiques délivrés ont une efficacité partielle, fluctuante, et parfois péjorative avec une prépondérance d'effets indésirables.

Prise en charge à bord

Au matin, nous allons chercher Pierre dans sa chambre. Il évoque une crise d'angoisse après que nous l'ayons raccompagné, la veille. Il décrit une sensation d'oppression thoracique, de dyspnée et des palpitations ayant cédé en plusieurs heures. À demi-mot, il identifie des ruminations anxieuses, essentiellement centrées sur la peur de décevoir sa famille, d'avouer un échec professionnel.

L'examen clinque complet est identique. Le patient est demandeur de béquilles afin de se déplacer plus facilement dans le bateau. Nous lui en donnons une seule pour éviter qu'il ne se blesse en chutant. En effet, nous sommes désireux de l'encourager à utiliser son membre inférieur, notamment sa hanche droite qui fonctionne bien quand il est alité.

Nous le revoyons quotidiennement en consultation et nous l'exemptons de toute activité de service. Nous observons qu'il est soulagé d'être au repos, à distance de ses obligations militaires et des éventuelles récriminations de ses chefs. Il est difficilement accessible à l'évocation d'une souffrance psychique, la plainte somatique est au premier plan du discours.

Nous lui prescrivons un traitement anxiolytique par Alprazolam 0,25 mg matin, midi et soir.

Bilan paraclinique post-immédiat

Nous sollicitons dans le même temps un avis téléphonique neurologique au sein d'un hôpital

d'instruction des armées (HIA). Le tableau clinique que nous exposons est atypique. Il nous est conseillé de réaliser au minimum une biologie sanguine standard et une IRM lombaire. Nous devons naviguer encore deux jours avant d'accoster. Nous réussissons pendant ce court transit avant l'escale à obtenir des rendez-vous pour réaliser les examens biologiques et l'IRM en urgence, le lendemain de notre accostage. Les examens réalisés sont strictement normaux.

Information du patient

Nous expliquons au sujet que nous avons éliminé les principales urgences médicales qui auraient pu être à l'origine de ses symptômes et que des examens paracliniques supplémentaires sont indiqués. Son état de santé est incompatible avec la poursuite de la mission. Nous abordons la question d'un bilan complémentaire sur le plan psychologique, en pointant les difficultés d'adaptation croissantes dont il souffre. Pierre est rassuré par la normalité des examens et l'extraction de la mission, mais ne se distancie pas de la plainte corporelle.

L'évacuation médicale stratégique

L'histoire du patient, les conflits au cœur desquels il se situe, la présentation atypique de la clinique et la normalité des examens complémentaires de première intention, nous amènent en concertation avec le neurologue à indiquer une évacuation médicale vers la métropole.

Des examens paracliniques, inaccessibles rapidement à l'étranger, doivent être pratiqués. Une hospitalisation en service de neurologie est retenue.

Nous prenons contact avec la chefferie santé de la force d'action navale et l'état-major opérationnel santé pour organiser la MEDEVAC. Alors que le navire est en escale pendant quatre jours, nous obtenons un vol à destination de Paris, la veille de notre appareillage. Pierre est conduit en service de neurologie au sein d'HIA.

Prise en charge médicale dans un Role 4

L'ensemble des explorations sont normales dans le service qui l'accueille : bilans immuno-inflammatoires, infectieux, IRM pan-médullaire et cérébrale, électroencéphalogramme, électromyogramme et ponction lombaire.

Adressé en consultation de psychiatrie, nous recevons en mer un appel téléphonique du service, dix jours après la MEDEVAC. Le psychiatre nous confirme le diagnostic de trouble de conversion, compliquant un trouble de l'adaptation chez une probable personnalité pathologique.

Il nous rapporte une ébauche d'amélioration des symptômes somatiques. Le patient est sevré de la canne que nous lui avons délivrée à bord. Le suivi engagé est ambulatoire, pluridisciplinaire en médecine générale, rééducation fonctionnelle et psychiatrie.

La mise à distance du milieu militaire, associée au suivi médical, permet un amendement complet des symptômes en trois mois.

Éléments de discussion : une nécessaire approche globale

Réactions de l'équipage

Les difficultés d'intégration de notre patient ont engendré des attitudes de rejet de la part du groupe. La survenue spectaculaire de la paralysie a généré de nombreuses spéculations quant à la blessure : des rumeurs de simulation, d'exagération de lésions bénignes, de doutes sur une maladie grave ou rare.

Bien loin de bénéficier de l'empathie de ses collègues, il a suscité railleries et dénigrement. La levée d'une tension palpable s'est observée au moment de la MEDEVAC.

En opération extérieure, à bord d'un bâtiment, l'harmonie du groupe repose sur un équilibre ténu. L'intégration du sujet est liée en particulier au partage de valeurs et de traditions, à la connaissance des procédures et à l'entraînement en commun. Le médecin embarqué est attentif à la cohésion du groupe et aux signes d'alerte de détresse d'un de ses membres.

Conseil au commandement

Nous avons informé le commandement, le lendemain de l'incident, de la nécessité d'une inaptitude à l'emploi et d'une prise en charge médicale. Dans les jours qui ont suivi, nous avons sollicité son accord pour organiser la MEDEVAC.

L'enjeu est d'appuyer l'indication d'évacuation en vertu de l'impossibilité médicale pour le marin d'exercer ses fonctions, du risque de sur-accident, et de la prescription de soins spécialisés en métropole. Le départ de ce personnel a été accepté, en dépit d'une nouvelle répartition de la charge de travail pendant le mois d'opération suivant.

Le partage de certaines informations est rendu inévitable pour la préserver la santé de l'individu et pour la poursuite de la mission à un niveau optimal de sécurité. Le décret fixant les principes de déontologie propres aux praticiens des armées précise le cadre d'exercice en situation d'exception (5).

Le trouble de conversion

Épidémiologie

Le trouble de conversion est inclus dans les « troubles à symptomatologie somatique » dans la dernière version du manuel diagnostique et statistique de l'association américaine de psychiatrie (DSM5) (4). Une autre appellation y est proposée, celle de « trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle ».

On le rencontre plus en première ligne en médecine somatique qu'en psychiatrie. Le trouble de conversion

concernerait 3 % des admissions en neurologie. Il est surreprésenté chez les femmes de moins de 40 ans (3, 6).

Coordonnées cliniques

La plainte neurologique fonctionnelle est souvent associée à un déficit moteur, mais aussi à des troubles sensoriels ou sensitifs, des crises psychogènes non épileptiques et des douleurs (3).

La conversion est une atteinte non lésionnelle des organes de la vie de relation, dont le retentissement est volontiers disproportionné. Les symptômes fluctuent dans le temps et dans l'espace. Ils sont spectaculaires et suggestibles, variables en fonction du soignant consulté.

Le symptôme s'affranchit des découpages métamériques, d'où l'observation d'une inadéquation anatomo-clinique. Les troubles ont un caractère énigmatique pour le patient comme pour le corps médical.

Diagnostic

Le DSM propose une définition qui s'affranchit des hypothèses éthiopathogéniques issues de la psychanalyse, dont les items sont détaillés ci-dessous :

A. Un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles.

B. Les données cliniques démontrent l'incompatibilité entre le symptôme et une affection neurologique ou médicale reconnue.

C. Les symptômes ou les handicaps ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble médical ou mental.

D. Le symptôme ou le handicap entraîne une détresse ou une altération clinique significative dans le domaine du fonctionnement social professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou nécessite une évaluation médicale.

Le diagnostic de certitude est délicat à poser pour les neurologues comme pour les psychiatres. En effet, les troubles conversifs s'associent fréquemment à une « épine irritative » de symptômes somatiques authentiques, d'origine souvent ancienne (7). Les examens paracliniques doivent être réalisés à bon escient, avec mesure, sans inflation qui peut enkyster la plainte.

Pronostic

Les études relèvent en moyenne un taux de persistance ou de récidive des symptômes de 50 % (8). Le début brutal, le caractère récent du symptôme, la présence d'un évènement déclenchant clairement identifiable, l'acceptation de l'idée que des facteurs psychologiques puissent jouer un rôle, sont reconnus comme des facteurs de bon pronostic (9).

Théorie étiopathogénique

C'est une pathologie marquée par le concept historique de « névrose hystérique » qui lui confère un regard péjoratif des soignants et des patients. La conversion est souvent confondue avec la personnalité hystérique ou histrionique. Celle-ci est marquée par une labilité émotionnelle, un théâtralisme, une attitude de séduction excessive dans les rapports sociaux, la dépendance affective et une quête exacerbée d'attention. Or ce trouble de la personnalité n'est pas systématiquement retrouvé dans le trouble de conversion des classifications internationales (2, 7).

Le terme de conversion est à considérer sur le plan psychopathologique comme un mécanisme de défense. Selon l'approche psychanalytique, un conflit inconscient est « converti » en symptômes physiques. Une pulsion inconsciente, inconciliable avec les convenances morales, peut mettre en défaut les mécanismes de refoulement de l'individu. Cette pulsion est transmutée en manifestation corporelle, comme une métaphore incarnée (1).

Par l'entremise du symptôme – ici la paralysie d'un membre -, l'angoisse causée par la pulsion interdite est neutralisée. Le sujet n'y a d'ailleurs pas accès, en proie à un « véritable saut, un court-circuit du psychisme dans le somatique ». Il peut en résulter secondairement un regain d'attention de l'entourage, une éviction des contraintes ou de situations dévalorisantes, dans une étude de « belle indifférence ». Elle correspond à l'indifférence paradoxale du sujet au regard de ses troubles (10).

Perspectives thérapeutiques

Il n'existe aucun consensus dans le traitement du trouble de conversion. Les prises en charge proposées utilisent des approches physiothérapiques, des rééducations « en miroir » ou l'hypnose (2). Les psychothérapies au sens large ont montré un bénéfice dans l'apaisement des troubles fonctionnels (11). Une thérapie d'orientation psychanalytique permettrait la compréhension psychodynamique du sens du symptôme et sa levée durable (1).

Il s'agit d'être attentif au contre-transfert négatif suscité par ces patients en quête d'attention, de nursing de la part de leur entourage, opposant une « belle indifférence » et une agressivité notable (7).

Aspects militaires

L'engagement militaire est valorisé par des valeurs de sacrifice, de dévouement et de bravoure ; il véhicule un idéal d'héroïsme. La souffrance psychique est considérée par le militaire comme potentiellement honteuse, en particulier quand il est en opération extérieure, au cœur même de sa mission. Il peut craindre le regard réprobateur du groupe qui l'accuse de fuir, par peur ou par faiblesse. L'incapacité de poursuivre la mission est vécue comme un abandon des camarades, fragilisant de surcroît la capacité opérationnelle collective.

On rencontre ainsi en milieu militaire des plaintes somatiques révélatrices de souffrance psychologique ; elles ont fait l'objet d'études historiques (12). Inconsciemment, la plainte corporelle est plus acceptable car elle met en avant une lésion physique, visible et reconnue comme handicapante par tous.

Le cas de Pierre

Il souffrait de la vie embarquée, au port base puis davantage en opération. Les consultations itératives, relevant une symptomatologie fonctionnelle floride,

nous ont alertés. Le sujet restait fixé sur la plainte organique, refusant d'établir un lien avec des difficultés.

Le jour de la chute a été pour lui un moment de débordement de ses capacités d'adaptation, alors qu'il devait prendre le quart à minuit. Cette rupture s'est manifestée par un trouble de conversion. Ce trouble est survenu de façon spectaculaire, devant ses camarades, mettant en scène une paralysie handicapante, signant l'arrêt de toute activité opérationnelle, de nuit comme de jour, et à terme l'extraction du milieu militaire.

A posteriori, nous pouvons noter qu'il présentait certains facteurs de bon pronostic avec un début brutal des symptômes et des tensions ayant favorisé leur apparition. La paralysie a disparu complètement en trois mois. Le risque de récidive est toutefois majeur et la présence de traits de personnalité pathologiques est en revanche de mauvais pronostics.

Conclusion

Le corps est une voie d'expression privilégiée de la souffrance psychique dans les milieux professionnels comme l'armée où la performance, la résistance face aux contraintes, le dépassement de soi sont érigés en idéal. Le trouble de conversion en opération extérieure est une énigme pour le patient comme pour le médecin des forces. Après avoir écarté un diagnostic différentiel neurologique, sans inflation des examens paracliniques, l'enjeu est d'analyser les coordonnées de la plainte somatique, tout en amenant le sujet à s'en distancier, pour retracer la symbolique du symptôme. L'articulation précoce entre l'équipe médicale du *Role 1* et les spécialistes des HIA, psychiatres et neurologues, garantit la mise en œuvre d'un parcours de soins pluridisciplinaire. La question de l'aptitude à servir sera à considérer au cas par cas en prenant en compte le pronostic d'adaptation aux spécificités du cadre d'emploi, à un niveau de risque acceptable pour la santé de l'individu et la réalisation de sa mission en toute sécurité.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Freud S, Breuer J. (1895). Études sur l'hystérie. (A.Berman, Trad.). Paris : PUF ; 1956.
2. Cathébras P, Régny P. Actualités de la conversion « hystérique ». Rev Prat. 2012;62:1119-31.
3. Régny P, Cathébras P. Le trouble de conversion en médecine interne : 37 observations. L'Encéphale 2016;42:150-5.
4. Association Américaine de Psychiatrie. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Cinquième version de 2013.
5. Décret N°2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées.
6. Fink P, Hansen MS, Sondergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. Psychosomatics 2005;46:540-8.
7. Auxéméry Y. Quelles différentes entités cliniques se cachent derrière les termes génériques de « somatisation » et de « trouble fonctionnel » ? Une question cardinale pour la thérapeutique. Annales Médico-Psychologiques. 2014;172:400-8.
8. Binzer M, Kullgren G. Motor conversion disorder. A prospective 2- to 5- year follow-up study. Psychosomatics 1998;39:519-27.
9. Lazare A. Conversion symptoms. N Engl J Med. 1981;305:745-8.
10. Auxéméry Y. Vers une nouvelle définition de la conversion hystérique. Annales Médico-Psychologiques. 2016;172:468-73.
11. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet 2007;369:946-55.
12. Clervoy P, Les surprises psychiatriques de la Grande Guerre. Médecine et Armées 2015;44:69-74.