

**UNIVERSITE MOHAMMED V  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-**

**ANNEE: 2011**

**THESE N°:**

Devenir des patients présentant  
une bouffée délirante aigue  
(À propos de 74 cas et revue de la littérature)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le  
:..... . .

PAR

**Mr. EL GUETTABI Youssef**

Né le

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

**MOTS CLES:** bouffées délirantes aigues – nosographie– clinique– évolution – éléments du pronostic.

JURY

**Pr. BICHRA MOHAMED ZAKARIYA**

**Professeur de Psychiatrie**

**Pr. OUANASS ABDERRAZZAK**

**Professeur de Psychiatrie**

**Pr. EL OMARI FATIMA**

**Professeur de Psychiatrie**

**Pr. BOURAZZA AHMED**

**Professeur de neurologie**

**PRESIDENT & RAPPORTEUR**

**Jury**

سُبْحَانَكَ

لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا بِمَا عَلَّمْتَنَا

إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

(البقرة: من الآية 32)

































# Dédicaces






*A MES TRÈS CHERS PARENTS*

*Source inépuisable de tendresse, de  
patience et de sacrifice  
Vos prières et vos bénédictions  
m'ont été d'un grand  
secours tout au long de ma vie*

*Aucune dédicace, aucun acte ne  
saurait exprimé à sa juste valeur, le  
dévouement et l'amour que je vous  
porte*

*Puisse Dieu tout puissant être le  
témoin de ma profonde  
reconnaissance et vous accorde  
santé, bonheur et longue vie  
afin que je puisse vous combler à  
mon tour*



*À Ma sœur Leila, son époux Rachid  
et la  
petite Lina*

*En témoignage de toute l'affection  
et des profonds sentiments que je  
vous porte  
et de l'attachement qui nous unit*

*Je vous souhaite du bonheur et du  
succès dans toute votre vie*



*A mes frères ISMAIL et OUALID*

*Pour leur compréhension et confiance  
Je vous dédie cette thèse, en vous  
remerciant pour votre  
soutien. Que ce modeste travail soit le  
témoignage du grand amour  
que j'ai pour vous et l'expression de  
mes sentiments les plus  
profonds*

*Puisse ce travail être le reflet de notre  
fraternité sincère, et de  
nos beaux souvenirs communs*

*Je vous souhaite un avenir plein de  
bonheur et de prospérité*




*À MA CHÈRE TANTE  
FATIMA*

*Il n'est de mot susceptibles  
d'exprimer toute ma gratitude et  
mon affection*

*Votre bonté, votre générosité, sont  
sans limites, votre grand cœur, vos  
encouragements ont été pour moi  
d'un grand soutien moral*

*Je vous dédie ce travail en  
témoignage de mon attachement et  
de mon  
ravisement*



*À MES AMIS ET COLLEQUES*

*Zakaria : que j'apprécie beaucoup, pour être toujours à mes côtés, avec qui j'ai appris le vrai sens de l'amitié, je le remercie pour toutes les bonnes choses que j'ai vécu en sa compagnie et pour tous les bons moments qu'on a passé et qu'on passera ensemble  
inhalah*

*Mariam: que je remercie énormément pour son aide précieuse et sa présence dans les situations difficiles*

*Tarik: Qui est un modèle de générosité, de vivacité, d'énormes qualités, je te souhaite plein de bonheur et de réussite privée et professionnelle*

*Jaouad, Mounir, Amine, Ali, Ayoub, Islam  
Hajar, Houda, Ghita, Hanaa  
A toute personne*

*Qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de mon travail, je vous le dédie avec l'expression de mes vifs sentiments de remerciements*



Remerciements




*A MON MAITRE RAPPORTEUR DE  
THESE  
ET PRESIDENT DE JURY  
Monsieur le Pr. BICHA MOHAMED  
ZAKARIYA*

*Professeur de psychiatrie.  
Chef de service de psychiatrie à l'hôpital  
militaire d'instruction Mohamed V de  
Rabat.*

*Directeur de l'UPR de psychiatrie.*

*Vous nous avez fait l'honneur de nous  
guider dans ce travail  
avec bienveillance et rigueur. Votre  
attachement au travail bien fait et  
au style du raisonnement, a attiré notre  
attention.*

*Nous vous prions de voir dans cette thèse,  
l'expression de notre  
estime et de notre reconnaissance*



*A MON MAITRE ET JUGE DE  
THESE*

*Le Pr  
OUANASS ABDERRAZZAK  
Professeur de psychiatrie*

*Nous avons eu le privilège  
de bénéficier de votre présence parmi  
les membres de jury*

*Nous vous sommes infiniment  
reconnaissant d'avoir accepté  
aimablement de juger ce travail*

*Qu'il nous soit permis de vous  
témoigner ici nos remerciements  
les plus sincères et notre parfaite  
considération*



*A MON MAITRE ET JUGE  
DE  
THESE*

*MADAME LE Pr  
EL OMARI FATIMA  
Professeur agrégée en Psychiatrie  
à l'hôpital Ar-razi*

*Je vous remercie du grand  
honneur  
que vous me faites en acceptant  
de faire partie du jury*

*Veillez trouver dans ce travail  
l'expression  
de ma profonde reconnaissance*



*A MON MAITRE ET JUGE DE  
THESE*

*MONSIEUR LE Pr. Lt COLONEL  
AHMED BOURAZZA  
Professeur de neurologie  
Médecin chef du service  
de neurologie  
à l'hôpital militaire d'instruction  
Mohammed V de Rabat*

*Vous nous faites l'honneur d'accepter  
avec une très grande amabilité  
de siéger parmi les membres de notre  
jury de thèse*

*Veillez trouver dans ce travail  
l'expression  
de ma profonde reconnaissance*



*A Mr. le Dr  
OTHEMANE YASSINE*

*Aucune expression ne saura traduire  
les profonds sentiments de gratitude  
et de reconnaissance que j'ai pour  
tout ce que vous avez apportez pour  
m'aider à réaliser ce travail*

*Veillez y trouver l'expression de  
mes sincères sentiments  
de remerciement, d'estime  
et de respect*

## Liste des abréviations :

BDA : Bouffée délirante aiguë

CIM10: Dixième révision de la Classification Internationale des Maladies

DSM-IV-TR: Le manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

I.N.S.E.R.M : Institut National de Santé et de Recherche Médicales

S.N.C : système nerveux central

HDT : Hospitalisation à la demande d'une tierce

HO : Hospitalisation obligatoire

NFS : Numération formule sanguine

ECG: Electrocardiogramme

SPSS: Statistical package for the social sciences

DPP: Durée de la phase prodromique

APP : Antécédents psychiatriques personnels

APF : Antécédents psychiatriques familiaux

SZP: Schizophrénie

TPB: Trouble psychotique bref

TSF: Trouble schizophréniforme

TPI: Trouble psychotique induit

TBP: Trouble bipolaire



# Table des matières

**Introduction..... 1**

**Première partie : Approche nosographique et étude clinique des bouffées délirantes aiguës**

I-	Concept de bouffée délirante aiguë .....	3
A-	Origine du concept .....	3
B-	Evolution du concept.....	5
II-	Approche nosographique .....	7
A-	Arguments nosographiques .....	7
B-	Les deux systèmes de classification .....	8
1.	Classification internationale des maladies ou CIM10 .....	8
2.	Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSMIV-R .....	10
C-	Comparaison entre CIM10 et DSMIV-R .....	14
D-	Nosologie française .....	16
III-	Etude clinique .....	19
A-	L'expérience délirante .....	19
B-	L'altération de la conscience .....	21
C-	Le désordre thymique. ....	21
D-	Les autres manifestations cliniques associées .....	22
IV-	Diagnostic .....	23
A-	Diagnostic positif .....	23
B-	Diagnostic différentiel .....	24
C-	Diagnostic étiologique .....	25
1.	Psychoses délirantes aiguës primaires .....	25
2.	Bouffées délirantes psychogènes ou réactionnelles .....	25
3.	Bouffées délirantes aiguës post-toxiques .....	26
4.	Bouffées délirantes aiguës puerpérales .....	27
5.	Affections neurologiques .....	28
6.	Autres .....	28

V-	Evolution et pronostic .....	29
A-	Evolution à court terme .....	29
B-	Evolution à long terme .....	30
C-	Pronostic .....	34
VI-	Traitement .....	32
A-	Durant l'hospitalisation .....	33
1.	Phase initiale .....	33
2.	Phase ultérieure .....	35
3.	Enjeux thérapeutiques .....	36
B-	Après l'hospitalisation .....	38

## **Deuxième partie : Etude pratique**

<b>I-</b>	<b>Objectifs de l'étude .....</b>	<b>40</b>
<b>II-</b>	<b>Matériel et méthodes d'étude .....</b>	<b>42</b>
1-	Cadre de l'étude .....	43
2-	Type et population de l'étude .....	43
3-	Recueil des données .....	44
4-	Traitement des données .....	44
5-	Fiche d'exploration .....	44
<b>III-</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>45</b>
A-	Caractéristiques de la population .....	46
B-	Caractéristiques cliniques .....	47
C-	Caractéristiques thérapeutiques .....	50
D-	Caractéristiques évolutives .....	51
<b>IV-</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>54</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>64</b>
	<b>Résumé .....</b>	<b>67</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>71</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>75</b>



# INTRODUCTION

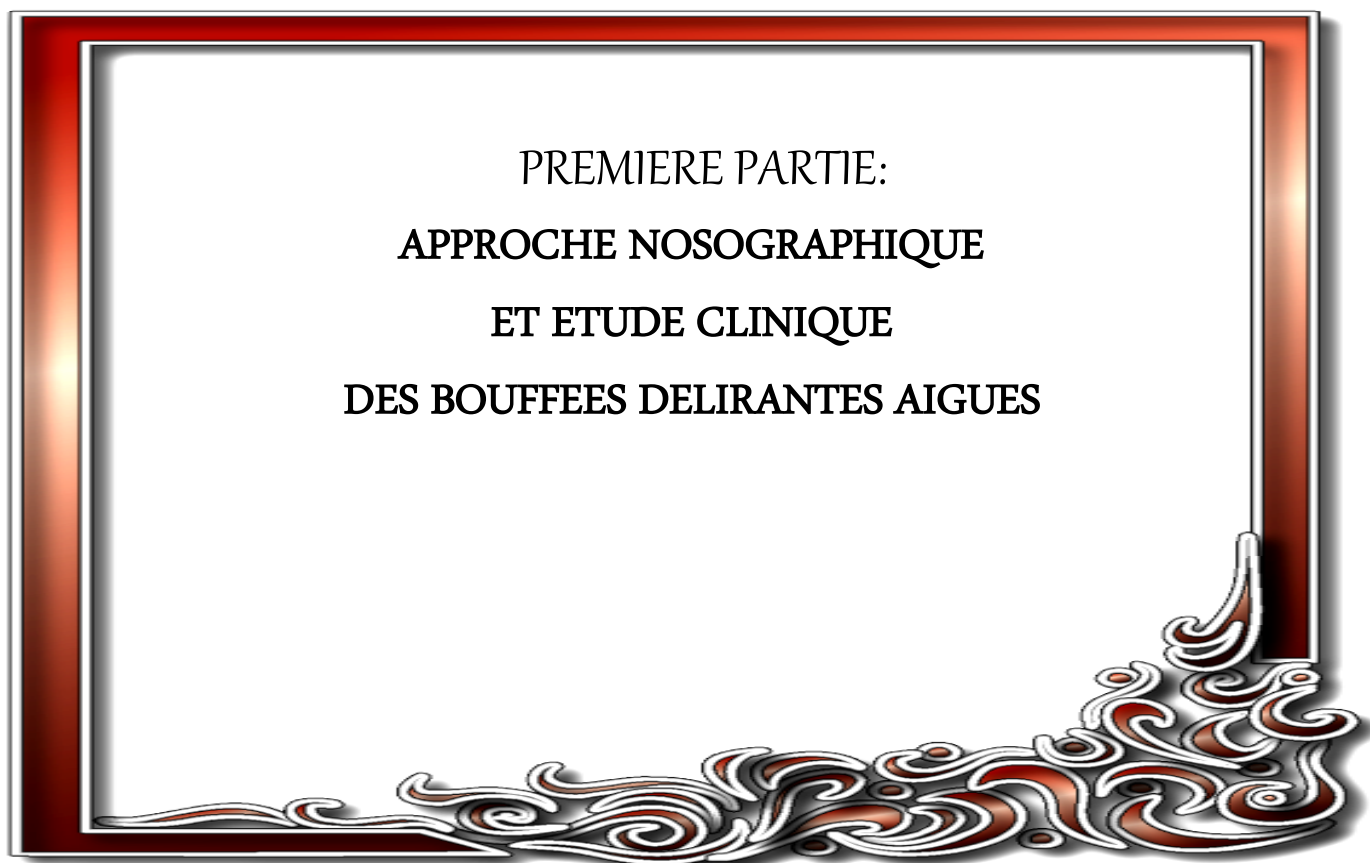
## **INTRODUCTION :**

Sous le terme de bouffées délirantes aiguës (BDA), on réunit un ensemble d'affections mentales aiguës caractérisées par l'écllosion soudaine d'un délire polymorphe. Elle a été décrite pour la première fois par Magnan et ses collaborateurs, sous le terme de « bouffée délirante des dégénérés ». C'est un diagnostic fréquemment porté en psychiatrie.

L'une des singularités de cette affection est son pronostic. En effet, l'évolution de cette bouffée délirante se fait sur un éventail allant de la guérison sans séquelles en quelques jours ou en quelques semaines, à la chronicisation.

Au regard de la fréquence de cette bouffée délirante dans notre contexte, les questions de recherche sur son devenir sont d'un intérêt certain. C'est pourquoi la présente recherche a été entreprise dans le but d'une part, d'étudier les modalités évolutives des BDA, et d'autre part de préciser les facteurs prédictifs de chaque type d'évolution.

PREMIERE PARTIE:  
APPROCHE NOSOGRAPHIQUE  
ET ETUDE CLINIQUE  
DES BOUFFEES DELIRANTES AIGUES



## I – LE CONCEPT DE LA BOUFFEE DELIRANTE

### A- Origine du concept

D'après SAMUEL – LAJEUNESSE [1] le concept de bouffée délirante a été l'œuvre de MAGNAN et de ses élèves. En 1893, MAGNAN isole les «délires polymorphes des dégénérés» ; en 1895, avec LEGRAIN, il distingue au sein de ces délires les «Bouffées délirantes polymorphes», expression, dit-il, du déséquilibre de base des sujets chez qui «tout est aventure et désordre». La description clinique de MAGNAN et de ses élèves reste d'actualité, les délires sont en effet, selon ces auteurs, polymorphes dans leurs thématiques et leurs mécanismes. Ils surgissent d'emblée, et leur évolution est de quelques semaines sans laisser de séquelles bien que les récurrences soient possibles. MAGNAN isolait ainsi une variété d'épisodes psychotiques aigus au sein des états délirants. Il faut remarquer qu'il mettait l'accent sur le terrain sur lequel survenaient de tels états, suivant en cela les idées dominantes de l'époque. La prédisposition des malades était alors au centre des conceptions étiopathogéniques. La théorie de la dégénérescence, à la suite des travaux de MOREL, LEGAND DU SAULE, FALRET et KRAFFT-EBING en particulier, était en effet communément admise.

De nombreuses manifestations psychopathologiques étaient alors considérées comme étant les symptômes des aliénations héréditaires.

MAGNAN, comme MOREL, admet que la dégénérescence mentale est le plus souvent héréditaire, mais qu'elle peut aussi être acquise. Il distingue ainsi dans la pathologie délirante celle des:

- « Dégénérés supérieurs », marqués de stigmates physiques et psychiques, porteurs d'une lourde hérédité psychique et dont les délires sont chroniques;
- Dégénérés à « prédisposition intermédiaire », susceptibles d'avoir des « folies intermittentes »
- «Prédisposés simples» chez qui «la folie est passagère et en général ne réapparaît pas».

Ainsi furent reconnus des états délirants particuliers de par leur évolutivité aiguë et curable, et de par leurs conditions de survenue chez les dégénérés [1].

## B- Evolution du concept

La fortune qui a été donnée en France à la notion de Bouffée Délirante est intéressante à relater. Un double mouvement a en effet affecté ce concept, aboutissant à la quasi-disparition de la nosographie française pendant environ trois décennies. La naissance de la bouffée délirante a correspondu au temps où en France, pénétraient les idées de KRAEPELIN puis de BLEULER qui bouleversèrent les idées existantes sur les psychoses fonctionnelles, alors que parallèlement s'affaiblissait l'idée de la dégénérescence.

De plus, la description de la confusion mentale par CHASLIN en 1895 occulta ce concept de bouffée délirante. Ainsi, de façon quelque peu paradoxale, diminuait progressivement l'utilisation du diagnostic de bouffées délirantes alors que nombre d'auteurs attachaient leur nom à des descriptions qui, pour l'essentiel, se rapportaient à des épisodes psychotiques aigus dont ils soulignaient certains aspects sémiologiques. Certaines de ces « entités » sont encore actuellement considérées comme des formes cliniques de la bouffée délirante ; les idées de MAGNAN et son école ont ainsi survécu sous des appellations diverses:

- les « psychoses hallucinatoires aiguës » ont été décrites par Gilbert BALLET en 1910, y prédominent des phénomènes hallucinatoires de toutes natures. Les thèmes délirants sont vécus dans une atmosphère imaginaire qui ne revêt pas d'aspect onirique, tantôt dans l'angoisse, tantôt dans l'euphorie, réalisant parfois un état comparable à celui des effets des toxiques hallucinogènes.

- la « psychose imaginative essentielle », décrite par DUPRE et LOGRE en 1914: apparition brutale d'une fabulation aux thèmes divers, rocambolesques et pittoresques, rapportés avec de nombreux détails; cette psychose survient de façon prévalente chez des sujets ayant une « constitution mythomaniacale ».

- les « états interprétatifs aigus curables », décrits par SERIEUX et CAPGRAS en 1926, ont été repris par VALENCE, élève de SERIEUX, en 1927 sous le terme de « psychoses interprétatives aiguës » où dominent des phénomènes interprétatifs intensément vécus.

- les « états oniriques » ou des rêves ont été décrits par REGIS puis repris par GIRAUD et par FOLLIN en 1967 sous le terme « d'états oniroïdes ».

- les « schizomanies » décrites par CLAUDE en 1934, sont de variétés des schizoses, dont la schizomanie représente la forme la moins grave, considérée comme la résultante d'une agression physique ou psychique sur une personnalité de type schizoïde.

Ces appellations variées des épisodes psychotiques aigus, données par différents auteurs français, reflètent des variations sémiologiques. Mais toutes les entités ont une évolutivité semblable à celle des bouffées délirantes.

En fait, c'est Henri Ey qui, après la Deuxième Guerre mondiale, remet à l'honneur le terme de bouffée délirante, lui consacrant une de ses « études psychiatriques »; il les situait dans le cadre de la théorie organo-dynamique « à un niveau de déstructuration de la conscience intermédiaire entre les crises maniaco-dépressives et les états plus profonds confuso-oniriques », en tout état de cause à distance des états schizophréniques.

## II- approche nosographique :

### A- Arguments nosographiques :

La bouffée délirante aiguë, plus qu'une maladie, c'est une forme pathologique, caractérisée par son acuité, son polymorphisme, sa variabilité et sa brève durée

Il est certain que si l'on privilégie la symptomatologie immédiate de l'épisode, il est logique de ne pas différencier une bouffée délirante d'une poussée paranoïde aiguë et donc d'intégrer la première dans le cadre de la schizophrénie. Si en revanche, on considère que le critère principal de la schizophrénie est d'ordre évolutif, il est impossible d'inclure toutes les bouffées délirantes dans la schizophrénie. On est donc amené à en faire un diagnostic symptomatique à un moment donné : celui d'état psychotique aigu. Par la suite, l'évolution amènera éventuellement une autre attribution diagnostique pour les épisodes aiguës ayant évolué vers les récurrences multiples, le déficit intercritique ou la chronicité du délire.

Il reste qu'un certain nombre de bouffées délirantes aiguës seront uniques, ou si peu fréquentes dans la vie du sujet, qu'il paraît logique de conserver cette entité nosographique. Mais dans ce domaine, les positions des diverses écoles de la psychiatrie, et les classifications internationales sont différentes [2].

## B- Les deux systèmes de classification :

Il existe actuellement deux systèmes de classification qui proposent des critères explicites pour chacune des catégories qui les composent [3]:

Le manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV) de l'Association Américaine de Psychiatrie.

Le deuxième système fait partie de la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies ou CIM10

### 1- Classification Internationale des Maladies ou CIM10 :

Charles-Bernard Pull écrit : « dans l'élaboration de la CIM10, des efforts considérables ont été faits pour favoriser la convergence entre les CIM et les principales classifications : classification de l'I.N.S.E.R.M, DSM-IV et bien d'autres. De nombreuses réunions d'experts internationaux ont été organisées pour discuter des principes généraux et des aspects particuliers des positions communes »

La CIM 10 individualise au sein de la catégorie F23 les troubles suivants [4]:

- **Troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptôme schizophrénique** : le diagnostic repose sur la survenue aiguë de manifestations psychotiques, la présence d'hallucinations ou d'idées délirantes de plusieurs types, changeant à la fois de nature et d'intensité

d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre dans une même journée, des passages fréquents d'un état émotionnel à un autre, le fait qu'un symptôme ne persiste pas assez pour répondre aux critères de la schizophrénie ou d'un épisode maniaque ou dépressif

- **Troubles psychotiques aigus polymorphes avec symptômes schizophréniques** : troubles psychotiques aigus caractérisés par la présence d'un tableau polymorphe et instable, décrits dans la catégorie précédente mais comportant par ailleurs certains symptômes typiquement schizophréniques, présents de façon régulière mais persistant moins de 1 mois ;

- **Troubles psychotiques aigus d'allure schizophrénique**: troubles psychotiques aigus caractérisés par la présence de symptômes psychotiques relativement stables, répondant aux critères de la schizophrénie mais persistant moins de 1 mois;

- **autres Troubles psychotiques aigus, essentiellement délirants**: troubles psychotiques aigus caractérisés par la présence au premier plan du tableau clinique d'idées délirantes ou d'hallucinations relativement stables mais ne répondant pas aux critères de la schizophrénie;

- **autres Troubles psychotiques aigus et transitoires**: troubles psychotiques et transitoires ne pouvant être classés parmi l'une des quatre catégories précédentes;

- **Troubles psychotiques aigus et transitoires, sans précision**: catégorie réservée à des troubles psychotiques aigus et transitoires pour lesquels on ne dispose pas d'information plus précise.

Certains auteurs [5] pensent que « les troubles psychotiques aigus et transitoires » de la CIM10, sont un diagnostic d'attente, situation qui devrait être réduite au maximum au moment où nous aurions des éléments cliniques qui nous permettraient le diagnostic étiopathologique définitif. De cette manière, dans la mesure où nous pourrions faire des diagnostics plus précis de ces situations atypiques d'entités bien délimitées, le besoin du diagnostic de « troubles psychotiques aigus et transitoires » aura diminué ou pourra disparaître.

## **2- Le manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV) :**

Le D.S.M-IV-TR regroupe tous les troubles psychotiques dans une catégorie dénommée schizophrénie et autres troubles psychotiques [6] ; dans cette catégorie se trouve à côté de la schizophrénie, les troubles schizoaffectifs, les troubles psychotiques induit par une substance et autres, ainsi que deux entités : « trouble schizophréniforme » et les « troubles psychotiques brefs »

Ces deux troubles psychotiques « aigus » sont essentiellement individualisés sur la base de leur durée : de 1 jour à moins de 1 mois pour le trouble psychotique bref, plus de 1 mois mais moins de 6 mois pour le trouble schizophréniforme.

Pour le trouble psychotique bref, le DSM-IV relève la présence ou l'absence de facteur de stress marqué ainsi qu'un début éventuel dans le postpartum. Les facteurs de stress sont définis comme des facteurs qui

produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture

Le DSM-IV-TR propose également de spécifier dans le cas du trouble schizophréniforme la présence ou l'absence de «**caractéristiques de bon pronostic** » qui comprennent : la survenue de symptômes psychotiques prononcés dans les 4 semaines succédant à un premier changement observable du comportement ou du fonctionnement habituel ; la présence d'une confusion ou d'une perplexité à l'acmé de l'épisode psychotique ; un bon fonctionnement social et professionnel prémorbide; l'absence d'émoussement ou d'abrasion de l'affect.

**Critères diagnostiques du F23.8x [298.81]**

**Trouble psychotique bref**

**A.** Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants :

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours désorganisé (c.-a-d. coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

N.-B. : Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une réaction culturelle admise.

**B.** Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins 1 jour, mais moins d'1 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.

**C.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, un Trouble schizoaffectif, ou une Schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

**Spécification :**

**.81 Avec facteur(s) de stress marque(s)** (psychose réactionnelle brève) : si les symptômes surviennent peu de temps après — et apparemment en réaction à — des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marque chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

**.80 Sans facteurs(s) de stress marque(e)** : si les symptômes psychotiques ne surviennent pas peu de temps après — ou ne sont pas apparemment réactionnels à — des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marque chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

**Avec début lors du post-partum** : si les symptômes surviennent dans les 4 semaines du post-partum.

➤ **Critères diagnostiques du F20.8 1295.401**

**Trouble schizophréniforme**

**A.** Répond aux critères **A, D,** et **E** de la Schizophrénie.

**B.** L'épisode pathologique (englobant les phases prodromique, active et résiduelle) dure au moins 1 mois mais moins de 6 mois. (Quand on doit faire un diagnostic sans attendre la guérison, on doit qualifier celui-ci de « provisoire »).

**Spécifier si :**

Sans caractéristiques de bon pronostic

Avec caractéristiques de bon pronostic: deux (ou plus) des manifestations suivantes :

- (1)** survenue de symptômes psychotiques importants dans les 4 semaines succédant au premier changement observable du comportement ou du fonctionnement habituel
- (2)** confusion ou perplexité à l'acmé de l'épisode psychotique
- (3)** bon fonctionnement social et professionnel prémorbide
- (4)** absence d'émoussement ou d'abrasion de l'affect

**Nous retenons les points importants de cette classification :**

- Poser le diagnostic de trouble psychotique délirant aigu, devrait en toute logique affirmer en même temps la question de son évolution et de son pronostic. Magnan disait « c'est un délire sans conséquence sinon sans lendemain » [7]
- Si l'on s'appuie sur le DSM-IV-TR, on trouvera effectivement une distinction qui n'est pas fondée sur le contenu psychopathologique pour orienter le diagnostic, mais tout simplement sur la constatation d'un temps d'évolution :

- 1 jour à 1 mois ; troubles psychotiques brefs
  - 1mois à 6 mois : troubles schizophréniforme
  - 6mois et plus : schizophrénie.
- Le système de classification du DSM-IV-TR fait une distinction purement quantitative et temporelle, il oriente vers le trouble schizophrénique, seul véritable diagnostic vis-à-vis duquel on nous propose de nous mettre en situation d'attente [2].

### C- Comparaison entre CIM 10 et DSM IV :

Dans la **CIM 10**, la sous section des « troubles psychotiques aigus » correspond aux « troubles psychotiques brefs » du **DSM-IV**, mais s'en démarque par deux particularités, d'une part, la durée possible des troubles est prolongée à 3 mois alors qu'elle est limitée à 1 mois dans le DSM-IV, ce qui étend ce diagnostic de la CIM 10 aux troubles schizophréniformes de courte durée. D'autre part, contrairement au DSM-IV, la CIM 10 décrit quatre types de troubles psychotiques, entre autre on trouve : les troubles psychotiques aigus polymorphes avec et sans symptômes schizophréniques, superposables aux bouffées délirantes aiguës de la psychiatrie française.

#### **Les questions qui se posent sont :**

- Comment donc classer les troubles psychotiques aigus délirants alors que leur appréhension dépend de la clinique et de son évolution dans le temps sans signe pathognomonique et d'examen de laboratoire ?

- Comment les classer devant la multiplicité des théories étiopathogéniques non démontrées ?

**Ceci est à l'origine du retour à un niveau plus élémentaire de l'observation et devant tout épisode psychotique délirant aigu, trois tâches doivent être accomplies :**

- Etude sémiologique précise par l'examen initial et durant la mise en observation.
- Recherche des circonstances déclenchantes.
- Observation du mode évolutif sous l'influence du traitement.

Chose qui est retenue dans la psychiatrie française qui se base dans l'élaboration du diagnostic de bouffée délirante aiguë sur des critères empiriques.

## D- Nosologie française :

En France, la classification de l'I.N.S.E.R.M. regroupe les états aigus dans une catégorie distincte des psychoses schizophréniques chroniques et des délires chroniques, elle individualise à l'intérieur de ses états délirants aigus trois types :

- **040** : Accès délirants aigus considérés comme schizophrénie aiguë.
- **041** : Psychose délirante aiguë réactionnelle, bouffée délirante réactionnelle.
- **042** : Psychose délirante aiguë, bouffée délirante non classable en 041 et 042.

À côté de la classification de l'I.N.S.E.R.M., et du fait que la bouffée délirante aiguë constitue une particularité de la psychiatrie française, on ne peut ne pas citer les critères empiriques de la classification de la bouffée délirante aiguë établis par Pull et Coll. en 1987 [7], critères ayant une validité discriminante satisfaisante dans la mesure où ils permettent de classer correctement plus de 75% des cas.

Ainsi, ces critères empiriques français sont les suivants [3] :

### A- Idées délirantes caractérisées par chacun des critères suivants :

- 1- Une survenue brutale, en moins de 48 h.
- 2- Une multiplication des thèmes et des mécanismes délirants (délire polymorphe).

- 3- Une absence d'organisation sur un thème prévalent ou sur une série de thème apparentés.

**B- Bouleversement psychique sans désorientation temporo-spaciale caractérisé par au moins 3 des critères suivants.**

- 1- des changements soudains d'une réaction émotionnelle à une autre, par exemple passage de l'angoisse à la colère.
- 2- des changements soudains d'une humeur dysphorique à une autre, par exemple passage d'une euphorie à la dépression.
- 3- des changements soudains d'un comportement psychomoteur à un autre, par exemple passage de l'agitation à la prostration.
- 4- Une dépersonnalisation : altération de la perception ou de la conscience de soi, et/ou une déréalisation : altération de la perception et de la conscience du monde extérieur.
- 5- Des hallucinations ou des perceptions inhabituelles de n'importe quel type.

**C-disparitions des manifestations pathologiques citées sous A et B et retour complet à l'état prémorbide en moins de 2 mois.**

**D-Absence, dans les antécédents, de tout trouble psychotique autre qu'une ou plusieurs bouffées délirantes éventuelles.**

**E- Non dû à un trouble mental organique, un alcoolisme ou un abus de drogues.**

**F- formes cliniques :**

- Bouffée délirante authentique de type Magnan :
  - Répond aux critères de bouffée délirante.
  - Absence de facteur de stress démontrable précédant la survenue des troubles.
- Bouffée délirante réactionnelle :
  - Répond aux critères de bouffée délirante.
  - Présence d'un facteur de stress démontrable précédant la survenue des troubles.

**G- Non dû à une psychose maniaque ou dépressive (trouble bipolaire connu).**

### III- Étude clinique :

#### A.L'expérience délirante :

Chez un sujet jeune, à hérédité psychopathologique chargée, plus ou moins déséquilibré ou à caractère psychopathique, parfois à la suite d'une émotion ou d'un surmenage, mais aussi le plus souvent sans cause apparente, le délire éclate avec une brusquerie étonnante: « il jaillit violemment avec l'instantanéité d'une inspiration », dit Magnan. « Dès son apparition, ajoute-t-il, le délire est constitué, armé de toutes pièces, de pied en cap, enveloppé dès sa naissance de son cortège de troubles sensoriels, c'est un délire d'emblée. »

Le délire est polymorphe, c'est-à-dire que ses thèmes sont multiples et variables : de persécution, de grandeur, de transformation sexuelle, de possession, d'empoisonnement et d'influence. Ils sont généralement intriqués, se mélangent et se métamorphosent.

Les malades se sentent subitement ensorcelés, épiés, empoisonnés, en communication avec des forces surnaturelles, hypnotisés, transportés au jugement dernier.

Le caractère polymorphe de ce délire épisodique se manifeste aussi dans la juxtaposition des phénomènes qui le composent. Classiquement, on y trouve surtout des convictions et des intuitions qui font irruption dans l'esprit (Wahneinfall des Allemands). Mais les hallucinations y sont nombreuses et exubérantes, souvent auditives, mais plus fréquemment psychiques (voix, écho de la pensée, inspirations, actes imposés, etc.) et associées à des interprétations délirantes, à des éléments imaginatifs, des illusions, des

sentiments et des impressions qui expriment l'incoercibilité de l'expérience délirante vécue, dans une atmosphère de mystère et d'apocalypse.

Les variations du tableau clinique sont caractéristiques de cette riche diversité d'épisodes qui s'enchevêtrent et se succèdent. Le malade subit de forts changements d'humeur et de violentes oscillations, des « vagues » de délire.

Les thèmes extravagants, absurdes, parfois puérils, d'autres fois poétiques et lyriques, sont généralement mal enchaînés et sans systématisation. Même quand le délire se concentre sur un thème il le déborde ou se métamorphose en thèmes dérivés ou substitués et il est susceptible de changements soudains.

Le délire est vécu dans le champ de la conscience comme une expérience irrécusable, d'où l'intensité des réactions affectives, et parfois médico-légales. Elles s'imposent au sujet comme des événements du monde extérieur, des révélations inouïes qui commandent une immédiate conviction. C'est ce caractère d'adhésion absolue au délire surgi de toutes pièces qui paraissait à Magnan propre au « délire d'emblée des dégénérés », mais il est plus probable qu'il soit lié à la constitution même de l'expérience délirante qui s'impose comme le rêve au rêveur. Ainsi les croyances délirantes si intenses soient-elles, sont aussi, variables et oscillantes.

## **B. L'altération de la conscience :**

Certes la lucidité est (tout au moins apparemment) intacte et le malade reste en communication avec autrui, suffisamment orienté, assez bien adapté à l'ambiance et ses propos restent clairs. Pourtant il existe déjà une déstructuration de la conscience que l'analyse clinique met en évidence sous forme d'une sorte d'hypnose ou de fascination par l'imaginaire, de dédoublement de l'expérience actuelle comme divisée entre le pôle prédominant du délire et celui de la réalité d'où le double caractère artificiel et hallucinatoire du vécu.

Cliniquement, cet état d'hypnose délirante se reconnaît par la distraction, l'air absent, le détachement et les attitudes méditatives ou d'écoute par quoi le délirant traduit qu'il est rivé aux péripéties du délire qu'il vit comme le déroulement d'une expérience dont il est le jouet, le spectateur et l'auteur et dont il sortira, à la guérison, comme d'un cauchemar ou d'une incompréhensible fascination.

## **C. Le désordre thymique :**

L'humeur est constamment altérée. Á l'activité délirante d'apparition subite correspondent en effet des états affectifs violents. Tantôt le sujet est expansif et exalté comme un maniaque. Tantôt au contraire, il est en proie à une forte angoisse qui s'apparente plus ou moins à l'expérience mélancolique, d'où le mutisme, les idées de mort, le refus d'aliments qui peuvent s'observer en pareil cas. Le délire solidaire de ces mouvements d'euphorie ou d'angoisse suit leurs fluctuations. Si bien que le malade se présente tantôt comme un

excité, tantôt comme un déprimé, le plus souvent comme les deux à la fois, vivant alors un véritable état mixte. Cette alternance ou ce mélange d'excitation ou d'inhibition est si caractéristique des bouffées délirantes polymorphes que beaucoup d'auteurs, comme nous l'avons dit, les ont rangées dans les états maniacodépressifs et qu'en clinique quotidienne il est parfois difficile de faire le diagnostic de bouffée délirante ou d'un accès maniaque.

Les classiques insistaient sur l'absence de troubles somatiques dans les bouffées délirantes polymorphes. Ceux-ci sont en effet discrets ou absents, ni plus ni moins que dans les crises de manie ou de mélancolie auxquels ils s'apparentent. Il faut cependant noter l'insomnie et aussi l'aggravation des symptômes au cours des phases parahypniques (qui précèdent ou suivent le sommeil) particulièrement longues.

#### **D. Les autres manifestations cliniques associées:**

##### **1 - Troubles du comportement:**

Ils résultent directement de l'expérience délirante. Le comportement est perturbé de façon variable selon les moments. Peuvent en effet alterner prosternation, agitation, et excitation motrice avec agressivité et flux de paroles quasi-inépuisable. De même le comportement alimentaire reflète ce bouleversement avec des périodes de boulimie ou plus souvent de refus alimentaire.

**2 - Troubles du sommeil:** L'insomnie totale est fréquente.

**3 - L'angoisse:** Fréquente si non constante.

## **IV- Diagnostic :**

### **A) Diagnostic positif**

Le diagnostic positif s'établit sur les critères suivants [8]:

- 1- le début soudain;
- 2- les caractères polymorphes et intensément vécus de l'expérience délirante;
- 3- la variation du tableau clinique d'un jour à l'autre ;
- 4- la recrudescence des troubles dans les phases parahypniques ;
- 5- la continuité des expériences délirantes et hallucinatoires;
- 6- le caractère d'actualité immédiatement perceptive et intuitive de l'expérience délirante;
- 7- les oscillations de la croyance et de la perplexité critique à l'égard du délire;
- 8- l'atmosphère de l'état crépusculaire de la conscience (fascination et distraction par l'événement délirant incoercible, détachement de l'ambiance, flou de la pensée);
- 9- le fond « thymique » d'exaltation ou d'angoisse du vécu délirant.

## B) Diagnostic différentiel :

Il se fera d'abord avec les autres **psychoses aiguës** :

- **Episode maniaque**, caractérisé par l'euphorie, l'excitation psychique et motrice,
- **Episode dépressif majeur**, bien différent dans les cas typiques avec son début plus progressif, son inhibition, la plus grande intensité de la douleur morale, la fixité et la monotonie du délire
- **la confusion mentale**, caractérisée par la prédominance de la confusion sur le délire, par les caractères propres du délire onirique et par la persistance après l'accès d'une certaine amnésie de la période confusionnelle.

Mais c'est à l'égard des **psychoses schizophréniques et délirantes chroniques** que le problème du diagnostic, et par conséquent du pronostic, est le plus délicat :

- Un trouble schizophrénique peut avoir une évolution alternant des phases déficitaires et des épisodes délirants. La notion d'épisode antérieur, le contexte évolutif et le type du tableau clinique (plus d'éléments dissociatifs, plus de bizarreries, moins de symptômes affectifs) permettront de faire la différence.
- La question qui se pose toujours est de savoir si un premier épisode délirant aigu n'est pas une voie d'entrée dans la schizophrénie [54] [55].

### **C) Diagnostic étiologique:**

Le plus souvent, la bouffée délirante aiguë paraît sans relation patente avec un agent. Cependant certains éléments doivent être recherchés. Cette enquête étiologique se fonde sur l'anamnèse et l'examen psychiatrique du sujet, sur les renseignements obtenus de l'entourage. Ainsi on s'attachera à déterminer :

- Le mode de survenue de l'épisode délirant actuel, les circonstances d'apparition et l'existence d'un événement déclenchant.
- Les antécédents personnels d'épisodes analogues.
- La personnalité pré-morbide
- La connaissance d'une hérédité psychopathologique.

#### **1) Psychoses délirantes aiguës primaires :**

Survenant sans relation compréhensible avec un agent causal précis, sont les plus fréquents. Elles se rencontrent souvent chez des « débiles légers ». Magnan disait [11] : « Délire polymorphe des dégénérés », ou des sujets frustes, immatures, plastiques et suggestibles, mais aussi chez des sujets ayants des traits hystériques de passivité et de dépendance et chez des déséquilibrés psychopathes, ou inhibés.

#### **2) Bouffées délirantes psychogènes ou réactionnelles :**

Sont dénommées ainsi lorsqu'on retrouve un traumatisme émotionnel précis et généralement subi, imprévisible, ayant provoqué une situation psychologique d'angoisse ou de frustration intense. Ce mode de réaction très

particulier, comportant une coloration affective toujours importante, pose le problème de « l'aptitude à délirer » de certains sujets.

### 3) Bouffées délirantes aiguës post-toxiques :

Plusieurs toxiques peuvent être à l'origine de bouffées délirantes aiguës, particulièrement les stimulants du S.N.C [9] comme les amphétamines, la cocaïne, le cannabis, le LSD... (Voir tableau)

	Psychodysléptiques	Psychoanaleptiques
<b>Toxiques</b>	Hallucinogènes : ➤ Cannabis : marijuana, hashish ➤ Mescaline ➤ LSD	Psychostimulants ➤ Amphétamines ➤ Cocaïne ➤ MDMA (ecstasy)
	Stupéfiants ➤ Opiacés : morphine, héroïne, opium ➤ Codéine ➤ Méthadone	
	Alcool, éther	

En ce qui concerne les amphétamines, on peut observer à côté de l'anorexie et de l'amaigrissement, une excitation psychomotrice, l'apparition d'idées délirantes hallucinatoires et interprétatives. Les hallucinogènes peuvent être responsables de l'apparition d'idées délirantes, accompagnées de trouble thymique, de trouble de la conscience et de trouble du comportement.

Le chloral, les bromures, et l'alcool dans le cadre d'ivresse pathologique peuvent être à l'origine de bouffée délirante, souvent accompagnée d'un syndrome confusionnel.

Pour le cannabis (Kif, Haschisch) [12] en cas d'intoxication massive, ou lorsqu'il existe une prédisposition psychopathologique, à la consommation même minime du cannabis, on assiste à l'éclosion brutal d'un délire polymorphe à thèmes variables, et le tableau est dominé par des thèmes érotiques et mystiques, les productions délirantes sont parfois accompagnées d'une expansion thymique : le malade apparaît heureux de vivre et amusé par ses hallucinations. Des phénomènes d'automatisme mental sont associés dans ses cas. Dans l'histoire de la psychiatrie, certains auteurs en ont fait une entité nosologique : « la psychose cannabique ».

#### **4) Bouffées délirantes aiguës puerpérales :**

Il s'agit ici de psychoses puerpérales précoces [9], c'est-à-dire dans les trois premières semaines qui suivent l'accouchement. L'apparition d'une symptomatologie délirante, fondée sur la négation du lien filial, d'alliance, sur l'impression qu'il n'y a pas eu d'accouchement, fait suite à une période anxieuse, de crises de larmes, d'agitations nocturnes et de cauchemars. Ce qui caractérise cet état est la grande variabilité du tableau clinique tant en ce qui concerne l'humeur, les troubles de vigilances, que la conscience qui oscille, responsable parfois de tableau mixte confuso-maniaques et confuso-mélancolique.

### **5) Affections neurologiques :**

Certains traumatismes crâniens, certaines tumeurs cérébrales, la sclérose en plaque, certaines encéphalites virales peuvent être à l'origine de bouffées délirantes polymorphes. Il en est de même pour l'épilepsie, en particulier les états crépusculaires.

### **6) Autres :**

La privation du sommeil, l'absence ou la réduction du sommeil paradoxal, l'isolement sensoriel, l'insolation, certains médicaments, l'hémodialyse, sont également décrits comme des étiologies des bouffées délirantes polymorphes [13].

## V- Évolution :

### A) Évolution à court terme :

À court terme, la brièveté de ces bouffées est la règle : de quelques jours à quelques semaines. Au delà, la non-résolution oblige à reconsidérer le diagnostic. Une modulation thymique dépressive est susceptible de suivre la fin de l'épisode et doit faire l'objet d'une attention particulière. Le sujet retrouve son efficacité et son niveau d'adaptation antérieurs.

### B) Évolution à long terme :

La bouffée délirante pose la question de son devenir, plusieurs possibilités évolutives peuvent être rencontrées :

- La bouffée délirante peut rester un épisode unique dans la vie du sujet, rapidement résolutive, elle guérit sans laisser de séquelles et le sujet retrouve sa personnalité antérieure avec toutes ses potentialités. La fréquence de cette évolution très favorable est estimée selon certaines études de 10% à 50% des cas [14,15].
- Une deuxième éventualité est la répétition d'épisodes aigus sur un mode toujours intermittent avec, à chaque fois, une restitution « ad integrum » de la personnalité. De telles évolutions discontinues et périodiques peuvent se faire sur le même mode, avec à chaque épisode une bouffée délirante aiguë typique. Plus souvent, soit dans les 2/3 des cas d'évolution périodique, la composante thymique du tableau clinique devient de plus en plus manifeste et l'évolution ultérieure peut être

assimilée à celle d'un trouble bipolaire typique. La fréquence globale de ces modes discontinus d'évolution est estimée de 30% à 50% des cas [14] [15].

- La dernière éventualité est celle d'une évolution chronique après un ou plusieurs accès délirants aigus. L'évolution se fait vers la prolongation de l'accès et la constitution d'un tableau de schizophrénie paranoïde, ou parfois de délire chronique systématisé. Entre les poussées paranoïdes persiste un déficit chronique plus au moins important. Les évolutions chroniques représentent, selon les statistiques 20 à 60% des cas [14,15] .

### C) Pronostic :

Le pronostic d'une BDA est presque impossible à déterminer pendant l'épisode lui-même. Cependant il importe d'en rechercher les éléments, qui pourront se révéler intéressants pour en tirer les choix thérapeutiques ultérieurs.

À cet effet, de nombreux auteurs ont cherché à dégager, en particulier à la suite des travaux de Langfeldt [16] et de Kant [17] des facteurs de pronostic.

#### 1) Les facteurs prédictifs d'une évolution favorable :

- Hérité bipolaire.
- Absence de personnalité pré-morbide schizoïde : personnalité antérieure bien adaptée socialement, extravertie, ou même présentant des traits hystériques ou névrotiques.

- Début brutal, caractère aigu de l'épisode et sa rapide rétrocession.
- Symptomatologie comportant des éléments dysthymiques importants.
- Existence de facteurs précipitants manifestes, qu'ils soient exogènes ou psychologiques.
- Symptomatologie comportant des signes confusionnels, des troubles de la conscience.

## **2) Les facteurs prédictifs d'une évolution défavorable :**

- une personnalité pré-morbide schizoïde, mal adaptée et repliée.
- Un début subaigu précédé de manifestations insidieuses.
- L'absence de trouble de l'humeur et d'angoisse pendant l'épisode aigu, avec appauvrissement et restrictions des affections.
- Une sédation de l'angoisse et la persistance du délire.
- Des antécédents familiaux de schizophrénie.

En fait, il faut savoir que ces éléments n'ont qu'une « valeur relative » et le pronostic initialement jugé favorable ou défavorable, peut se trouver démenti à moyen ou à long terme.

## VI- Traitement :

La question du recours à l'hospitalisation pour le traitement d'une BDA est toujours posée, nous retiendrons que la plupart des auteurs recommandent l'hospitalisation.

Le tableau clinique, par son intensité et du fait de l'importance du délire et des symptômes associés, réalise une **urgence psychiatrique**. L'hospitalisation permet :

- D'offrir un cadre sécurisant et contenant ; si besoin application de la loi du 27 Juin 1990 : HDT voire HO ;
- De faciliter le diagnostic étiologique quant à la recherche d'une cause organique ou toxique, ainsi un bilan pré-thérapeutique et étiologique s'avère nécessaire :
  - Examen clinique complet, NFS, urée, créatinine, glycémie, calcémie, ionogramme sanguin, bilan lipidique, bilan hépatique.
  - Alcoolémie, recherche de toxique.
  - ECG, scanner cérébral à discuter.
- Et de moduler le traitement.

## A) Pendant l'hospitalisation :

### 1- Phase initiale

Les principales cibles du traitement sont **l'agitation, le délire, l'anxiété et les troubles thymiques.**

Les données actuelles orientent vers le choix d'antipsychotiques de nouvelle génération qui ont montré une efficacité comparable à celle des neuroleptiques classiques. De plus, ils entraînent moins d'effets extrapyramidaux et une sédation moins marquée, ce qui améliore la compliance au traitement [18-20].

Lors des troubles du comportement nécessitant une sédation rapide (hétéro- ou autoagressivité), le choix s'oriente vers des neuroleptiques classiques, notamment les phénothiazines sédatives (Nozinan\*). Un refus de traitement peut conduire à choisir, lors des premiers jours de l'épisode, des médicaments sous forme injectable. Exceptionnellement, un isolement thérapeutique sera proposé chez un patient très perturbé, tant pour sa sécurité que pour favoriser la sédation. Concernant les troubles hallucinatoires et le délire un neuroleptique incisif s'avère indispensable (Haldol\*).

Les posologies utilisées doivent être suffisantes pour une efficacité rapide. Il faut éviter une escalade prématurée des posologies chez un patient qui ne répond pas rapidement, tout en ayant le souci de ne pas laisser évoluer de façon prolongée un épisode psychotique aigu, avec des conséquences pronostiques dommageables.

Une surveillance doit être réalisée sous neuroleptiques :

- Surveillance de l'efficacité : diminution des symptômes (angoisse, agitation, hallucination)
- Surveillance de la tolérance : effets secondaire du traitement
  - **Neurologique** : dyskinésie aiguë, syndrome parkinsonien, crises comitiales, SMN
  - **Neurovégétative** : hypotension orthostatique, hyperthermie.
  - **Neuropsychique** : confusion.
  - **Digestifs** : sécheresse buccale, constipation.
  - **Allergie** : cutanée, photosensibilité.

Les délais nécessaires pour correctement évaluer les effets d'une médication sont de : 8 à 10 jours pour l'agitation et l'angoisse ; 4 à 6 semaines pour les symptômes positifs et la désorganisation ; 12 semaines pour les symptômes négatifs [20].

Un des avantages des antipsychotiques (Risperidone, Olanzapine) pourrait être la plus grande simplicité du choix posologique, notamment lors d'un premier épisode aigu où les posologies sont généralement plus faibles que chez des patients qui décompensent sous une forme aiguë une schizophrénie ancienne. Certains auteurs posent la question de l'intérêt d'utiliser des faibles posologies en association avec une prise en charge psychosociale précoce [21].

## 2- Phase ultérieure

Si le patient s'est avéré non répondeur à au moins trois types d'antipsychotiques de classes différentes, pendant chacun 3 à 6 semaines ou s'il présente des effets secondaires invalidants, l'on peut recourir à l'ECT. Dans leur rapport [22], De Carvalho et Olié relèvent que, si certains résultats plaident en faveur de l'utilisation de l'ECT dans les psychoses aiguës non réversibles en 4 semaines, ces données n'ont cependant pas été confirmées par des études scientifiquement valides.

Lorsqu'une excitation maniaque persiste dans l'épisode aigu, posant un problème diagnostique difficile chez l'adulte jeune, il est légitime d'associer un thymorégulateur (lithium, divalproate, carbamazépine).

Dans le cas d'une toxicomanie compliquée d'un épisode psychotique aigu, la prise en charge médicamenteuse doit tenir compte de cette comorbidité. Ainsi, chez les patients sous méthadone, les posologies d'antipsychotiques peuvent souvent être diminuées car la méthadone entraîne une élévation des taux plasmatiques des principaux neuroleptiques, avec un danger de dépression respiratoire.

En cas de psychose aiguë survenant peu avant ou après un accouchement, une attention particulière sera portée à la bonne articulation avec le service de gynécologie-obstétrique, puis aux conditions de rencontre entre la mère et l'enfant.

Un fléchissement de l'humeur peut apparaître au bout de quelques semaines. Pour certains, il s'agit là d'un phénomène corollaire de la rémission du délire, d'autres y voient un effet secondaire du traitement neuroleptique,

d'autres encore en tirent argument pour affilier l'épisode au spectre des troubles bipolaires. Dans la pratique, l'adjonction d'un traitement antidépresseur peut s'avérer profitable.

### **3- Enjeux thérapeutiques :**

Face au drame d'un premier épisode délirant aigu, déterminant pour l'avenir du sujet, souvent jeune ou adolescent, le thérapeute doit se dégager de certaines contingences afin de ne pas enfermer le sujet dans ses symptômes et dans le risque d'une chronicisation. La fascination pour le délire, l'élaboration d'un projet de prise en charge au long cours où prime la réinsertion sociale, la recherche de critères de bon pronostic ou l'utilisation éclairée des psychotropes sont autant de risques pour le clinicien de le détourner de l'urgence d'une prise en charge précoce de ces épisodes. De même, la recherche exhaustive des thèmes et des mécanismes risque de refermer le patient sur des symptômes sans autre élaboration.

Ici, plus que dans d'autres pathologies psychiatriques, le clinicien est confronté à la difficile gestion du temps, car le temps du patient n'est pas celui du thérapeute, le temps du patient paraît compté, il vit une expérience menaçante, celle d'un anéantissement psychique.

Pour le thérapeute, l'instauration de mesures légales de placement, le temps nécessaire et fort légitime de poser un diagnostic, de prescrire une chimiothérapie, d'assurer les justes conditions de surveillance et de sécurité de son patient, l'emportent parfois sur la réelle prise en compte du drame que vit

le sujet. Confondre les deux niveaux d'intervention risque de renvoyer ce dernier à la vraie catastrophe, celle de la durée.

Pour Marcelli [23], la survenue d'un premier épisode délirant, témoin d'une rupture développementale à l'adolescence, doit être comprise comme la réponse psychique à la menace de l'effondrement thymique. Marcelli propose deux stratégies prioritaires dans la prise en charge immédiate du sujet jeune : l'utilisation préférentielle des thymorégulateurs et des antidépresseurs, et la préservation des capacités internes de pensée sur lesquelles le sujet doit pouvoir compter pour se sortir activement de l'épisode.

Sur un plan psychothérapique, pour la majorité des cliniciens, les premiers entretiens ont un objectif de soutien plus que d'approfondissement psychothérapique. Cependant, Israel [24] et Rosen [25] soulignent l'intérêt d'entretiens précoces et rapprochés. Cette approche sous-entend une disponibilité en temps que l'on rencontre rarement.

En multipliant les entretiens (il ne s'agira parfois que de rencontres, au début), le thérapeute réalise un accompagnement qui constitue une part importante dans le devenir de ces états. C'est dans cette relation intersubjective que le sujet se retrouvera.

Une approche thérapeutique spécifique aux situations transculturelles est proposée par certains [26].


## **B) Après l'hospitalisation :**

Selon les auteurs, la durée préconisée de traitement varie de 6 à 18 mois, soit de 6 à 9 mois pour un épisode bref de bon pronostic et de 12 à 18 mois pour un épisode plus long de moins bon pronostic.

On sera attentif au lien avec le médecin traitant ou avec l'équipe de secteur. Certaines formules alternatives à l'hospitalisation temps plein peuvent être transitoirement indiquées.

À tous les stades, l'information du patient et de ses proches est importante : objectifs du traitement, effets secondaires possibles, mais aussi modalités d'évolution de la pathologie.

La poursuite d'une relation de soutien représente une bonne formule d'étayage chez un patient qui doit retrouver ses repères sociaux et ses capacités d'adaptation.



Deuxième partie:  
**ETUDE PRATIQUE**



## Objectifs de l'étude

### **I- Objectifs de l'étude :**

Ce travail cherche d'une part à observer les modes évolutifs des BDA, en distinguant les différents diagnostics retenus après 6 mois d'évolution, et d'autre part, il essaye de trouver des éléments prédictifs pour chaque type d'évolution. Cela permettra au clinicien d'anticiper sur le devenir de ces épisodes, et d'adapter la prise en charge très tôt, garantissant ainsi un meilleur pronostic.



**MATERIEL ET METHODES D'ETUDE**

## **II- matériel et méthodes d'étude :**

### **1- Cadre de l'étude :**

Ce travail a été effectué au service de psychiatrie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat, qui est un hôpital général. Le service reçoit surtout des patients militaires, mais aussi des patients civils consentants. Les militaires sont souvent adressés par leurs unités, qui constatent les troubles et rédigent un rapport sur le comportement du patient durant sa carrière militaire et depuis le début des troubles.

### **2- Type et population de l'étude :**

#### **a) Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossier, analysant l'évolution de la symptomatologie des patients admis dans le cadre d'une BDA, sur une période de 6 mois.

#### **b) Population d'étude :**

- Critères d'inclusion :
  - patients admis dans le cadre d'une BDA.
- Critères d'exclusion :
  - Dossiers incomplets (insuffisance d'informations).
  - Antécédents d'épisode psychotique.

### 3- Recueil des données :

#### a) Outils :

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte individuelle conçue spécialement à cet effet.

Pour chaque cas, les variables sociodémographiques de base et les caractéristiques cliniques et thérapeutiques ont été systématiquement notées à l'admission (j0), à un mois (m1) et à 6 mois (m6) d'évolution.

#### b) Méthode de recueil :

Pour le pré-test, nous avons identifié dix dossiers de malades et nous avons rempli les fiches d'enquête. Cela nous a permis d'apporter des corrections à la fiche de collecte des données selon les objectifs de notre étude. A la suite de ce pré-test, nous avons analysé tous les dossiers des malades hospitalisés de **janvier 2009 à décembre 2010**, avec un diagnostic de BDA à l'admission.

Durant la période du recrutement des malades, 74 dossiers ont été retenus.

### 4- Traitement des données :

Les données recueillies ont été saisies et traitées à l'aide de matériel informatique notamment les logiciels :

- SPSS V 17.0

- EXCEL

**5- Fiche d'exploitation des dossiers (Voir annexe 1)**



**RESULTATS**

The image shows a decorative frame with a red and white border. Inside the frame, the word "RESULTATS" is written in a bold, black, serif font. The bottom right corner of the frame is decorated with a complex, swirling pattern of red, white, and black lines, resembling a stylized wave or a decorative flourish.

### III- Résultats :

#### A) Caractéristiques de la population :

Les données relatives aux caractéristiques de la population ont été détaillées dans le tableau I :

**Tableau I** – caractéristiques de la population étudiée:

<b>Caractéristiques</b>	<b>valeur</b>
<b>Age (ans) moy±ET</b>	<b>33± 9</b>
<b>DPP (j) med [IQ]</b>	<b>4[2-7,25]</b>
<b>APP n (%)</b>	<b>12(16,2)</b>
<b>APF n (%)</b>	<b>20(30,3)</b>
<b>Consommation de drogue n (%)</b>	<b>20(27,8)</b>
<b>Événement déclenchant</b>	<b>21(30)</b>
<b>Trouble de personnalité</b>	
<b>Non</b>	<b>68(91,9)</b>
<b>Antisociale</b>	<b>4(5,4)</b>
<b>Borderline</b>	<b>2(2,7)</b>

DPP: durée de la phase prodromique

APP : antécédents psychiatriques personnels

APF : antécédents psychiatriques familiaux

### B) Caractéristiques cliniques :

Relevé des différents symptômes à l'admission, après 1 mois et après 6 mois d'évolution (tableau II)

**Tableau II** – prévalence des différents symptômes à chaque étape de l'évolution des patients. :

	<b>J0</b>	<b>M1</b>	<b>M6</b>
<b>Délire n (%)</b>	<b>74(100)</b>	<b>38(51,4)</b>	<b>18(24,3)</b>
<b>Insomnie n (%)</b>	<b>74(100)</b>	<b>20(27)</b>	<b>2(2,7)</b>
<b>Dissociation n(%)</b>	<b>14(18,9)</b>	<b>6(8,1)</b>	<b>2(2,7)</b>
<b>Humeur n(%)</b>			
<b>Neutre</b>	<b>28(37,8)</b>	<b>54(73)</b>	<b>72(97,3)</b>
<b>Irritable</b>	<b>20(27)</b>	<b>2(2,7)</b>	
<b>Exaltée</b>	<b>16(21,6)</b>	<b>6(8,1)</b>	
<b>Dépressive</b>	<b>2(2,7)</b>	<b>10(13,5)</b>	<b>2(2,7)</b>
<b>Labile</b>	<b>8(10,8)</b>	<b>2(2,7)</b>	

**Tableau III – prévalence des autres symptômes :**

<b>Symptômes</b>	<b>fréquence</b>
<b>Agitation n (%)</b>	<b>70(94,6)</b>
<b>Agréssivité n (%)</b>	<b>32(43,2)</b>
<b>Excitation n (%)</b>	<b>28(37,8)</b>
<b>Hallucinations</b>	
<b>Absentes</b>	<b>23(31,1)</b>
<b>Auditives</b>	<b>39(52,7)</b>
<b>Visuelles</b>	<b>7 (9,5)</b>
<b>Cénesthésiques</b>	<b>1(1,4)</b>
<b>Mixtes</b>	<b>4(5,4)</b>
<b>Logorrhée</b>	<b>24(32,4)</b>
<b>Angoisse</b>	<b>56(75,7)</b>
<b>Confusion</b>	<b>2(2,7)</b>

**Tableau IV**– pourcentage des types d'hallucination relevé pour chaque catégorie diagnostique :

<b>Hallucinations (%)</b>	<b>SZP</b>	<b>TBP</b>	<b>TPB</b>	<b>TPI</b>	<b>TSF</b>
<b>Absentes</b>	23,8	66,7	12,5	0	50
<b>Auditives</b>	66,7	33,3	25	25	50
<b>Visuelles</b>	9,5	0	12,5	50	0
<b>Cénesthésiques</b>	0	0	12,5	0	0
<b>Mixtes</b>	0	0	37,5	25	0

### C) Caractéristiques thérapeutiques :

L'évolution de la prescription des psychotropes dans la population étudiée est résumée dans le tableau V :

**Tableau V** : types de psychotropes prescrits à chaque étape de l'évolution.

	J0	M1	M6
AP	66(89,2)	62(83,8)	60(83,3)
AP+RH	2(2,7)	8(10,8)	7(9,7)
AP+ANX	4(5,4)	—	—
AP+AD	2(2,7)	4(5,4)	5(6,9)

AP: antipsychotiques

RH: régulateurs de l'humeur

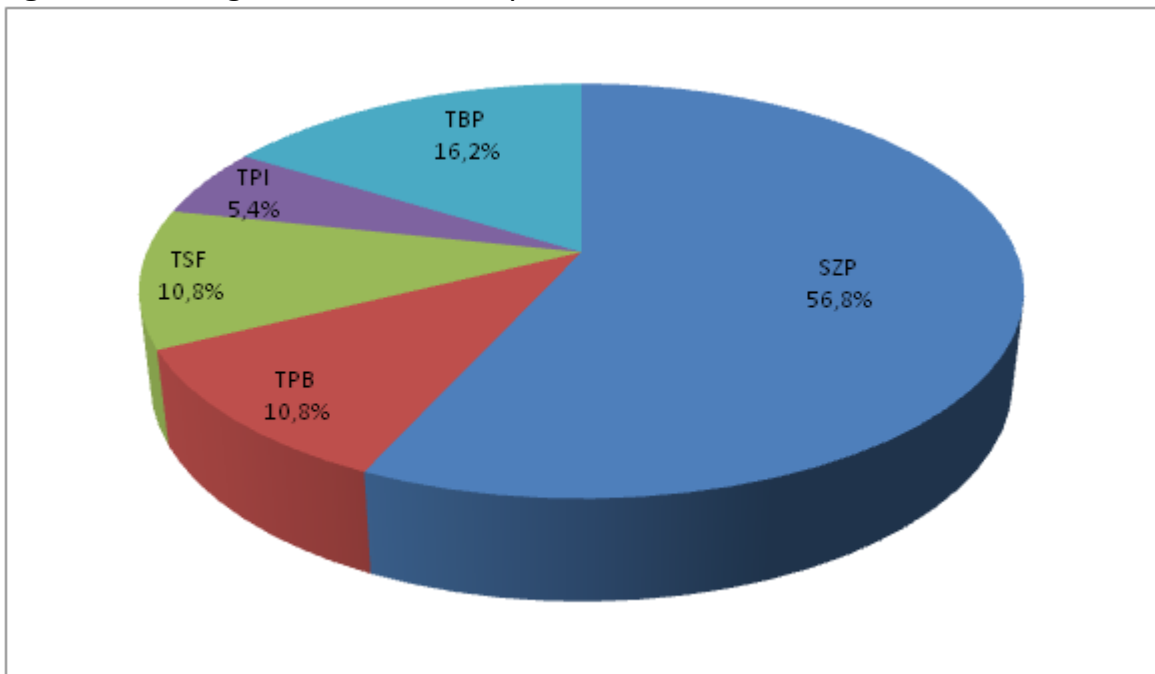
ANX : anxiolytiques

AD : antidépresseurs

### D) Caractéristiques évolutives :

\* Les diagnostics retenus après 6 mois d'évolution sont illustrés dans la figure n°1

Figure n°1 : diagnostics retenus après 6 mois d'évolution.



**SZP:** schizophrénie

**TPB:** trouble psychotique bref

**TSF:** trouble schizophréniforme

**TPI:** trouble psychotique induit

**TBP:** trouble bipolaire

\* les caractéristiques observées à l'admission, selon les différents diagnostics retenus ultérieurement, sont détaillées dans le tableau VII :

**Tableau VII**– distribution des caractéristiques relevées à l'admission pour chaque catégorie diagnostique :

caractéristiques	SZP	TBP	TPB	TPI	TSF	Test statistique	p
Age (ans) moy±ET	29±9	28±10	28±10	39±15	34±8	K-W*	0,28
ATCD P	19%	0%	25%	0%	25%	Khi2	0,37
ATCD F	36%	33%	33%	0%	0%	„	0,26
Evènement déclenchant	25%	33,3%	37,5%	50%	33%	„	0,3
Consommation drogue	20%	16,7%	50%	100%	25%	„	<b>0,006</b>
Agitation	95,2%	100%	100%	100%	75%	„	0,11
Agressivité	38%	33%	<b>75%</b>	<b>100%</b>	25%	„	<b>0,032</b>
Hallucinations	71,4%	33%	50%	50%	50%	„	0,15
Logorrhée	19%	<b>83,3%</b>	25%	0%	50%	„	<b>&lt;0,001</b>
Dissociation	23,8%	0%	25%	50%	0%	„	0,09
Éléments confusionnels	0%	0%	0%	50%	0%	„	<b>&lt;0,001</b>
Angoisse	90%	<b>0%</b>	100%	100%	75%	„	<b>&lt;0,001</b>

Tr personnalité	9,5%	0%	<b>25%</b>	0%	0%	„	<b>0,01</b>
Phase med [IQ] Prodromique	<b>9[3-27]</b>	4,5[3-7]	2,5[1-3]	2,5[2-3]	4,5[1-7]	K-W	<b>0,01</b>

\* test de Kurskal-Walis.

**\*tableau comparatif des résultats des différentes études élaborées au sujet du devenir des bouffées délirantes aiguës :**

Auteur	Année	Nombre de cas	Méthodologie	Recul (moy)	Pas de rechute Rechute identique TBP SZP
Laboucarie	1954	200	Analyse selon les critères du DSM III	11 ans	40,0% - 45,0% 15,0%
Metzger et Weibel	1990	191	Analyse selon les critères de Pull et Pichot	6,2 ans	35,0% 24,1% 7,3% 34,5%
Guilloux	1987	98	Analyse selon les critères de Pull et Pichot	4,4 ans	37,5% 23,0% 17,5% 21,0%
Lazaratou et al.	1988	55	Analyse selon	5 ans	29,0%

Devenir des bouffées délirantes aiguës

---

les critères du DSM III	18,0%
et de Pull et Pichot	16,0%
	36,0%

---



# DISCUSSION

#### IV- Discussion :

L'aspect évolutif des BDA a été largement débattu après l'avènement des NLP, ceux-ci ont permis d'améliorer le pronostic de nombreuses formes de psychose aiguë, et ont soulevé la question de la validité diagnostic de nombreuses entités nosographiques.

Si un certain nombre des premiers épisodes psychotiques sont liés à la schizophrénie ou à d'autres troubles schizophréniformes, la nature de la maladie n'est pas connue au moment du premier épisode psychotique et ce sont les symptômes psychotiques qui exigent une attention immédiate [27]. Le problème qui apparaît d'emblée est celui d'une « instabilité » quant au diagnostic lors d'un premier épisode. En effet, on peut dire qu'à ce stade, l'établissement d'un diagnostic est prématuré car peu fiable. Le diagnostic de schizophrénie est ainsi redressé dans environ 25 % des cas [28]. Diverses évolutions sont donc possibles. Le premier épisode psychotique peut être inaugural d'une schizophrénie, d'un trouble schizophréniforme, d'un trouble bipolaire, d'un trouble schizoaffectif, d'un trouble induit par une substance ou d'un trouble dû à une cause organique [29]. Laboucarie [30] a retenu 200 cas de psychoses délirantes aiguës, apparus chez des sujets de 15 à 25 ans et traités entre 1954 et 1960 par neuroleptiques et sismothérapie.

L'évolution a été suivie pendant une période de 8 à 14 ans et les conclusions sont les suivantes :

- 40 % d'accès psychotiques aigus sont définitivement guéris avec restauration secondaire ;
- 45 % des cas, après une rémission immédiate comparable aux cas précédents, présentent une évolution secondaire périodique dont les deux tiers évoluent dans le sens maniacodépressif franc avec des accès le plus souvent espacés et des intervalles libres normaux ;
- 15% des cas évoluent vers une chronicisation schizophrénique à des niveaux de gravité variables.

Metzger et Weibel [31] retrouvent, après un suivi de 6,2 ans chez 191 patients :

- 35 % de guérison,
- 24,1 % de récurrences (à l'identique),
- 7,3 % de troubles bipolaires
- et 34,5 % de psychoses chroniques.

En utilisant les mêmes critères, Guilloux [32] note, avec un recul de 4,4 ans chez 98 patients :

- 37,5% de guérison,
- 23% de récurrences,
- 17,5 % de troubles bipolaires
- et 21 % de psychoses chroniques.

Le pronostic du trouble schizophréniforme semble généralement moins bon : dans une étude réalisée par Zarate et al. [33], la majorité des premiers épisodes schizophréniformes sont diagnostiqués schizophréniques au bout d'un an seulement d'évolution. Une étude canadienne de Lancu et al. [34] trouve chez 36 patients souffrant de trouble schizophréniforme, après un suivi de 12 ans,

un taux de 84 % d'épisodes psychotiques, 70% des patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif.

Dans notre étude l'évolution s'est faite vers :

- La schizophrénie dans 56,8% des cas,
- La résolution des symptômes dans 27% des cas,
- Le diagnostic a été redressé vers celui d'un trouble bipolaire dans 16,2% des cas,
- alors que le diagnostic de trouble schizo-affectif n'a pas été relevé en raison du recul faible de l'étude (6 mois) ne permettant pas d'établir l'évolution de cette entité.

La variabilité des chiffres entre les études, y compris la nôtre, est due d'une part à la multitude des critères nosographiques retenus, et d'autre part au recul différent entre chaque série.

Devant la diversité des évolutions possibles, il est préférable de garder un diagnostic d'attente, qui n'empêchera pas une prise en charge des troubles. Il est important d'insister sur le fait qu'un report de diagnostic en raison d'une incertitude n'est pas synonyme d'un retard de traitement.

Les facteurs pronostic retenus par les différentes études dans la littérature sont l'existence:

- D'antécédents personnels et familiaux psychiatriques,
- De facteurs déclenchants,
- De trouble de la personnalité prémorbide,
- D'une symptomatologie incluant des éléments dysthymiques et confusionnels,

- D'une période prémorbide longue,
- De la présence de signes de dissociation.

Le sexe masculin et un jeune âge sont aussi des facteurs de mauvais pronostic [35-38].

L'étude de Metzger et Weibel [31] semble indiquer que les sujets ayant un âge de début supérieur ou égal à 35 ans, lorsqu'on les compare à ceux dont l'âge de début est inférieur à 25 ans, évoluent moins fréquemment vers une psychose chronique.

Dans notre étude, l'âge ne semble pas intervenir dans l'évolution des cas, de plus ce facteur est biaisé par le fait que tous les militaires sont âgés de plus de 18 ans, et pour la plupart d'entre eux, de moins de 50 ans. Il en est de même pour les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, qui n'ont pas été identifiés dans notre série comme étant prédictifs d'un des types d'évolution, contrairement à ce qui est communément admis [39].

Par ailleurs, les troubles psychiatriques d'origine toxique constituent un domaine très polymorphe sur le plan clinique mais aussi variable en termes de physiopathologie et de pronostic. Les tableaux cliniques sont souvent peu spécifiques, associant des troubles de la conscience à des manifestations qui peuvent se situer dans le registre thymique, voire psychotique. C'est souvent le caractère atypique des symptômes qui doit faire envisager un trouble induit par une consommation de toxique. Dans ce cas, ce sont le contexte, l'anamnèse et surtout une recherche de toxiques qui constituent les éléments fondamentaux à prendre en compte [40].

Dans notre étude ; ce diagnostic a été retenu chez 5,4% des patients, qui ont tous consommé du cannabis juste avant l'écllosion des troubles, cette consommation se voit également chez les autres patients, l'association entre l'utilisation du cannabis et la survenue ou l'aggravation des épisodes psychotiques et maniaques est bien documentée [41-44].

D'autre part, la présence d'évènement déclenchant a été citée par certains auteurs comme prédictive d'une évolution favorable. Il s'agit souvent de situations ou d'événements qui imposent au sujet une capacité d'adaptation, le mettant en défaut, sommé de devoir, de savoir ou de pouvoir quelque chose.

On peut citer :

- Les changements de mode ou de cadre de vie,
- Les atteintes au corps,
- Les états d'épuisement,
- Les expériences de pertes et de séparations,
- Les problèmes relationnels et affectifs [36].

Cet élément n'a pas été décisif dans notre série.

Le Début brutal décrit pour les BDA, ne semble pas toujours être le cas, et la présence d'une phase prodromique silencieuse est souvent observée.

Les prodromes sont définis comme des signes précoces avant-coureurs de la maladie dont ils précèdent les manifestations caractéristiques de la phase d'état [45]. 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 présence de cette période initiale caractérise la schizophrénie, mais n'est pas spécifique de

ce trouble. Selon Häfner et An der Heiden, il existe une phase prodromique chez 75 % des patients schizophrènes [46].

Chez 10 patients soit 33%, on retrouve des antécédents durant leur enfance. 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 ces manifestations sont extrêmement variées et aspécifiques, pouvant souvent passer inaperçu [39]. Notre étude confirme le fait que cette phase prodromique est plus longue chez les patients qui ont évolué vers la schizophrénie. D'où l'intérêt de bien chercher ces signes à l'interrogatoire, notamment avec l'entourage.

Concernant la composante d'agressivité, elle a été plus importante chez les patients dont le diagnostic retenu est celui de trouble psychotique induit (TPI) et de trouble psychotique bref (TPB), ce résultat a été confirmé par plusieurs auteurs qui ont constaté la présence d'éléments d'agitation et d'agressivité dans ces deux troubles [47-49].

La présence de troubles perceptifs a été relevée surtout chez les patients schizophrènes mais aussi chez les autres patients, et c'est le type

d'hallucinations (mixtes, visuelles) et non leur présence qui permet d'orienter vers le diagnostic. Ainsi, la présence d'hallucinations auditives seules est plus fréquente chez les schizophrènes, alors que les hallucinations visuelles et mixtes semblent plus fréquentes chez les patients qui ont présenté des TPI et des TPB, cela concorde avec les observations de plusieurs auteurs qui ont aussi fait ce constat [50-52].

L'un des éléments les plus significatif dans notre étude, est la présence de logorrhée à l'admission chez les patients dont le diagnostic retenu est celui de trouble bipolaire, cela paraît évident quand on sait que la logorrhée fait partie des critères de définition d'un accès maniaque, et que c'est un symptôme assez constant chez ces patients [53] même s'il n'est pas spécifique.

Les éléments confusionnels ont été retrouvés uniquement avec le TPI, la présence de ces éléments est caractéristique de ce trouble [53], même si cette note confusionnelle peut se voir parfois dans les accès psychotiques non induits, selon l'intensité du délire et de l'angoisse [36].

Concernant les perturbations de l'humeur, elles ont été constatées chez plus de 62% des cas, dans la littérature, l'humeur est fréquemment perturbée lors des épisodes psychotiques aigus, soit dans le sens de l'exaltation, de l'euphorie, soit dans le sens de la tristesse et de la prostration. En fait, l'humeur oscille et se lie à l'activité délirante, tant dans ses modalités que dans son intensité, en redoublant le polymorphisme. Un trouble thymique, et spécialement un état maniaque, peut poser un problème de diagnostic, du fait de la prévalence des signes maniaques et de la thématique délirante qui s'y rapporte, notamment chez l'adolescent [36].

Un autre élément important révélé par notre étude, est l'apparence d'une absence d'éléments anxieux chez les patients qui se sont révélés bipolaires, alors que l'angoisse est un élément fréquent voir constant dans les autres diagnostics. Cela a été aussi confirmé dans la littérature [36]. L'absence d'angoisse lors d'une BDA pourrait être donc retenue comme un facteur prédictif pour l'évolution vers un trouble bipolaire.

Nous avons constaté que la présence de troubles de personnalité prémorbides (antisociale et borderline) a été retrouvée chez les patients atteints de TPB, la survenue d'épisodes psychotiques aigus est une caractéristique évolutive de ces troubles de personnalités [54]. Alors que d'autres troubles de personnalité de type schizoïde ou schizotypique semblent être un facteur de vulnérabilité à une évolution psychotique chronique [39].

Enfin, sur le plan thérapeutique, tous les patients ont reçu des NLP à l'admission, associés à des anxiolytiques dans environ 70% des cas. La prise en charge du patient agité dans le cadre d'une BDA, fait appel aux neuroleptiques qui ne sont pas utilisés seulement pour leur action antipsychotique mais aussi pour leurs propriétés sédatives.

C'est l'association d'un neuroleptique à une benzodiazépine qui s'avère être le traitement le plus efficace en termes de niveau de sédation. De plus, les patients traités par l'association benzodiazépine–neuroleptique, présentent moins d'effets secondaires que lorsqu'ils reçoivent un neuroleptique seul [53,55].

Cette étude comporte quelques **limites**. Les résultats présentés ici ont été obtenus à partir d'informations disponibles sur dossiers, informations qui, dans certains cas, n'étaient pas toujours exhaustives. La durée de suivi des patients ne permet pas d'avoir plus de précision sur l'évolution à long terme, vu que d'autres épisodes survenant plus tard peuvent encore faire changer le diagnostic. En plus, l'échantillon de notre étude est faiblement représentatif de la population générale, vu qu'il s'agit d'une population masculine, militaire, et à priori en bonne santé physique.



# CONCLUSION

Les bouffées délirantes aiguës, décrites par Magnan sont diversement nommées à travers le monde. Cependant l'autonomie de tels états pathologiques ne fait pas l'unanimité dans les courants de pensées psychiatriques actuels. Pour certains auteurs ce qu'on nomme bouffée délirante aiguë ne serait qu'une forme clinique de schizophrénie. D'autres, par contre, ont situées ces bouffées délirantes dans le cadre du trouble bipolaire. La thèse selon laquelle la bouffée délirante serait une entité autonome garde aussi ses adeptes dans la psychiatrie contemporaine.

L'évolution de ces bouffées a fait donc l'objet de plusieurs travaux, dont l'intérêt portait surtout sur leur aspect pronostique.

Dans ce travail, comme dans beaucoup dans la littérature, nous constatons que ce diagnostic est plutôt un

diagnostic d'attente, dont l'évolution peut être extrêmement variable. Ce travail a également démontré que la bonne anamnèse, scrutant les détails de la période prodromique, et l'analyse sémiologique fine, peuvent permettre de raccourcir cette période d'attente, et aider à mettre en place la prise en charge la plus appropriée. Les enjeux pronostiques qui en découlent sont majeurs. En somme, cela doit inciter les cliniciens à ne plus se contenter de ce diagnostic d'urgence, et à garder en permanence le souci d'anticiper son évolution.



# RESUME

## RESUME

**Titre:** Devenir des patients présentant une bouffée délirante aiguë.

**Mots clés :** bouffées délirantes aiguës – nosographie– clinique– évolution – éléments du pronostic.

**Auteur:** EL GUETTABI Youssef

Le diagnostic de bouffée délirante aiguë (BDA), très caractéristique de la nosographie française, est souvent envisagé en tant que diagnostic d'attente. L'évolution et le pronostic de ces épisodes aigus restent très ouverts, allant de la guérison intégrale jusqu'à l'installation d'une schizophrénie. Il est habituel de souligner, la fréquence des manifestations thymiques et la relative fréquence des évolutions vers un trouble bipolaire. Tolérer cette incertitude diagnostique et pronostique semble difficile et douloureux pour le patient et ses proches mais aussi parfois pour les soignants. La question reste fondamentale, car elle conditionne le type de prise en charge et le traitement médicamenteux.

Dans ce travail rétrospectif, nous avons analysé l'évolution de patients hospitalisés au service de psychiatrie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat, admis à l'occasion de bouffée délirante aiguë, en essayant de chercher les caractéristiques liées à chaque mode d'évolution, et les éléments prédictifs pour chaque type d'évolution. Pour ce faire, les données (concernant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et les diagnostics retenus) sont recueillies à l'admission, puis après un mois et 6 mois d'évolution. Au total 74 dossiers ont été retenus.

Dans notre étude l'évolution s'est faite vers la schizophrénie dans 56,8% des cas, alors que dans 27% des cas elle s'est faite vers la résolution des symptômes, le diagnostic a été redressé vers celui d'un trouble bipolaire dans 16,2% des cas.

Ces résultats, confirment le caractère transitionnel de ce diagnostic, et impliquent une plus grande attention à la période prodromique et aux variétés symptomatiques.

## Summary

**Title: prognosis of acute delirium**

**Key words:** acute delirium– nosology– Clinical features– evolution– prognosis .

**Other: EL GUETTABI Youssef**

The diagnosis of acute delirium, very characteristic of the French nosology, is often considered as a diagnosis waiting. The course and prognosis of acute episodes are very open, ranging from full recovery to the installation of schizophrenia. It is usual to underline the frequency of thymic events and the relative frequency of mood changes to a bipolar disorder. Tolerate the diagnostic and prognostic uncertainty is difficult and painful for the patient and family but sometimes also for caregivers. The question is fundamental because it determines the type of care and drug treatment.

In this retrospective study, we have analyzed the evolution of patients hospitalized in the psychiatric hospital military training Mohammed V in Rabat, admitted at the time of acute delirium, trying to look for characteristics associated with each mode of evolution, and the predictive elements for each type of evolution. To do this, the data (for demographics, clinical, therapeutic and diagnostic retained) are collected at admission and after one month and 6 months of evolution. A total of 74 files were selected. In our study the evolution is made to schizophrenia in 56.8% of cases, while 27% of the time it is made to the resolution of symptoms, the diagnosis was adjusted to bipolar disorder in 16.2% of cases. These results confirm the transitional nature of this diagnosis, and involve more attention to the prodromal period and symptomatic varieties.

## ملخص

**العنوان:** مصير الهبات الهذيانية الحادة

**الكلمات الأساسية:** الهبات الهذيانية الحادة – تصنيف الأمراض النفسية – التشخيص

السريري - التطور – العناصر التنبؤية

**الكاتب:** الكطابي يوسف

غالبا ما يعتبر تشخيص الهذيان الحاد، وهو مميّز في علم تصنيف الأمراض الفرنسي، تشخيصا للانتظار. تطوّر و مصير هذه النوبات الحادة يضل مفتوحا للغاية، يتراوح بين الشفاء الكامل و التثبّت من تشخيص الفصام، دون إغفال تغيرات المزاج و التطور إلى اضطراب ثنائي القطب. تقبل عدم اليقين في تشخيص و مصير هذه النوبات يبدو صعبا و مؤلما للمريض و أقاربه، بل أيضا للمعالج في بعض الأحيان. يبقى هذا التساؤل أساسيا لأنه يحدد نوع الرعاية المقدمة و العلاج في هذه الدراسة بأثر رجعي، قمنا بتحليل تطور مرضى مصلحة الطب النفسي بالمستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس بالرباط الحاملين لتشخيص الهذيان الحاد، في محاولة للبحث عن الخصائص المميزة و العناصر التنبؤية لكل نمط من التطور. من أجل ذلك قمنا بجرد البيانات المتعلقة بالخصائص الديمغرافية، السريرية والعلاجية، بالإضافة إلى التشخيص النهائي، عند الدخول، بعد شهر واحد ثم بعد ستة أشهر، إجمالي السجلات كان 74 سجلا. في دراستنا تم التطور إلى إنقسام الشخصية عند 56,8 المائة من الحالات، بينما تماثلت 27 في المائة من الحالات للشفاء، كما تم تعديل التشخيص إلى اضطراب ثنائي القطب عند 16,2 في المائة من الحالات هذه النتائج تُؤكد الطابع الانتقالي لهذا التشخيص، وتبيّن ضرورة إيلاء بالغ الاهتمام للفترة الباكرة و لمختلف الأعراض.



# ANNEXES

➤ **ANNEXE 1**

N° du dossier :

**Caractéristiques socio-démographiques**

**Sexe :** M   F

**Age :**

**Antécédents :**

**Personnels :** psychiatriques : oui  non

Consommation de drogue: oui  non

**Familiaux :** psychiatriques : oui  non

**Durée de la phase prodromique :**

--

### Caractéristiques cliniques

**Trouble de la personnalité :** oui  non

**Facteurs déclenchants :** oui  non

**Délire :** J0  M1  M6

**Humeur :** J0  M1  M6

**Insomnie :** J0  M1  M6

**Angoisse :** oui  non

**Hallucinations :** ou  non

**Type d'hallucination :**

**Agressivité :** oui  non

**Agitation :** oui  non

**Logorrhée :** oui  non

**Confusion :** oui  non





# BIBLIOGRAPHIE

- 1 SAMUEL – LAJEUNESSE B. Bouffées Délirantes Aiguës(BDA). Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie 37230, A10, 10-1985, 10p.
- 2 KACHA F. « Place des troubles psychotiques aigus dans les classifications actuelles.» L'encéphale ; 1999 ; vol25 ; N°25 ; NS3 ; 1-4.
- 3 PULL C.B., PULL MC., PICHOT P. «Les critères diagnostiques en psychiatrie.» Edition technique. EMC (parie-France).psychiatrie, 37-102-C15, 1995, P.7
- 4 CIM 10. Classification internationale des maladies. 10e révision. Chap V: Troubles mentaux et troubles du comportement. Paris: Masson; 1993.
- 5 CAIXETA.M « Diagnostic différentiel des troubles psychotiques aigus » Annales de psychiatrie ; 2001 ; Vol16 ; n°1 ; PP 25-34.
- 6 American Psychiatric Association. Traduction française coordonnée par JD Guelfi, P. BOYER, C.-B. PULL ET M.-C. PULL : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Quatrième édition texte révisé ; Masson; 1996
- 7 PULL C.B., PULL MC., PICHOT P. « Des critères empiriques français pour les psychoses » Algorithme et arbres de décision. Encéphale ; 1987 ; XIII : 59-66
- 8 H. Ey. Encycl. méd. - chir, 1955, 230 A 10
- 9 MARC B., PIERRE B., GUILLERM L. « la bouffée délirante aigue : conduite à tenir » Gazette Médicale ; 1993 ; Vol 100 ; n°2 ; 18-20
- 10 ROBERT P., DARCOURT G. « état délirant aigu, orientation diagnostique, traitement et conduite à tenir en situation d'urgence » La Revue du praticien ; 1997 ; Vol 47 ; n°11 ; 1261-1263
- 11 Magnan V. « leçons cliniques sur les maladies mentales » Faites à l'asile de Sainte –Anne. Bataille, Paris.1893.
- 12 CANNABIS. « Quel effet sur le comportement et la santé » édition I.N.S.E.R.M. 2001

- 13** BOURIN M. « délire et médicaments » Actes de la journée psychiatrique du Val de Loire, 1987
- 14** H. Weibel. J.-Y. Metzger, « Psychoses délirantes aiguës » EMC-Psychiatrie 2 (2005) 40–61
- 15** SAMUEL LA JEUNESSE B., HEIM A. « Psychoses délirantes aiguës ». Éditions techniques. Encycl. Med. Chir (Paris-France) ; Psychiatrie ; 37-230-A10 ; 1994 ; P9
- 16** LANGFELDT G. « the schizophreniform states » Oxford University Press. London.1939
- 17** KANT O. « study of a group of recovered schizophrenics ». Psychiatrie 1941; 155, 262-283
- 18** Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie. Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques (23–24 Janvier 2003). Paris: John Libbey Eurotext; 2003.
- 19** American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154 (suppl4).
- 20** Spadone C. Indications des antipsychotiques : troubles schizophréniques et apparentés. Premier épisode. In: Olié JP, Dalery J, Azorin JM, editors. Médicaments antipsychotiques : évolution ou révolution ?. Paris: Acanthe; 2001. p. 349–57.
- 21** Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rakkolainen V, Syvalahti E. Two years outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? Eur Psychiatry 2000; 15: 312–20
- 22** De Carvalho W, Olié JP. Électroconvulsothérapie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 97<sup>e</sup> session, Biarritz, 1999. Paris: Médias flashes; 2001.

- 23** Marcelli D, Rose-Reinhardt H, Fahs H, Kasolter-Pere M-A. Épisode psychotique aigu de l'adolescent et du jeune adulte. Questions diagnostiques, thérapeutiques et éthiques. *Ann Méd Psychol* 2002;160:386–95.
- 24** Israel L. Analyse directe d'un état psychotique aigu. *Ann Med Psychol (Paris)* 1992; 1:401–2
- 25** Rosen JN. L'analyse directe. Paris: PUF; 1960.
- 26** Baubet T, Moro MR. Psychiatrie et migrations. In: Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 101<sup>e</sup> session. Paris: Masson; 2003.
- 27** McGorry PD, McKenzie D, Jackson HJ, Waddell F, Curry C. Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? *Schizophr Res* 2000; 42:91–100
- 28** Fennig S, Kovasznay B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A, et al. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patient with psychosis. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1200–8
- 29** 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
- 30** Laboucarie J. Les schizophrénies aiguës. *Évolution Psychiatrique* 1958; 3:549–74
- 31** Metzger JY, Weibel H. Les bouffées délirantes. Paris: Masson; 1992
- 32** Guilloux J. Psychoses délirantes aiguës. Statut nosologique et évolution. *Revue Française de psychiatrie* 1987;5:9–13
- 33** Zarate Jr CA, Tohen M, Land ML. First episode schizophreniform disorder: comparison with first episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2000; 46:31–4
- 34** Iancu I, Dannon PN, Ziv R, Lepkifker E. A follow-up study of patients with DSM-IV schizophreniform disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 56–60.

- 35 J.-M. Azorin \*, A. Kaladjian, E. Les psychoses brèves Annales Médico Psychologiques 162 (2004) 247–254
- 36 H. Weibel, J.-Y. Metzger Psychoses délirantes aiguës EMC-Psychiatrie 2 (2005) 40–61
- 37 McGorry PD, McKenzie D, Jackson HJ, Waddell F, Curry C. Can we improve the diagnostic efficiency and predictive power of prodromal symptoms for schizophrenia? Schizophr Res 2000; 42:91–100.
- 38 Birchwood M. The critical period for early intervention. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C, editors. Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions. London: Wiley; 2000. p. 28–63
- 39 BABAÏ J. 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 soutenue le 19 OCTOBRE 2010. Faculté de médecine de Nancy
- 40 P.-M. Llorca, I. Chereau, G. Brousse, R. Schawn .Troubles psychiatriques d'origine toxique ou alimentaire EMC-Psychiatrie 1 (2004) 188–200
- 41 Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult Psychosis: longitudinal prospective study. Br Med J 2002; 325:1212–1213.
- 42 Pencer A, Addington J. Substance use and cognition in early psychosis. J Psychiatry Neurosci 2003; 28:48–54.
- 43 Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population based study. Am J Epidemiol 2002; 156:319–327
- 44 Krebs MO, Goldberger C, Dervaux A. Est-il possible d'établir un lien de causalité entre abus de substances psycho-actives et schizophrénie débutante ?

Conférence de consensus des 23 et 24 janvier 2003. Sur les schizophrénies débutantes. Paris: John Libbey Eurotext; 2003. p.188.

45 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:s33-44.81

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

47 Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Management of agitated, violent or psychotic patients in the emergency department: an overdue protocol for an increasing problem. *An Pediatr (Barc)*. 2005 Dec; 63(6):526-36

48 Milas M. Acute psychosis with aggressive behavior as a consequence of MDMA (Ecstasy) consumption. *Lijec Vjesn*. 2000 Jan-Feb; 122(1-2):27-30.

49 Alessandro Colasanti,<sup>1,2</sup> Silvia Paletta,<sup>1</sup> Donatella Moliterno,<sup>1</sup> Alessandra Mazzocchi,<sup>1</sup> Massimo Carlo Mauri,<sup>1</sup> and Alfredo Carlo Altamura. Symptom Dimensions as Predictors of Clinical Outcome, Duration of Hospitalization, and Aggressive Behaviours in Acutely Hospitalized Patients with Psychotic Exacerbation. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2010; 6: 72–78.

50 Ryan C. Teeple, B.S., Jason P. Caplan, M.D., and Theodore A. Stern  
Visual Hallucinations: Differential Diagnosis and Treatment.

51 Cummings JL, Miller BL: Visual hallucinations-Clinical occurrence and use in differential diagnosis. *West Med* 1987Jan; 146:46-51

52 Richard J. Stevenson, Robyn Langdon, Jonathan McGuire. Olfactory hallucinations in schizophrenia and schizoaffective disorder: A phenomenological survey. *Psychiatry Research* 185 (2011) 321–327

**53** F. Moritz, J. Jenvrin, S. Canivet, D. Geraultlogorrhée. Conduite à tenir devant une agitation aux urgences (Management of agitated patients in emergency departments). *Réanimation* 13 (2004) 500–506

**54** APA. Troubles de la personnalité. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> édition, texte révisé 2002 p : 789-840

**55** Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs*. 2005; 65(9):1207-22.


# قسم ابقر اط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم


في هذه اللحظة التي يتم فيها قبول عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
  - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه .
  - ◀ وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشرعية في جاعلا صحة مريضى هد في الأول .
  - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
  - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
  - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
  - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
  - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
  - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقبت من تهديد .
  - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرعية .
- والله على ما أقول شهيد .



## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
  - Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
  - Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
  - Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
  - Les médecins seront mes frères.*
  - Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
  - Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
  - Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
  - Je m'y engage librement et sur mon honneur.*
- 

مصير الهبات الهذيانية الحادة  
بصدد 74 حالة مع استعراض الأدبيات

**أطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرفه

**السيد : يوسف الكطابي**

المزاد في : 29 نونبر 1984 بخنيفرة

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية: الهبات الهذيانية الحادة – تصنيف الأمراض النفسية – التشخيص السريري  
– التَطَوُّر – العناصر التنبؤية

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

**السيد: محمد زكريا بشرا**  
أستاذ في الطب النفسي  
**السيد: عبد الرزاق وناس**  
أستاذ في الطب النفسي  
**السيدة: فاطمة العماري**  
أستاذة في الطب النفسي  
**السيد: أحمد بورزة**  
أستاذ في طب الأعصاب

أعضاء