



HAL
open science

**Modes d'entrée dans une psychose en milieu militaire :
indices d'alertes pour le médecin généraliste d'unité.
Etude rétrospective à partir de trente dossiers cliniques**

Jacques Babaï

► **To cite this version:**

Jacques Babaï. Modes d'entrée dans une psychose en milieu militaire : indices d'alertes pour le médecin généraliste d'unité. Etude rétrospective à partir de trente dossiers cliniques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01732899

HAL Id: hal-01732899

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732899v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 OCTOBRE 2010

PAR

JACQUES BABAÏ

NÉ LE 12 JUILLET 1981 A SAINT-RAPHAËL

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS
ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE LYON-BRON

Modes d'entrée dans une psychose en milieu militaire :
Indices d'alerte pour le médecin généraliste d'unité.
Étude rétrospective à partir de trente dossiers cliniques.

DIRECTEUR DE THÈSE : YANN AUXÉMÉRY

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR KABUTH BERNARD

PRÉSIDENT

MADAME LE PROFESSEUR VIDAILHET COLETTE

JUGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTINET YVES

JUGE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARNIO CLAUDE

JUGE

MADAME LE DOCTEUR NICOLAS ELISE

JUGE

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 OCTOBRE 2010

PAR

JACQUES BABAÏ

NÉ LE 12 JUILLET 1981 A SAINT-RAPHAËL

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS
ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE LYON-BRON

Modes d'entrée dans une psychose en milieu militaire :
Indices d'alerte pour le médecin généraliste d'unité.
Étude rétrospective à partir de trente dossiers cliniques.

DIRECTEUR DE THÈSE : YANN AUXÉMÉRY

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR KABUTH BERNARD

PRÉSIDENT

MADAME LE PROFESSEUR VIDAILHET COLETTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTINET YVES
MONSIEUR LE DOCTEUR CARNIO CLAUDE
MADAME LE DOCTEUR NICOLAS ELISE

JUGE
JUGE
JUGE
JUGE

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ,, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :	
- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -
Jean BEUREY- Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude
BURLET- Daniel BURNEL - Claude CHARDOT- Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS-Michel DUC - Jean DUHEILLE-
Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET- Robert FRISCH – Alain
GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ- Simone
GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT-
Jacques LACOSTE- Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE -
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE- Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX-
Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU- Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS-Claude PERRIN - Guy PETIET -
Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL-
Daniel SCHMITT- Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ- Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET-
Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGÉ
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie
GILGENKRANTZ- Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur
Alain LARCAN- Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS-
Professeur Guy PETIET- Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur
Jacques POUREL- Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER - Professeur
Gilbert THIBAUT- Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT –
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRASBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous sommes très honorés de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance

Veillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.

À NOS JUGES,

Madame le Professeur VIDAILHET Colette,

Professeur de Pédopsychiatrie

Votre présence dans notre jury nous honore. Veuillez trouver ici l'expression de notre considération et de nos remerciements.

Monsieur le Professeur MARTINET Yves

Professeur de Pneumologie

Nous sommes très honorés de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur CARNIO Claude

Psychiatre des hôpitaux des Armées

*Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail,
nous vous remercions vivement et vous prions d'accepter notre
respectueuse gratitude.*

Madame le Docteur NICOLAS Elise

Médecin des Armées

Médaille de la Défense Nationale – échelon bronze

Ancienne Elève de l'Ecole du Val-de-Grâce - Paris

Ancienne Elève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Bordeaux

Médecin référent de l'antenne médicale de Chenevières du CMA de Nancy

*Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail.
Nous vous remercions vivement et vous prions d'accepter notre
gratitude.*

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE,

Monsieur le Docteur Yann AUXEMERY

Médaille de la Défense Nationale – échelon bronze

Elève de l'École du Val-de-Grâce - Paris

Ancien Elève de l'École du Service de Santé des Armées de Bordeaux

Vous avez accepté d'encadrer notre travail malgré un emploi du temps bien rempli. Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans votre aide et votre patience.

Veillez recevoir à travers ce travail l'expression de toute ma considération, de ma reconnaissance ainsi que de mon amitié.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS,
Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques- échelon vermeil
Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées.

A Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO,
Directeur adjoint de l'Ecole du Val-de-Grâce
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques- échelon argent
Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées.

À mes Chefs de service,

Monsieur le Médecin en Chef Walkowiak

J'ai commencé mon internat dans votre service aux urgences de l'HIA Legouest. Je tiens à vous remercier de m'avoir aidé à démarrer dans un service qui n'est pas évident pour un premier semestre.

Monsieur le Médecin en Chef Lagauche

Mon passage dans le service de MPR a été riche en enseignements médicaux et humains. Votre savoir très étendu et pluridisciplinaire de la médecine ainsi que votre disponibilité m'ont guidé durant ce semestre. Votre sens de la rigueur et de la discipline ont été un phare pour moi.

Monsieur le Médecin en Chef Renard

Les six mois passés au sein du CMU de la Base Aérienne 116 m'ont conforté dans mon choix d'exercer la médecine générale d'unité. J'y ai découvert les particularités d'une base nucléaire ainsi que les exercices palpitants de simulation d'un incident nucléaire.

Monsieur le Professeur Leheup

Vous m'avez reçu en tant qu'interne dans votre service dans une spécialité aussi difficile que délicate qu'est la pédiatrie. N'étant pas forcément destiné à exercer beaucoup dans ce domaine, j'ai néanmoins apprécié cette « immersion » en CHU où j'ai beaucoup appris.

Monsieur le Médecin en Chef Rey

J'aurai conclu mes semestres à l'hôpital dans votre service. J'espère avoir pu satisfaire à vos exigences professionnelles qui m'ont permis de progresser tout au long de mon internat.

Madame le médecin des armées Breil

J'ai pu grâce à ton aide et à tes conseils terminer mon cursus de médecine générale par un stage très enrichissant. Je te remercie en particulier pour la grande rigueur avec laquelle tu as tenté de répondre à tous les objectifs pédagogiques de ce stage et l'application que tu as mis à m'enseigner ce qui me manquait pour démarrer dans ce métier.

Et aux équipes médicales et paramédicales de ces services.

A ma famille

A ma petite « Gnon Gnon ». Je ne serais pas ce que je suis sans toi. Je te dois tout. Merci Maman...

A mon « Papache ». Merci pour tous les sacrifices que tu as fait et la sueur que tu as donnée pour que tes enfants ne manquent de rien.

A tous mes frères et sœurs : Amor, Momo, Douda, NamNam, 2laKam et Mimi. On a tous le même sang mais on est tous différents. Je vous aime toutes et tous. Je n'oublie pas bien sûr Lindouda, Napout Nakout, Sheryne, Syrine et la petite Shaynesse : gros bisou de tonton.

A mes grands parents. Une pensée particulière pour vous là haut et mon « papa Kacem » ici bas : que Dieu vous garde tous. Une tendre pensée à ma grand-mère Latifa, ange qui veille sur moi et qui m'avait prédit en me tenant bébé dans ses bras qu'un jour je serais médecin...

A ma belle famille. Vous m'avez accueilli à bras ouverts, et je vous en remercie. Vous m'avez confié une perle qui est devenu mon plus beau trésor.

A mon Tonton Fredj, qui m'a suivi depuis tout petit. Tu es comme un 2^{ème} père pour moi.

A tous les autres, oncles, tantes, cousins, peu de place pour beaucoup de monde, mais sachez (si vous lisez ces lignes un jour !!) que je pense à vous tous.

A mes amis

A mes amis de Saint-Raphaël, Benoît, Renaud, Benjamin, Julien, Sylvain, Simon, Céline et Marion qui m'a permis de m'orienter vers la médecine militaire et tous ceux que j'oublie. Une bise spéciale bien baveuse pour toi Mathieu : même si j'ai coupé les ponts sache que tu es et resteras le meilleur ami que je n'ai jamais eu...

A mes amis santards. 8 années passées à la boîte : toute une partie de ma vie. Vous êtes trop nombreux pour tous vous citer. Merci pour toutes ces années.

A mes co-internes, compagnons de galère dans la misère. Bien sûr je plaisante, ce sont les meilleures années de mes études.

A ma famille de la boîte, en particulier à vous Léopoldine et Pierre-Mathieu

A ma femme

Tu as donné un sens à ma vie. Tu m'as donné mon petit trésor Ilef. Tu m'as donné ton cœur. Bref tu m'as donné ce qui me manquait pour faire de moi le plus heureux des hommes. Je t'aime Nassourti

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'expérience de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré parmi les hommes.

Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

○...ALLEZ OU LA PATRIE ET L'HUMANITE ○
VOUS APPELLENT SOYEZ Y TOUJOURS
PRETS A SERVIR L'UNE ET L'AUTRE ET S'IL
LE FAUT SACHEZ IMITER CEUX DE VOS
GENEREUX COMPAGNONS QUI AU MEME POSTE
SONT MORTS MARTYRS DE CE DEVOUEMENT
INTREPIDE ET MAGNANIME
QUI EST LE VERITABLE ACTE DE FOI
DES HOMMES DE NOTRE ETAT.

BARON PERCY

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA GRANDE ARMÉE
○ AUX CHIRURGIENS SOUS-AIDES. 1811 ○

« Pro Patria Et Humanitate »

Quel que soit le cadre, l'Afrique ou l'escadre...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	20
PREMIERE PARTIE: étude bibliographique.....	24
1 Histoire naturelle de la psychose débutante.....	25
1-1 La phase pré-morbide.....	27
1-2 La phase prodromique ou prépsychotique.....	28
1-3 La phase psychotique active.....	32
1-4 La phase de rémission et les rechutes.....	35
2 Facteurs de risque d'une décompensation psychotique.....	37
2-1 Facteurs sociodémographiques (âge, sexe, éducation, statut marital, stress).....	38
2-2 Facteurs de vulnérabilité (génétique, saison de naissance, obstétricaux).....	41
2-3 Facteurs associés (abus de substance, traumatisme crânien).....	44
3 Les patients à « ultra haut risque » de décompensation psychotique	48
3-1 Intérêts et limite des études de dépistage des patients à UHR.....	49
3-2 Evaluation de la valeur prédictive des critères UHR.....	52
3-3 Outils de mesure psychométrique	54
4 Le rôle primordial du médecin généraliste	57
4-1 Etudes réalisées sur la psychose débutante en médecine générale.....	58
4-2 Fréquence des symptômes psychotiques en médecine générale.....	60
DEUXIEME PARTIE:	
Etude clinique descriptive rétrospective à propos de 30 dossiers cliniques.....	63
1 Principes de l'étude.....	64
1-1 Hypothèse et objectifs.....	64
1-2 Matériel et méthode.....	64
2 Résultats.....	65
2-1 Etude des dossiers cliniques de psychiatrie.....	65
2-2 Etude de la lettre des médecins généralistes d'unité.....	80
3 Discussion des résultats.....	83
3-1 Les différents biais et limites de l'étude.....	83
3-2 Atteinte des objectifs: les indices d'alerte.....	85
3-3 Un outil simple d'orientation pour les médecins d'unité.....	87
CONCLUSION.....	89
ANNEXES.....	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	97

INTRODUCTION

Dans ce travail de thèse, la psychose sera définie comme un ensemble de troubles psychiques caractérisés par la présence de symptômes définis par l’OMS, quelle que soit la catégorie diagnostique retenue (troubles schizophréniques, schizophréniformes, schizo-affectifs, troubles délirants paranoïaques et autres troubles psychotiques chroniques non schizophréniques dits atypiques) [77]. Nous avons exclu ici la référence aux troubles bipolaires de l’humeur même si des fluctuations thymiques sont parfois présentes dans les signes cliniques évolutifs des psychoses dissociatives. La schizophrénie, se présentant sous plusieurs dizaines de formes cliniques, est un des troubles psychotiques les plus fréquents, avec une prévalence estimée à 1% de la population générale (400000 personnes en France en phase processuelle ou en rémission) et une incidence annuelle estimée à 0,1 ‰ soit près de 10000 nouveaux cas par an dans l’hexagone [70,87]. Un premier épisode psychotique débute 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. Le pronostic clinique et social de la schizophrénie est parfois défavorable. Seuls 10 % des patients schizophrènes ont une autonomie satisfaisante et peuvent avoir une activité professionnelle. Le coût moyen actuel des soins de ce type de patients est d’au moins 15000 euros par an. L’aspect chiffré n’est pas représentatif de la souffrance des patients, ainsi que celle de leur famille et du poids des processus de stigmatisation sociale qui les accablent. 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 chez ces personnes, 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 [73]. Ce résultat a conduit au postulat selon lequel réduire la durée de psychose non traitée (DPNT) ou DUP (*Duration of Untreated Psychosis*) permettrait d’améliorer le pronostic à long terme des sujets 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 et plus largement des troubles psychotiques débutants [53,43]. Ces programmes de dépistage ont une cible plus large que la schizophrénie débutante, et sont fondés sur des critères symptomatiques dans une approche dimensionnelle (patient ayant des symptômes psychotiques) plutôt que sur des diagnostics catégoriels (schizophrénie). Lorsqu’un sujet présente un premier épisode avec des symptômes

psychotiques, il est difficile d'établir un diagnostic définitif de schizophrénie du fait de la fréquente complexité symptomatique du tableau clinique initial. Le plus souvent, ce diagnostic ne peut être retenu qu'au terme d'une période d'observation et de suivi clinique de plusieurs mois voire de plusieurs années. Les schizophrénies débutantes intéressent de nombreuses équipes psychiatriques sur le plan international. En France, le thème a fait l'objet d'une conférence de consensus en janvier 2003 [27]. Si les formes de schizophrénies à début brutal sont bien repérées et diagnostiquées, celles à marche insidieuse posent davantage de difficultés (repérage des symptômes, mise en route d'un traitement, accession des patients aux soins). Selon les auteurs, ces formes à début lentement progressif varient de 30 % (Bleuler, 1978) à 81 % (Harding, 1988). Ces formes de schizophrénies à début insidieux semblent débiter plus précocement et concernent davantage les hommes. Il est important de repérer les premiers symptômes spécifiques de la schizophrénie et de poser un diagnostic le plus précoce possible pour articuler la prise en charge. Et pourtant, une précipitation diagnostique qui ne prendrait pas le temps de l'écoute clinique initiale pourrait être le lieu d'erreurs médicales sanctionnées par la prescription d'un traitement non indiqué pour le patient, souvent au détriment de la prise en charge psychothérapique. Dans de nombreux cas de psychoses débutantes, on retrouve une symptomatologie incomplète ne permettant pas d'envisager un diagnostic certain. Il est alors important de pouvoir repérer des prodromes de la maladie et de suivre attentivement les personnes concernées afin de surveiller l'apparition éventuelle de symptômes spécifiques d'une entrée dans la maladie psychotique.

Au sein de la population militaire, les jeunes engagés s'intègrent parfaitement dans la tranche d'âge à risque de décompensation psychotique. Le jeune sujet militaire évolue dans un environnement particulièrement stressant, soumis au rythme des missions et des opérations extérieures qui confrontent de manière répétée le patient au réel de la mort, mort reçue, mort donnée, mort de l'autre [19]. L'idéal des missions exercées sous l'égide du maintien de la paix ou de l'humanitaire est fortement ébranlé par l'impuissance à éviter l'horreur à laquelle les jeunes militaires peuvent être confrontés (visions de charniers, génocides, morts d'enfants). Ainsi, on peut voir vaciller une souffrance psychotique restée jusque là latente ou sub-clinique. Différemment l'institution militaire peut aussi constituer un cadre contenant permettant un étayage et maintenant à distance les souffrances psychotiques. Le médecin généraliste de l'unité militaire est en première ligne 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.

Depuis 1996, le militaire est un professionnel, volontaire. Aujourd'hui, 3 militaires sur 10 sont des femmes. Le monde nouveau de la contrainte, de la rigueur, s'oppose au monde « libre » et individualiste que le jeune militaire vient de quitter pour s'engager. L'imaginaire de l'armée chez le jeune militaire tient une place non négligeable : images de film, discours enjolivé d'un proche, d'un alter ego. De plus, il s'opère un passage brutal du monde de l'adolescence à un monde de l'effort, de la contrainte, du règlement, avec modification des repères affectifs et familiaux. La surprise et le choc sont grands quand la réalité ne correspond pas aux idéaux de départ. Les classements, les comparaisons avec les autres militaires sont quotidiens et peuvent entraîner une perte de confiance, d'estime de soi et faire basculer un équilibre psychologique fragile. Contrairement à ce que l'on peut penser, l'uniforme n'uniformise pas nécessairement mais peut également venir révéler ce qui avait pu être caché ou compensé par divers artifices ou suppléances. La situation de ces jeunes est parfois difficile, marquée par de fortes exigences de service et par les aléas du renouvellement de leur contrat soumis à la réussite des examens techniques et militaires. L'expérience montre que les deux périodes les plus délicates sont les deux premières années du premier engagement, du fait du décalage entre idéal construit et réalité des faits ainsi que le deuxième engagement (entre six et onze ans de carrière) où se profile un certain épuisement notamment à cause de la multiplication des opérations extérieures (OPEX) et les difficultés familiales qui en découlent. La question de l'adaptation au milieu militaire peut donc se poser très tôt, parce qu'un point de rupture est atteint ou qu'un trouble psychiatrique sous-jacent se révèle (décompensation psychotique notamment) dans des moments délicats potentiellement déstabilisants. Des conduites addictives peuvent alors se rencontrer, avec une prédominance pour la consommation de cannabis (favorisant également la décompensation psychotique), souvent associée à des abus répétés d'alcool.

Le médecin généraliste d'unité est un médecin de premier recours qui connaît bien le milieu dans lequel évolue le jeune engagé militaire. Il exerce son art souvent seul en première ligne et parfois dans des circonstances très singulières : plusieurs mois passés dans un sous-marin seul dépositaire du savoir médical, plusieurs mois dans les reliefs hostiles Afghans. En métropole, les visites médicales d'aptitude s'appuient sur des constats anamnétiques, cliniques et para cliniques si nécessaires. Ainsi le médecin d'unité possède conjointement un rôle de soin et d'expertise au profit du personnel militaire. Ces expertises médicales ont pour finalité de s'assurer de la compatibilité de la santé (physique et mentale) du jeune militaire avec son emploi au sein des forces. Les objectifs de l'expertise réalisée par le médecin généraliste d'unité, superposables à ceux de la médecine du travail, consistent idéalement à

vérifier l'absence de pathologies pouvant remettre en cause la capacité du militaire à exercer ses missions en tous lieux et en toutes circonstances et à s'assurer que l'environnement de travail ne déstabilisera pas son état de santé. Le contexte des visites médicales d'aptitude est souvent celui d'un cadre contraignant. Le médecin généraliste d'unité est qualifié d'expert par sa connaissance des problèmes médicaux (et les limites assez floues d'un bon état de santé) et par sa connaissance des contraintes de l'environnement professionnel. Il doit en un temps limité recueillir les informations pertinentes et évaluer avec la meilleure précision possible d'un pronostic : médical, psychiatrique et d'adaptation à l'emploi militaire et à ses contraintes.

Nous nous proposons dans cette thèse de définir non pas un outil de diagnostique (difficile à établir comme nous le verrons par la suite et qui reste l'apanage du spécialiste) ni de dépistage probabiliste qui viendrait contre toute éthique du sujet, mais une aide pour le médecin généraliste d'unité comprenant un inventaire concis d'indices d'alerte qui doivent éveiller son attention au cours de ces visites médicales. Loin de vouloir évincer les sujets éventuellement entendus comme vulnérables à la psychose, l'objectif est d'offrir l'opportunité d'un traitement spécialisé précoce lors du déclenchement d'une pathologie psychotique avérée. L'établissement d'un tel outil passe par une revue de la littérature médicale dans une première partie. Cette revue permettra de mettre au point une grille de lecture simplifiée avec laquelle on réalisera une étude descriptive rétrospective de 30 dossiers cliniques psychiatriques de jeunes engagés militaires ayant éprouvé une décompensation psychotique. On appliquera également cette même grille pour la lecture des courriers médicaux des médecins généralistes d'unité qui ont adressé ces patients au spécialiste de psychiatrie militaire. Cette lecture « guidée » permettra de mettre en évidence les éléments anamnestiques, cliniques et sociodémographiques les plus fréquemment retrouvés chez le spécialiste et chez le généraliste constituant ainsi les indices d'alerte que l'on veut mettre en évidence.

I) ÉTUDE
BIBLIOGRAPHIQUE

1-Histoire naturelle de la psychose débutante

Si un certain nombre de bouffées délirantes aiguës s'intègrent dans l'histoire d'une schizophrénie débutante (ou d'autres troubles schizophréniformes), la nature *certaine* de la *maladie* schizophrénique n'est pas encore connue au moment du premier épisode psychotique. Les premiers symptômes psychotiques exigent une attention particulière car ils vont éventuellement venir justifier la mise en place d'un traitement par antipsychotique atypique [61]. Le problème qui apparaît d'emblée est celui d'une *instabilité* du diagnostic de schizophrénie lors de ce premier épisode dit « psychotique » ou de rupture d'avec l'état antérieur. En effet on peut dire qu'à ce stade, l'établissement d'un diagnostic catégoriel est prématuré car il est peu fiable. Le diagnostic de schizophrénie est ainsi révisé dans environ 25 % des cas après avoir été initialement posé [28]. Plusieurs évolutions sont alors possibles. Le premier épisode psychotique peut être inaugural d'une schizophrénie, d'un trouble schizophréniforme, d'un trouble bipolaire, d'un trouble schizoaffectif, d'une psychose réactionnelle brève, d'une psychose paranoïaque, d'un trouble induit par une substance ou d'un trouble causé par une étiologie organique [8]. Mais surtout un « premier épisode psychotique » peut n'être qu'un accident de parcours, le sujet retrouvant durablement son état de santé antérieur. Ceci questionne nos références théoriques : s'agit-il d'un diagnostic d'épisode psychotique bref porté à tort secondairement à des arguments cliniques peu fiables, ou s'agit-il d'un authentique moment psychotique unique caractérisant une brève décompensation témoignant d'une susceptibilité neurobiologique ?

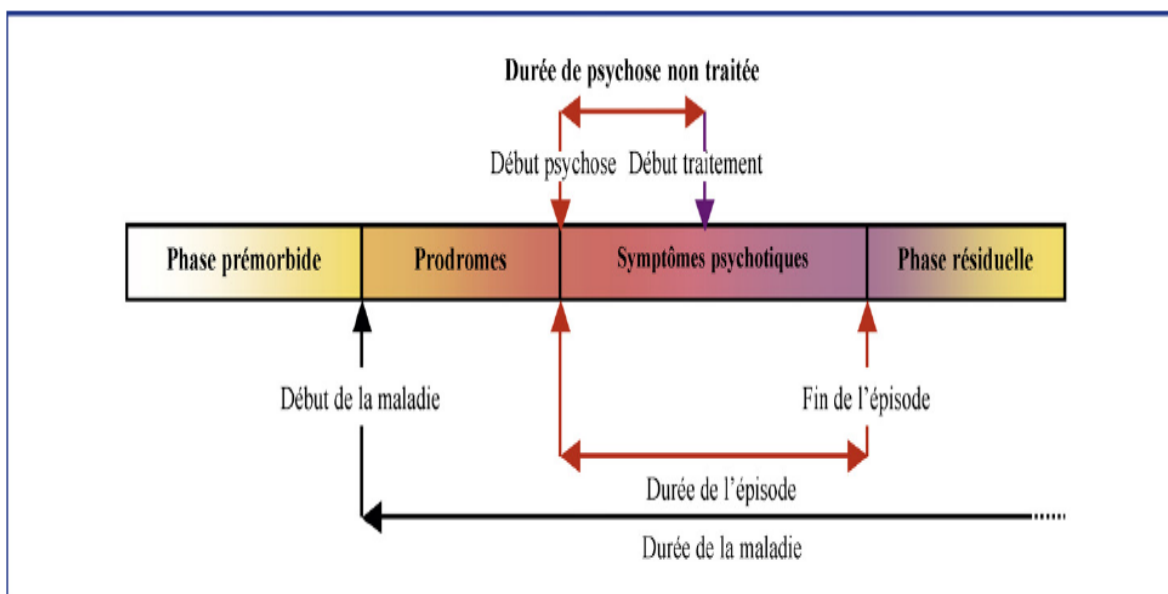
On distingue classiquement trois tableaux cliniques de psychose débutante :

-Le premier se caractérise par une symptomatologie psychotique aiguë durant moins de 4 semaines et sans phase prodromique. Ainsi les psychoses délirantes aiguës se caractérisent par leur début brutal rejoignant l'adage du « coup de tonnerre dans un ciel serein ». Ces formes à début aigu comprennent la bouffée délirante aiguë (environ 30 % des bouffées délirantes aiguës évoluent vers une schizophrénie), la manie et la dépression atypique (associant hypersomnie et hyperphagie) et les troubles du comportement (tentative de suicide, fugue, voyage pathologique, acte médico-légal). Le délire est polymorphe dans ses mécanismes (intuitifs, interprétatifs, imaginatifs, illusionnels...) et multiple dans ses thèmes (mystiques, mégalomaniaques, idées de persécutions, de possessions, d'influences...). On retrouve également des hallucinations essentiellement auditives, parfois cénesthésiques mais beaucoup plus rarement visuelles ou olfactives. L'ensemble du délire n'est pas systématisé, sans structure cohérente donc mais entraînant de manière fluctuante des moments de perplexité

anxieuse lors de l'adhésion du sujet à son délire. Maurer et Häfner, dans une étude portant sur 232 sujets présentant un premier épisode psychotique, retrouvaient 50,7 % de début aigu avec symptômes positifs [66]. L'évolution de ces psychoses délirantes aiguës se fait dans 25% des cas vers une résolution complète (épisode unique sans récurrence), dans 25% des cas vers la récurrence (épisodes isolés récurrents entre lesquels ne persiste aucun symptôme) et dans 50% des cas vers une psychose chronique (schizophrénies et troubles bipolaires).

-Le deuxième tableau clinique de psychose débutante est dit subaigu, durant plus de 4 semaines et se caractérisant par une période de manifestations non spécifiques suivie d'un épisode *franchement* psychotique.

-Le troisième mode de psychose débutante est progressif et insidieux. L'étude ABC réalisée par l'équipe de Mannheim de Häfner et An der Heiden, met en évidence un début plus souvent insidieux (68 %) qu'aigu (18 %) ou subaigu (15 %) [35]. Cette forme est corrélée avec un début plus précoce, et concerne davantage les garçons que les filles. S'observant davantage en milieu urbain, 80% des formes infantiles de schizophrénie sont de ce type [98,86]. Les modifications du fonctionnement du sujet s'installent progressivement et des signes prodromiques précèdent longtemps, parfois pendant plusieurs années, les symptômes spécifiques qui apparaîtront secondairement. C'est cette forme majoritaire que l'on se propose de développer dans ce chapitre en détaillant ses 4 phases évolutives.



Schématisme des 4 phases évolutives d'une psychose chronique à début insidieux.

1-1 La phase pré-morbide

Cette phase s'étend de la naissance à l'apparition des premiers signes sub-cliniques précurseurs de la phase prodromique. La théorisation de cette phase implique la notion de vulnérabilité qui postule l'existence de sujets porteurs de dérèglements potentiellement latents de leur fonctionnement métabolique, psychique et génétique qui sont susceptibles de favoriser l'apparition d'une maladie psychotique. Ces sujets à risques sont dits « vulnérables » car ils ne développeront pas nécessairement une maladie. Certains ne présenteront aucun trouble clinique alors que d'autres souffriront de formes ou d'expressions cliniques frontières fluctuant du normal au pathologique. Les objectifs de recherche clinique dans cette phase de pré morbidité sont l'identification des sujets à risque, le développement des marqueurs de vulnérabilité et bien sûr si possible la recherche étiologique dans un but de prévention primaire [31].

On peut légitimement se poser la question du déroulement de l'enfance du patient psychotique [83]. Un certain nombre d'enfants présentent des particularités cliniques antérieures au développement de la psychose traduisant le modèle d'une interaction entre le neurodéveloppement de l'individu et son environnement qui peut offrir des circonstances protectrices ou inductrices d'éclosion d'une maladie potentiellement latente et sub-clinique. Les caractéristiques de l'enfance des patients schizophrènes retrouvent des anomalies du développement neuro et psychomoteur telles que le retard à l'acquisition de la marche, les anomalies posturales et les troubles de la coordination motrice fine. Sur le plan cognitif, il existe des performances moins bonnes chez les futurs patients schizophrènes que chez les futurs adultes non psychotiques. Ainsi une baisse de l'efficacité intellectuelle avec une chute soudaine du QI (quotient intellectuel) surtout pendant l'adolescence mérite une attention particulière de même qu'un enfant intellectuellement précoce qui se repli sur lui-même avec un isolement affectif et social [11]. La baisse des performances scolaires est un signe classique de schizophrénie débutante. On peut noter également un trouble du langage avec bizarreries syntaxiques grevées d'écholalies. Des traits de caractère sociaux, comportementaux et psychologiques tels que la passivité, les troubles de la concentration, les troubles du comportement (plutôt hyperactivité chez les garçons et repli chez les filles) et la difficulté à se faire des amis renvoient à la notion de schizoïdie. Cela peut s'accompagner à l'adolescence de manifestations telles qu'onychophagie, tics et grimaces. Cependant ces facteurs de vulnérabilité clinique n'ont aucune valeur prédictive. Les observations ainsi faites sont donc peu spécifiques et apparaissent également –même surtout- chez des sujets qui ne

développeront pas la maladie. Deux études finlandaises reconnues donnent des résultats contradictoires sur le thème. La première n'observe pas de différence significative sur le plan des résultats scolaires sauf pour les activités sportives et manuelles. La deuxième relève que 11 % des garçons ayant développé une schizophrénie obtenaient d'excellents résultats scolaires contredisant ainsi le postulat des déficits cognitifs précurseurs [11].

La synthèse des données actuellement disponibles concernant les facteurs de vulnérabilité et de prédisposition pour les pathologies schizophréniques amène à considérer avec prudence l'hypothèse d'un déterminisme dont la valeur prédictive sera probablement faible. D'autre part, les avancées de la recherche sur l'étiologie de la schizophrénie rejoignent parfois des attitudes de prévention non spécifiques de cette maladie (comme la sécurité obstétricale pour prévenir les souffrances fœtales).

1-2 La phase prodromique ou prépsychotique

Étymologiquement, le terme de « prodrome » est issu du grec « pro », devant, en avant et « dromos » : course. Les prodromes sont donc définis comme des signes précoces avant-coureurs de la maladie dont ils précèdent les manifestations caractéristiques de la phase d'état [81]. La période des prodromes initiaux (par opposition aux prodromes de rechute) marque le début de la maladie [59]. Cette phase correspond à la période entre la première modification du fonctionnement global (noté par le sujet ou par son entourage) et l'apparition des premiers symptômes psychotiques caractérisés. La phase prodromique est initialement un concept rétrospectif qui se caractérise par l'apparition et le développement de symptômes précoces non spécifiques précédant l'apparition des premiers symptômes psychotiques.

En 1896, Kraepelin, dans la 5^{ème} édition de son traité, caractérisait déjà la « *Dementia Praecox* » par son évolution déficitaire faisant de celle-ci un élément essentiel de sa clinique [51]. En 1950, G. Huber développait le concept de « symptômes de base » qui « *représentent réellement les symptômes premiers de la schizophrénie et donc la base sur laquelle se développent les symptômes psychotiques productifs* » [37]. Ces « symptômes de base » ne sont pas des altérations comportementales ou des expressions verbalisées, ils restent dans le domaine du ressenti des patients. Ceux-ci sont conscients de ces troubles dont ils parlent comme d'un déficit, ils sont capables de les observer avec un certain détachement, de les décrire et de développer des stratégies d'adaptation et d'autocontrôle à leur rencontre les

rendant encore plus difficiles à diagnostiquer. Ces expériences sont d'autant plus complexes à mettre en évidence qu'elles échappent à l'approche clinique centrée sur les symptômes plus facilement objectivables (délire, hallucination, troubles du comportement) et nécessitent donc une écoute particulière fondée sur le vécu du patient. La difficulté est renforcée par l'aspect fluctuant de cette dimension d'un patient à l'autre mais aussi dans le temps pour un même patient. Dans une étude portant sur 508 patients schizophrènes, G. Huber *et al.* ont observé ces symptômes à différents moments de la maladie, et notamment précocement avant tout épisode psychotique franc. Ils décrivent une phase prodromique survenant de trois ans à trois mois avant la maladie pendant laquelle les symptômes de base fluctuent en intensité et en qualité mais sans jamais disparaître [36]. Dans une autre étude sur 290 patients, les mêmes auteurs retiennent une phase prodromique précédant de trois à cinq ans en moyenne l'exacerbation sous forme productive de la maladie mais aussi des épisodes « avant poste » (*out post*) marqués par la présence de ces mêmes symptômes de base, durant six mois en moyenne (de quatre jours à quatre ans) qui ne sont pas directement suivis d'exacerbation productive.

Cependant ces prodromes ne garantissent pas nécessairement l'évolution clinique vers un premier épisode psychotique mais peuvent simplement indiquer un risque accru de transition vers la psychose [61,62]. Les premiers signes prodromiques surviennent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, entre 15 et 25 ans. Pour Hafner, les « premiers signes du trouble » apparaîtraient à 24 ans (étude Age Beginning and Course [ABC]) et pourraient perdurer jusqu'à l'âge de 29 ans [35]. La durée de cette phase semble être très variable, pouvant aller de quelques jours à plusieurs années, mais est souvent prolongée [31]. Dans une revue de la littérature, Hafner retrouve des durées entre deux et cinq ans dans les formes à début insidieux [33]. Loebel *et al.* rapportent une durée moyenne de la phase prodromique de 22,5 mois [58]. Yung et McGorry notent différents repères temporels pour décrire cette phase [102]. Ainsi, l'entrée dans la phase des prodromes se caractérise par les modifications du fonctionnement habituel du sujet, perçues par lui-même (c'est le moment où le patient note pour la première fois un changement chez lui, mais en l'absence de symptôme psychotique ; par exemple, il peut noter plus de difficultés dans la gestion du stress, de vagues sentiments dépressifs ; ces changements sont discrets, subtils et seul le patient les note) ou par son entourage (la famille ou les amis notent un changement chez le sujet, mais pas de symptôme psychotique franc ; il peut s'agir d'une humeur irritable ou de comportements inhabituels).

Le sujet perd donc la sensation de son unité psychophysique et de son ancrage dans le sens réel et le monde commun. Il éprouve des difficultés à traduire par le langage l'expérience extraordinaire ou étrangement inquiétante qu'il traverse. Le médecin éprouve également des difficultés à en rendre compte par des termes sémiologiques. On parle alors de bizarrerie des idées, d'hermétisme et d'étrangeté du contact. La majorité des auteurs s'accordent à définir que la survenue d'un changement dans le comportement et le vécu des sujets marque l'émergence des signes prodromiques, ce qui permet de les séparer de la phase pré morbide, le plus souvent silencieuse. Ces prodromes sont dits égo dystoniques, c'est-à-dire que le sujet s'en plaint et en souffre, mais cette notion est relative, car certains de ces prodromes tels que l'anxiété peuvent se situer dans le prolongement des traits préexistants de la personnalité. Ils sont généralement reconnus rétrospectivement, mais les auteurs actuels s'intéressent plutôt à ce qu'ils appellent des symptômes ou des états mentaux dits à « risque clinique ».

La phase prodromique est donc très variable de par son intensité, sa durée, son mode d'expression clinique. Elle peut rester discrète ou même complètement silencieuse, mais pour beaucoup d'auteurs elle existe toujours et doit être recherchée. Plusieurs analyses psychopathologiques (issues entre autres de la phénoménologie et de la psychanalyse) des manifestations des phases prodromiques ont été et sont toujours réalisées. Elles visent à mieux comprendre leurs significations et donc à mieux aborder le malade. Il faut cependant préciser que cette phase prodromique peut ne pas exister dans des formes de psychose à début brutal. La présence de cette période initiale caractérise la schizophrénie plus souvent que toute autre psychose, mais n'est pas spécifique de ce trouble. Selon Häfner et An der Heiden, il existe une phase prodromique chez 75 % des patients schizophrènes [34].

C'est à partir d'études et d'instruments psychométriques notamment rétrospectifs (décrits au chapitre 3-3), qu'un certain nombre de signes ont pu être recensés durant la phase prodromique. Ces derniers se sont considérablement développés récemment mais demeurent du domaine de la recherche clinique. Ils sont basés sur des entretiens structurés, semi-structurés, ouverts, sur des échelles d'évaluation classiques et des critères opérationnels. Les résultats en sont toujours controversés et n'ont pas de valeur prédictive.

On recense ainsi sept catégories de signes cliniques qui sont autant d'indices d'alerte [102] [Annexe n°1]:

°des signes névrotiques : anxiété, colère/irritabilité, troubles anxieux, crises d'angoisse, symptômes hystériques, instabilité, impatience, phénomènes obsessionnels compulsifs ;

°des signes thymiques : dépression, oscillations de l'humeur, anhédonie, culpabilité, idées suicidaires, perte de l'élan vital, tristesse ;

°des modifications de la volition : perte d'énergie/fatigue, apathie/perte de motivation, perte d'intérêt/ennui ;

°des troubles cognitifs : difficultés d'attention et de concentration, préoccupations, rêverie diurne, barrages idéiques, difficultés d'abstraction, trouble de la mémoire ;

°des signes somatiques : troubles du sommeil, réduction de l'appétit, plaintes somatiques, perte de poids ;

°des modifications du comportement : retrait/isolément social, impulsivité, agressivité, comportement bizarre/perturbateur, détérioration du fonctionnement, opposition, ralentissement ;

°d'autres signes : changement dans la perception de soi, des autres et du monde, expériences perceptives inhabituelles, suspicion/méfiante, changements psychomoteurs (perte de dextérité automatique, interférences et blocages moteurs), phénomènes dissociatifs (déréalisation), troubles du langage (lu, entendu et expressif), augmentation de la sensibilité, troubles de l'affectivité, idées bizarres, superstition, rires immotivés, consommation de toxiques (alcool, drogues telles que cannabis dont le lien avec la décompensation psychotique est avéré dans de nombreuses études).

Les symptômes les plus fréquemment décrits sont les troubles de l'attention et de la concentration, la perte de motivation et d'énergie, l'humeur dépressive, les troubles du sommeil, le retrait social, la suspicion, la détérioration du fonctionnement (scolaire ou professionnel) et l'irritabilité. Il est important de constater que l'ensemble de ces manifestations est extrêmement varié et aspécifique, pouvant souvent passer inaperçu.

Pour conclure, la notion d'une phase prodromique, intermédiaire entre la phase pré morbide et l'apparition du premier épisode psychotique caractérisé, doit être bien connue. Elle entraîne l'assentiment de tous les auteurs. Elle se caractérise surtout par la notion d'un changement exprimé soit par le malade, soit par l'entourage notamment sa famille, soit par les deux concomitamment. L'entourage du patient, sa famille, ses éducateurs, le médecin généraliste et

tous les intervenants potentiels doivent être mieux informés. Bien que ces changements n'aient aucune spécificité ni aucune valeur prédictive, on portera une attention toute particulière à l'apparition des symptômes reconnus comme potentiellement prodromiques. L'utilisation dans le domaine de la recherche d'instruments psychométriques et de procédures expérimentales (développés par la suite), si leurs résultats restent controversés, doit être poursuivie pour améliorer le repérage symptomatique et donc intervenir plus précocement [27].

1-3 La phase psychotique active

Le début de la psychose est défini par l'apparition des premiers symptômes psychotiques francs. Le début de la psychose survient en général chez l'adulte jeune. Häfner et An der Heiden retrouvaient dans l'étude ABC un âge moyen de 25,5 ans pour l'apparition du premier symptôme négatif, de 29 ans pour le premier symptôme positif, de 30,1 ans pour le premier pic de symptômes positifs et de 30,3 ans pour la première admission en milieu hospitalier [35]. Ils décrivent un début plus précoce chez l'homme que chez la femme ; cependant, le risque de schizophrénie sur la vie entière est le même quel que soit le sexe [38]. Des formes de schizophrénie à début précoce (avant 16 ans), voire très précoce (avant 12 ans) ont aussi été décrites [99]. En règle générale, les premiers symptômes psychotiques qui apparaissent sont souvent atténués, c'est-à-dire peu nombreux et peu marqués dans un premier temps mais ils vont s'associer entre eux et devenir plus intenses.

C'est surtout l'apparition des **symptômes positifs** qui va permettre le repérage de l'épisode psychotique. Dans la majorité des cas, une période d'environ un an sépare le premier symptôme positif de l'admission en milieu hospitalier [33]. Ces symptômes positifs bien repérables cliniquement se développent insidieusement dans 25 % des cas. Maurer et Häfner nous démontrent que les premières manifestations psychotiques sont les idées délirantes de persécution et de référence [66]. Ces idées délirantes précèdent souvent les hallucinations qui sont le plus souvent auditives (ignorées, voire déniées par le sujet). Une sensation de perte de contrôle de la pensée et une impression de pouvoir communiquer par télépathie peuvent survenir par la suite. D'autres expériences psychotiques comme l'imposition de la pensée, des idées délirantes d'influence, de contrôle et de grandeur peuvent également apparaître. Le patient aura tendance à s'isoler pour fuir ce qui lui apparaît être un danger. Son discours peut se désorganiser, il peut présenter des troubles du cours de la pensée, du langage, de la logique

qui se manifestent par un langage hermétique, incompréhensible. Son comportement peut apparaître de manière générale « bizarre ».

En ce qui concerne **les symptômes négatifs**, Häfner *et al.* ont mis en évidence qu'ils sont diagnostiqués plus tardivement, alors qu'ils sont les premiers symptômes à apparaître dans 50 à 70 % des cas [35]. Maurer et Hafner retrouvent qu'ils se développent insidieusement dans 60,3 % des cas [66]. Ils sont donc majoritaires dans les débuts insidieux. En fait, dès 1962, Herron montrait que les formes de schizophrénie à début progressif étaient surtout caractérisées par un plus grand repli, un déficit psychomoteur, une indifférence aux performances et une diminution de la motivation plus marquée, symptomatologie que l'on pourrait considérer aujourd'hui comme « négative » [31]. Crow, en 1980, décrivait aussi un type II de schizophrénie caractérisé par une prédominance de symptômes négatifs et un début insidieux [61]. Les symptômes négatifs sont en général plus difficiles à diagnostiquer et selon Andreasen, les patients eux-mêmes ne remarquent pas leurs symptômes négatifs et ne s'en plaignent pas la plupart du temps : émoussement des affects, visage inexpressif, ton monotone, rareté des gestes et des mouvements corporels, perte du sourire, pauvreté du discours, augmentation du délai de réponse à une question [4]. À ces troubles peuvent s'associer un manque d'énergie et d'intérêt, un manque de persistance au travail, une négligence dans l'hygiène et l'apparence personnelle, un manque d'énergie physique mais aussi une anhédonie et un retrait social avec diminution de l'intérêt et des activités de détente. Fenton et McGlashan ont conforté l'idée selon laquelle les patients présentant un nombre important de symptômes négatifs (émoussement des affects, alogie, avolition, anhédonie, troubles de l'attention) avaient plus fréquemment un début insidieux de leur psychose chronique [29]. Ces auteurs ont également objectivé que les symptômes négatifs primaires étaient repérables dès le début de la maladie, permettant de porter le diagnostic de syndrome déficitaire avec une grande fiabilité lors des cinq premières années [3].

Klosterkötter, en 1988, 1992 et 1995, s'est intéressé à cette phase psychotique ultime de la psychose débutante sous l'angle de la théorie des symptômes de base, en faisant la **connexion entre les symptômes négatifs déficitaires et la symptomatologie positive productive** [49]. Le modèle développé est fondé sur l'évaluation d'un groupe de 365 patients schizophrènes paranoïdes par l'échelle psychométrique BSABS. Ces patients ont fourni des auto descriptions à partir desquelles ont été identifiées des séquences dans l'évolution des groupes de symptômes. Klosterkötter a ainsi mis en évidence un déroulement commun par 3 phases de l'évolution vers le délire psychotique :

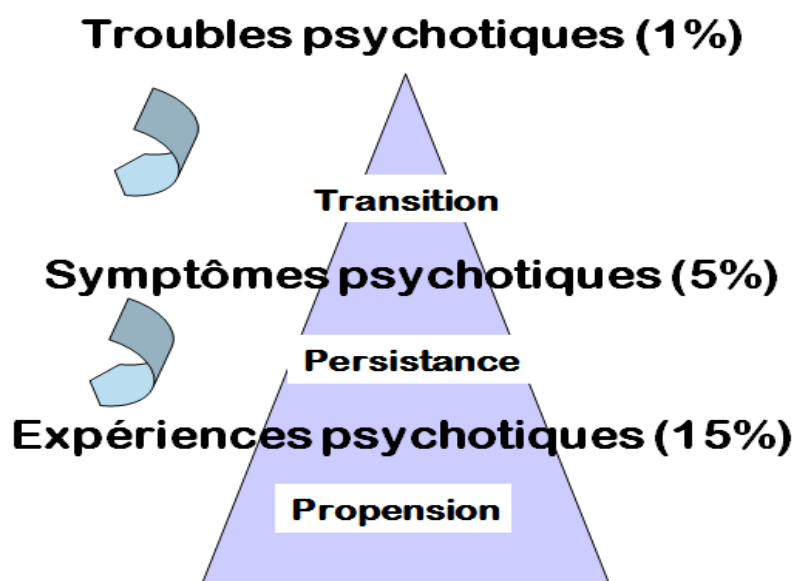
°La première phase est celle d'une « irritation basale » où les patients rapportent des troubles perceptifs et des modifications de la saisie des messages verbaux avec des difficultés à établir des distinctions et à faire face à la vie quotidienne. On note donc un trouble du traitement de l'information avec une altération affective et une désorganisation cognitive.

°La deuxième phase est celle de l' « externalisation » qui dépend du degré d'instabilité cognitivo-affective. On passe alors à des expériences plus typiques de la psychose débutante comme la dépersonnalisation et la déréalisation où apparaît l'autoréférence (tendance à se sentir concerné par tous les événements et changements perçus). Le patient ressent cette phase comme si on voulait l'influencer, le persécuter, l'empoisonner.

°La troisième phase est celle de la concrétisation des contenus de la psychose, phénomène final correspondant au délire et aux symptômes psychotiques de premier rang.

Chaque groupe de symptômes psychotiques passe donc par cette succession d'étapes qui, à partir de troubles de base non spécifiques, amène aux symptômes caractéristiques de la psychose. Ainsi, les troubles cognitifs de la perception de la pensée et de l'action, les troubles attentionnels et de l'expérience somatique représentent les prémices d'une ligne évolutive qui aboutit aux troubles psychotiques spécifiques.

Cependant, les symptômes psychotiques sont courants au sein de la population générale. Ces symptômes psychotiques sont atténués ou isolés et ne nécessitent pas de soins. On peut postuler qu'une partie de ses personnes vivra sans trouble psychotique structuré alors que d'autres seront à haut risque de progresser vers la schizophrénie, peut-être à court terme.



Schématisation du symptôme psychotique : du normal au pathologique ?

1-4 La phase de rémission et les rechutes

Elle comprend d'abord la phase post-psychotique qui suit le premier épisode psychotique. C'est une période de fragilité, marquée par des oscillations symptomatologiques. Cette phase post-psychotique est suivie de la phase résiduelle qui dure de la rémission de l'épisode à la survenue d'éventuels prodromes marquant une rechute.

Dans la phase post-psychotique immédiate, Mayer-Gross, en 1920, décrit cinq attitudes possibles du sujet schizophrène vis-à-vis de l'épisode dont il émerge : désespoir par remise en cause profonde des valeurs personnelles et rupture de la continuité de l'existence ; acceptation enthousiaste de l'évènement comme survenue d'une vie nouvelle (période rayonnante selon Grivois en 1995) ; détachement voire dénégation du vécu psychotique et finalement reconstitution du continuum de l'expérience par adhésion aux croyances délirantes et intégration de la psychose.

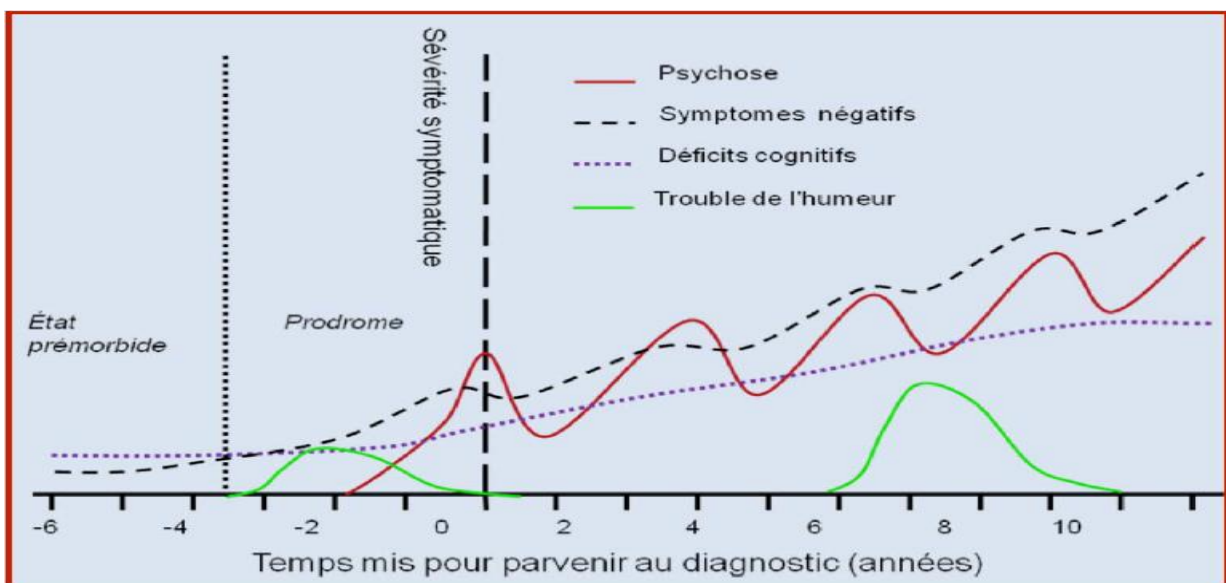
Pendant le début de la période de la rémission, qui correspond aux trois mois qui suivent l'épisode, l'expérience de la psychose demeure très vive. Les symptômes s'atténuent et disparaissent mais l'amélioration peut n'être que partielle. Cette phase de dénouement peut s'accompagner d'une dépression post-psychotique (jusqu'à 50% des patients au cours des deux premières années) liée soit à la retombée de l'épisode aigu, soit au traitement neuroleptique instauré, soit faire partie intégrante de la psychose [31].

Les cinq premières années qui suivent le début de la psychose constituent une période d'adaptation et de développement surtout pour les adolescents et les jeunes adultes. Les manifestations psychotiques (symptômes positifs ou négatifs) si elles persistent, finissent par se stabiliser autour de la deuxième année avec risque de résistance au traitement médicamenteux au cours de la même période.

Concernant le risque de rechute, il est estimé entre 15 et 35% pendant la première année. D'après Ram *et al.*, le taux de rechute durant les deux premières années est de 40 à 60% [54]. Dans les cinq ans, Lieberman *et al.* révèlent au moins un épisode de rechute chez près de 78% des patients [56]. Parmi les facteurs de risque de rechute, les plus importants sont : une durée de psychose non traitée longue, une conduite addictive (cannabis notamment), un isolement social et une émotion exprimée forte.

La nécessité de poursuivre une relation thérapeutique au long cours est aussi justifiée par la persistance d'un taux de suicide élevé au cours de la période d'amélioration [90]. L'évaluation du risque suicidaire et sa prévention sont donc importantes dans cette phase de la maladie. Le suicide représente la première cause de mortalité prématurée chez les patients

schizophrènes [15]. 10 à 13% des personnes schizophrènes se suicident et 20 à 40% réalisent une ou plusieurs tentatives de suicide. Par rapport à l'âge, l'incidence de comportement suicidaire est plus élevée avant 45 ans bien que le risque réel soit plutôt chronologiquement en rapport avec la proximité du début de la maladie qu'avec l'âge absolu [42]. D'après Westermeyer *et al.*, les six premières années de la schizophrénie constituent la période où le risque de suicide est le plus important : 2/3 du total des suicides ont lieu pendant cette période. L'incidence d'actes suicidaires est particulièrement élevée après l'admission à l'hôpital [100].

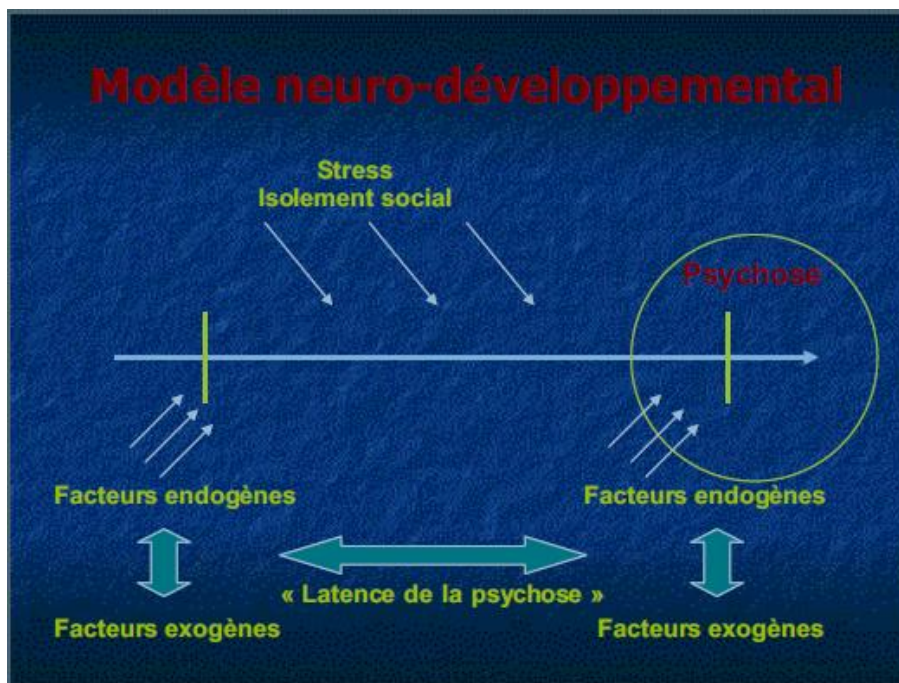


Histoire naturelle de la psychose

2- Facteurs de risque de décompensation psychotique

Les psychoses chroniques et en particulier la schizophrénie présentent une hétérogénéité clinique qui a ouvert la voie à de multiples hypothèses étiopathogéniques mettant en cause des anomalies neurodéveloppementales, des facteurs de vulnérabilité génétique ou encore le rôle de facteurs psychologiques et sociologiques.

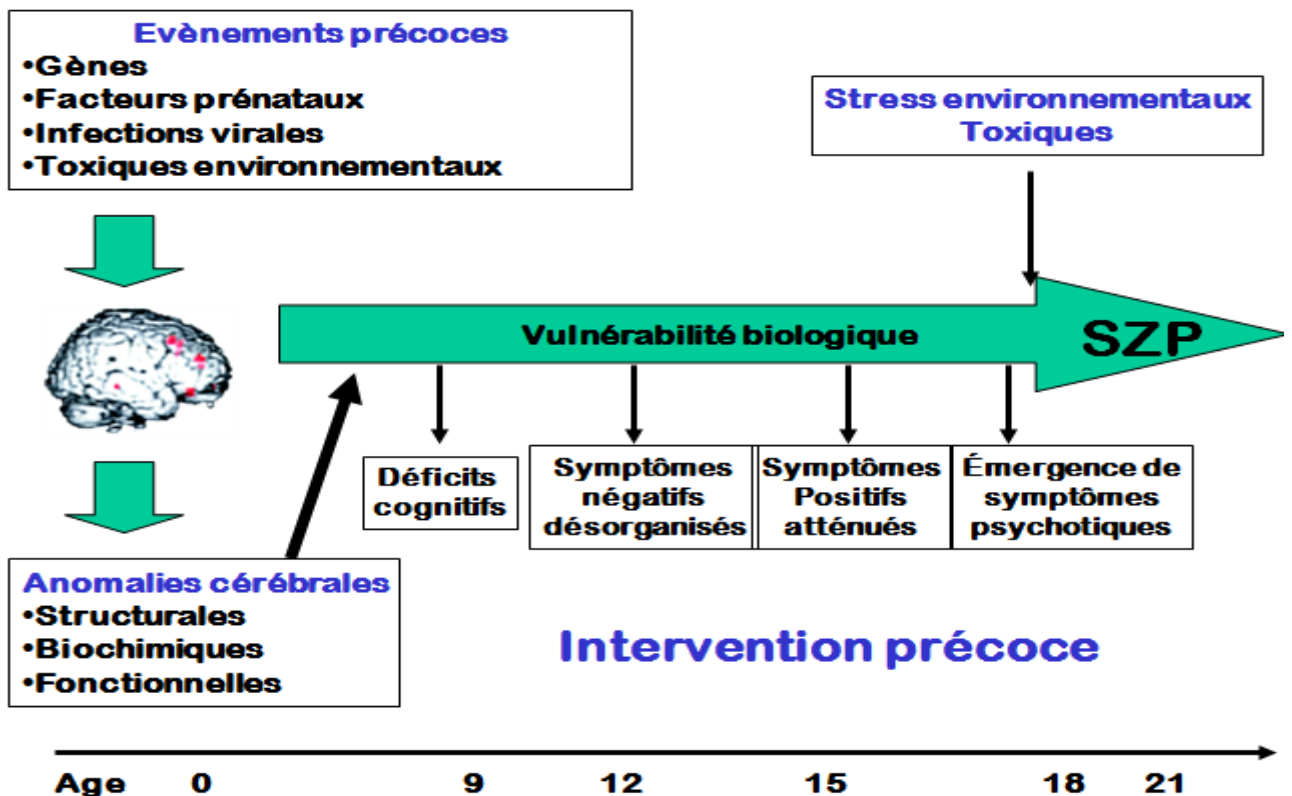
Au regard des nombreux travaux réalisés, les modèles étiopathogéniques actuels ne retiennent pas d'hypothèse explicative uniciste, mais proposent un modèle intégratif, susceptible de rendre compte de façon optimale de la diversité des modes d'expression et d'évolution des troubles schizophréniques. L'épidémiologie a permis, à l'aide d'outils de diagnostic standardisés, d'améliorer significativement la connaissance des troubles schizophréniques tant dans une approche descriptive qu'analytique comme en témoignent les travaux récents qui ont mis en évidence certains facteurs de risque, notamment environnementaux. Ainsi les interactions entre gènes et environnement sont à la base de l'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie.



Ce modèle étiopathogénique intègre qu'il existe deux périodes à risque dans le développement de la maladie : une période très précoce caractérisée par une vulnérabilité génétique accrue associée à des facteurs de risques périnataux et une période plus tardive au

début de l'âge adulte intéressant les facteurs de stress environnementaux et l'usage nocif de substances psycho actives.

À côté du déterminisme génétique, on retrouve des facteurs de risque précoces et tardifs jouant un rôle dans le développement des schizophrénies. Ce modèle neuro-développemental permet de comprendre l'évolution en plusieurs phases de la maladie. Entre les périodes à risque, on observe une phase de latence qui comporte la phase pré morbide et la phase prodromique étudiées précédemment.



Schématisation des différents facteurs de risque conduisant à la décompensation psychotique

2-1 Facteurs de risque sociodémographiques

2-1-1 Sexe et âge

Si le *sex ratio* pour la prévalence de la schizophrénie est égal à 1, on observe toutefois une différence dans l'âge de révélation de la maladie qui est plus tardif chez les femmes. Ainsi, les études mettent en évidence un pic de premières admissions hospitalières pour les hommes entre 15 et 25 ans, le pic ne survenant qu'après 25 ans chez les femmes (3 à 5 ans plus tard que chez les hommes en moyenne). L'incidence de la maladie semble augmenter chez l'homme selon une méta-analyse d'Aleman *et al.* portant sur 49 études [2], donnée confirmée plus récemment [64]. Les symptômes de début des troubles ont plus souvent une tonalité affective chez les femmes, ce qui peut orienter le diagnostic initial vers un trouble de l'humeur. Des différences marquées en termes d'expression clinique de la maladie existent en fonction du sexe. Les troubles de l'adaptation prémorbide en sont le reflet : alors que les hommes présentent une tendance aux comportements antisociaux et hyperactifs, les femmes souffrent plutôt d'une timidité et d'un repli sur soi pouvant revêtir une allure pseudonévrotique et qui contribue à une meilleure adaptation sociale (mariage, éducation, activité professionnelle). Elles donnent à voir des symptômes comportementaux (agressivité, violence) moins bruyants que les hommes. Les oestrogènes possèdent une action neuromodulatrice sur le système dopaminergique. Leurs effets s'exercent essentiellement dans le striatum par réduction de la concentration dopaminergique : on parle d'effet « antipsychotic-like ». Un rôle significatif des oestrogènes a également été documenté concernant la transmission glutamatergique avec des effets spécifiques de l'œstradiol en fonction de la région cérébrale étudiée chez le rat [23]. L'évolution reste marquée par un meilleur pronostic chez la femme. Quel que soit le sexe, environ 90 % des patients traités pour schizophrénie sont âgés de 15 à 55 ans.

2-1-2 Facteurs socio-éducatifs

Plusieurs auteurs ont mis en évidence une prévalence et une incidence de la schizophrénie plus élevée parmi les sujets issus des niveaux socio-éducatifs les moins favorisés. Deux hypothèses peuvent rendre compte de ce fait : la première, celle de l'étiologie sociale, propose que les stress accrus auxquels sont soumis les membres des groupes socio-économiques les moins favorisés contribuent au développement de la maladie. La seconde, celle du glissement social, suggère que les sujets malades glissent vers un groupe socio-économique plus défavorisé ou n'arrivent pas à s'en extraire en raison de la maladie. La promiscuité semble

jouer un rôle majeur dans l'incidence de la maladie, favorisant l'exposition à des agents infectieux et toxiques. L'hypothèse d'une synergie entre facteurs de risque environnementaux et facteurs de risque génétiques est étayée par l'étude de Van Os *et al.* selon laquelle des sujets résidant en zone urbaine et présentant une histoire familiale de schizophrénie ont un risque important (20 fois plus qu'en population générale) de développer la maladie [91]. De plus, si l'on compare une population de sujets immigrés à une population non migrante, le risque de développer une schizophrénie serait multiplié par 2,7 d'après une récente méta-analyse [17]. Des erreurs ou confusions diagnostiques peuvent être attribuées aux différences culturelles et linguistiques. Si l'on considère que l'incidence de la schizophrénie est la même en tout point du globe, les outils diagnostiques référencés sont davantage teintés de références occidentales avec peu de prise en compte des déterminants interculturels.

2-1-3 Statut marital

Les études portant sur les données recueillies lors des premières admissions hospitalières mettent en évidence une surreprésentation des patients célibataires par rapport aux patients mariés. Aucune étude n'ayant montré un rôle protecteur du mariage sur le développement de la schizophrénie, on peut penser que c'est la maladie qui représente un obstacle au mariage et/ou qui augmenterait le risque de divorce.

2-1-4 Stress sociaux

L'association entre des événements de vie stressants (divorce, perte d'un emploi) et l'apparition d'un trouble schizophrénique a été l'objet de nombreux travaux de recherche. Le déclenchement de la maladie ou sa rechute font souvent suite à un ou des événements de vie particulièrement stressants ce qui, sans aller jusqu'à faire de ces stress des facteurs étiologiques, ont fait émettre l'hypothèse qu'ils pourraient déclencher le trouble qui serait sans doute survenu indépendamment mais plus tardivement [9]. Parmi les facteurs de stress identifiés, on peut citer l'immigration. La prévalence de la schizophrénie a été retrouvée plus élevée au sein de populations récemment immigrées et qui doivent faire face à des modifications culturelles brutales comparativement aux populations déjà intégrées. L'exemple le plus illustratif est celui de la fréquence anormalement élevée de schizophrénies dans la deuxième génération des immigrants venant des Caraïbes pour s'installer en Angleterre [44]. Ces données en référence à la mobilité sont particulièrement prégnantes chez les militaires dont les déménagements sont particulièrement fréquents auxquels se surajoutent bien entendu les missions extérieures au territoire national.

2-2 Facteurs de vulnérabilité

2-2-1 Saisonnalité de naissance

La distribution de la saison de naissance des enfants qui souffriront plus tard de schizophrénie présente des particularités : un excès de naissances en hiver et au début du printemps. Cet excédent relatif est modéré (10 à 15 %) mais significatif et constaté aussi bien dans l'hémisphère nord (mois de janvier à avril) que dans l'hémisphère sud (mois de juillet à septembre). Afin de rendre compte de cette répartition saisonnière des naissances, différentes hypothèses étiopathogéniques ont été avancées: climatique, alimentaire, obstétricale, génétique, chronobiologique et infectieuse.

Une carence gestationnelle en vitamine D pourrait constituer un facteur de risque majeur en raison de son rôle dans l'expression de gènes et dans le développement du système nerveux central ; cette hypothèse a fait l'objet de nombreuses études. Un travail récent a permis de rechercher cette association grâce à des sérums maternels prélevés au troisième trimestre de la grossesse et conservés congelés durant plusieurs années [65]. Les auteurs ont constaté une diminution des taux de calcidiol corrélée au développement d'une schizophrénie uniquement chez les sujets mélanodermes. La couleur de la peau pourrait moduler la linéarité entre hypovitaminose D et schizophrénie [65].

L'hypothèse infectieuse s'est vite imposée comme la plus pertinente. Parmi les agents infectieux, le virus de la grippe est à l'heure actuelle le plus souvent incriminé. Plusieurs études épidémiologiques dont une française récente de 2003 ont mis en évidence une corrélation entre l'exposition gestationnelle au virus grippal et un risque accru pour les enfants concernés de développer ultérieurement une schizophrénie [57]. Bien que l'on ne puisse raisonnablement pas en déduire un lien de causalité systématique, ces résultats suggèrent néanmoins que, dans une approche neurodéveloppementale, l'infection par le virus grippal pendant la grossesse puisse être à l'origine d'une altération du développement cérébral foetal, susceptible de participer à l'apparition d'un trouble schizophrénique. Par ailleurs, l'altération en cause ne pourrait s'exprimer par une schizophrénie qu'en cas d'association à d'autres facteurs étiopathogéniques, qu'il s'agisse de facteurs environnementaux ou de facteurs génétiques, ou de leurs interactions.

2-2-2 Souffrance fœtale et complications obstétricales

Tous les facteurs susceptibles de produire une souffrance cérébrale (anoxie cérébrale) pendant la vie embryonnaire et la petite enfance semblent favoriser la survenue d'une schizophrénie. Ainsi, une association positive entre la prévalence des complications obstétricales et le risque de survenue de la schizophrénie a pu être mis en évidence, principalement chez les hommes [2]. Les facteurs potentiellement incriminés sont, pendant la grossesse: infections, exposition à des produits toxiques, stress maternels et, au moment de la naissance: complications obstétricales, pré-éclampsie, anoxie, incompatibilité Rhésus [75,45]. Les souffrances périnatales multiplieraient par sept le risque de schizophrénie, et les méningoencéphalites pendant la petite enfance par cinq [85].

Une étude a récemment été réalisée incluant 67 sujets schizophrènes, quatre sujets schizoaffectifs, 89 germains sains et 60 sujets témoins [95]. Ces sujets étaient strictement appariés pour le niveau social et l'âge maternel à la naissance. Les complications périnatales (mais pas anténatales) sont significativement plus fréquentes dans les antécédents de sujets schizophrènes. Cette étude atteste donc du lien entre complications obstétricales et schizophrénie.

2-2-3 Âge des parents

Un âge avancé du père semble être un facteur de vulnérabilité à la maladie. L'accent est plutôt mis, selon plusieurs études, sur l'impact de l'âge paternel au moment de la conception. Quel que soit l'âge maternel, le risque de schizophrénie (et celui du retard mental) augmente avec l'âge du père. Le risque de développer une schizophrénie est multiplié par trois si le père a plus de 50 ans (par rapport à un père âgé de moins de 25 ans). Une des hypothèses envisagée est l'existence de mutations spontanées de l'ADN au niveau des cellules germinales qui seraient favorisées par un âge plus avancé et qui pourraient être impliquées dans la survenue de novo de schizophrénie. Cette hypothèse est étayée par le fait que l'âge moyen du père à la naissance de l'enfant futur schizophrène est plus élevé en cas de forme sporadique [14].

2-2-4 Composante génétique

Les études montrent que le risque global dans la fratrie d'un individu atteint de schizophrénie est de 10% mais ce risque augmente considérablement lorsqu'un parent est également atteint (17% contre 10% lorsque aucun n'est atteint) [55]. En dehors de la fratrie, lorsqu'un des deux parents est atteint le risque est estimé à 13% et jusqu'à 46% pour l'enfant de deux sujets schizophrènes [20].

Dans les études de jumeaux, la concordance observée est plus grande chez les monozygotes (vrais jumeaux) que chez les dizygotes (faux jumeaux) [18]. Cette différence est en faveur de la participation de facteurs génétiques au déterminisme de la schizophrénie. On constate néanmoins qu'il existe une grande hétérogénéité des taux de concordance d'une étude à l'autre puisque celle-ci varie de 30 à 65% chez les monozygotes et de 5 à 27% chez les hétérozygotes.

On retiendra la notion de pénétrance incomplète et variable de ce déterminisme génétique qui renvoie au fait que tous les sujets porteurs de gènes de vulnérabilité n'exprimeront pas forcément la maladie. Ainsi, selon une étude de jumeaux sur la schizophrénie, parmi les descendants de jumeaux monozygotes, le risque de devenir schizophrène est très similaire entre les enfants nés de jumeaux schizophrènes et les enfants nés de co-jumeaux non schizophrènes. Cela revient à dire que la fréquence de la schizophrénie dans la descendance de jumeaux monozygotes dont un seul est atteint est similaire, que son père ou son oncle soit atteint. Ce sont donc que les facteurs génétiques (communs à l'oncle et au père puisqu'ils sont jumeaux monozygotes) ont été transmis de la même manière à la descendance et donc que certains sujets sont porteurs de gènes de vulnérabilité sans les exprimer [18].

Les études de génétique moléculaire sur la schizophrénie sont complexes et la liste des gènes impliqués dépasse la centaine. Les études d'association (fréquence d'un allèle dans une population atteinte par rapport à celle attendue dans la population générale) ont été le plus souvent non reproduites du fait d'un risque élevé de faux positifs. Les études de liaison (coagrégation de la maladie avec un allèle d'une génération à l'autre) quant à elles, sont souvent négatives [52].

L'épigénétique est plus informative car elle permet de mieux appréhender la modulation de l'expression génétique sous l'influence de l'environnement, comme le stress dont on sait qu'il peut influencer sur les gènes [30].

2-3 Facteurs associés

2-3-1 Tabac

La consommation de tabac est un problème majeur chez les sujets schizophrènes qui pourraient présenter une appétence particulière pour la nicotine en vue d'automédiquer leurs dysfonctionnements cognitifs. La nicotine est un agent excitateur de la transmission dopaminergique mésolimbique et préfrontale, impliquée dans les processus de renforcement souvent défailants chez le sujet schizophrène [96]. Une étude menée parmi 270 000 jeunes appelés (16 et 17 ans) de l'armée israélienne révèle qu'une consommation de tabac dans l'adolescence pourrait multiplier par deux le risque ultérieur d'hospitalisation pour prise en charge d'une schizophrénie [97].

Le tabagisme chez les sujets schizophrènes est malheureusement trop souvent négligé. Sans être un facteur de risque de décompensation en soit, sa prévalence est tout de même de 58 à 92%, soit bien supérieure à celle de la population générale (25 à 37%) [47]. En conséquence, la morbidité et la mortalité liées au tabagisme sont particulièrement élevées chez ces patients [12]. Toutefois, les psychiatres montrent peu d'intérêt à traiter la dépendance au tabac de leurs patients schizophrènes craignant une aggravation des symptômes ou présumant que les patients ne désirent pas arrêter de fumer. Une étude à Genève sur 150 patients souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs a étudié le degré de motivation à arrêter de fumer et la fréquence des tentatives d'arrêt en comparaison avec la population générale [26]. Les résultats démontrent une distribution similaire de ces variables entre ces deux populations.

Dans les forces armées, pour le commandement, la consommation tabagique est d'un intérêt particulier du fait d'une conséquence de réduction des capacités opérationnelles par diminution du potentiel physique des troupes. D'autre part la lutte contre les tabagismes actifs et passifs constitue un travail important pour le jeune médecin d'unité également nommé médecin de prévention qui se charge de promouvoir les grands principes de santé publique.

2-3-2 Cannabis

La prévalence de l'abus ou de la dépendance à une substance psycho active (alcool ou toxique) sur la vie entière est estimée à 47 % des patients schizophrènes. La distinction entre facteur causal du trouble psychique et conséquence psychiatrique d'une conduite toxicomaniaque est difficile à établir. Le cannabis est le toxique dont les répercussions psychiques, à court et long terme, sont les mieux étudiées en Europe à l'heure actuelle.

Si la connaissance des effets délétères du cannabis, soulignés dès 1840 par Moreau de Tours, fut quelque peu éclipsée par la banalisation de sa consommation (elle concerne deux tiers des jeunes de moins de 20 ans dans les pays occidentaux), plusieurs études récentes s'avèrent inquiétantes voire même alarmantes, confirmant que cette drogue est effectivement un facteur de risque pour la schizophrénie [5]. Par rapport aux sujets qui n'ont jamais consommé de cannabis, les consommateurs réguliers de cette substance psycho active présentent un risque deux fois plus élevé de développer une schizophrénie [6]. Le risque est d'autant plus important que la consommation a débuté tôt (dès l'âge de 15 ans).

S'il semble établi que le cannabis puisse être la cause d'une psychose aiguë (trouble psychotique induit par une substance) qui reste un phénomène transitoire, son rôle est plus délicat à définir dans l'étiologie des psychoses chroniques. Parmi les patients présentant une schizophrénie, le cannabis apparaît en effet comme une substance fréquemment consommée, avec le tabac et l'alcool [24]. Les sujets schizophrènes présentent un risque accru de développer un abus ou une dépendance aux substances psycho-actives, notamment au cannabis, par rapport à la population générale [6]. Ainsi, plusieurs hypothèses ont été émises afin d'expliquer la fréquence de cette cooccurrence :

- L'automédication selon laquelle l'usage de cannabis aurait pour but de soulager les symptômes dits « négatifs » de la psychose, tels que l'émoussement affectif, l'anhédonie ou encore la perte de volonté, ou d'atténuer les effets indésirables des médicaments antipsychotiques [40] ;

- Le cannabis induirait une psychose *pharmaco-induite* concordant avec l'hypothèse neurobiologique de la psychose (action sur les voies dopaminergiques des structures mésolimbiques et mésocorticales). Cette « psychose cannabique » serait une entité nosologique avec des caractéristiques distinctes de la schizophrénie [74]. La psychose pharmaco-induite se caractérise par une modification de la conscience (perception exacerbée du son et de la lumière, associations nombreuses avec besoin de bavarder et rire), une conscience accrue de soi, une modification de la perception du temps et une euphorie avec diminution des inhibitions. On constate également un syndrome amotivationnel ;

- Le cannabis pourrait exacerber les symptômes d'une psychose et grever le pronostic de la maladie chez les sujets déjà atteints [24]. Cette aggravation existe essentiellement au dépend des symptômes négatifs avec accentuation du syndrome amotivationnel (relâchement intellectuel, manque d'entrain, baisse de la productivité, de l'attention et de la concentration avec pensées fragmentaires) ;

- Le cannabis précipiterait une psychose chez des personnes vulnérables jouant le rôle d'un facteur de stress selon le modèle vulnérabilité/stress de la schizophrénie et qui suggère que certains individus seraient plus sensibles aux stress que d'autres [78,79]. La majorité des individus qui consomme du cannabis ne développeront pas une psychose, suggérant que certains sujets pourraient présenter une vulnérabilité génétique aux effets du cannabis.

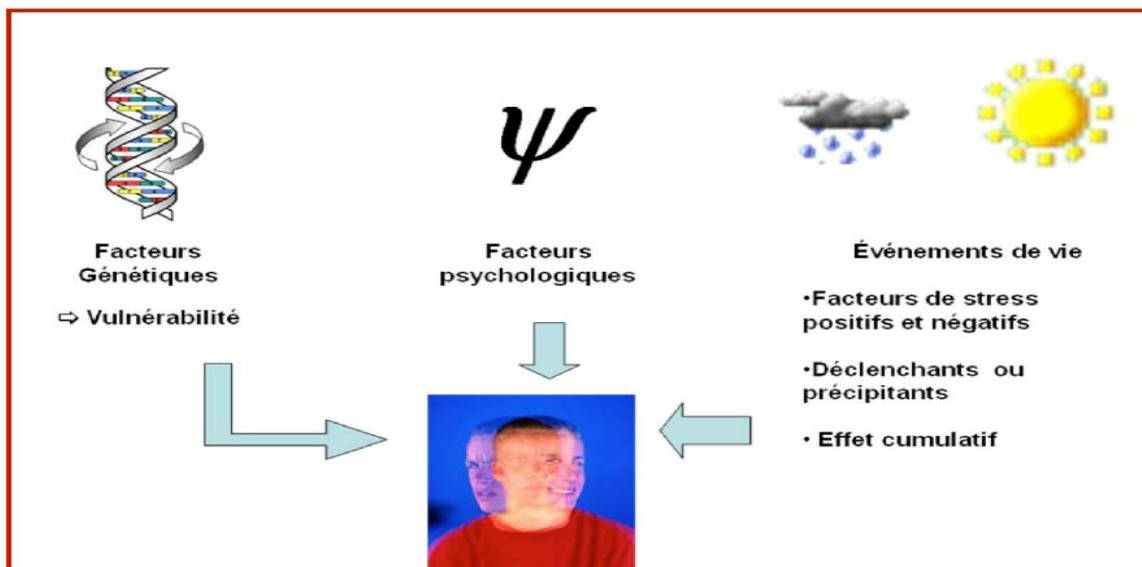
Dans une revue de la littérature réalisée par l'équipe de psychiatrie de Le Bec, Auriacombe *et al.* en 2008, l'objectif a été d'évaluer le lien de causalité entre l'usage de cannabis et le développement de psychoses ou l'apparition de symptômes psychotiques [54] [Annexe n°2]. Les études sélectionnées étaient des études prospectives examinant la séquence temporelle entre usage de cannabis et apparition d'une psychose ou de symptômes psychotiques. Les auteurs ont pu mettre en évidence que les données de la littérature démontrent l'existence d'une association significative entre usage de cannabis et troubles psychotiques, notamment chez les sujets vulnérables. Cette étude suggère que le cannabis est un facteur de risque indépendant. Au cours de l'adolescence qui représente une phase transitoire capitale où l'individu est particulièrement fragile sur le plan psychique et somatique, l'usage de cannabis pourrait être un des facteurs de stress environnementaux qui interagissent en synergie avec une prédisposition génétique pour induire un trouble psychotique. Un dépistage précoce de cette vulnérabilité à développer une psychose serait donc bénéfique.

La consommation de substances psycho-actives dans les armées est une source de préoccupation grandissante qui traduit une évolution similaire en milieu civil. De nouvelles directives ministérielles imposent un dépistage des substances psycho-actives et notamment cannabique à l'engagement. Ceci permet de dépister les sujets à risque pour leur proposer une prise en charge spécifique au niveau médical.

2-3-3 Antécédents de traumatisme crânien

Les constatations du lien entre traumatisme crânien et manifestations psychiatriques sont anciennes. Von Kraft-Ebing publiait en 1868 une série d'observations de désordres psychiques survenant dans les suites de 43 traumatismes crâniens. Kraepelin confirmait cette donnée en 1919 en avançant un lien de causalité entre traumatisme crânien et psychose.

Les traumatismes crâniens peuvent être à l'origine de symptômes variés : troubles cognitifs, désordres psychotiques, troubles anxieux et de l'humeur, et agressivité. Une étude réalisée par Haouzir *et al.* parmi 120 sujets schizophrènes (comparés à une population de sujets bipolaires) a permis de mettre en évidence une augmentation significative des antécédents de traumatismes crâniens (21,6 % d'entre eux) [41]. Les traumatismes étaient de gravité suffisante pour avoir perturbé le fonctionnement du cerveau et étaient survenus avant l'âge de 20 ans. L'étude de AbdelMalik *et al.* constate que la maladie s'exprime cinq ans plus tôt chez les sujets schizophrènes ayant subi un traumatisme crânien dans l'enfance (avec une durée médiane de 12 ans entre le traumatisme et le développement des symptômes) [1]. L'impact possible d'un traumatisme crânien sur le développement ultérieur d'une schizophrénie est une illustration possible de la théorie neurodéveloppementale.



3- Les patients à « ultra haut risque » de décompensation

Pour Metzger, en l'absence de données cliniques et évolutives suffisamment fiables (et notamment de mise en évidence des éléments de bon et de mauvais pronostic), il est impossible de déterminer quelles seront les suites d'un premier épisode psychotique [68]. Pourtant, de nombreux auteurs (McGorry *et al.*, McGlashan, Lieberman, Fenton, Birchwood, Hafner, Verdoux, Berner, Larsen...) ont essayé de déterminer des facteurs pronostiques de l'évolution. Ils ont retrouvé de nombreuses associations entre certains facteurs et l'évolution ultérieure du premier épisode psychotique.

Les principaux facteurs associés à un pronostic défavorable sont : le sexe masculin (souvent associé à une moins bonne adaptation prémorbide, à un début plus précoce, à plus de symptômes négatifs), un début insidieux, l'existence d'une indifférence affective, des symptômes négatifs précoces, la présence de symptômes dépressifs (cependant, pour Birchwood, ces symptômes constituent des éléments de bon pronostic), la présence d'une phase prodromique surtout si elle a été longue, une durée de psychose non traitée longue, des antécédents familiaux de schizophrénie ou d'hospitalisation en milieu psychiatrique, une réponse partielle ou retardée au traitement, une pauvreté des contacts sociaux, l'isolement familial, une mauvaise adaptation pré morbide et une personnalité pré morbide schizoïde [35,66,59,31].

Les principaux facteurs associés à un bon pronostic sont : un début aigu, polymorphe, intense, un antécédent familial de trouble affectif, la présence d'un facteur déclenchant, la dépression, une bonne adaptation pré morbide, le sexe féminin, un quotient intellectuel élevé, un début tardif et la prédominance de symptômes positifs [53,31].

Depuis une quinzaine d'années, dans la plupart des pays développés, des programmes de dépistage précoce des troubles psychotiques ont été mis en place. Ces programmes ont pour objectif d'identifier et de traiter les symptômes au plus tôt dans la phase pré clinique, c'est-à-dire à un stade de gravité moindre, pour améliorer le pronostic. L'engouement pour ces programmes de dépistage est fondé sur le constat que de nombreux patients souffrant de troubles psychotiques ont un délai d'accès aux soins souvent très prolongé, en moyenne supérieur à un an après l'apparition du trouble [21].

La première structure mise en place a été le *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC) de Melbourne [53]. Ses objectifs sont d'identifier le trouble psychotique au

stade le plus précoce possible, puis de traiter le patient pendant les deux années suivantes de façon intensive par une équipe spécialisée dans l'évaluation et la prise en charge des troubles psychotiques débutants. Les médecins généralistes et les professionnels fréquemment au contact des jeunes (enseignants, éducateurs) sont formés sur l'identification des sujets à "haut risque" de développer un trouble psychotique.

Cependant cette approche se fait dans une attitude de prévention secondaire au cours de la phase psychotique (après l'apparition du premier symptôme psychotique). L'enjeu de la recherche clinique est de pouvoir déterminer des éléments cliniques au cours de la phase prodromique (avant la décompensation psychotique). Ces éléments doivent être suffisamment prédictifs d'un risque de transition vers la psychose. Il faut donc rechercher des indicateurs, des marqueurs de l'évolution psychotique plus fiables. Cela permettra de fournir une aide plus précoce pour lutter contre le déficit psychosocial qui s'installe dès la phase des prodromes, d'établir les fondations de l'intervention thérapeutique, de réduire la durée non traitée de psychose avec la possibilité de traiter les comorbidités.

3-1 Intérêts et limites des études de dépistage des patients à UHR

L'enthousiasme croissant des cliniciens pour le dépistage a conduit à repousser le stade dans lequel ce dernier est appliqué, non plus dans la phase préclinique mais dès le début de la maladie, c'est-à-dire dans la phase prodromique. Des programmes ont donc été mis en place dans la phase prodromique avec pour objectif de prévenir ou de différer le début du trouble psychotique.

La première étude a été conduite par Falloon *et al.* dans le comté de Buckingham (35000 habitants) entre 1984 et 1989 [53]. L'objectif était d'identifier les sujets ayant des symptômes prodromiques et de les traiter le plus tôt possible. L'identification des cas a été fondée sur une double stratégie : une collaboration étroite entre les équipes de santé mentale et les médecins généralistes, et la formation des médecins généralistes pour leur permettre de reconnaître les symptômes. Le médecin signalait tout patient ayant ces symptômes prodromiques potentiels et une consultation psychiatrique avait immédiatement lieu. Une intervention précoce était alors mise en place. Cependant sur plus de 1000 adultes orientés par les généralistes durant 4 ans, 16 personnes avaient des symptômes prodromiques et une seule souffrait de schizophrénie [53].

Les résultats de cette étude ont joué un rôle important dans le développement ultérieur de programmes de dépistage dans la phase prodromique. Ainsi deux autres programmes ont été mis en place : “*The Personal Assessment and Crisis Evaluation Service*” (Pace) à Melbourne et le “*Prevention through Risk Identification, Management, and Education*” (Prime) à New Haven [53].

La définition de cas en phase prodromique a été déterminée à l’aide de critères établis *a priori*, visant à identifier les sujets “à haut risque” de développer un épisode psychotique [53]. Par exemple, dans le projet Pace, les sujets “à risque” devaient avoir l’une des trois caractéristiques suivantes:

- des antécédents familiaux de trouble psychotique et un fonctionnement social altéré ;
- des symptômes psychotiques de faible intensité (c’est-à-dire ne remplissant pas les critères de gravité pour qu’un diagnostic de trouble psychotique soit fait) ;
- des symptômes psychotiques transitoires de courte durée (c’est-à-dire ne remplissant pas les critères de durée pour qu’un diagnostic de trouble psychotique soit fait) [53].

Deux essais randomisés ont été conduits dans ces programmes [63,101], avec mise en place de manière contrôlée d’un traitement précoce ou tardif pendant la phase prodromique. Dans le premier essai contrôlé randomisé en simple insu, 21 patients sur 59 ont été identifiés à tort comme étant à “haut risque de schizophrénie” et ont pris un traitement non justifié [53]. Les sujets soumis au dépistage dans la phase préclinique sont donc exposés aux risques d’être identifiés et traités à tort comme souffrant d’un trouble psychotique débutant et de subir les potentiels effets secondaires liés au traitement et à un risque de stigmatisation [22].

Ceci pose la question de la spécificité et du pouvoir prédictif des caractéristiques qui définissent les patients dits « à risque » de déclenchement psychotique dans la phase prodromique.

La limite majeure de ces programmes est donc l’absence de tests performants sensibles et spécifiques [22]. Les outils de dépistage tels que questionnaires et les entretiens diagnostiques structurés qui ont été développés afin d’identifier des sujets en phase prodromique nécessitant des soins reposent exclusivement sur des critères cliniques.

Du fait de la fréquence élevée des symptômes prodromiques chez des sujets qui ne développeront jamais un trouble psychotique, ces outils ont une mauvaise spécificité, avec pour corollaire un nombre élevé de faux positifs. Les rares données disponibles en population générale sur les performances de questionnaires évaluant les symptômes psychotiques

montrent que ces instruments ont une faible valeur prédictive pour identifier les sujets qui développeront un trouble psychotique [22].

Actuellement, il n'existe pas de consensus sur des critères permettant d'identifier les sujets ayant des symptômes prodromiques nécessitant des soins. Les programmes de dépistage précoce dans la phase prodromique sont fondés sur la définition de cas nécessitant un traitement dans la phase prodromique définis par des critères comme ceux d'"état à risque" qui ont été définis *a priori*. Les différentes définitions de seuils entre phase prodromique et début de l'épisode psychotique conduisent à des taux de transition très variables d'une étude à l'autre. Par exemple, le taux de transition vers un trouble psychotique était de 35 % au bout de 12 mois de suivi, parmi 104 sujets répondant aux critères d'"état à risque" inclus dans le programme Pace [104] contre 54 % au bout de 12 mois de suivi, parmi les 29 patients en phase prodromique selon les critères utilisés dans le programme Prime [53]. Ces limites sont liées aussi à la méconnaissance de l'histoire naturelle des troubles psychotiques qui ne permet pas de connaître précisément à partir de quel stade il est pertinent d'envisager un traitement.

Symptômes prodromiques les plus couramment décrits dans les études portant sur les premiers épisodes psychotiques (par ordre de fréquence)

Caractéristiques prodromiques

- 1- Concentration et attention réduites
- 2- Pulsions et motivation réduites, anergie
- 3- Humeur dépressive
- 4- Troubles du sommeil
- 5- Anxiété
- 6- Retrait social/repli sur soi
- 7- Méfiance
- 8- Détérioration du fonctionnement social
- 9- Irritabilité

Source : Yung AR, Jackson HJ. Part II: Onset and detection of psychosis. The onset of psychotic disorder: clinical and research aspects. McGorry PD, Jackson HJ, editors. The recognition and management of early psychosis. A preventive approach. Cambridge: University Press; 1999. p. 27-50.

3-2 Evaluation de la valeur prédictive des critères UHR

Il est donc licite de se poser la question de la valeur prédictive des symptômes utilisés pour la définition et la détection de la phase prodromique et donc de l'inclusion d'un patient dans la catégorie à « ultra-haut risque » de transition et de conversion psychotique. Ainsi, les symptômes de base décrits par G. Huber consistent en des expériences subjectives d'expression diverses comme [37] :

- **Un affaiblissement des fonctions cognitives**
- **Une altération des capacités à ressentir les émotions**
- **Une perte d'énergie**
- **Une altération des fonctions motrices**
- **Une altération des perceptions sensorielles**
- **Une altération des sensations corporelles**
- **Une altération des fonctions autonomes**
- **Une intolérance au stress**
-

La valeur prédictive de ces symptômes a été évaluée en 2001 par Klosterkötter *et al.* au cours d'une étude prospective durant laquelle 160 sujets à risque ont été suivis pendant près d'une décennie [50]. On constate dans le tableau suivant que moins de 50% des sujets inclus dans l'étude par les critères de symptômes de base, évoluent vers la psychose ce qui révèle une prédictivité imparfaite.

160 sujets à risque Suivis 9 ans	Devenir		Total
	Psychose +	Psychose -	
Symptôme +	77 (70%)	33	110
Symptôme -	2	48	50
	79 (49%)	81	

Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Archives of General Psychiatry 2001;58:158-64. [50]

Cependant, il y a eu des progrès dans la définition des critères UHR (« Ultra Haut Risque ») prédictifs de transition psychotique.

Ainsi, les symptômes suivants sont prédictifs de transition vers la schizophrénie :

- Les persévérations
- Les sensations de blocage et de précipitation dans la pensée
- L'hypomanie avec ou sans dysphorie

Les facteurs prédictifs chez les patients à Ultra Haut Risque sont :

- Une dépression
 - Car les sujets qui souffrent des symptômes psychotic-like ont plus de demande d'aide
- Une altération du fonctionnement
 - Indique que le processus de détérioration a commencé
 - Indique une moindre capacité à s'adapter aux symptômes psychotiques-like, à la dépression, le recours de plus en plus aux substances, créant un cercle vicieux
- L'usage de cannabis
- Une moindre tolérance au stress

En 2008 Cannon *et al.* dans une étude portant sur 291 patients classés à ultra-haut risque se sont intéressés à la puissance prédictive positive des caractéristiques cliniques qui ont servis à l'inclusion de ces patients dans cette catégorie parmi lesquels seulement 35% ont présenté une période psychotique au cours des deux ans et demi de l'étude [16].

Puissance Prédictive Positive	
Risque génétique & déclin fonctionnel	52
Contenu inhabituel de la pensée	48
Méfiance / paranoïa	43
Fonctionnement social altéré	46
Abus de substance	43
Risque génétique & déclin fonctionnel + Contenu inhabituel de la pensée	69
+ Méfiance / paranoïa	74
Ou Fonctionnement social altéré	81

Cannon T, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, *et al.*
Prediction of psychosis in youth at high clinical risk. A multisite study in North America.
Archives of General Psychiatry 2008;65:28-37. [16]

3-3 les outils de mesure psychométrique

Afin de mieux connaître et de dépister plus précocement une psychose débutante, des outils d'évaluation standardisées des stades précoces de la schizophrénie et plus spécifiquement de la phase prodromique ont vu le jour. C'est ainsi que des outils permettant des études rétrospectives et prospectives ont été élaborés.

3-3-1 Instruments rétrospectifs

Parmi les instruments d'évaluation rétrospective de la schizophrénie débutante, on peut citer :

-***L'Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (IRAOS)*** qui peut permettre une définition opérationnelle du début de la schizophrénie : premier signe (non spécifique) d'un trouble psychique, premier symptôme de premier rang (spécifique), moment où les critères opérationnels d'un système diagnostique sont remplis [39]. Il permet également d'étudier un grand nombre de variables : l'apparition du premier signe non spécifique ou d'un symptôme négatif, l'apparition du premier symptôme psychotique positif et le moment où les symptômes répondent aux critères diagnostiques du DSM-III-R pour la schizophrénie. L'IRAOS a été utilisé dans le cadre de l'étude ABC qui montre que 73 % des patients qui ont développé une schizophrénie présentaient des symptômes négatifs et non spécifiques cinq ans en moyenne avant l'apparition des premiers symptômes positifs.

-***Le Symptom Onset in Schizophrenia (SOS)*** a été créé par Perkins *et al.* avec pour objectif d'élaborer un instrument valide, fiable et simple à utiliser, permettant une évaluation rétrospective systématique des premiers signes de la maladie psychotique. Il permet par ailleurs de dater le début de la psychose en précisant la date de début des symptômes prodromiques dépassant les seuils de sévérité et de durée préétablis, en évaluant de façon globale le début des symptômes par le clinicien, en donnant une estimation du début des symptômes par le patient et par un membre de la famille ou un autre informateur [80].

-***Le Structured Clinical Interview for the SOS (SCI-SOS)*** est un entretien structuré allant de pair avec la SOS ; cet outil vise à favoriser la revue systématique des symptômes avec le patient et les autres informateurs (membres de la famille, amis, acteurs du soin).

-**La *Nottingham Onset Schedule (NOS)*** est une échelle permettant de déterminer le début de la psychose en aidant à individualiser : une phase de prodromes, une phase d'émergence des premiers symptômes psychotiques ; une phase de développement des symptômes psychotiques ; et enfin une phase où les critères diagnostiques sont réunis. Cet instrument a permis de confirmer l'ensemble des manifestations prodromiques déjà rapportées [89].

3-3-2 Instruments prospectifs

Des outils prospectifs ont été élaborés pour repérer précocement la présence de signes prodromiques ou psychotiques chez des sujets considérés comme à risque important de développer une psychose.

-**La *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS)*** en cours de validation en français (M.O.Krebs) a été élaborée par l'équipe de McGorry en 1994 en ce qui concerne la première version. Elle vise à donner une définition opérationnelle des critères d'« ultra haut risque » et de déterminer le seuil d'entrée dans la psychose.

-**La *Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS)*** a été créée en 1999 par Miller et McGlashan dans le cadre de l'étude *Prevention through Risk Identification, Management and Education (PRIME)*. Il s'agit d'un entretien semi-structuré, associé à l'échelle de sévérité correspondante : la *Scale Of Prodromal Symptoms (SOPS)* [71,72]. Cet instrument a été développé pour le diagnostic opérationnel (c'est-à-dire la présence ou l'absence d'une phase prodromique), pour l'évaluation quantitative de la sévérité et la description des symptômes pour les sujets en phase prodromique et pour définir le seuil d'une psychose. Ces instruments ont été utilisés en 1998 par l'équipe de McGlashan dans le cadre d'une étude d'intervention. Ils ont permis de mettre en évidence des sujets à risque de transition vers la psychose. Ces sujets ont fait l'objet d'un traitement par antipsychotique atypique à faible posologie [60].

-**La *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS)*** est une échelle d'évaluation systématique des symptômes de base, visant à détecter les signes précurseurs de la schizophrénie et à étudier leur spécificité pour permettre si possible un repérage plus précoce de la maladie [32]. Elle est basée sur la description phénoménologique de six catégories de symptômes de base : les déficiences dynamiques (incapacité à discriminer différents types d'émotions), les troubles de la cognition, les perturbations de la perception et de l'action, les cénesthésies (sentiments d'existence) et les troubles végétatifs centraux.

L'étude de Bonn objectivait que 37 % des patients développant une schizophrénie présentaient des symptômes de base.

-**Les critères *Personal Assessment and Crisis Evaluation (PACE)*** ont été développés par l'équipe de Yung *et al.* en 1998 [105]. Il s'agissait de rechercher de nouveaux critères opérationnels prospectifs pour identifier les sujets présentant un état mental à risque à court terme de transition vers la psychose. Trois groupes de critères ont été individualisés :

- ° le groupe des symptômes atténués, c'est-à-dire des symptômes psychotiques peu intenses, présents pendant au moins une semaine, durant la dernière année ;
- ° le groupe « Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms » (BLIPS) c'est-à-dire des symptômes psychotiques francs d'une durée inférieure à une semaine et de résolution spontanée, durant la dernière année ;
- ° le groupe présentant des facteurs de risque « traits » (antécédent au premier degré de trouble psychotique ou de trouble de la personnalité schizotypique ; antécédent personnel de trouble de la personnalité schizotypique) et « état » (altération significative de l'état mental ou du fonctionnement maintenu pendant au moins un mois).

Les études utilisant ces critères opérationnels ont objectivé un taux de transition vers la psychose élevé, de 48 % à 12 mois [103]. Cependant, des études plus récentes n'ont pas toutes retrouvé ces résultats en objectivant des taux de transition allant de 12 à 50 % [106,107]. Les auteurs, ces différences pourraient s'expliquer par une réduction de la durée pendant laquelle les patients expérimentent des symptômes avant de bénéficier d'un traitement (meilleur repérage).

4- Rôle primordial du médecin généraliste

En 1927, Sullivan déclarait déjà que les médecins généralistes (tout comme des spécialistes divers) étaient amenés à rencontrer des débuts de schizophrénie mais que trop souvent ils n’y prêtaient pas l’attention méritée [31]. Les difficultés ressenties et/ou exprimées par les adolescents et les jeunes adultes sont souvent attribuées à des facteurs physiques, tels que surmenage, stress, fatigue ou tension « nerveuse » ou alimentaires (manque de magnésium, déséquilibre diététique).

La formation du médecin généraliste est donc nécessaire de par son rôle central de relais d’opinion et du fait de la relation privilégiée qu’il entretient avec le patient et sa famille. Une attitude non stigmatisante de sa part permet de diminuer les refus des patients et des familles à être pris en charge par un spécialiste de santé mentale. L’OMS reconnaît par ailleurs que la lutte contre la stigmatisation sociale de la maladie mentale en générale, et des troubles psychotiques en particulier est une priorité de santé publique.

Les médecins généralistes sont des acteurs de première ligne dans la prise en charge de ces patients et dans l’éducation à la santé de la population générale. Ils transmettent au grand public des informations en accord avec les données de la littérature sur ces troubles. Former ces professionnels au repérage des symptômes psychotiques avérés permettrait donc d’adresser ces patients plus précocement réduisant ainsi la « Duration of Untreated Psychosis » (ou DUP) appelée aussi Durée de Psychose Non Traitée (ou DPNT) qui joue un rôle pronostic important dans l’évolution future d’une psychose chronique en permettant un accès plus rapide à des soins adaptés (rôle du spécialiste) permettant de diminuer ainsi les conséquences à court terme de la psychose non traitée (risque suicidaire, désinsertion, prise de toxique) et améliorer le pronostic à long terme (meilleure réponse au traitement neuroleptique, réduction du risque de rechutes).

4-1 Etudes réalisées sur la psychose débutante en médecine générale.

Malheureusement, il n'existe que quelques études concernant les soins réalisés par les médecins généralistes aux patients souffrant de psychose. La plupart de ces travaux concernent la prévalence et la prise en charge des patients schizophrènes au long cours dans le cadre de la pratique en médecine générale comme ceux de Kendrick *et al.* [48]. Des études anglaises montrent que les patients sortis de l'hôpital psychiatrique depuis un an gardent un contact plus stable avec leur généraliste qu'avec leur psychiatre [67]. Le nombre de patients souffrant de pathologies psychiatriques qui s'adressent à un médecin généraliste est variable en fonction du pays et du lieu de résidence du patient. Même si la présence et l'accessibilité des professionnels de santé jouent un rôle important en zone urbaine, il est peu probable que le sujet souffrant d'une psychose débutante vienne s'adresser directement à un psychiatre.

L'étude Northwick Park réalisée par Johnsonstone *et al.* en 1986 a mis en évidence que l'aide recherchée le plus fréquemment par les patients psychotiques débutants est celle du médecin généraliste (566 contacts recueillis sur un total de 1141) [46]. Cole *et al.* rapportent que 39% des toutes premières recherches d'aide ont été adressées à des omnipraticiens. Ces derniers ont été contactés par 71% des patients psychotiques avant l'accès aux soins en milieu spécialisé [20]. Les résultats retrouvés par l'équipe australienne de Mc Gorry *et al.* sont similaires et retrouvent que 35% dans les phases débutantes de la psychose chronique ont consulté d'abord un médecin généraliste ; 50% d'entre eux ont consulté plus tard mais seulement 5% d'entre eux ont été orientés par l'omnipraticien vers un traitement psychiatrique [102]. Les auteurs s'accordent donc à dire que le médecin généraliste joue un rôle important dans l'identification des cas. Burns estime que le médecin généraliste verra en moyenne une psychose débutante tous les quatre ou cinq ans ; ce qui reste très marginal par rapport à l'ensemble de sa patientèle et des autres pathologies rencontrées beaucoup plus fréquentes [13]. Afin de sensibiliser les médecins de premier recours l'on peut suggérer l'introduction de programmes ciblés de formation sur la psychose pour ces derniers ainsi que la possibilité d'une orientation fléchée du patient en consultation psychiatrique dans les cas difficiles. Pour ces cas là ou ceux pour lesquels on ne peut pas encore parler de psychose, un suivi par les généralistes sans traitement pharmacologique pourra être réalisé à l'issue de la consultation spécialisée.

Le généraliste doit faire particulièrement attention aux sujets jeunes présentant des oscillations comportementales permanentes associées à d'autres facteurs de risque tels que :

- **Un changement visible des attitudes sociales et des idées de référence :** des idées bizarres et des comportements inadaptés ne doivent pas être systématiquement mis sur le compte d'une « crise d'adolescence » supposée disparaître spontanément, surtout s'il existe un retentissement psychosocial (repli sur soi, altération de l'insertion scolaire et professionnelle).
- **Une atmosphère prédélinante et des modifications perceptives:** il ne faut pas hésiter à rechercher l'existence d'idées délirantes et d'hallucinations en posant des questions directes et en expliquant au patient que ces questions font partie de l'examen médical et sont posées de manière systématique à toutes les personnes dans la même situation. Il ne faut jamais banaliser les symptômes psychotiques et éviter les attitudes attentistes. En cas de doute, il est préférable d'avoir recours par excès à un avis spécialisé.
- **Un trouble de la personnalité schizotypique** (croyances et convictions bizarres retrouvées chez 0,6% de la population générale)
- **Un abus de toxiques :** il faut faire attention à ne pas attribuer l'apparition de symptômes psychotiques exclusivement à ces substances en particulier si ces symptômes persistent à l'arrêt de l'exposition.

En France, l'évaluation des troubles psychotiques en médecine générale a fait l'objet en 1998 des recherches de Verdoux *et al* [93]. Cette enquête a utilisé la version à 21 items de l'échelle PDI pour l'appréciation des idées délirantes [Annexe n°3]. Il s'agit d'un auto questionnaire qui permet d'identifier des symptômes psychotiques chez des sujets en population générale, au cabinet du médecin généraliste. Cet auto questionnaire n'est pas utilisable dans une perspective de dépistage au sens strict du terme, du fait qu'il n'existe pas de score seuil permettant d'identifier avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité un sujet à risque. Cependant, ces questions peuvent être utilisées dans la pratique quotidienne, lorsqu'il est nécessaire d'explorer la présence d'idées délirantes dans un entretien clinique.

Cette étude a démontré que les patients acceptent dans la grande majorité de répondre à des questions pouvant être a priori considérées comme gênantes ou embarrassantes, et que le médecin généraliste pourrait donc hésiter à poser directement. Parmi les 1053 patients de l'étude, 20 d'entre eux présentaient un trouble psychotique. L'intérêt de cette étude est de montrer le bénéfice d'associer les praticiens généralistes aux enquêtes épidémiologiques et aux enquêtes de dépistage.

4-2 Fréquence et spécificité des symptômes psychotiques en médecine générale

L'identification précoce d'un trouble psychotique en médecine générale se heurte à plusieurs obstacles. Le premier est lié au fait que ces troubles ont une incidence faible (1 pour 10000 personnes par an en France), et les médecins généralistes sont donc rarement confrontés dans leur pratique quotidienne à un trouble psychotique débutant. Le deuxième est nettement plus complexe. En effet, la mise en évidence de symptômes prodromiques et psychotiques repose exclusivement sur un examen clinique, car on ne dispose à l'heure actuelle d'aucun marqueur paraclinique fiable et valide. Les symptômes prodromiques exposés dans les chapitres 1-2 et 2-2 sont aspécifiques et relativement fréquents chez les adultes jeunes et les adolescents de la population générale indemnes de troubles psychiatriques. S'ils sont isolés, ils ne peuvent donc être utilisés pour identifier les sujets qui ont un risque de développer un trouble psychotique ultérieur. L'identification des sujets en phase préclinique reste donc actuellement du domaine de la recherche et aucune recommandation ne peut être faite concernant la pratique clinique, aussi bien pour les généralistes que pour les psychiatres.

Cependant, l'utilisation des instruments psychométriques standardisés décrits dans le chapitre 3-3 et d'algorithmes combinant les facteurs cliniques pourrait permettre d'établir un taux de transition psychotique de 80% chez la population ainsi définie [16].

La combinaison de facteurs cliniques, imagerie et certains phénotypes cognitifs tels que les déficits de l'attention sélective, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives (difficultés cognitives variables mais sévères chez la majorité des patients) permettraient d'améliorer encore la prédictivité des indices d'alerte.

En 2005, Pon *et al.* ont réalisé pendant deux semaines une enquête prospective auprès de 1200 médecins généralistes répartis sur toute la France [82]. Les objectifs étaient d'évaluer la fréquence des symptômes d'allure psychotique (SAP) les plus souvent rencontrés chez l'adulte en consultation de médecine générale, préciser leurs caractéristiques principales et leurs modalités de prise en charge thérapeutique. La présence ou non de SAP était définie par l'existence de symptômes modifiés de l'échelle BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale).

La fréquence moyenne de patients adultes ayant des SAP était comprise entre 4,4 et 5,4 % sur 12618 journées de consultations évaluées. 18,6 % des patients présentant des SAP étaient, au moment de la consultation, en invalidité ou en arrêt maladie en raison de la pathologie psychiatrique. 35,3 % des patients n'avaient pas d'antécédent psychiatrique connu. Plusieurs

SAP étaient associés chez 95,2 % des patients. Leur prise en charge est essentiellement ambulatoire. Les principaux étaient par ordre de fréquence retrouvée:

- “**modification du comportement, de la présentation, du mode relationnel**” (62,0 %),
- “**conduites sociales inadaptées, bizarres**” (48,2 %),
- “**tendance dépressive**” (49,7%)
- “**troubles anxieux**” (42,2 %),
- “**idées délirantes**” (29,3%)
- “**pensée désorganisée**” (26,9 %).

Cependant, la principale différence avec la population qui nous intéresse dans cette thèse est l'âge moyen qui dans cette étude est de 52 ans avec un ratio homme femme équilibré. Cette étude reste néanmoins très intéressante pour nous car elle reflète la pratique au quotidien des médecins généralistes et des éléments cliniques les plus souvent rencontrés.

Tableau 2

Symptômes d'allure psychotique (SAP) observés chez 2654 patients en médecine générale

Symptômes	Effectif	%
Sphère psychique		
Symptômes typiquement psychotiques		
Idées délirantes	777	29,3
Hallucinations	390	14,7
Pensée désorganisée	715	26,9
Symptomatologie élargie		
Troubles du comportement alimentaire	450	17,0
Troubles anxieux	1121	42,2
Tendances dépressives	1318	49,7
Préoccupations somatiques	700	26,4
Sphère comportementale		
Activité stérile/stupeur	300	11,3
Lenteur idéative, discursive ou motrice	415	15,6
Idées suicidaires/automutilations	280	10,6
Sphère relationnelle		
Modification du comportement, de la présentation, du mode relationnel	1645	62,0
Froideur affective	621	23,4
Conduites sociales bizarres ou inadaptées	1278	48,2
Comportement agressif, violent, destructeur	831	31,3

Plusieurs symptômes étant observés chez les patients, les totaux sont supérieurs à 2654.

Pon J, Huguel H, Comet D, Moreau-Mallet V, Denis F.

Fréquence des symptômes d'allure psychotique observés chez l'adulte en consultation de médecine générale.

La Presse Médicale 2005;34:923-7 [82]

Les auteurs rappellent la difficulté de ce diagnostic, indiquant que l'utilisation d'outils tels que les entretiens diagnostiques structurés sont, du fait de leur difficulté de passation, difficilement utilisables en consultation de médecine générale. C'est la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations, qui sont des symptômes psychotiques plus typiques, ou des idées bizarres et des comportements inadaptés qui doivent être, en consultation, les premiers signes d'alerte pour le médecin.

Pour mémoire en 2000, le ministère de la santé canadien éditait un guide simple à l'usage des familles et des médecins généralistes afin de les sensibiliser et les informer sur les éléments cliniques simples qui doivent constituer une alerte et permettre une orientation spécialisée précoce [\[Annexe n°4\]](#).

II) ÉTUDE CLINIQUE

1- Principes de l'étude

1-1 Hypothèse et objectifs

La question du mode d'entrée dans une psychose fait l'objet d'un grand intérêt éditorial en milieu civil contrastant avec le peu de travaux de recherche établis en population militaire. Pourtant les militaires sont une population spécifique intéressante car particulièrement sélectionnée et soumise au stress. Les sujets militaires évoluent en collectivité ce qui permet de détecter les troubles psychotiques de façon très précoce. L'hypothèse avancée est qu'il existe des indices d'alerte permettant une détection précoce d'une décompensation psychotique. Ces indices doivent interpeller le médecin généraliste d'unité afin d'orienter rapidement le patient vers le psychiatre et améliorer ainsi le pronostic par une prise en charge très précoce.

1-2 Matériel et Méthode

Matériel

° *Population étudiée* : Il s'agit de jeunes militaires âgés de 19 à 30 ans, adressés par les médecins d'unités au service de psychiatrie de l'HIA Legouest pour orientation diagnostique et thérapeutique.

° *Effectif* : Trente dossiers cliniques des archives de psychiatrie de 2005 à 2009 comprenant également les courriers médicaux des médecins d'unité qui ont adressé ces patients au spécialiste.

Afin d'obtenir cette liste de patients, une requête a été formulée auprès du chef du Service d'Information Médicale afin d'obtenir la liste des patients hospitalisés à l'HIA Legouest entre le 01/01/2005 inclus et le 01/01/2010 exclus et dont l'un des diagnostics principaux faisait partie des items F20 à F29 de la classification internationale des maladies [\[Annexe n° 5\]](#).

Méthodologie

La première étape est une revue exhaustive de la littérature médicale afin d'établir une grille de lecture des dossiers cliniques sélectionnés pour conduire une étude descriptive rétrospective des données cliniques, anamnestiques, biographiques et socioprofessionnelles. Nous avons étudié le courrier médical initial du médecin généraliste d'unité pour mettre en évidence les signes cliniques d'alerte les plus souvent détectés avant l'avis spécialisé, mais qui motivent finalement ce dernier.

2- Résultats

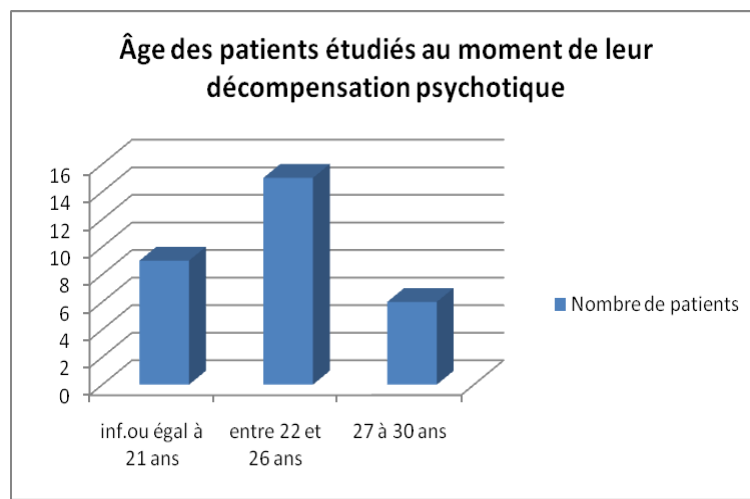
2-1 Etude des dossiers cliniques de psychiatrie

• Caractéristiques sociodémographiques des patients étudiés :

On retrouve une nette prédominance masculine avec 28 hommes et seulement 2 femmes corroborant le fait que plus de 70% des effectifs militaires sont masculins. Cette différence de sex ratio illustre également que l'âge de décompensation est plus tardif en sexe féminin.

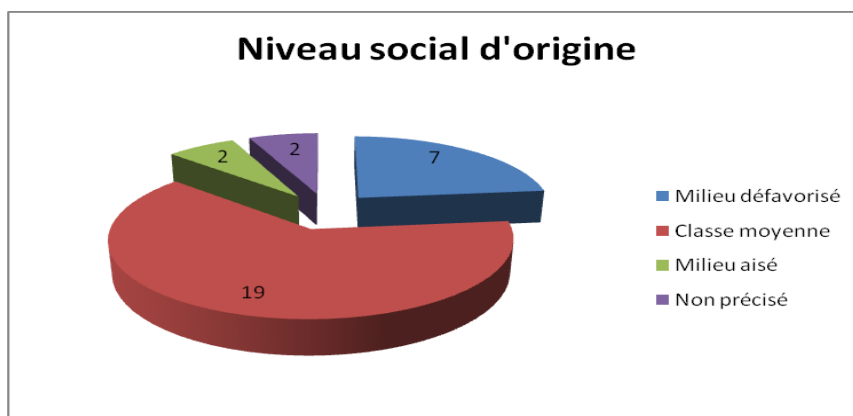
Pour l'âge de décompensation, on retrouve les données suivantes :

Patient le plus		Moyennes		
jeune	Patient le plus âgé	tous sexes	hommes	femmes
19 ans	30 ans	24,1 ans	23,9 ans	26,5 ans



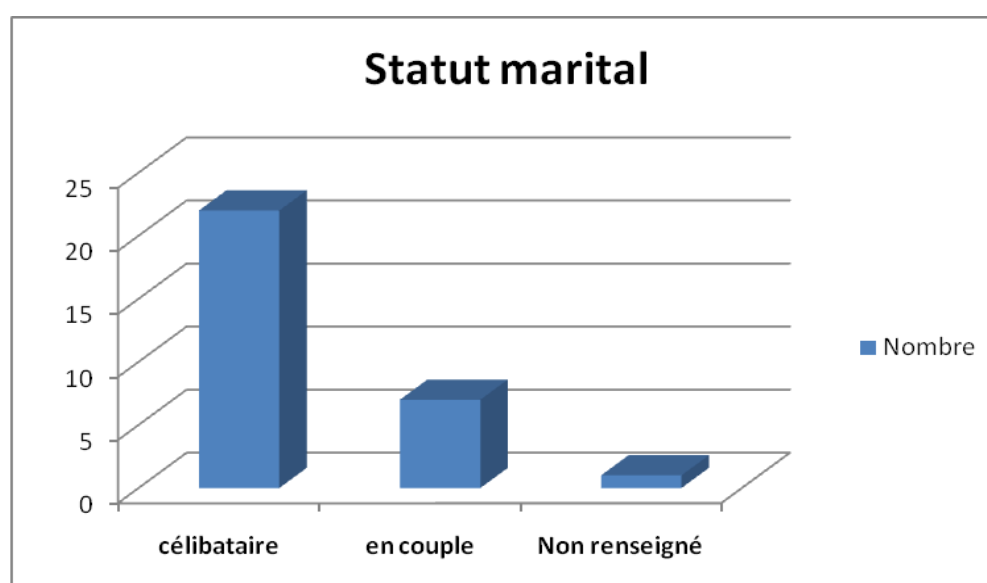
La période à plus grand risque de décompensation se situe entre 22 et 26 ans (15 patients soit 50% de notre effectif) confortant ainsi les données retrouvées dans la littérature. Près de 80% de nos patients ont décompensé avant l'âge de 26 ans. La moyenne d'âge de décompensation chez la femme est plus tardive que chez l'homme mais ce résultat doit être modéré par la faible représentation des féminines dans notre échantillon.

L'étude de l'origine sociale des patients retrouve une grande majorité de sujets appartenant à la classe moyenne et aux milieux défavorisés qui représentent à eux seuls 86% de notre échantillon.



Précisons également que huit patients soit 27% sont originaires d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane), ou de pays étrangers (Pologne, Bénin, Maghreb, Russie) et arrivés en France récemment (moins de 5 ans).

Le statut marital des patients confirme la sur-représentativité des célibataires chez les sujets débutant une psychose.



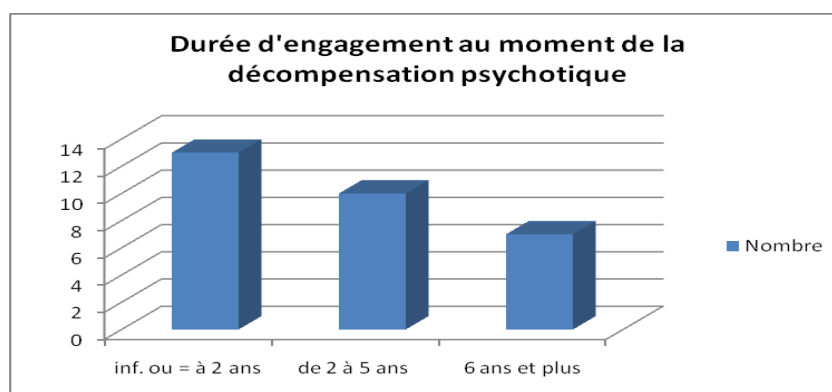
• **Caractéristiques militaires des patients étudiés :**

- *Armée d'appartenance:*

Armée		Interarmées			
de	Terre	Armée de l'Air	Gendarmerie	Marine	(SSA)
<i>Régiment</i>	<i>Régiment</i>				
<i>opérationnel</i>	<i>logistique</i>				
15	8	5	1	0	1

L'armée de Terre est bien sûr majoritaire puisqu'elle représente plus de 70 % des effectifs militaires. On remarque que les patients proviennent surtout de régiments opérationnels (régiment d'artillerie, d'infanterie) qui sont soumis à des contraintes professionnelles plus importantes et sont donc potentiellement plus éprouvantes sur le plan psychologique. On ne retrouve pas de régiment de Marine pour des raisons évidentes de localisation géographique de l' HIA Legouest.

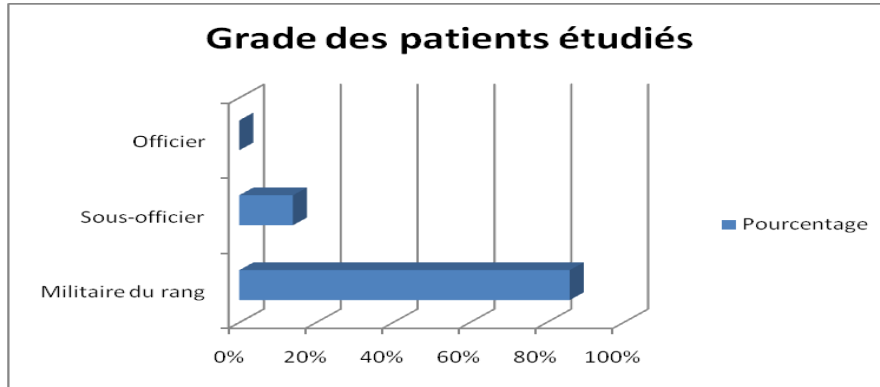
- *Durée d'engagement :*



On constate que les 2 premières années d'engagement sont critiques puisque 43% de notre échantillon a décompensé dans les 24 mois après l'entrée dans les forces et que 80% des patients ont déclenché un épisode psychotique avant 5 ans de service. Ceci pose la question de l'adaptation au milieu militaire chez de jeunes engagés qui peuvent éprouver un décalage entre les rythmes et contraintes des vies civiles et militaires. Parmi nos patients, la décompensation la plus précoce s'est faite à 1 mois de service (durant la période probatoire

qui dure 6 mois). La plus tardive a eu lieu à 10 ans de service chez un adjudant de 30 ans. La durée moyenne d'engagement révolue est de 41,4 mois soit 3ans ½ chez nos 30 patients.

- *Grade :*



On retrouve une grande majorité de militaires du rang (MDR) peut être du fait du jeune âge de cette population. De plus, les « mailles » du filtre de la sélection chez les MDR sont beaucoup plus larges que chez les sous-officiers et de surcroît que chez les officiers (absents dans notre échantillon).

- *Réalisation d'Opérations Extérieures (OPEX) :*

On constate que 9 patients sur 30 ont effectué une OPEX ou une Mission de Courte Durée (MCD) durant une période proche antérieure à leur décompensation psychotique. Pour 5 d'entre eux, un lien avec l'OPEX a été défini avec la présence concomitante d'un syndrome de stress post-traumatique : prise dans une fusillade en Côte d'Ivoire, engagé dans une rixe en Guyane, vision de la détresse humaine en Côte d'Ivoire.

• **Facteurs associés** :

-*Tabac* :

Fumeur	Non fumeur	non renseigné
11	11	8

Seulement 33% des patients sont fumeurs avec une consommation allant de 5 cigarettes par jour à plus d'un paquet. Ce résultat n'est donc pas en accord avec les 80% de consommateurs de tabac chez les psychotiques débutants annoncés dans la littérature. Cependant, il faut modérer ces propos car pour 8 patients sur 30 soit près d'un tiers de la population, la consommation tabagique n'est pas renseignée biaisant ainsi beaucoup la représentativité de ces chiffres. Pour 3 patients cette consommation tabagique est associée à une addiction à l'alcool.

-*Cannabis* :

Usage	Non Usage
14	16

Près d'un patient sur deux consomme du cannabis allant de un « joint » occasionnel à plus de six « joints » par jour. Pour trois patients, un lien direct entre la décompensation psychotique et la consommation cannabique a été évoqué (pharmacopsychose cannabique). Ces données sont en accord avec la littérature.

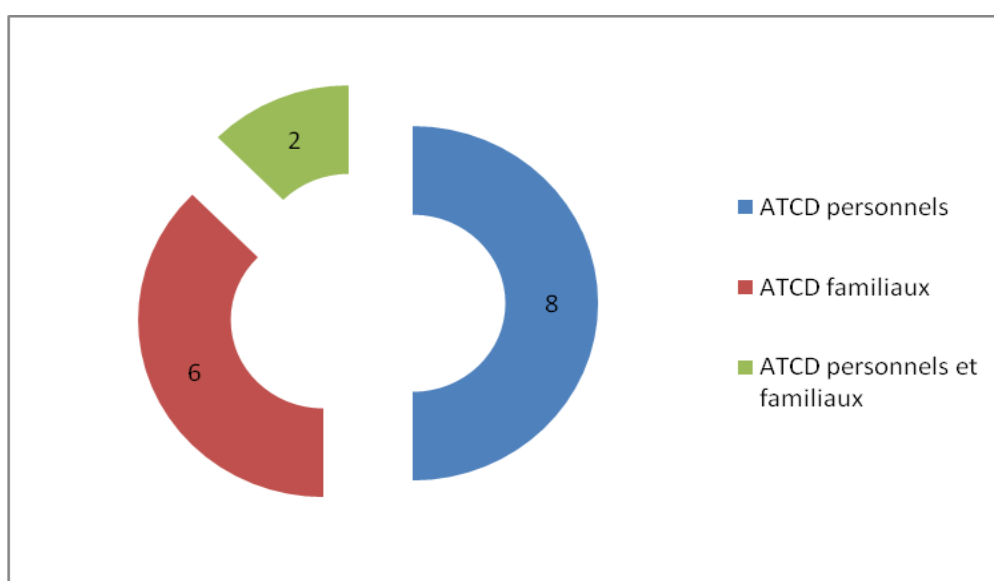
- *Traumatisme crânien* :

Des antécédents de traumatisme crânien sont rapportés pour six patients soit 20% de notre population. Pour la moitié ce traumatisme a eu lieu dans l'enfance avec perte de connaissance consécutive et d'évolution favorable (sur chute et accident de voiture). Pour l'autre moitié, ce traumatisme crânien s'accompagne également d'une perte de connaissance et a eu lieu quelques années auparavant. Pour les 24 autres patients, la notion de traumatisme crânien n'est pas mentionnée.

• **Eléments prémorbides recensés :**

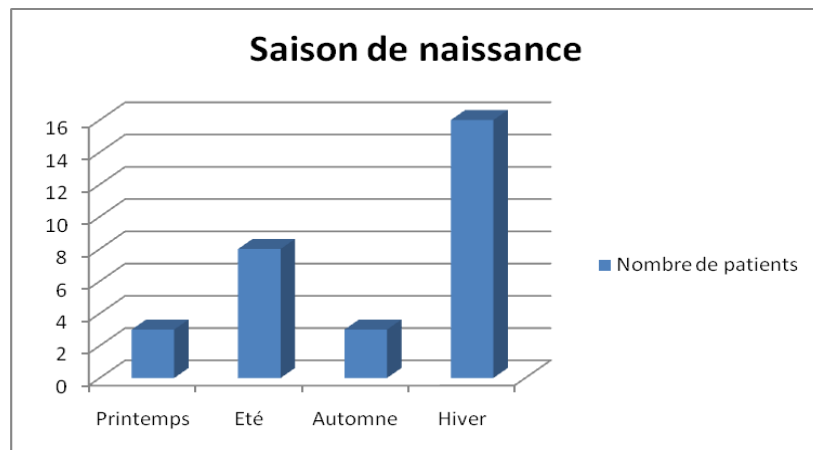
- Chez 10 patients soit 33%, on retrouve des *antécédents durant leur enfance*. On remarque notamment des troubles psychomoteurs d'évolution favorable, une hyperactivité, une agression sexuelle, un suivi pédopsychiatrique durant la seconde enfance de nature non précisé, une violence verbale et physique ou encore tout simplement un caractère isolé, introverti, timide.

- *Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux :*



Plus de 50% de notre échantillon présente des antécédents psychiatriques. 33% des patients ont des antécédents personnels : un épisode délirant suite à une rupture sentimentale, un épisode psychotique dans un contexte d'hyperthermie, une manie délirante, plusieurs troubles anxio-dépressif, un suivi pédopsychiatrique. 27% des patients ont des ATCD familiaux : trouble psychotique chez un frère et chez une mère (avec suicide accompli), troubles anxio-dépressif chez une mère, cyclothymie chez un père, addiction alcoolique et toxicomanie. Il faut préciser que ces antécédents sont souvent masqués ou non avoués lors des visites de sélection par peur de la « sanction d'inaptitude » et ne sont découverts que tardivement et notamment au cours de leur hospitalisation en service de psychiatrie.

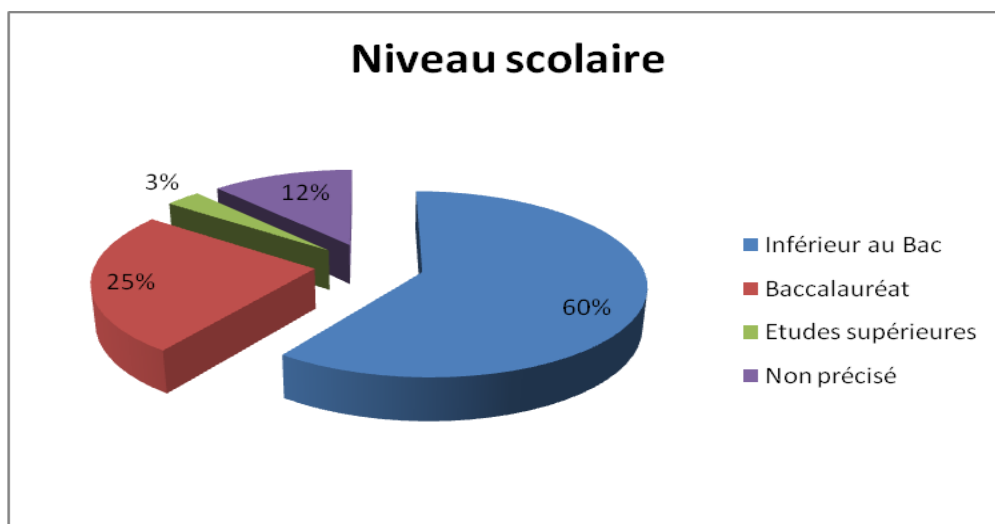
- *Saison de naissance :*



La majorité soit près de 53% des patients sont nés durant la période hivernale ce qui est en accord avec les données de la littérature. Cependant, le fait que 27% des patients soient nés en été contredit la théorie de l'hypovitaminose D avancée pour expliquer le risque plus élevé de décompensation psychotique chez les patients nés en hiver.

- *Niveau scolaire :*

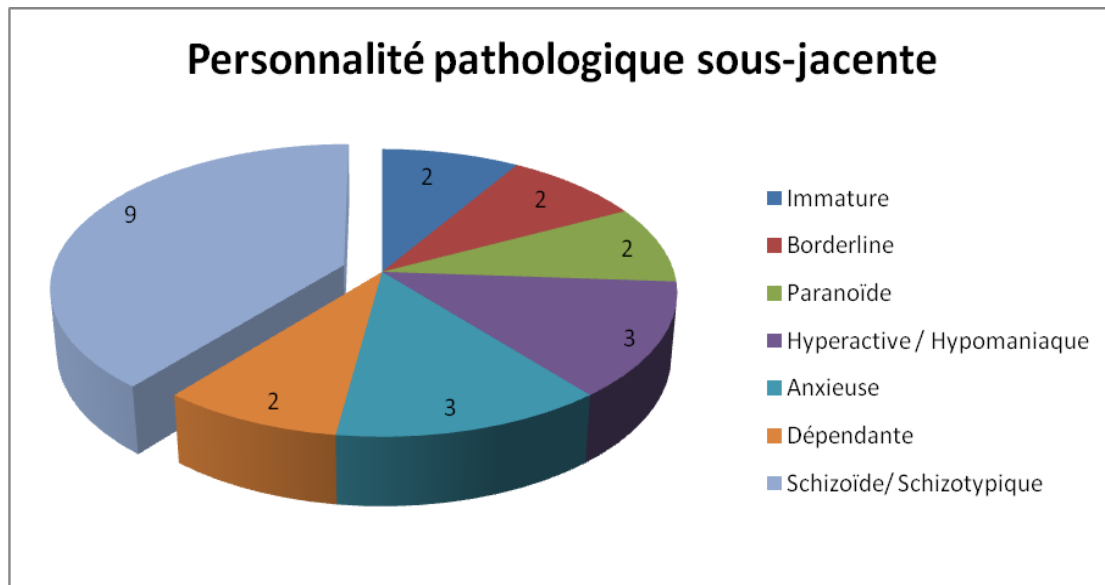
On note des difficultés scolaires chez près de 12 patients soit 40% de notre échantillon : phobie scolaire, changements d'établissement, mauvais résultats et arrêt précoce de la scolarité.



La grande majorité des sujets présente un niveau scolaire inférieur au baccalauréat (4 CAP, 7 BEP, 2 non renseigné et 2 sans aucun diplôme). Les patients titulaires du baccalauréat représentent 25% et concernent principalement les sous-officiers. Cette constatation est dans

la continuité des difficultés scolaires évoquées précédemment et en accord avec les données de la littérature.

- *Personnalité pathologique sous-jacente :*

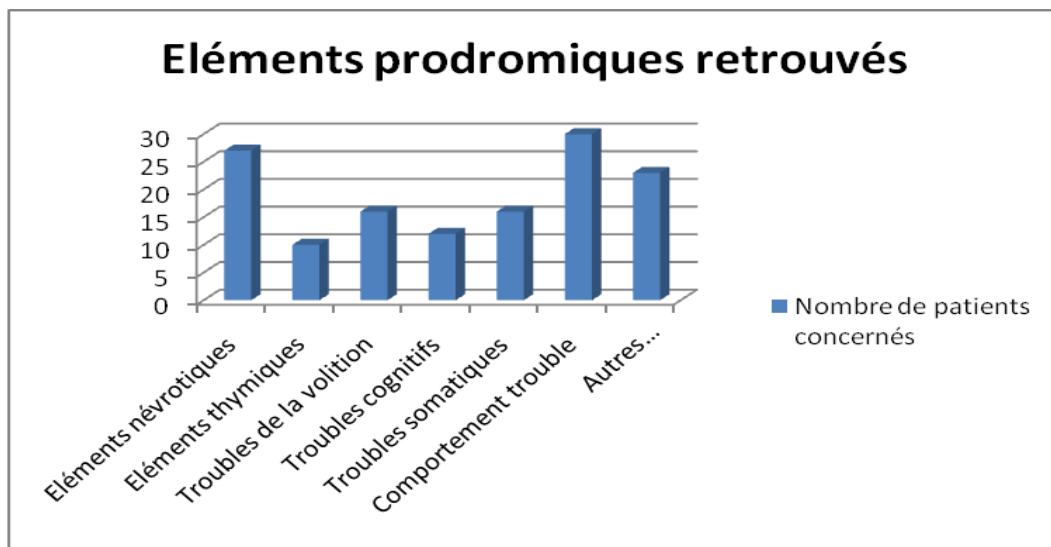


23 patients soit 76% de notre population présente des troubles de la personnalité sous-jacents. On constate que neuf patients ont des traits schizoïdes ou schizotypiques représentant ainsi 40% des troubles de la personnalité recensés dans notre échantillon. Cette donnée est en accord avec la littérature qui mentionne un risque plus élevé de transition psychotique chez ces patients en particulier ceux présentant des traits schizoïdes et/ou schizotypiques.

• **Eléments prodromiques recensés :**

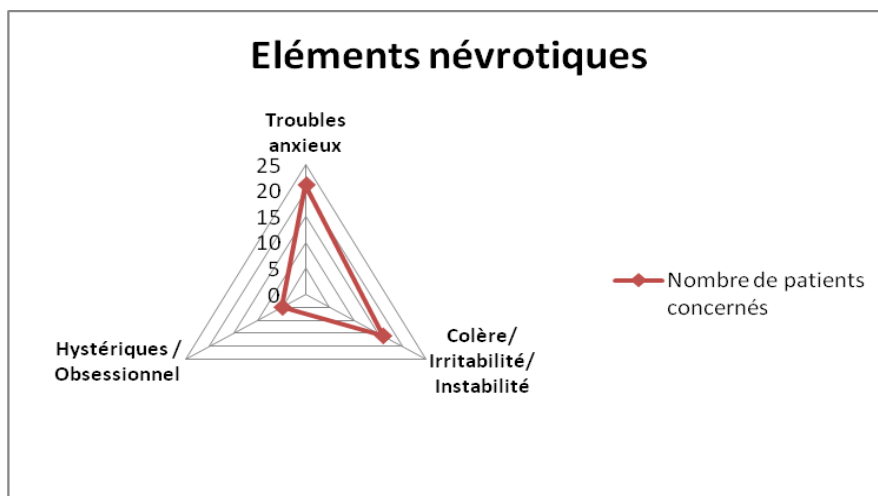
- Dix-huit patients sur trente (60%) rapportent avoir ressenti un « changement » avant leur décompensation. Ce changement, subtil, revêtait des traits paranoïaques (agoraphobie, sentiment d'insécurité, sensation d'être observé, de malveillance générale) pour huit d'entre eux ; on retrouve des traits de dépersonnalisation (sensation d'être différent, de ne pas être à sa place, de détachement, problème d'identité ethnique) 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 d'entre eux.
- Pour vingt-huit patients sur trente (soit 95%), une modification d'être au monde est notée par l'entourage. Ce changement porte principalement sur le comportement et est d'autant plus décelable que le jeune engagé militaire vit dans un milieu contenant avec une certaine proximité de l'entourage professionnel (par exemple vie en chambre commune pour les jeunes recrues).

- **Signes cliniques prodromiques :**



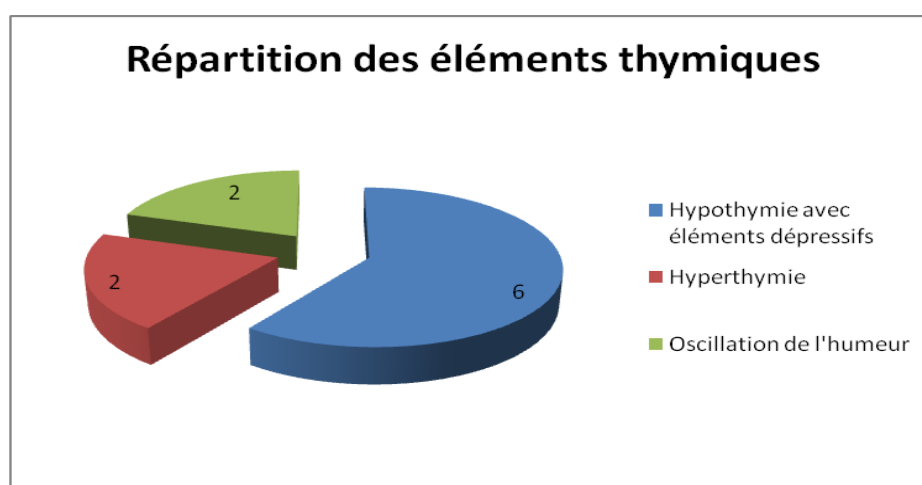
Cette recherche d'éléments prodromiques chez nos trente patients a été réalisée en se basant sur les sept catégories cliniques répertoriées lors de la revue exhaustive de la littérature par Mc Gorry et Yung (Partie I chapitre 1-2) [102]. On constate que les éléments les plus présents dans notre échantillon sont les troubles du comportement présents chez 100% des patients et les éléments névrotiques chez près de 90% d'entre eux.

° *Eléments névrotiques*



Ils sont dominés par les troubles anxieux mentionnés chez près de 70% des patients allant même jusqu'à un raptus anxieux responsable d'une tentative de suicide par IMV (intoxication médicamenteuse volontaire) chez l'un d'entre eux. Ces troubles peuvent s'expliquer par le mal être ressenti du fait des changements perçus par les patients. Les troubles hystériques et obsessionnels ne sont que peu présents avec quelques malaises de type conversifs. A contrario 53% des patients présentant une colère, une irritabilité et une instabilité. Les patients présentent en général plusieurs symptômes associés.

° *Eléments thymiques*



Ces derniers concernent près de 30% des patients et peuvent être à l'origine de confusion diagnostique initiale. Ils sont dominés par une hypothymie avec des signes dépressifs (aboulie, tristesse de l'humeur, anhédonie) qui en représentent plus de la moitié. La seconde

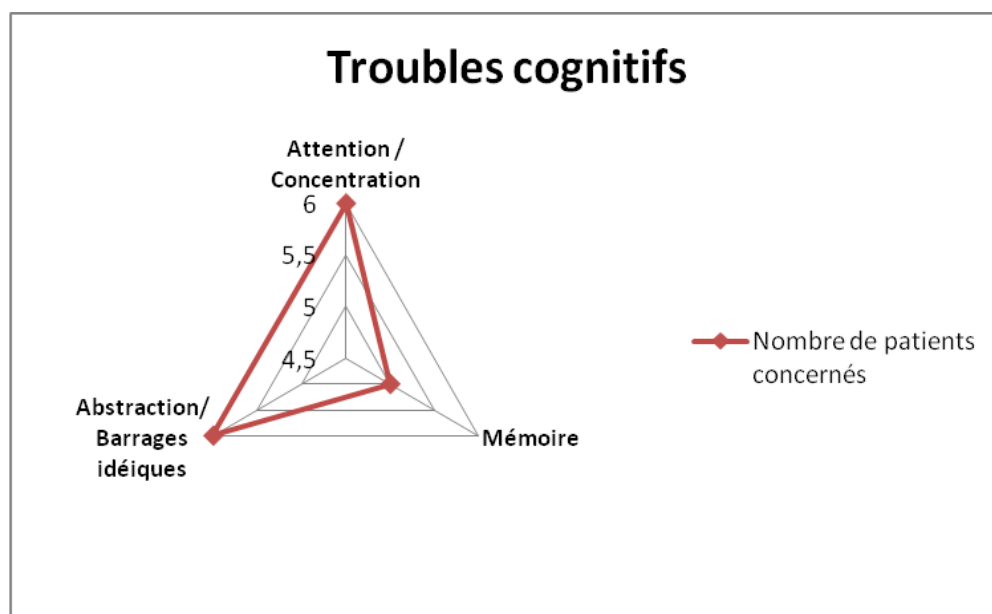
moitié retrouve des variations de l'humeur et deux patients présentent des éléments hypomaniaques.

° *Modification de la volition*

Elle est présente chez 16 patients soit 53% de notre échantillon et est représentée principalement par une perte de motivation, d'énergie, d'intérêt pour les choses, d'ennui et de fatigue chronique inexplicée.

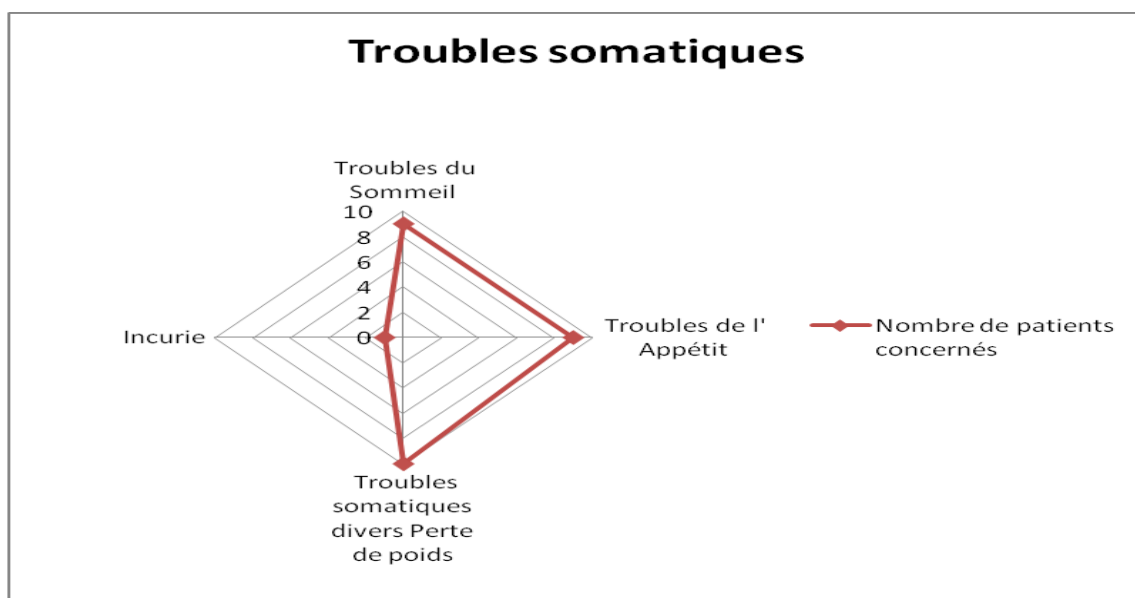
° *Troubles cognitifs*

Ils sont retrouvés chez 12 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.



° *Troubles somatiques*

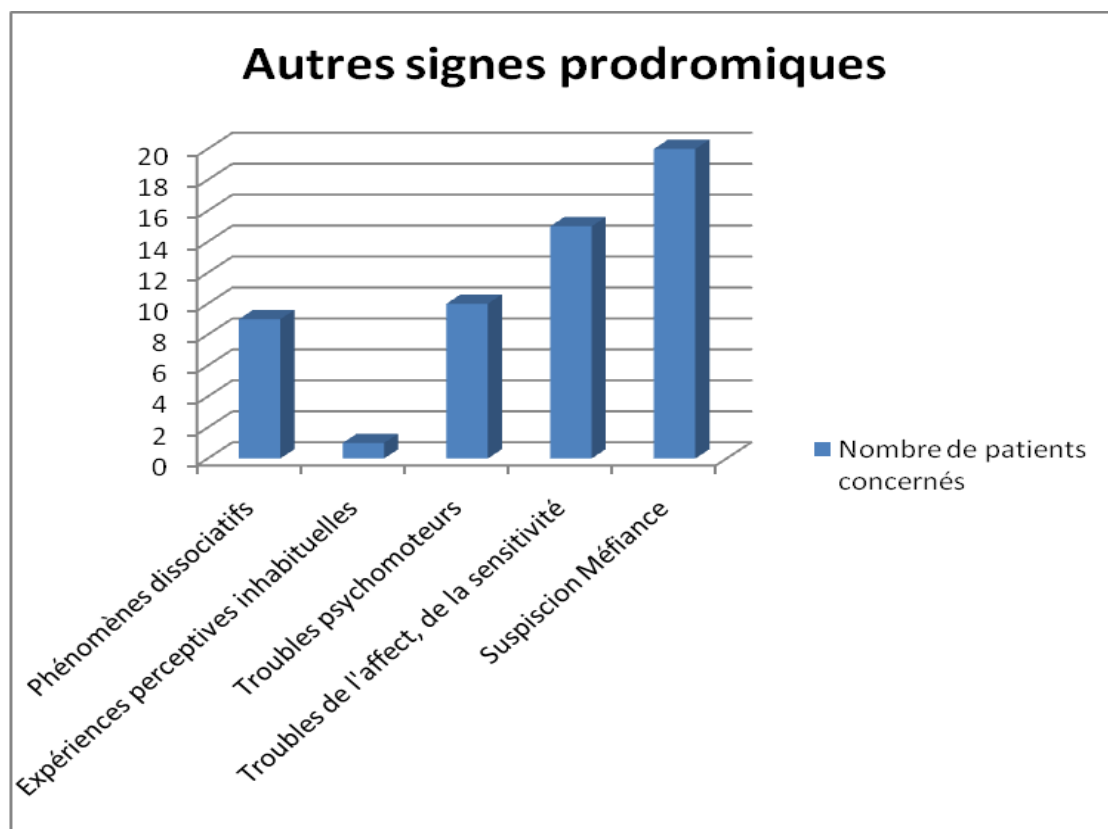
Ils concernent un peu plus de la moitié des patients. On note principalement des troubles du sommeil (30%) avec insomnie d'endormissement et cauchemars nocturnes (dont 3 s'intégraient dans le cadre d'un syndrome de répétition d'un PTSD). Les troubles de l'appétit sont principalement des anorexies mentales avec perte de poids allant jusqu'à 10 kg en quelque mois chez 4 patients. Les troubles somatiques (33% des patients) sont surtout des céphalées.



° *Troubles du comportement*

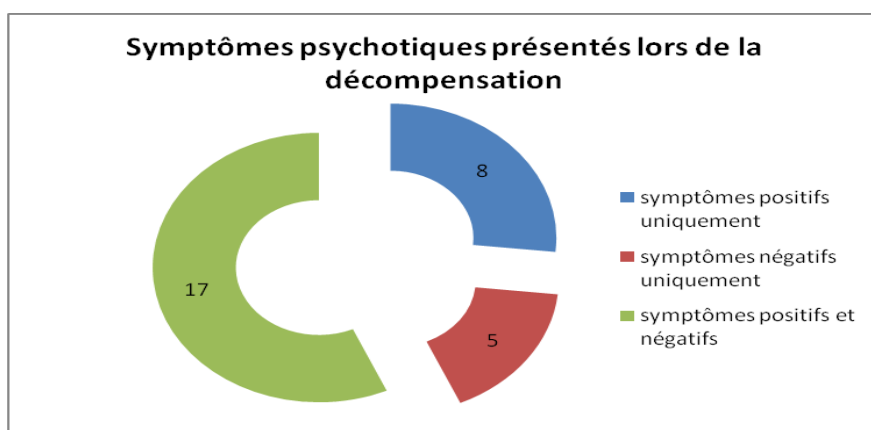
Ils sont les signes prodromiques les plus facilement décelables et les plus décelés. Le contexte de proximité de l'entourage professionnel très présent dans les forces armées favorise leur détection. On les retrouve chez 100% des patients mais ils ne sont décrits par les médecins généralistes que pour 50% d'entre eux du fait que certains peuvent évoluer à bas bruit. Ils seront décrits plus en détails dans l'analyse des courriers médicaux des médecins traitants.

° *Autres signes prodromiques*

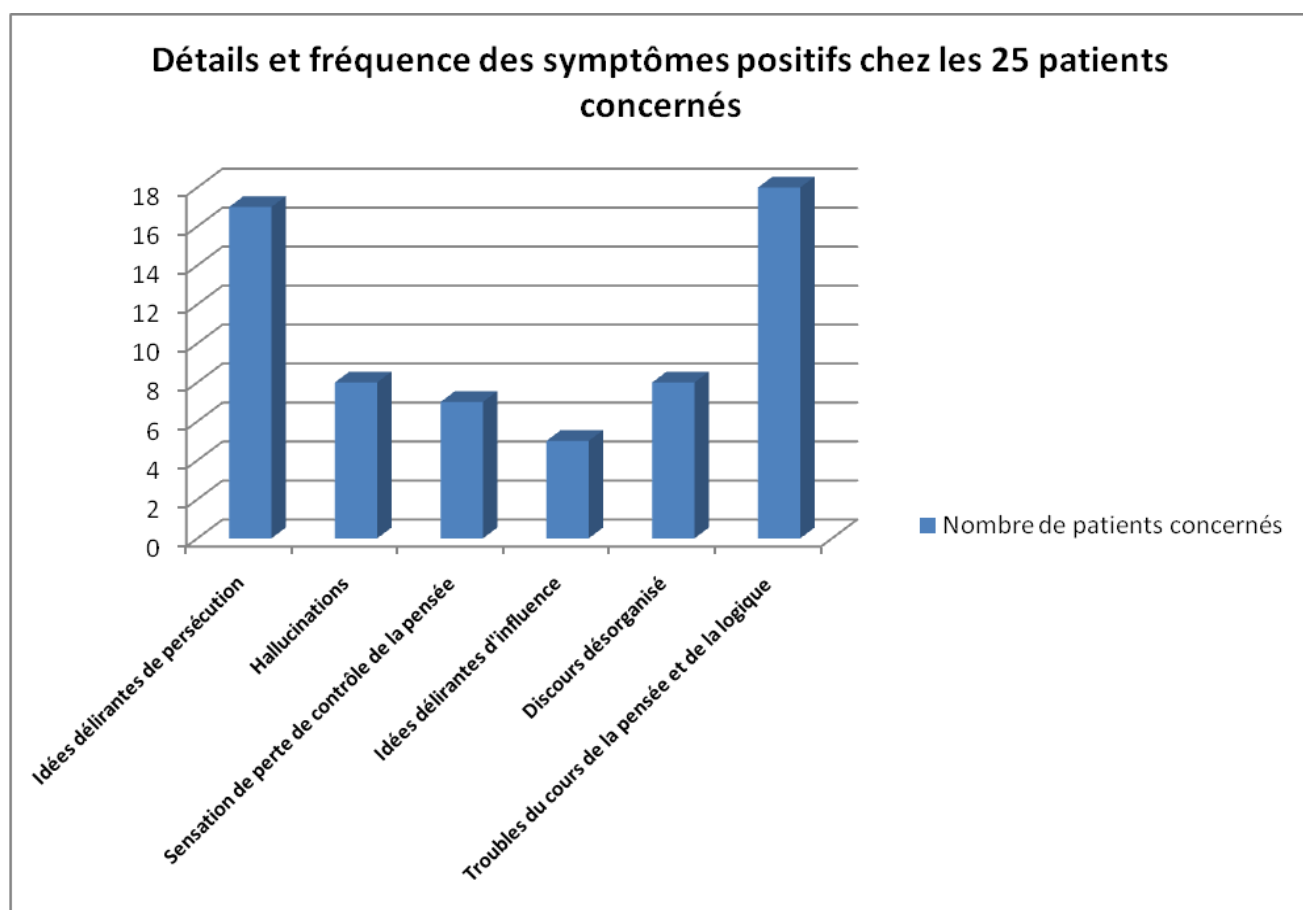


On les retrouve chez 76% des patients et sont dominés par la suspicion, la méfiance ainsi que les troubles de l'affect et de la sensibilité (hypersensibilité ou au contraire froideur avec émoussement affectif). Les phénomènes dissociatifs ne sont retrouvés que dans 30% des cas et sont représentés par une discordance idéique, une ambivalence, un manque de cohérence ainsi que des réflexions « pseudo-philosophiques » inadaptées. Les expériences perceptives inhabituelles ne concernent qu'un seul patient en phase prodromique et ont précédé les hallucinations visuelles et cénesthésiques de la phase psychotique.

• **Eléments psychotiques observés :**



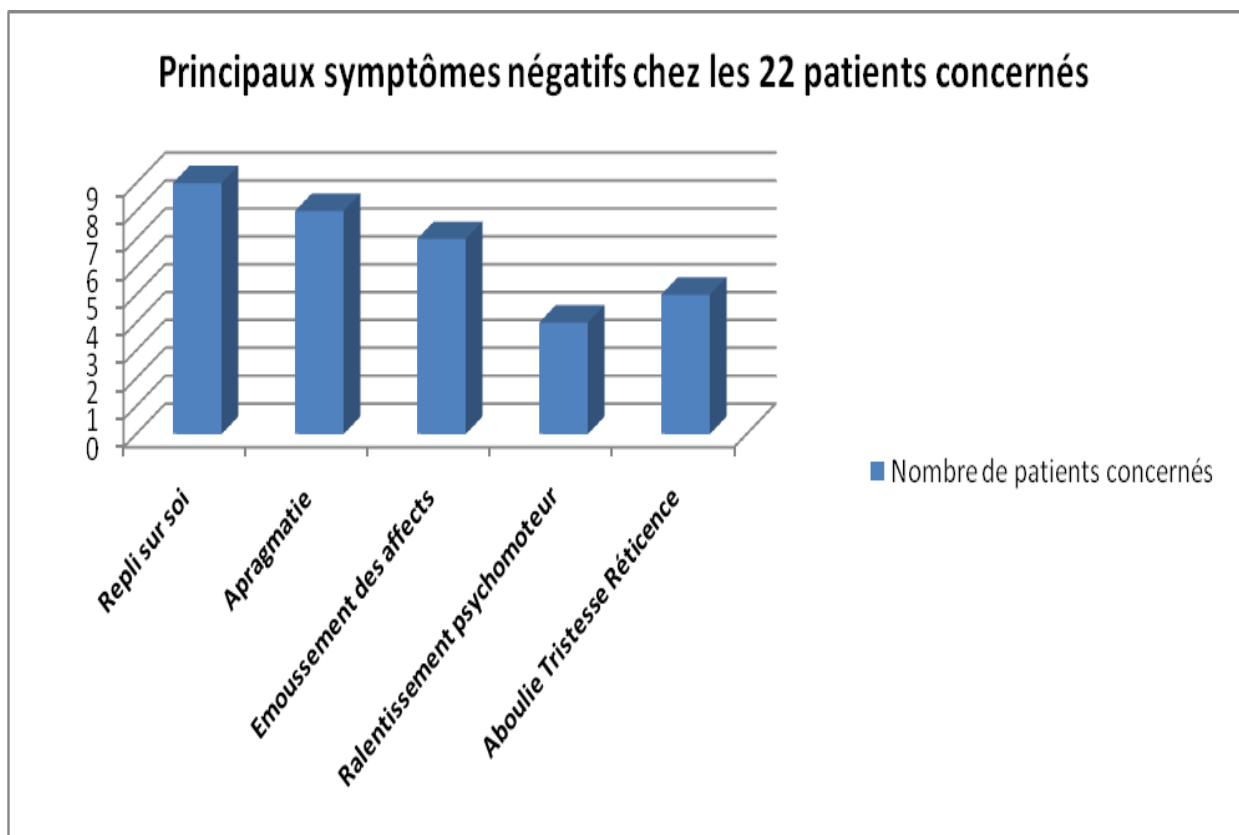
Lors de l'entrée dans la phase psychotique, la majorité des patients présente à la fois des symptômes positifs et négatifs (17 patients sur 30 soit 57%).



Les symptômes positifs sont nettement dominés par les troubles du cours de la pensée et de la logique (hermétisme, bizarrerie, rationalisme morbide) présents chez 60% des patients ainsi que par les idées délirantes de persécution qui concernent 56% du total. Les hallucinations arrivent seulement en 3^{ème} position mais concernent tout de même 27% de notre population.

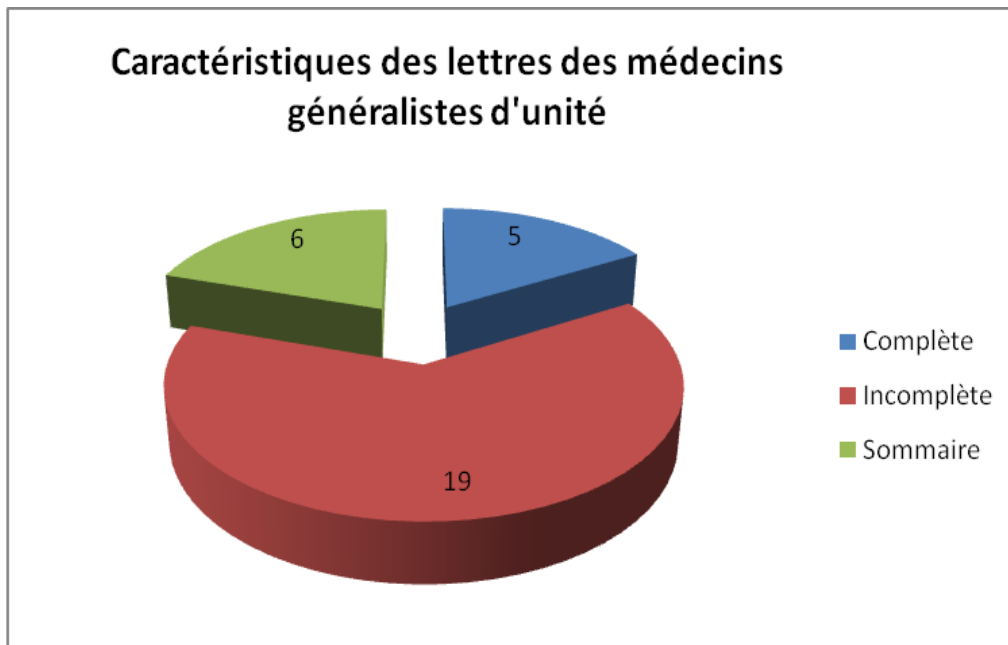
Un discours dissocié, discordant, incohérent est également présent chez 27% des patients. On retrouve ensuite la sensation de perte de contrôle de la pensée avec automatisme mental et devinement de la pensée chez 7 cas. Les idées délirantes d'influence ne se retrouvent que chez 17% des patients.

Les *symptômes négatifs* sont présents chez 73% des patients.

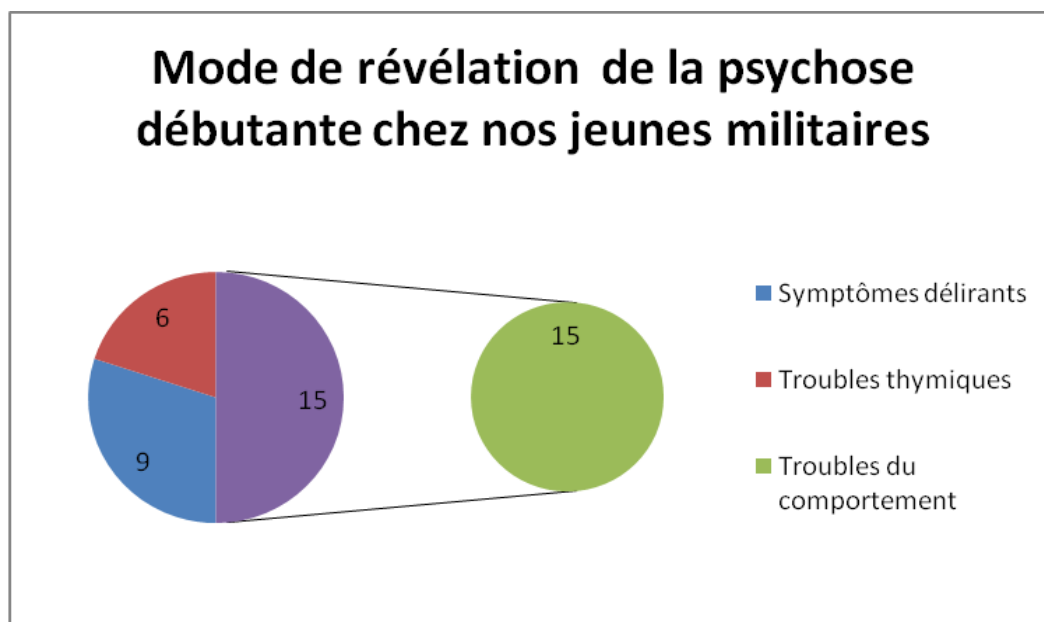


2-2 Etude de la lettre des médecins généralistes d'unité

C'est à partir de ces lettres écrites par les médecins d'unité qui ont été confrontés en première ligne à la décompensation psychotique de leur patient que l'histoire clinique et la prise en charge de notre population a démarré. Cependant, lorsque ces patients ont présenté leur premier épisode avec des symptômes psychotiques, il est difficile pour le médecin généraliste (tout comme pour le spécialiste) de faire un diagnostic précis vérifiable sur le long terme, du fait de la fréquente complexité symptomatique du tableau clinique initial. Le plus souvent, ce diagnostic ne peut être fait qu'au terme d'une période d'observation et de suivi clinique de plusieurs mois voire de plusieurs années au cours d'hospitalisation en service de psychiatrie ou de suivi ambulatoire. La qualité des lettres faites par les médecins généralistes d'unité reste très variable. Certaines sont complètes et font une analyse séméiologique fine, avec étude des antécédents du patient et de sa consommation de toxiques. A contrario d'autres courriers restent très sommaires et ne relatent que l'essentiel des troubles. Il reste à noter que le fréquent échange téléphonique entre médecin généraliste et spécialiste n'est que rarement retranscrit comme tel dans les dossiers médicaux, même si les informations fournies par le médecin d'unité y sont retranscrites.



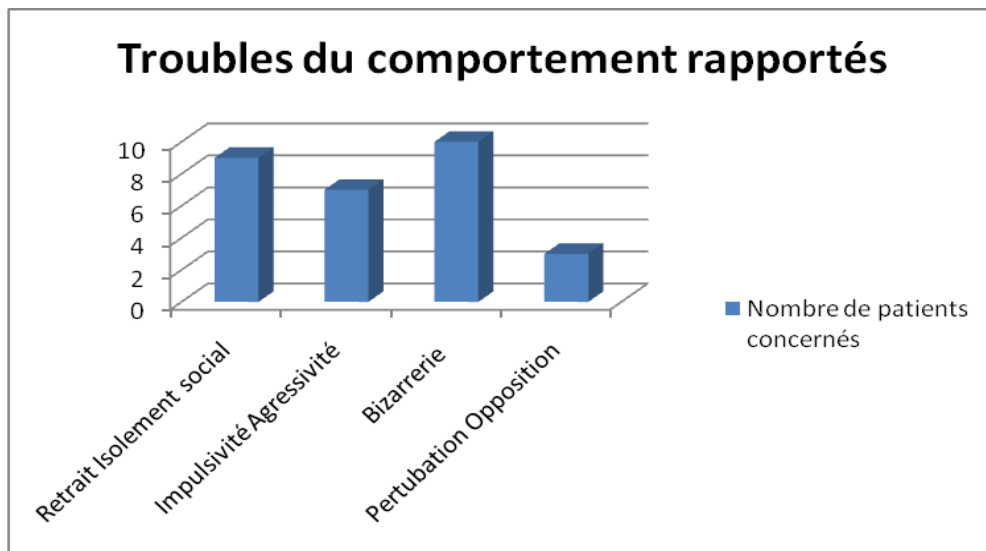
L'étude du courrier médical des médecins d'unité permet de déterminer les différents modes de révélation d'une psychose débutante restée jusque là silencieuse tout au long de la phase prodromique et qui bascule finalement dans la transition psychotique.



Pour 27% des patients, la psychose se dévoile par des manifestations délirantes avec ou sans hallucinations. Pour six de ces neuf patients, ces manifestations délirantes s'accompagnent de troubles du comportement manifestes permettant ainsi facilement de poser le diagnostic d'état psychotique aigu. Pour 3 patients, on ne retrouve pas de description de troubles du comportement majeurs rendant plus difficile la détection d'une phase psychotique qui évolue à bas bruit.

Pour 18% des patients, le mode d'entrée dans la psychose se fait par des manifestations thymiques principalement à type de manifestations dépressives (5 patients sur 6) avec éléments atypiques et responsables d'erreur diagnostique initiale. Parmi les 6 patients concernés, 5 d'entre eux avaient des troubles du comportement associés au second plan (conflits avec les camarades ou les supérieurs hiérarchique, agressivité, tentative de suicide).

Enfin, pour la moitié des patients de notre population, l'entrée dans la psychose s'est manifestée par des troubles du comportement au premier plan. Pour 4 d'entre eux, une symptomatologie délirante apparaît au second plan.



Une bizarrerie du comportement domine ainsi le tableau et concerne 67% des patients adressés par les généralistes. On retrouve par exemple des expressions solitaires (soliloques), des discussions avec des objets (patient qui parle avec son arme), une bizarrerie du contact et un hermétisme relationnel.

Un retrait, un isolement social d'un militaire dans une communauté où la communication, les échanges sociaux, la proximité et la solidarité priment, se remarquent assez facilement et sont mentionnés chez 60% des patients. Ce retrait social va même jusqu'au mutisme et à l'autisme pour deux d'entre eux.

On retrouve une impulsivité, et une agressivité pour 47% des patients. Il peut s'agir d'une auto agressivité avec tentative de suicide ou alcoolisation massive ou encore d'une hétéro agressivité avec violence verbale et menace physique mais sans agression physique actée toutefois.

Enfin, une perturbation avec opposition est rapportée pour 20% des patients avec non respect des règles du régiment (permission non réglementaire) ou des ordres donnés.

3- Discussion des résultats

3-1 Les différents biais et limites de l'étude

-Taille et représentativité de notre population de militaires :

Tout d'abord, notre échantillon est de taille modeste mais il peut être considéré comme représentatif de la population militaire. En effet, l' HIA Legouest est situé dans le « Grand Est » de la France où une grande partie des forces françaises sont présentes. En 2007, on considère que la moitié des effectifs de l'Armée de terre et 25% de ceux de l'Armée de l'air dépendent au niveau de la prise en charge médicale de l'HIA Legouest. Ainsi, un militaire qui présente une décompensation psychotique, or urgence psychiatrique bien sûr, sera adressé de manière préférentielle (dans un premier ou dans un second temps) au service de psychiatrie de l' HIA d'où nous tirons notre population. Cependant, ces affirmations doivent être teintées de certaines limites de représentativité car tout militaire souffrant de troubles psychotiques ne sera pas forcément vu en psychiatrie à Legouest. En effet, un militaire basé dans le nord-est peut d'une part consulter dans un autre hôpital d'instruction des armées que celui où il est rattaché et d'autre part il peut aussi avoir recours à une structure civile (Centre Médico-Psychologique) et ceci d'autant plus qu'il existe souvent une réticence chez les militaires à exprimer certains symptômes médicaux et notamment psychologiques de peur que leur aptitude opérationnelle ne soit remise en cause. Certes, le médecin généraliste d'unité est tenu par le secret médical, mais il peut de manière exceptionnelle (notamment si la sécurité du militaire ou de sa compagnie risque d'être compromise du fait d'un état de santé psychologique ou physique défaillant) faire part de certains éléments médicaux au commandement. En général, le médecin d'unité aura plutôt tendance à inciter le patient à faire part de ses difficultés personnelles et professionnelles à sa hiérarchie. De plus, nos résultats ne sont pas extrapolables aux militaires appartenant à la Marine Nationale qui n'est pas représentée dans notre échantillon et qui est soumise à des contraintes et un cadre bien différent des autres armes. On regrette également, le faible nombre de sujets féminins peu représentatif de la population militaire féminine (30% dans les forces contre seulement 7% dans notre étude). La comparaison de notre échantillon de 30 patients à une population témoin aurait pu être intéressante mais n'est malheureusement pas possible du fait d'importants biais de sélection de cette population (critères d'inclusion difficiles à établir et à justifier). La réalisation d'une telle étude se heurte aux difficultés d'accès des dossiers médicaux d'unité qui ne peuvent être consultés sur ordre du tribunal départemental des pensions que pour des

motifs de réforme. D'autre part la possibilité de calculer des taux en population militaire est difficile du fait de l'appréciation complexe des dénominateurs retenus, prérogative de l'Observatoire Social de la Défense.

-Biais de reconstruction et d'information :

Ce biais est inhérent au fait qu'il s'agisse 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 toujours retrouvés. Ceci est d'autant plus vrai pour les lettres des médecins généralistes d'unité qui, lorsqu'ils adressent un patient pour raison psychiatrique au spécialiste de l'HIA, ne peuvent pas transmettre le dossier médical d'unité qui reste au sein de leur service. Les informations médicales concernant le patient ne sont donc transmises que de manière partielle au spécialiste dans une lettre faite souvent rapidement dans un contexte plus ou moins d'urgence (avec une salle d'attente encore bondée...). Ceci d'autant plus que les patients psychotiques restent difficilement examinables et interrogeables du fait d'un mutisme, de propos délirants ou d'une agressivité. De plus au niveau du spécialiste, les syndromes et les troubles psychiatriques caractérisés ont été retenus comme éléments diagnostiques sans que le recueil des données ne détaille systématiquement la dimension évolutive de chaque symptôme dans leur intégration au niveau d'une pathologie.

3-2 Atteinte des objectifs : les indices d'alerte

Notre étude clinique permet de mettre en évidence une population au sein des forces qui est plus à risque de décompensation psychotique.

Au niveau sociodémographique, il s'agit principalement de jeunes patients âgés de 22 à 26ans. Les hommes sont majoritaires dans notre étude mais la littérature nous apprend que le sex ratio pour le risque de transition psychotique est égal à 1. La prépondérance masculine au sein des forces armées et l'âge de décompensation plus tardif chez les femmes explique cette différence. Un patient d'origine sociale défavorisée ou issu de la classe moyenne est plus à risque. Cependant ces classes sociales sont les plus représentées au sein d'une institution qui offre la sécurité de l'emploi, un salaire fixe et convenable, constituant ainsi l'emploi « idéal » de patients issus de milieux difficiles. Les célibataires sont nettement majoritaires chez les patients à risque de décompensation psychotique. Cette situation est aggravée au sein des forces où la plupart des personnes en couple sont célibataires géographiques.

Au niveau militaire, les militaires du rang sont les plus à risque de décompensation d'autant plus qu'ils font partis d'une unité opérationnelle de l'armée de terre, qu'ils sont soumis à des contraintes ou stress professionnels tels que les OPEX notamment fragilisant les patients les plus « vulnérables ». La période la plus délicate reste le début de carrière notamment les 2 premières années où se pose le problème d'adaptation du jeune engagé au milieu militaire contraignant et au décalage avec la vie civile.

Au niveau des éléments prémorbides, l'étude ne permet pas de renseigner certaines informations telles que les antécédents obstétricaux ou néonataux qui sont indisponibles et/ou non recherchés. Cependant, une naissance en période hivernale semble être un facteur de vulnérabilité tout comme la présence d'antécédents psychiatriques qu'ils soient personnels ou familiaux. Ceci s'associe à des difficultés scolaires et 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 chez 1,7 % de la population générale) ou *schizotypique* (croyances et

convictions bizarres chez 0,6% de la population générale) semble également être un facteur de vulnérabilité à une transition psychotique.

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

Lors de l'entrée dans la **phase psychotique**, les **symptômes positifs** sont les premiers et les plus faciles à repérer et sont surtout dominés par les troubles du cours de la pensée et de la logique (*hermétisme*, *bizarrierie*, *rationalisme morbide*...) ainsi que par les idées délirantes de persécution. Les hallucinations (principalement *auditives*, *acoustico-verbales*, *cénesthésiques*) ne sont objectivables que secondairement. Un discours dissocié, discordant, incohérent est également présent. On retrouve ensuite la sensation de perte de contrôle de la pensée avec *automatisme mental* et devinement de la pensée. 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 difficile à diagnostiquer et sont représentés principalement par un repli sur soi pouvant aller jusqu'au mutisme, un apragmatisme, un émoussement des affects et un ralentissement psychomoteur.

Les **facteurs associés** importants sont une consommation de cannabis et un antécédent de traumatisme crânien.

3-3 Un outil simple d'orientation pour le médecin d'unité

Le travail d'expertise des médecins militaires peut être situé dans la perspective d'une évaluation, d'une prévision et d'un accompagnement des capacités des militaires à leur emploi. Cette expertise du médecin généraliste d'unité revêt un aspect dynamique et continu tout au long de la carrière du militaire soumis régulièrement aux visites médicales révisionnelles. Cependant sur le plan psychiatrique, devant une anamnèse et une clinique souvent peu contributives, la tentation serait grande de se tourner vers les examens complémentaires (notamment les tests psychométriques). Se pose ainsi le problème de la faisabilité et du coût de ces examens mais surtout de leur légitimité et de leur aspect éthique.

La pratique de l'expertise par le médecin d'unité est un acte médical dans une relation médecin-patient couverte par le secret médical. Toute la difficulté de cet acte réside dans l'estimation d'un pronostic d'adaptation à l'emploi et aux contraintes professionnelles et ce dans un temps assez bref et limité. Cette estimation est d'autant plus difficile à cause du caractère imprévisible et peu spécifique de l'éclosion de pathologies psychiatriques chez des patients jeunes aux antécédents souvent flous voire même dissimulés.

Cette recherche permet d'apporter des éléments simples, concis et utilisables par le médecin généraliste d'unité. Ce dernier établira au cours des visites médicales réglementaires (visites de sélection, d'incorporation, systématiques annuelles, de retour de congés maladie) une synthèse de l'ensemble des données (anamnèse, informations sur le comportement du militaire au cours de la visite, éventuels examens paracliniques comme la recherche de toxiques urinaires) ainsi qu'un examen somatique au cours duquel il peut repérer certaines données : stigmates corporels (cicatrices inhabituelles, tatouages particuliers), hyperémotivité lors de l'examen, bizarrerie du contact, regard fuyant tout en détournant l'attention du sujet de cet examen physique en lui demandant d'approfondir les points anamnestiques restés flous. Cette synthèse permettra ainsi de dégager les éléments qui restent dans la norme médicale et ce qui en dévie constituant des indices d'alerte et nécessitant l'avis d'un spécialiste. Il faut bien préciser qu'il ne s'agit pas de dégager une normalité mais simplement de suivre plus attentivement des sujets qui présentent ces indices d'alerte et d'évaluer un risque éventuel de décompensation psychotique permettant de préserver le patient de situations stressantes, de contraintes professionnelles à risque et de l'orienter précocement vers le spécialiste si nécessaire.

Malheureusement, les profils cliniques clairement identifiables ne sont pas les plus fréquents. Le médecin généraliste rencontre davantage de situations limites qui ne permettent pas de conclure de façon absolue en termes de risque. Dans certains cas, le jeune engagé militaire n'a pas d'antécédent et ne présente pas d'élément clinique visible. Toutefois sa manière de d'exprimer ses idées (notamment ses motivations à l'engagement par exemple) peut nous orienter. De plus lors de l'engagement initial (période probatoire des 6 premiers mois surtout) tous les éléments ne doivent pas être forcément alarmants et ne font partis que d'une dynamique d'adaptation (tristesse liée à la séparation avec la famille par exemple). Au contraire une adhésion excessive aux valeurs du milieu militaire, un respect trop rigide des règles disciplinaires peuvent être les signes d'un manque de souplesse. Le médecin généraliste d'unité devra gérer les cas limites ou douteux en se référant aux principes de mesure, de bon sens et de compromis nécessaire sans hésiter bien sûr à demander un avis spécialisé complémentaire s'il l'estime nécessaire.

CONCLUSIONS

Les psychoses chroniques débutantes *commencent* la plupart du temps par des symptômes annonciateurs aspécifiques (symptômes prodromiques) pendant plusieurs années à l'adolescence et au début de l'âge adulte et se *déclarent* souvent entre 18 et 26 ans, période de l'engagement de ces jeunes militaires. Le retard dans le traitement du trouble majore le risque de dépression et de violence, 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 psychose débutante. Loin de vouloir sélectionner des sujets qualifiés de prépsychotiques, loin de vouloir traquer le moindre écart à une normalité venant d'ailleurs, le médecin s'intéresse principalement à une psychose déclarée comme maladie et dont l'enjeu réside en une reconnaissance rapide du trouble. 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 chronique. La littérature décrit en outre que les symptômes de type psychotiques isolés ne sont pas rares dans cette classe d'âge et qu'ils peuvent se présenter comme des phénomènes transitoires dans différentes pathologies psychiques et ne conduisent pas nécessairement à une psychose chronique ultérieure. Des programmes de dépistage précoce des troubles psychotiques sont actuellement développés dans la plupart des pays développés pour améliorer le pronostic de ces maladies mais il n'existe pas de test de dépistage performant, ayant une bonne spécificité. En revanche, en associant à ces programmes, une formation des médecins généralistes pourrait favoriser un accès aux soins plus précoce des jeunes sujets ayant un trouble psychotique débutant. L'hétérogénéité clinique des troubles psychotiques débutants a ouvert la voie à de multiples hypothèses étiopathogéniques, qu'elles mettent en cause des anomalies neurodéveloppementales (stress et consommation de cannabis notamment), des facteurs de vulnérabilité génétique ou encore le rôle des facteurs psychologiques et sociologiques. Ces éléments doivent être recherchés par le médecin généraliste et constituent autant d'indices d'alerte. Notre travail est un accord 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.

D'autre part la question de la psychose débutante a été l'occasion d'un cheminement théorique dans le champ de la santé mentale et de ses diverses théories. Les pensées structuralistes qui ont régné sur la psychiatrie du XX^{ème} siècle sont actuellement discutées. En effet la pensée structuraliste psychanalytique se déclinant en névrose, psychose et perversion tend à être rediscutée par certaines écoles post-lacaniennes qui réorientent la clinique moderne grâce au concept de *formes cliniques*, aménagement et lien nécessaire entre la traditionnelle *structure* et le *symptôme*. La pensée structuraliste neurobiologique est également discutée par les découvertes récentes caractérisant une plasticité neuronale accrue, et encore plus récemment par le rôle potentiellement prégnant de la glie dans le fonctionnement cérébral, rôle jusqu'ici largement éclipsé au profit du neuronal. Les définitions catégorielles apparaissent de plus en plus discutables dans le champ des psychoses. Finalement, au fil des découvertes neurobiologiques, la schizophrénie (re)devient un groupe de maladies distinctes caractérisant une vingtaine de formes cliniques, variabilité déjà décrite dans les traités psychiatriques de naguère et retrouvée de nos jours par un retour à la clinique, après un bref détour du côté des neurosciences. Ces évolutions intéressent la clinique du médecin généraliste militaire qui possède une excellente connaissance des hommes et de leur milieu de vie. Par sa fonction et par les circonstances d'isolement de son exercice, il est bien souvent l'interlocuteur de premier recours devant toute question dans le domaine de la santé mentale d'un individu ou du groupe. Sa responsabilité est lourde de conséquences tant pour un sujet en souffrance que pour la collectivité à laquelle il appartient et qui nécessite cohésion et engagement de tous ses membres, parfois pour se maintenir en vie. Le caractère de la psychose, son expression, son degré symptomatique qui fera dire à l'autre, médecin, qu'une souffrance clinique s'est installée, prenant souvent la forme d'une souffrance sociale, est difficile à appréhender au sens philosophique. Le mode d'entrée dans une pathologie psychotique ou schizophrénique vient alors interroger la notion même de *symptôme* en médecine et en psychiatrie. À partir de quand un comportement, une attitude, une bizarrerie devient-il un symptôme ? À partir de quand l'impression clinique intersubjective bascule-t-elle du normal au pathologique ? De nouveaux instruments psychométriques viendront peut-être un jour étayer l'entretien clinique du médecin généraliste d'unité. En attendant il pourra se fier à son expérience et aux dimensions sociodémographiques et cliniques décrites dans cette thèse et qui, nous l'espérons, seront publiées.

ANNEXES

Annexe n°1:

Yung AR, McGorry PD.

The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations.

Schizophrenia Bulletin 1996; 22:353–70. [102]

<p>1. Signes névrotiques :</p> <p>Anxiété, trouble anxieux, crises d'angoisse Colère, irritabilité, instabilité, impatience Phénomènes obsessionnels compulsifs Symptômes hystériques</p>	<p>5. Signes somatiques :</p> <p>Troubles du sommeil Réduction appétit, perte de poids Manque d'hygiène Plaintes somatiques</p>
<p>2. Signes thymiques :</p> <p>Dépression, tristesse, anhédonie Idées suicidaires, perte de l'élan vital Oscillations de l'humeur Culpabilité</p>	<p>6. Modification du comportement :</p> <p>Retrait, isolement social, ralentissement Comportement perturbateur ou bizarre Impulsivité, agressivité Détérioration du rendement scolaire</p>
<p>3. Modification de la volition :</p> <p>Perte d'énergie, fatigue Apathie perte de motivation Ennui, perte d'intérêt</p>	<p>7. Autres signes</p> <p>Phénomènes dissociatifs Expériences perceptives inhabituelles Troubles moteurs et psychomoteurs</p>
<p>4. Troubles cognitifs :</p> <p>Difficultés d'attention et de concentration Barrages idéiques, troubles de la mémoire Difficultés d'abstraction Rêverie diurne, préoccupations</p>	<p>Sensitivité, suspicion, méfiance Trouble de l'affectivité</p>

Annexe n°2 :

Le Bec P-Y, Fatséas M, C. Denis C, E. Lavie E, M. Auriacombe M,

Cannabis et psychose : recherche d'un lien de causalité à partir d'une revue critique systématique de la littérature. *L'Encéphale* (2009) 35, 377—385. [54]

Tableau 2 Tableau récapitulatif des études s'intéressant au lien entre usage de cannabis et apparition d'une psychose.

Auteurs, année	Échantillon	Durée du suivi	Critères d'évaluation	Résultats	Conclusions principales	Limites
Phillips et al., 2002	100 sujets australiens Risque élevé de psychose Âge : 14–28 ans	12 mois	Cannabis : au moins 1 fois/mois ou moins d'1 fois/mois à l'inclusion Critères PACE pour la psychose	RC = 1,43 IC _{95%} : 0,6–3,41	Pas d'association significative entre usage de cannabis et entrée en psychose dans la population étudiée	Usage de cannabis faible, absence de monitoring après inclusion
Zammit et al., 2002	41 820 conscrits suédois Âge : 18–20 ans	27 ans	Cannabis : autoquestionnaire à l'inclusion De jamais à plus de 50 fois (vie entière) Critères ICD8/9 pour schizophrénie/psychose Autoquestionnaires à 15 et 18 ans Critères DSMIV pour troubles schizophréniformes à 26 ans	RC ajusté pour les sujets ayant fait usage plus de 50 fois = 3,1 IC _{95%} : 1,7–5,5	Relation dose–effet Association forte entre usage plus de 50 fois à l'inclusion et apparition d'une psychose	
Arseneault et al., 2002	759 sujets néo-zélandais 11 ans à l'inclusion	15 ans	Cannabis : fréquence, de moins d'1 fois/mois à presque tous les jours en base, à 1 an et 3 ans de suivi CIDI section psychose (DSMIIIIR) BPRS et évaluation de nécessité de soins à 3 ans	RC pour les sujets ayant fait usage avant 15 ans = 4,5 IC _{95%} : 1,1–18,2	Association plus forte si usage de cannabis avant 15 ans	Facteur de confusion : association non significative si prise en compte des sujets avec symptômes psychotiques à 11 ans
van Os et al., 2002	4104 sujets hollandais dont 59 «vulnérables à la psychose» Âge : 18–64 ans	3 ans	Cannabis : fréquence, de moins d'1 fois/mois à presque tous les jours en base, à 1 an et 3 ans de suivi CIDI section psychose (DSMIIIIR) BPRS et évaluation de nécessité de soins à 3 ans	RC ajusté = 2,8 IC _{95%} : 1,2–6,5	Relation dose–effet Augmentation modérée du risque chez les non vulnérables, et très marquée chez les vulnérables	Faible effectif de sujets «vulnérables»

Tableau 3 Tableau récapitulatif des études s'intéressant au lien entre usage de cannabis et symptômes psychotiques.

Auteurs, année	Échantillon	Durée du suivi	Critères d'évaluation	Résultats	Conclusions principales	Limites
Arseneault et al., 2002	759 sujets néo-zélandais à la naissance	26 ans	Cannabis : usage 3 fois ou plus Autoquestionnaires à 15 et 18 ans Échelle de 0 à 58 points pour la psychose	Coefficient de régression linéaire $\beta = 6,9$ IC _{95%} : 2,1–11,8 pour les usagers à 15 ans	Association entre usage de cannabis avant 15 ans et symptômes psychotiques	Absence d'évaluation des symptômes psychotiques entre 11 et 15 ans ; de l'usage de cannabis entre 18 et 26 ans Séquence temporelle non établie
Henquet et al., 2005	2437 sujets allemands Âge : 14–24 ans	4 ans	Cannabis : usage 5 fois ou + et mesure de fréquence, de non-usager à presque tous les jours Hétéroquestionnaires à l'inclusion SCL-90R pour prédisposition, M-CIDI pour symptômes psychotiques à l'inclusion et à 4 ans	Association entre usage au moins 5 fois et au moins deux symptômes psychotiques RC ajusté = 2,2 IC _{95%} : 1,5–3,3	Relation dose–effet Augmentation modérée du risque chez les usagers réguliers et très marquée chez les «prédisposés»	
Fergusson et al., 2005	1055 sujets néo-zélandais à la naissance	25 ans Évaluations à 16, 18, 21, 25 ans	Cannabis : fréquence. De non-usager à tous les jours 10 items SCL-90	Association symptômes et usage quotidien RC = 1,8 IC _{95%} : 1,3–2,4	Relation dose–effet Association entre usage de cannabis et symptômes (direction : usage → symptômes)	

Annexe n°3 :

E.R.Peter et coll.Delusion Inventory(PDI)

Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et coll. , Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25: 553-576.

1. « *Avez-vous déjà eu l'impression que des gens semblaient insinuer des choses à votre sujet ou tenaient des propos avec un double sens ?* »

Non oui (cocher la réponse de votre choix)

Si non, passer à la question suivante

Si oui, entourer les chiffres qui décrivent le mieux ce que vous ressentez

<i>Cela ne m'angoisse pas</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Cela m'angoisse beaucoup</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Je n'y pense presque jamais</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>J'y pense tout le temps</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Je ne crois pas que c'est vrai</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Je suis certain(e) que c'est vrai</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

2. « *Avez- vous déjà eu l'impression que l'on disait à la télé ou que l'on écrivait dans les journaux des choses spécialement pour vous ?* »

3. « *Avez- vous déjà eu l'impression que certaines personnes n'étaient pas ce qu'elles semblaient être ?* »

4. « *Avez -vous déjà eu l'impression que l'on cherchait volontairement à vous nuire ?* »

5. « *Avez-vous déjà eu l'impression qu'il y avait un complot dirigé contre vous ?* »

6. « *Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez quelqu'un de très important ou que vous étiez destiné(e) à devenir quelqu'un de très important ?* »

7.« *Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez quelqu'un de spécial,hors du commun ?* »

8. « *Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez tout particulièrement proche de Dieu ?* »

9. « *Vous est-ildéjà arrivé de penser que les gens peuvent communiquer par télépathie ?* »

10.« *Avez-vous déjà eu l'impression que des appareils électriques, comme des ordinateurs,pouvaient influencer à distance vos pensées ?* »

11. « *Avez-vous déjà eu l'impression d'avoir été d'une certaine manière élu(e) par Dieu ?* »

12. *« Est-ce que vous croyez aux pouvoirs de la sorcellerie, au vaudou, ou aux sciences occultes ? »*
13. *« Est-ce que vous êtes souvent préoccupé(e) par l'idée que votre conjoint(e) puisse être infidèle ? »*
14. *« Avez-vous déjà eu l'impression d'avoir commis plus de péchés que la plupart des gens ? »*
15. *« Avez-vous déjà eu l'impression que les gens vous regardaient bizarrement à cause de votre apparence ? »*
16. *« Avez-vous déjà eu l'impression de n'avoir plus aucune pensée dans la tête ? »*
17. *« Avez-vous déjà eu l'impression que la fin du monde était proche ? »*
18. *« Avez-vous déjà eu l'impression d'avoir dans votre tête des pensées que vous ne reconnaissiez pas comme les vôtres ? »*
19. *« Est-ce que vos pensées ont déjà été si intenses que vous avez craint que d'autres personnes puissent les entendre ? »*
20. *« Avez-vous déjà eu l'impression d'entendre vos pensées répétées comme par écho ? »*
21. *« Avez-vous déjà eu l'impression d'être comme un robot ou un zombie, comme si vous n'obéissiez plus à votre propre volonté ? »*

Annexe n°4 :

SIGNES AVANT-COUREURS D'UN PREMIER EPISODE PSYCHOTIQUE

- .Troubles du sommeil, périodes d'éveil à des heures inhabituelles, confusion entre le jour et la nuit.*
- .Repli sur soi, isolement, indifférence au monde extérieur.*
- .Détérioration des relations interpersonnelles.*
- .Hyperactivité ou inactivité ou alternance entre ces deux états.*
- .Manque de concentration et difficulté prononcée à prendre des décisions.*
- .Intérêt inhabituel à l'égard de la religion ou des sciences occultes.*
- .Hostilité, méfiance, terreur.*
- .Réactions exagérées face à la désapprobation de l'entourage ou des membres de la famille.*
- .Laisser-aller dans l'hygiène personnelle.*
- .Randonnées fréquentes en auto-stop, sans but précis.*
- .Besoin compulsif d'écrire, utilisation d'une calligraphie semblable à celle d'un enfant et textes incohérents.*
- .Réactions affectives inhabituelles.*
- .Regard vide, sans expression.*
- .Regard fixe, accompagné d'une absence de clignement d'yeux ou, au contraire, de clignements incessants.*
- .Hypersensibilité (au bruit et à la lumière).*
- .Changements au niveau de l'odorat et du goût.*
- .Utilisation d'expressions et de structures de phrase inhabituelles.*
- .Comportements bizarres : refus de toucher les autres personnes, port constant de gants, rasage de la chevelure ou des poils, mutilation ou menaces d'automutilation.*

**Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social en collaboration avec la Société
Canadienne de Schizophrénie. La Schizophrénie. Guide à l'intention des familles.**

Ottawa : Santé et Bien-être Social Canada, 1991, p13.

Annexe n°5 :

Code CIM	Libellé du diagnostic correspondant
F 20.0	schizophrénie paranoïde
F 20.1	schizophrénie hébéphrénique
F 20.5	schizophrénie résiduelle
F 20.6	schizophrénie simple
F 20.9	schizophrénie, sans précision
F 21	trouble schizotypique
F 22.0	trouble délirant
F 23.0	trouble psychotique aigu polymorphe
F 23.2	trouble psychotique aigu d'allure schizoïde
F 23.3	autre trouble psychotique aigu essentiel
F 23.8	autres troubles psychotiques aigus
F 24	trouble délirant induit
F 25.0	trouble schizoaffectif type maniaque
F 29	psychose non organique, sans précision

Organisation Mondiale de la Santé.

Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.

Paris: Masson; 1993. [77]

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] ABDELMALIK P, HUSTED J, CHOW EW, BASSET AS. Childhood head injury and expression of schizophrenia in multiply affected families. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:231-6.
- [2] ALEMAN A, KAHN RS, SELTEN JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: Evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:565–71.
- [3] AMADOR XF, KIRKPATRICK B, BUCHANAN RW, CARPENTER WT, MARCINKO L, YALE SA. Stability of the diagnosis of deficit syndrome in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 1999; 156:637–9.
- [4] ANDREASEN NC. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry* 1982; 39:784–8.
- [5] ARSENEAULT L, CANNON M, POULTON R, MURRAY R, CASPI A, MOFFIT TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal* 2002; 325:1212-3.
- [6] ARSENEAULT L, CANNON M, WITTON J, MURRAY RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:110-7.
- [7] BARRET JE, BARRETT JA, OXMAN TE, GERBER PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:1100-6.

[8] BERGER G, FRASER R, CARBONE S, MCGORRY P. Emerging psychosis in young people. Part 1: key issues for detection and assessment. *Aust Fam Physician* 2006; 35:315–25.

[9] BIRLEY JL, BROWN GW. Crises and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry* 1970; 116(532):327–33.

[10] BLEULER E. Dementia précoce ou le groupe des schizophrénies. Paris: Centre d'Etude Psychiatrique, trad. fr. Ey H. (1926), 1964.

[11] O. BONNOT, 94 P. MAZET. Vulnérabilité aux schizophrénies à l'adolescence: revue de la littérature et applications cliniques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2006; 54:92-100

[12] BROWN S, INSKIP H, BARRACLOUGH B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177:212-7.

[13] 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.

[14] BYRNE M, AGERBO E, EASTON WW, MORTENSEN PB. Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia – a Danish national register based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:87–96.

[15] CALDWELL CB, GOTTESMAN II. Schizophrenics kill themselves too: a review for risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16:571-88.

[16] CANNON T, CADENHEAD K, CORNBLATT B, WOODS SW, ADDINGTON J, WALKER E, ET AL. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk. A multisite study in North America. *Archives of General Psychiatry* 2008;65:28-37.

[17] CANTOR-GRAAE E, SELTEN JP. Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry* 2005; 162:12–24.

[18] **CARDNO AG, GOTTESMAN II.** Twin studies of schizophrenia. *Am J Med Genet Semin Med Genet* 2000; 97: 12-7.

[19] **COLAS M-D, VAUTIER V, CLERVOY P, SOLIGNAC G.** L'adaptation à l'emploi chez les jeunes militaires. *Livre de l'école du Val-de-Grâce* 2009, p77-101

[20] **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.

[21] **COUGNARD A, KALMI E, DESAGE A, MISDRAHI D, ABALAN F, BRUN-ROUSSEAU H, ET AL.** Pathways to care of first-admitted subjects with psychosis in South-Western France. *Psychologie Médicale* 2004;34:267-76.

[22] **COUGNARD A, SALMI LR, SALAMON R, VERDOUX H.** A decision analysis model to assess the feasibility of the early detection of psychosis in the general population. *Schizophrenia Research* 2005; 74:27-36.

[23] **CYR M, GHRIBI O, DI PAOLO T.** Regional and selective effects of oestradiol and progesterone on NMDA and AMPA receptors in the rat brain. *J Neuroendocrinol* 2000; 12:445-52.

[24] **DERVAUX A, LAQUEILLE X, BOURDEL MC.** Cannabis et schizophrénie : données cliniques et socio-démographiques. *L'Encéphale* 2003;29(1):11-7.

[25] **EGAN MF, GOLDBERG TE, KOLACHANA B, CALLICOTT JM, MAZZANTI CM, STRAUB RE, ET AL.** Effect of COMT Val 108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001;98:6917-22.

[26] **ETTER M, MOHR S, GARIN C.** Stages of change in smokers with schizophrenia or schizo affective disorder and in the general population. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30:459-68.

[27] **FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE.** Conférence de consensus 23 et 24 janvier 2003 : Schizophrénies débutantes, diagnostic et modalités thérapeutiques. *John Libbey*, 440 p.

[28] FENNIG S, KOVASZNAV B, RICH C, RAM R, PATO C, MILLER A. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patient with psychosis. *The American Journal of Psychiatry* 1994; 151:1200-8.

[29] FENTON WS, MCGLASHAN TH. Natural history of schizophrenia subtypes. II. Positive and negative symptoms and long-term course. *Archives of General Psychiatry* 1991;48:978–86.

[30] GOTTESMAN II, SHIELDS J. Schizophrenia, the epigenetic puzzle. Cambridge: *Cambridge University Press*, 1982.

[31] GRIVOIS H, GROSSO L. La schizophrénie débutante. *John Libbey Eurotext*, Paris, 1998. p 50-70.

[32] GROSS G, HUBER G, KLOSTERKOTTER J. The early phase of schizophrenia and prediction of outcome. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13:13–21.

[33] HAFNER H. Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102:44–8.

[34] HAFNER H, AN DER HEIDEN W. Epidemiology of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997; 42:139–51.

[35] HAFNER H, AN DER HEIDEN W. The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249 (Suppl. 4):14–26.

[36] HUBER G, GROSS G, SCHÜTTLER R, LINE M. Longitudinal Studies of Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin* 1980;6:592-605

[37] HUBER G, GROSS G. The concept of basic symptoms in schizophrenia and schizoaffective Psychoses. *Ressenti Progress in Medicina* 1989; 80:646-652.

- [38] HAFNER H, MAURER K, LOFFLER W, RIECHER-ROSSLER A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162:80–6.
- [39] HAFNER H, RIECHER-ROSSLER A, HAMBRECHT M, MAURER K, MEISSNER S, SCHMIDTKE A, ET AL. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1992; 6:209-23.
- [40] HAMBRECHT M, HAFNER H. Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34(3):468-75.
- [41] HAOUZIR S, PETIT M, THIBAUT F. Head trauma as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2000;41:72.
- [42] HARKAVY-FRIEDMAN J, NELSON EA. Assessment and intervention for the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatr Q* 1997; 68:361-75.
- [43] 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.
- [44] HARRISON G, GLAZEBROOK C, BREWIN J, CANTWELL R, DALKIN T, FOX R, ET AL. Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom. *Psychol Med* 1997; 27(4):799-806.
- [45] JONES P, CANNON M. The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21(1):1-25.
- [46] JOHNSTONE EC, CROW TJ, JOHNSON AL, MAC MILLAN 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.

[47] **KELLY C, MC CREADIE R.** Cigarette smoking and Schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment. Adv Psychiatr Treat* 2000;6:327-31.

[48] **KENDRICK T, SIBBALD B, BURNS T, FREELING P.** Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients. *British Medical Journal* 1991; 302:508-10.

[49] **KLOSTERKOTTER J.** The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear symptom. *JPN* 1992;46:609-30.

[50] **KLOSTERKOTTER J, HELLMICH M, STEINMEYER EM, SCHULTZE-LUTTER F.** Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58:158-64.

[51] **KRAEPELIN E.** Introduction à la clinique psychiatrique. Paris: Vigot, trad. fr. Devaux A, Merken P, 1907.

[52] **KREBS MO, JOOBER R.** Génétique de la schizophrénie: le grand retour vers la Clinique? *L'Encéphale* 2010;36:91-93.

[53] **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.

[54] **LE BEC P-Y, FATSEAS M, C. DENIS C, E. LAVIE E, M. AURIACOMBE M,** Cannabis et psychose: recherche d'un lien de causalité à partir d'une revue critique systématique de la littérature. *L'Encéphale* (2009) 35, 377-385

[55] **LEWIS SW.** Congenital risk factors for schizophrenia. *Psychol Med* 1998; 19:5-13.

[56] **LIEBERMAN JA, PERKINS D, BELGER A, CHAKOS M, JARSKOG F, BOTEVA K.** The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry* 2001;50:884-97.

- [57] LIMOSIN F, ROUILLON F, PAYAN C, COHEN JM, STRUB N. Prenatal exposure to influenza as a risk factor for adult schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107:331-5.
- [58] LOEBEL AD, LIEBERMAN JA, ALVIR JMJ, MAYERHOFF DI, GEISLER SH, SZYMANSKISR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 1992; 149:1183–8.
- [59] MCGLASHAN TH. Les prémices de la schizophrénie. In: de Clercq M, Peuskens J, editors. Les troubles schizophréniques. Paris et Bruxelles: *De Boeck et Larcier*; 2000, p 87-125.
- [60] MCGLASHAN TH. Psychosis treatment prior to psychosis onset: ethical issues. *Schizophrenia Research* 2001; 51:47-54.
- [61] MCGORRY PD, MCKENZIE D, JACKSON HJ, WADDELL F, CURRY C. Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? *Schizophrenia Research* 2000; 42:91–100.
- [62] MCGORRY PD, YUNG AR, PHILLIPS LJ. “Closing in”. What features predict the onset of first-episode psychosis within an ultrahigh-risk group? In: Zipursky RB, Schulz SC, editors. The early stages of schizophrenia. Washington: *American Psychiatric Publishing Inc*; 2002. p. 3–31.
- [63] MCGORRY PD, YUNG A, PHILLIPS LJE, YUEN HP, FRANCEY S, COSGRAVE EM ET AL. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59:921-8.
- [64] MCGRATH J. Variations in the incidence of schizophrenia: Data versus dogma. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32:195–7.
- [65] MCGRATH J, FERON FP, BURNE TH, MACKAY-SIM A, EYLES DW. Vitamin D3-implications for brain development. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2004; 89:557–60.

[66] MAURER K, HAFNER H. Methodological aspects of onset assessment in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1995; 15:265-76.

[67] MELZER D, HALE AS, MALIK SJ, HOGMAN GA, WOOD S. Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge. *British Medical Journal* 1991; 303:1023-26.

[68] METZGER JY. Psychose débutante, psychose aiguë et après ? *Annales Médico-Psychologiques* 2001;159:296-301.

[69] MICHAUX L. Les délires de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2002 ; 50:350-353

[70] MURRAY R, JONES P, SUSSER E, VAN OS J, CANNON M. The epidemiology of schizophrenia. Cambridge: *Cambridge University Press*; 2003.

[71] MILLER TJ, MCGLASHAN TH, ROSEN JL, SOMJEE L, MARKOVICH PJ, STEIN K, ET AL. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes : preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *The American Journal of Psychiatry* 2002; 159:863-5.

[72] MILLER TJ, MCGLASHAN TH, WOODS SW, STEIN K, DRIESEN N, CORCORAN CM, ET AL. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Q* 1999; 70:273-87.

[73] NORMAN RM, LEWIS SW, MARSHALL M. Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *British Journal of Psychiatry* 2005;48:s19-23.

[74] NUNEZ LA, GURPEGUI M. Cannabis-induced psychosis: a cross-sectional comparison with acute schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 105(3):173-8.

[75] O'CALLAGHAN E, LARKIN C, WADDINGTON JL. Obstetric complications in schizophrenia and the validity of maternal recall. *Psychol Med* 1990;20(1):89-94.

[76] OLFSON M, LEWIS-FERNANDEZ R, WEISSMAN MM, FEDER A, GAMEROFF MJ, PILOWSKY D. Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *The American Journal of Psychiatry* 2002; 159:1412-19.

[77] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris: *Masson*; 1993.

[78] VAN OS J, BAK M, HANSEN M, BIJI RV, VERDOUX H. Cannabis use and psychosis : a longitudinal population-based study. *The American Journal of Epidemiology* 2002; 156(4):319-26.

[79] PATTON GC, COFFEY C, CARLIN JB, DEGENHARD L, LYNSKEY M, HALL W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal* 2002; 325:1195-8.

[80] PERKINS DO, LESERMAN J, JARSKOG LF, GRAHAM K, KAZMER J, LIEBERMAN JA. Characterizing and dating the onset of symptoms in psychotic illness: the Symptom Onset in Schizophrenia (SOS) inventory. *Schizophrenia Research* 2000; 44:1-10.

[81] PHILLIPS LJ, MCGORRY PD, YUNG AR, MCGLASHAN TH, CORNBLATT B, KLOSTERKOTTER J. Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. *British Journal of Psychiatry* 2005 ; 187:s33-44.

[82] PON J, HUGUEL H, COMET D, MOREAU-MALLET V, DENIS F. Fréquence des symptômes d'allure psychotique observés chez l'adulte en consultation de médecine générale. *La Presse Médicale* 2005; 34:923-7

[83] POULTON R, CASPI A, TERRIE E. MOFFITT; MARY CANNON;MURRAY R; HONALEE HARRINGTON, BS. Children's Self-Reported Psychotic Symptoms and Adult Schizophreniform Disorder A 15-Year Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57:1053-1058.

[84] RAM R, BROMET EJ, EATON WW, PATO C, SCHWARTZ JE. The natural course of schizophrenia: a review of first-admission studies. *Schizophrenia Bulletin* 1992;18:185-207.

[85] RANTAKALLIO P, JONES P, MORING J, VON WENDT L. Association between central nervous system infections during childhood and adult onset schizophrenia and other psychoses: a 28-year follow-up. *Int J Epidemiol* 1997; 26(4):837-43.

[86] REMSCHMIDT H, THEISEN FM. Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. *J Neural Transm Suppl* 2005; 69:121-41.

[87] ROUILLON F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-Psychologiques*: 2008;166:63-70.

[88] SIMON E. Risque de psychose chez les adolescents et jeunes adultes, sur- ou sous-estimé? *Forum Médical Suisse* 2009;9(44):798.

[89] SINGH SP, COOPER JE, FISHER HL, TARRANT CJ, LLOYD T, BANJO J, ET AL. Determining the chronology and components of psychosis onset: The Nottingham Onset Schedule (NOS). *Schizophrenia Research* 2005; 80:117-30.

[90] TABBANE K, JOOBER R, SPADONE C, POIRIER MF, OLIE JP. Mortalité et causes de décès dans la schizophrénie. *L'Encephale* 1993; 19(1): 23-8.

[91] VAN OS J, PEDERSEN CB, MORTENSEN PB. Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis. *The American Journal of Psychiatry* 2004; 161:2312-4.

[92] VERDOUX H, COUGNARD A. The early detection and treatment controversy in schizophrenia research. *Current Opinion Psychiatry* 2003; 16:175-9.

[93] VERDOUX H, MAURICE-TISON S, GAY B, SALAMON R, BOURGEOIS M. Les idées délirantes en médecine générale. *Le Concours Médical* 1998;120:1790-3.

[94] VERDOUX H, TOURNIER M. Cannabis et troubles psychotiques, quel lien étiologique ? *La Presse Médicale* 2004 ; 33:551-554.

[95] WALSHE M, McDONALD C, TAYLOR M, ZHAO J, SHAM P, GRECH A, ET AL. Obstetric complications in patients with schizophrenia and their unaffected siblings. *European Psychiatry* 2005; 20:28-34.

[96] WEISER M, DAVIDSON M, NOY S. Comments on risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2005; 79:15-21.

[97] WEISER M, REICHENBERG A, RABINOWITZ J, KAPLAN Z, CASPI A, YASVIZKY R, ET AL. Self-reported drug abuse in male adolescent with behavioural disturbances, and follow-up for future schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2004; 54:655-60.

[98] WHITE T, ANJUM A, SCHULTZ SC. The schizophrenia prodrome. *The American Journal of Psychiatry* 2006; 163:376-80.

[99] WERRY JS. Child and adolescent (early onset) schizophrenia : a review in light of DSM-III-R. *J Autism Dev Disord* 1992, 22:601-625

[100] WESTERMEYER JF, HARROW M, MARENGO JT. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non psychotic disorders. *Journal Nerves and Mental Diseases* 1991;179: 259-66.

[101] WOODS SW, BREIER A, ZIPURSKY RB, PERKINS DO, ADDINGTON J, MILLER TJ, ET AL. Randomized trial of olanzapine versus placebo in the symptomatic acute treatment of the schizophrenic prodrome. *Biological Psychiatry* 2003; 54:453-64.

[102] YUNG AR, MCGORRY PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22:353–70.

[103] YUNG AR, PHILLIPS LJ, MCGORRY PD, HALLGREN MA, MCFARLANE CA, JACKSON HJ, ET AL. Can we predict the onset of first-episode psychosis in a high-risk group? *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13(Suppl. 1):23–30.

[104] YUNG AR, PHILLIPS LJ, YUEN HP, MCGORRY PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research* 2004; 67:131-42.

[105] YUNG AR, PHILLIPS LJ, MCGORRY PD, MCFARLANE CA, FRANCEY S, HARRIGAN S, ET AL. Prediction of psychosis: a step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172:14-20.

[106] YUNG AR, STANFORD C, COSGRAVE E, KILLACKEY E, PHILLIPS L, NELSON B, ET AL. Testing the ultrahigh risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenia Research* 2006; 84:57-66.

[107] YUNG AR, YUEN HP, BERGER G, FRANCEY S, HUNG TC, NELSON B, ET AL. Declining transition rate in ultra high risk (Prodromal) services: Dilution or reduction of risk? *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33:673-81.

HEADLINE:

Entry's ways in a psychosis among military world: warning clues for the military general practitioner; about 30 clinical cases.

ABSTRACT:

The beginning chronic psychosis is characterized the more often by an insidious beginning with a sudden relapse in the onset adulthood. This risky period correspond to the moment of the commitment of the young servicemen in the army. The military general practitioner plays here a central role in the early detection of these disorders.

Our task was, thanks to a clinical review about this subject, to study 30 young servicemen's psychiatric files who have made a psychotic outcome as well as the general practitioners' letters who have sent them in order to highlight the warning clues of a higher level risk of a chronic psychosis relapse. The psychotic phase is preceded by a prodromic phase which can last many years and which is characterized by behavior disorders and nevrotic signs which are the more often detected signs by general practitioners. The psychotic features signal the entry in the disease's active phase. Military general practitioners report mainly persecutive theme unusual thought content and logical and conceptual disorganization. However, premorbid elements as the psychiatric history, personality disorders and the birth season are not researched enough by general practitioners despite their importance. We find also essentials factors like cannabis consumption or skull traumatism history. The main problem of these clues is their non-specificity and that they don't have a predictive accuracy. Yet, they are good direction's elements in a medical practice in which the assessment of the job adaptation prognosis has to be made in a short and limited time.

KEY WORDS:

Beginning psychosis, prodromic phase, premorbid elements, early detection.

Nom : BABAÏ

Prénom : Jacques

Titre de la thèse : Modes d'entrée dans une psychose en milieu militaire : Indices d'alerte pour le médecin généraliste d'unité. Étude rétrospective à partir de trente dossiers cliniques.

Thèse de médecine générale, Nancy, 2010- N°

Résumé de la thèse :

La psychose chronique débutante se caractérise le plus souvent par un début insidieux avec une décompensation brutale au début de l'âge adulte. Cette période à risque correspond au moment de l'engagement des jeunes militaires dans les forces armées. Le médecin généraliste d'unité a ici un rôle central dans la détection précoce de ces troubles.

Notre travail a consisté, à l'aide d'une revue de la littérature sur le sujet, à étudier 30 dossiers psychiatriques de jeunes militaires ayant fait une décompensation psychotique ainsi que la lettre des médecins généralistes d'unité qui les ont adressés afin de dégager des indices d'alerte d'un risque accru de décompensation d'une psychose.

La phase psychotique est précédée par une phase prodromique qui peut durer plusieurs années et qui est caractérisée principalement par des troubles du comportement et des signes névrotiques qui sont les indices les plus souvent détectés par les médecins généralistes. Les éléments psychotiques traduisent l'entrée dans la phase active de la maladie. Les médecins d'unité rapportent principalement des idées délirantes de persécution et des troubles du cours de la pensée et de la logique. Cependant, les éléments prémorbides comme les antécédents psychiatriques, les troubles de la personnalité et la saison de naissance ne sont pas assez recherchés par les généralistes alors qu'ils sont des indices importants. On retrouve également des facteurs associés primordiaux comme la consommation de cannabis ou des antécédents de traumatisme crânien. Le principal problème posé par ces indices est celui de leur non-spécificité et qu'ils n'ont pas de valeur prédictive. Cependant, ils constituent de bons éléments d'orientation dans une pratique médicale où l'estimation d'un pronostic d'adaptation à l'emploi doit se faire dans un temps assez bref et limité.

Titre en anglais:

Entry's ways in a psychosis among military world: warning clues for the military general practitioner; about 30 clinical cases.

Mots clefs :

Psychose débutante, phase prodromique, éléments prémorbides, détection précoce

Intitulé et adresse de l'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY