

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 1991



Thèse n° 511



106 008209 9

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOSES
DELIRANTES AIGUES
PLACE DE LA BOUFFEE DELIRANTE
A PROPOS D'UNE ETUDE RETROSPECTIVE
DE 76 DOSSIERS SUR 10 ANS

THESE

pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 8 Février 1991

PAR

Alain RATTI

Interne de Spécialité

né le 23 Janvier 1959 à NIMES (Gard)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEGER, _____ Président

Monsieur le Professeur DUMONT, _____ } Juges

Monsieur le Professeur GAROUX, _____ }

Monsieur le Professeur PIVA, _____ }

Monsieur le Docteur LOMBERTIE, _____ Membre invité



Ex 1

Sibip: 278339

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



Année 1991

Thèse n°105

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOSES
DELIRANTES AIGUES
PLACE DE LA BOUFFEE DELIRANTE
A PROPOS D'UNE ETUDE RETROSPECTIVE
DE 76 DOSSIERS SUR 10 ANS

THESE

pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 8 Février 1991

PAR

Alain RATTI

Interne de Spécialité

né le 23 Janvier 1959 à NIMES (Gard)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEGER, _____ Président

Monsieur le Professeur DUMONT, _____ } Juges

Monsieur le Professeur GAROUX, _____ }

Monsieur le Professeur PIVA, _____ }

Monsieur le Docteur LOMBERTIE, _____ Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

-DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
-ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
: Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT : —

. PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie Infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique Obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de Chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPRODES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUNOYER Jean	Clinique de Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle

LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

A la mémoire de mes parents,
qui m'ont tout donné,
avec ma reconnaissance et ma profonde affection

A Véronique, ma femme,
avec tout mon amour

A Elsa, ma fille,
avec toute ma tendresse

A ma famille

A mes amis

Je dédie ce travail

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur LEGER
Professeur des Universités de psychiatrie d'Adulte
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

Vous nous avez prodigué vos conseils dans
l'apprentissage de la psychiatrie.

Nous vous sommes reconnaissant de votre enseignement
riche de qualités scientifiques et humaines.

Nous vous remercions d'avoir guidé ce travail, qu'il
soit le témoignage de notre profond respect.

A nos Juges

A Monsieur le Professeur GAROUX
Professeur des Universités de Pédo-psychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

Vous nous avez toujours fait bénéficier d'un enseignement de valeur avec une égale disponibilité et une grande compréhension.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur PIVA
Professeur des Universités de Médecine Légale
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Soyez remercié de siéger parmi nos juges et de la
bienveillante sympathie que vous nous avez témoignée.

A Monsieur le Professeur DUMONT

Professeur des Universités de Médecine du Travail

Médecins des Hôpitaux

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail.

Nous vous assurons de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur LOMBERTIE
Praticien Hospitalier
Psychiatre de Hôpitaux

Nous avons pu apprécier votre compétence et votre
humanité.

Soyez remercié de vos conseils et de votre aide
patiente dans l'élaboration de ce travail.

Au personnel du Service Hospitalo-Universitaire de
psychiatrie pour leur soutien tout au long de ce travail.

Au Docteur Jean-Jacques DUMOND

Avec toute mon amitié.

PLAN

Introduction

I Aspects historiques

I-1 Origine et description de la bouffée délirante polymorphe par Magnan et ses élèves.

I-2 Evolution des idées sur la bouffée délirante

I-2-1 En France

I-2-2 En Allemagne

I-3 Résurgence du concept en France

II Approches psychopathologiques

II-1 Abord phénoménologique

II-2 Théorie Psychanalytique

III Clinique

III-1 Description clinique

III-1-1 Forme typique

III-1-2 Formes cliniques

III-1-3 Evolution

III-2 Diagnostic

III-2-1 Diagnostic positif

III-2-2 Diagnostic différentiel

III-2-3 Les critères diagnostiques

IV Nosographie

IV-1 Principales descriptions

IV-2 Situation dans les classifications

IV-2-1 INSERM

IV-2-2 ICD 9

IV-2-3 DSM III

IV-2-4 DSM III-version révisée

IV-3 Hypothèses nosographiques

V Etude personnelle

V-1 Méthodologie

V-1-1 But

V-1-2 Moyens

V-1-3 Limites de la méthode

V-2 Observations

V-3 Résultats

V-3-1 Résultats concernant les 76 patients

V-3-1 Résultats concernant les trois groupes
évolutifs

V-4 Discussion

V-4-1 Comparaison avec la littérature

V-4-2 Bouffée délirante aiguë: maladie ou syndrome

Conclusion

Bibliographie

INTRODUCTION

La bouffée délirante aiguë se définit par un état psychotique d'installation rapide caractérisé par des phénomènes délirants multiples et polymorphes, l'association fréquente de troubles de l'humeur, et une durée limitée à quelques semaines.

L'évolution à court terme se fait en général vers la guérison, mais il existe une incertitude sur le pronostic à long terme. En effet, à côté des guérisons complètes et définitives il existe des cas de récurrences intermittentes et périodiques et d'autres qui évoluent sur un mode déficitaire de type schizophrénie paranoïde.

Ce sont Magnan et ses élèves qui dans les années 1890 ont décrit ce concept clinique de bouffée délirante.

Presque un siècle plus tard il reste encore d'actualité. Peron (71) dans sa thèse en 1978 constatait que 77% des psychiatres français étaient attachés au terme même de bouffée délirante. Des travaux récents, de Weibel (102) de Cousin (20) notamment s'attachent à défendre ce concept.

Pourtant sur le plan international, il est loin d'être admis par tous les auteurs.

Dans notre expérience, nous avons observé ces états psychotiques aigus dont l'évolution est difficilement prévisible et qui semblent répondre à la définition de la bouffée délirante.

Ceci nous amène à nous poser deux questions auxquelles nous essaierons de donner des éléments de réponse dans ce travail:

1) Qu'est-ce que la bouffée délirante aiguë ?

Pour répondre à cette question nous envisagerons le problème à

travers plusieurs aspects :

-D'abord sur un plan historique, nous verrons quelle a été son évolution de son origine à nos jours en France et en Allemagne, pays où elle a eu une destinée différente.

-Ensuite, au niveau psychopathologique, nous nous intéresserons aux conceptions phénoménologiques de la bouffée délirante, ainsi qu'à la théorie psychanalytique concernant les psychoses.

-Enfin nous détaillerons la clinique de la bouffée délirante et des psychoses délirantes aiguës, et les conceptions actuelles des critères diagnostiques.

2) Où situer la bouffée délirante dans les nosographies internationales ?

Nous verrons quelle place on peut lui attribuer dans trois grandes classifications que sont celles de l'INSERM, CIM 9, et la classification américaine du DSMIII (version initiale et révisée).

Après ces éléments théoriques, nous exposerons les résultats d'une étude rétrospective concernant des patients hospitalisés avec le diagnostic de bouffée délirante dans le service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte de Limoges .

I ASPECTS HISTORIQUES

La bouffée délirante est née il y a un siècle ,avec les travaux de Magnan(61).

Nous allons dans cette approche historique évoquer son origine et son évolution dans la psychiatrie mondiale dominée au début du vingtième siècle par les conceptions françaises et allemandes.

I-1 ORIGINE ET DESCRIPTION DE LA BOUFFEE DELIRANTE POLYMORPHE PAR MAGNAN ET SES ELEVES.

Ce sont d'abord les élèves de Magnan,Saury(85) en 1885 dans sa thèse "Etude clinique sur la folie héréditaire" et Legrain(59) en 1886 dans "Délire chez les dégénérés",qui font les premières descriptions écrites de cette entité.

Magnan ne publiera son enseignement oral qu'en 1891 dans ses "Leçons cliniques sur les maladies mentales".

Cette description clinique repose sur la théorie de la dégénérescence que Morel avait élaborée dans les années 1840 et que Magnan a reprise en l'adaptant.Pour ce dernier en effet,la dégénérescence est:"l'état pathologique de l'être qui,comparativement à ses générations les plus immédiates est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie.Cet amoindrissement,qui se traduit par des stigmates permanents,est essentiellement progressif,sauf régénération intercurrente;quand celle-ci fait défaut il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce".

Voici définie la dégénérescence, que Magnan situait donc dans un contexte évolutionniste darwinien.

En outre, il ordonne sa théorie autour de quatre concepts fondamentaux:

1) la prédisposition, c'est-à-dire l'état initial du dégénéré en l'absence de complication, qui peut être acquis ou héréditaire.

2) le déséquilibre, qui est la perte de synergie entre les différentes fonctions de l'individu.

3) les stigmates, c'est à dire les signes physiques: atrophie, hypertrophie, dystrophie, et moraux caractérisés par une arriération intellectuelle, affective, et une inadaptation sociale.

4) l'existence de syndromes épisodiques dont font partie les bouffées délirantes.

Magnan a utilisé cette théorie pour l'appliquer aux conceptions psychiatriques et proposer une nosographie cohérente; il a opposé alors la notion de délire polymorphe aigu survenant chez le dégénéré à celui du délire chronique à évolution systématique survenant chez un sujet indemne de toute dégénérescence.

En 1891, Sérieux élève de Magnan, justifie cette position dans un article sur le délire chronique et la psychose des dégénérés.

Quelles sont les caractéristiques du délire d'emblée décrit par Magnan et ses élèves? C'est ce que nous allons traiter maintenant.

Nous ne reviendrons pas sur le terrain prédisposant constitué par la dégénérescence.

Le caractère clinique essentiel de ces délires est d'apparaître avec une étonnante brusquerie, sans préparation en quelques heures, en quelques jours. "Le délire, écrit Magnan, jaillit

violemment avec l'instantanéité d'une inspirationc'est un coup de tonnerre dans un ciel serein".

Les idées délirantes apparaissent multiples et polymorphes, il peut s'agir d'idées de persécution, d'idées de grandeur, d'idées mystiques qui peuvent se succéder et s'intriquer.

On peut remarquer ici que Magnan excluait de sa description les hallucinations, alors que Legrain les admettait.

Parfois ce sont des délires impossibles à qualifier et qui sont spéciaux aux dégénérés: ils ne reconnaissent plus leur entourage, ils s'étonnent quand on les appelle et soutiennent qu'ils n'existent plus.

Complet dès le début, ce délire n'évolue pas, il piétine sur place, ne progresse et ne s'accroît pas.

Son évolution est en général favorable, il est habituellement passager, de survenue brusque il disparaît en quelques jours. Ce sont disait Magnan "des délires sans conséquence sinon sans lendemain".

Legrain distinguait des formes cliniques en fonction d'une périodicité.

Aux côtés de l'accès simple, il décrivait:

- les délires en série polymorphes caractérisés par une suite de bouffées délirantes constituées d'une succession d'idées délirantes.

- les bouffées à type intermittent où les accès délirants réapparaissent dans la vie de l'individu après des périodes de calme.

Il distinguait également une forme clinique en fonction du terrain, c'est-à-dire un délire d'emblée survenant dans le cours d'évolution d'un délire chronique. Le délire éclate alors comme un syndrome supplémentaire, Legrain remarquant qu'il n'y a pas de parenté de thème entre les deux délires mais soulignant cependant qu'il peut exister une origine commune: "Toutes ces effervescences délirantes sont comme autant de bourgeonnements éphémères appartenant au même tronc".

On peut remarquer que Legrain n'incluait pas de forme clinique selon la symptomatologie ce qui sera, nous le verrons plus tard, modifié dans les conceptions ultérieures.

Tels étaient les délires épisodiques des dégénérés de l'école parisienne de Magnan.

Ces idées ont subi des évolutions notamment en France et en Allemagne que nous allons détailler maintenant.

I-2 EVOLUTION DES IDEES SUR LA BOUFFEE DELIRANTE

I-2-1 En FRANCE.

La bouffée délirante connut en France une destinée marquée par un certain déclin dont nous allons voir plusieurs éléments.

Tout d'abord, en 1895, Chaslin(12) décrit la confusion mentale primitive, concept qui pris une grande importance en englobant une partie des délires dégénératifs aigus, ce qui réduisit d'autant la place des bouffées délirantes.

Cependant, ce concept perdit de son audience, et Chaslin écrivait en 1920 que le domaine de la confusion était de plus en plus réduit.

Un autre aspect est la description de multiples formes cliniques qui insistent sur la sémiologie:

-La paranoïa aiguë:

Seglas (88), en France, reprenant les travaux de Westphal datant de 1878 (Acute primare verrucktheit) décrit en 1895 dans les leçons cliniques (quatorzième leçon) la paranoïa aiguë. Pour lui: "la paranoïa est un état psychopathique fonctionnel, caractérisé par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant ni une décadence profonde, ni un désordre général, s'accompagnant presque toujours d'idées délirantes plus ou moins systématisées et permanentes avec des hallucinations fréquentes. Cette affection étant essentiellement chronique, mais certains cas peuvent reproduire la paranoïa chronique sous une forme abrégée, et comme tels méritent la dénomination de paranoïa aiguë".

Seglas y reconnaissait une parenté avec les délires dégénératifs et il écrivait notamment: "Magnan englobe tous ces cas aigus dans sa folie des dégénérés sous le nom de délire d'emblée et polymorphe".

Trenel (98), dans "Notes sur la paranoïa aiguë" parues en 1910 dans les Annales médico-psychologiques rapporte l'observation d'un cas de délire aigu à forme paranoïaque. Il discute la place donnée aux

délires systématisés aigus et reconnaît la valeur du terme de Magnan de délire polymorphe.

-La psychose hallucinatoire aiguë.

Farnarier(34), élève de Sérieux, décrit dans sa thèse en 1899 "La psychose hallucinatoire aiguë" qu'il présente comme une variété de délire d'emblée des dégénérés.

-La psychose imaginative aiguë.

Dupré et Logre(27) en 1914, dans les Annales médico-psychologiques, décrivent les psychoses imaginatives aiguës essentielles qu'ils assimilent aux bouffées délirantes, mais qui se caractérisent par des thèmes très nombreux qui suivent les orientations personnelles du sujet et qui jaillissent spontanément de l'esprit, par des mécanismes spécifiques que sont l'intuition et l'invention délirantes avec une fabulation. Ils les différencient des psychoses chroniques incurables.

-Les psychoses interprétatives essentielles

Dans sa thèse en 1927, Valence(99) étudie les états interprétatifs. Il introduit la notion de psychose interprétative aiguë essentielle dont le mécanisme fondamental est l'interprétation délirante. Il la situe hors du cadre de la paranoïa à cause de l'absence d'évolution chronique et de constitution paranoïaque.

Il les place dans les délires polymorphes des dégénérés de Magnan

en les classant dans la pathologie de l'émotivité.

Tous ces exemples traduisent une sorte d'éclatement séméiologique des conceptions de Magnan sur la psychose dégénérative en France.

D'autres auteurs se sont interrogés sur la place de la bouffée délirante par rapport aux autres entités.

Santenoise(84), en 1923, dans un article paru dans les annales médico-psychologiques se pose la question des relations qui peuvent exister entre les psychoses périodiques et certaines bouffées délirantes, en rapportant l'observation d'un patient ayant un délire d'emblée avec une excitation de type maniàque.

Avec Claude(14)(15)(16), se pose le problème de la schizophrénie et des relations pouvant exister avec les psychoses délirantes aiguës, notamment dans un article de "l'encéphale" en 1924.

Il introduit la notion de constitution schizoïde, décrite par Kretchmer, caractérisée par une tendance à l'isolement et à la rêverie mais compatible avec une vie normale, et qui représente le fond sur lequel peuvent apparaître des épisodes de schizomanie avec une perte de l'adaptation, et des crises délirantes oniroïdes. A un degré de plus, on est au stade de la schizophrénie. Dans la schizomanie, on peut reconnaître des cas de bouffée délirante.

P. Petit(73), dans sa thèse en 1937, s'interroge sur les délires curables par rapport aux délires chroniques.

Reprenant la conception des paranoïa aiguës de Seglas, elle décrit deux formes curables:

-le délire à structure oniroïde caractérisés par un délire d'emblée avec une pensée onirique qui s'infiltré dans la pensée vigile.

-l'autre forme est le délire à structure de réalité qui a les caractères de la psychose paranoïaque mais avec une base affective.

Certains auteurs ont repris les idées de Magnan sur les bouffées délirantes en leur donnant une certaine autonomie:

-Halberstadt(43) ,en 1922 dans un article publié dans les annales médico-psychologiques:"Une question de doctrine psychiatrique:la psychose délirante dégénérative" revient sur ces notions.Il isole la bouffée délirante de la paranoïa aiguë,de la psychose imaginative aiguë,de la confusion mentale,et en fait une maladie autonome,dont il reconnaît cependant que les limites ne peuvent pas être précisées de manière exacte,l'élément hystérique qui peut exister compliquant la situation et le diagnostic.

-Par la suite,Targowla(97),en 1926 dans "L'encéphale" publie un exposé sur les délires polymorphes qu'il rattache aux conceptions de Magnan.

Il les décrit comme une affection aiguë ou subaiguë souvent récidivante susceptible du reste de passer à la chronicité et comportant des éléments complexes maniaques , mélancoliques,

psycho-toxiques. Il les isole de la démence paranoïde, le délire polymorphe débutant d'emblée et étant lié à un fond mental particulier. Il proposera une conception pathogénique du délire par auto-intoxication.

Une autre raison en ce début de siècle du déclin de la bouffée délirante est la critique de la théorie de la dégénérescence, qui nous l'avons vu était son support principal. Par exemple, Genil Perrin, en 1913 osera s'attaquer à ce monument de Morel dans son ouvrage sur "l'histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale".

La bouffée délirante est donc un concept qui reste présent mais en déclin.

Nous allons voir maintenant quelle a été son évolution en Allemagne.

I-2-2 En ALLEMAGNE.

Deux grands noms de la psychiatrie allemande vont marquer le début du vingtième siècle : Kraepelin et Bleuler.

Les conceptions de Kraepelin.

Kraepelin(50) va entraîner un bouleversement des idées des aliénistes du dix-neuvième siècle. A travers les huit éditions successives de son "Traité de psychiatrie"(de 1883 à 1915) il

propose une classification particulière des maladies mentales qui se base essentiellement sur des critères évolutifs et de pronostic. Il introduit également la notion de psychoses endogènes parmi lesquelles il retient deux cadres principaux que sont d'une part la psychose maniaco-dépressive curable, et d'autre part les psychoses évoluant vers une détérioration et comprenant la démence précoce et ses différentes formes ainsi que les paraphrénies.

Pour Kraepelin la confusion mentale est rare et exogène.

Le cadre des délires des dégénérés curable est en fait partagé entre la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive.

Bleuler et la schizophrénie.

Dans "Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien" publié en 1911, Bleuler (10) va donner une nouvelle conception de la démence précoce en se référant non plus à des critères évolutifs mais à des critères séméiologiques.

Pour Bleuler, la schizophrénie est un groupe syndromique dont le caractère fondamental repose sur un processus qui est la "Spaltung" ou dislocation.

Il fait la distinction entre les symptômes fondamentaux qui caractérisent la schizophrénie, et les symptômes accessoires que l'on peut rencontrer dans d'autres affections.

Dans les premiers, il considère les troubles des associations, de l'affectivité, et la faculté d'insérer dans le réel une part imaginative jusqu'à s'en séparer pour réaliser l'autisme.



dans les seconds, Bleuler retient les illusions et les hallucinations, les idées délirantes sans systématisation, les troubles amnésiques, les troubles de l'élocution et du langage, les symptômes catatoniques: catalepsie, hyperkinésie, stéréotypies.

Il retient également les symptômes qu'il qualifie d'aigus, survenant dans les premières années de la maladie et de durée variable. Il y distingue des états maniaques, mélancoliques, catatoniques, des états délirants, des états crépusculaires, et enfin des états d'obtusion de la conscience.

Nous voyons ici que les psychoses délirantes aiguës vont donc se retrouver diluées dans la notion de schizophrénie.

Il n'y a pas de place dans ces conceptions pour la bouffée délirante de Magnan.

Pourtant, c'est en réaction au dogme un peu trop rigide de Kraepelin que les idées de Magnan vont apparaître en Allemagne après la traduction de ses travaux par Mobius.

En 1907, Bonhoeffer dans "Klin. Beiträge. Z. Lehre von der degeneration psychosen" élabore un concept de type réaction exogène, il reconnaît la théorie de Magnan pour les accès délirants de courte durée, et il critique enfin l'extension de la démence précoce.

En 1908, Birnbaum publie "Psychosen mit wahnbildurg" où, il reconnaît le rôle primordial de Magnan dans l'étude et la délimitation des délires des dégénérés, il affirme d'autre part la

parenté de ceux-ci avec les hystériques.

Kleist(49), de 1912 à 1926, essaye de délimiter une classe de psychoses dégénératives aiguës atypiques qu'il considère comme autonome par rapport aux trois grandes psychoses endogènes; c'est ainsi que gravitent en marge de la psychose maniaco-dépressive les psychoses cycloïdes, en marge de la paranoïa les formes délirantes aiguës expansives avec sentiment d'inspiration, les états hallucinatoires aigus et certains délires de relation avec sentiment d'étrangeté, enfin à la forme typique de l'épilepsie correspondent les formes épileptoïdes.

En fait, l'idée principale de ces différentes études est de constituer sous l'égide de la dégénérescence un groupe de psychoses atypiques intermittentes qui ne trouvent pas de place dans les groupes nosographiques prépondérants de l'époque.

Les conceptions mêmes de Kraepelin évolueront quelque peu et dans la huitième édition de son traité de psychiatrie, le quatrième tome paru en 1915, il admet l'existence du délire dégénératif psychogène curable à propos des psychoses carcérales, le facteur émotionnel jouant un rôle occasionnel sur un terrain particulier.

I-3 RESURGENCE DU CONCEPT

La bouffée délirante a connu dans cette première moitié du vingtième siècle, un réel déclin à tel point qu'elle n'est pas

citée dans certains manuels de psychiatrie comme celui de Guiraud publié en 1950.

C'est Henri Ey(29)(30) après la seconde guerre mondiale, qui a redonné une place à la bouffée délirante.

Il l'a située dans le cadre de sa théorie organo-dynamique à un niveau de destruction de la conscience intermédiaire entre la psychose maniaco-dépressive et la confusion mentale.

Il lui donne alors une unité psychopathologique, et une autonomie nosographique.

Dans cette perspective historique, on peut dire que la bouffée délirante apparue il y a un siècle en France, s'appuyait sur la dégénérescence comme support théorique et sur une description clinique particulière.

Par la suite, elle connut une certaine éclipse du fait d'une perte d'audience en France, et de la prévalence des idées de Kraepelin sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive.

C'est Ey et d'autres auteurs tels Follin(36), Abely(1) dans les années 1960, qui lui redonnèrent une certaine audience en privilégiant l'aspect psychopathologique et clinique que nous allons aborder maintenant.

APPROCHES PSYCHOPATHOLOGIQUES

La psychopathologie des psychoses délirantes aiguës peut être abordée suivant deux modalités différentes que sont la phénoménologie, et la théorie psychanalytique.

II-1 Les conceptions phénoménologiques

Cette approche psychopathologique repose sur les travaux de deux précurseurs qui sont Jaspers et Mayer-Gross.

Ey(29) s'en est inspiré pour élaborer sa conception phénoménologique des bouffées délirantes. Follin(35)(36) s'attachant par ailleurs à décrire les états oniroïdes et la psychose hystérique.

La phénoménologie conçue par Husserl, au début du siècle, est en fait une doctrine philosophique qui s'applique à décrire à la fois les phénomènes (c'est à dire les faits observables), et les structures de la conscience qui les connaît.

Jaspers(45) s'inspirant de ces conceptions, s'est appliqué dans son traité de psychopathologie générale, dont la 1ere édition est parue en 1913, à décrire les "expérience délirantes primaires". Il les définit par les "données vécues du délire", c'est à dire les phénomènes premiers qui constituent la base originelle de ces "wahnideen". Elles sont irréductibles aux mécanismes de la pensée normale, elles sont comme des expériences ineffables de bouleversement du sujet au monde.

Elles incorporent à la conscience un vécu artificiel qui se substitue au monde réel.

Il associe à ces manifestations un état affectif particulier

composé d'un fond d'angoisse et de mystère:l'atmosphère ou l'humeur délirante(wahnstimmung).

Le sujet vit intensément et actuellement ces "expériences délirantes primaires" qui renvoient à l'expérience du rêve.

Plus tard,Mayer-Gross(66) reprenant ces descriptions développe le concept de"forme oniroïde du vécu",déjà entrevu par Jaspers,et qui marque les relations et les différences entre ces états et l'onirisme.

Il propose trois niveaux correspondant aux aspects fondamentaux des troubles de la conscience:

-le niveau le plus profond est constitué par la conscience décomposée ou fragmentée (zerfallende bewusstsein).Elle y apparaît dissociée et proche de l'obtusion confusionnelle.

-à un niveau intermédiaire il décrit la conscience altérée (verändertes bewusstsein) caractérisée par la prévalence du vécu subjectif par rapport à l'ambiance de la réalité.

-enfin il montre les troubles affectifs de la conscience (bewusstsein störungen im affekt) où la violence du flux affectif compromet la relation du sujet au monde.On peut rencontrer cet état au cours des psychoses maniaco-dépressives.

Il situe les états oniroïdes entre la conscience altérée et la conscience décomposée.Ces états empruntent au rêve son aspect

symbolique et scénique, mais il caractérise la conscience oniroïde par son incohérence.

Sur un plan nosographique, Mayer-Gross souligne la relation de ces formes oniroïdes du vécu avec les psychoses délirantes aiguës, mais il est réticent à leur donner une place autonome.

C'est Ey(29) dans ses études psychiatriques n023 et n027, qui va faire une synthèse de ces différents travaux en élaborant sa théorie organo-dynamique.

Il va tout d'abord, définir le champ de la conscience comme discrimination et organisation de ce qui est perçu, vécu dans le présent. C'est l'ordre que le sujet instaure en tant que Moi dans sa propre expérience et dans sa propre existence.

Il considère que la destructuration du champ de la conscience constitue l'unité du groupe des psychoses aiguës dont il distingue trois types de destructuration hiérarchisée:

1) le plus profond est constitué par le délire confuso onirique . C'est pour Ey "l'absence de mondanité" caractérisée d'une part par la confusion, l'indifférenciation des processus psychiques, l'incapacité de toute synthèse et toute coordination des idées; c'est l'obnubilation et la désorientation temporo-spatiale, la conscience étant au point extrême de destructuration, et, d'autre part par un éclatement de l'imaginaire avec un vécu onirique.

2) le stade intermédiaire.

la destructuration des espaces vécus est constituée par la bouffée délirante et hallucinatoire. Elle se place dans la relation entre l'interne et l'externe, le subjectif se substitue à l'objectif.

Ey décrit dans ce stade trois niveaux:

-dans le premier niveau la destructuration de la conscience altère l'identité, l'unité de la conscience du corps et c'est là qu'apparaîtront les états de dépersonnalisation.

-dans le deuxième niveau, la destructuration des espaces vécus dans le champ phénoménal entraîne la conscience dédoublée et hallucinatoire.

-enfin au troisième niveau, apparaîtra la conscience oniroïde (décrite par Mayer-Gross), où le rêve emplit une conscience crépusculaire.

En fait, l'analyse structurale de ce stade intermédiaire met en évidence:

-une structure négative, constituée par le "vague de la pensée" marquée par la turbulence exaltée ou la perplexité anxieuse, par l'état crépusculaire où le monde de la perception apparaît flou, et qui se situe entre la pensée vigile et la pensée onirique.

-une structure positive, où la conscience se constitue son monde composé d'images et d'objets.

On y distingue l'actualisation dramatique du vécu où tout devient événement, la symbolisation du vécu avec la chute de la conscience dans l'imaginaire, et enfin l'artificialisation du

vécu.

Le développement du délire se fait suivant des lois comparées à celles de l'imaginaire et du rêve.

3) Au dernier stade.

La destructuration est temporelle et éthique, elle concerne la manie et la mélancolie. La conscience a perdu sa vitesse temporelle et le monde interne et externe est perçu soit trop rapidement dans la manie soit trop lentement dans la mélancolie.

Ey oppose les psychoses aiguës et les bouffées délirantes en particulier aux délires chroniques en ce que les premiers sont concernés par une destructuration de la conscience alors que les seconds sont liés à une atteinte de la personnalité: c'est "la folie d'un moment à la folie d'une existence".

Follin(36) en 1963, s'est efforcé de décrire la clinique et la phénoménologie des états oniroïdes qu'il rattache aux psychoses délirantes aiguës.

Il considère que ces états provoquent une altération de la zone périphérique de la personnalité :

"c'est cette couche de personnalité où le Je se réalise comme un Moi pour lui-même et un personnage pour autrui".

Il fait de plus jouer un rôle primordial à l'angoisse qu'il qualifie d'objectivante, avant et pendant la crise délirante. Elle altère les fonctions de synthèse, elle est au centre du processus "comme la médiation d'un bouleversement complexe, qui comporte l'aspect crépusculaire de la conscience, et l'ordre

halluciné oniroïde du vécu".

Il attribue à ces états l'existence de personnalités fragiles antérieures où le point faible se trouverait dans l'écart entre l'image de soi réalisée par le personnage et la structure profonde du moi.

Par ailleurs Follin(35) introduit la notion de "psychose hystérique", c'est-à-dire d'épisode psychotique aigu survenant chez des personnalités hystériques, où la thématique délirante mystique et sexuelle semble apparaître en continuité avec la problématique existentielle.

Cette conception n'est cependant pas admise par tous les auteurs, et Malleval(64)(65) notamment la critique. Pour lui, le "délire névrotique" est à différencier totalement du délire psychotique, et le terme de psychose même pour qualifier l'hystérie est impropre.

Laxenaire(58) a illustré cette différence dans un article récent. Telles peuvent apparaître les conceptions phénoménologiques concernant ces manifestations délirantes aiguës.

Quelle est la contribution que la psychanalyse a pu apporter à la compréhension de ces phénomènes?

II-2 La théorie psychanalytique

Les auteurs pratiquant la psychanalyse se sont d'une manière générale assez peu intéressés aux psychoses délirantes aiguës. Cependant, la théorie psychanalytique dans une vue globale de la maladie mentale s'est intéressée au problème des psychoses.

Nous allons rappeler ici les conceptions de Freud ainsi que celles de Mélanie Klein et de Lacan, ces derniers ayant contribué plus particulièrement à développer la théorie des états psychotiques. Nous terminerons par les travaux de Nacht et Racamier qui ont exposé la genèse des états délirants et leurs aspects aigus, ainsi que ceux de Lagache(55).

S. Freud.

Cahn(11), dans un article de la revue française de psychanalyse a développé les idées de Freud sur la psychose.

Freud s'est beaucoup intéressé à la névrose, un peu moins aux états psychotiques, ceci pour plusieurs raisons l'une d'entre elles étant qu'il n'a pas beaucoup soigné de psychotiques dans sa clientèle (ses écrits(40) concernant surtout les observations de ses élèves, ou des textes littéraires comme le journal de Schreber, mémoire d'un névropathe). De plus il considérait les psychoses comme ne relevant pas de la technique psychanalytique tout au plus il envisageait qu'à l'avenir, avec des modifications adéquates, elle puisse constituer une psychothérapie des psychoses. En effet, il n'y a pas de psychanalyse sans transfert, or pour Freud il n'y a pas de transfert dans la psychose. Ce syllogisme, un peu abrupt a cependant été nuancé par d'autres auteurs comme Federn et Abraham qui ont montré qu'il existait un transfert mais que la difficulté résidait dans le contre-transfert.

Néanmoins, Freud a intégré dans sa théorie de l'appareil psychique les états psychotiques.

Dans ces premiers écrits, il cherche à montrer le conflit défensif contre la sexualité, et spécifie des mécanismes originaux qui opèrent dans la relation du sujet avec l'extérieur, à savoir le rejet (verwerfen) et la projection qui est l'opération par laquelle le sujet expulse hors de lui et localise dans l'autre (personne ou chose) des qualités, des sentiments, des désirs, voire des objets qu'il méconnaît ou refuse d'envisager.

Dans le cadre de sa première théorie de l'appareil psychique et des pulsions, Freud montre que la libido est d'abord retirée à l'objet, et vient surinvestir le moi, ramené à l'auto-érotisme, qui va se désintégrer face à une réalité désinvestie.

Dans la seconde théorie de l'appareil psychique, Freud (38) définit la névrose et la psychose en fonction des instances psychiques qu'il a décrites, c'est-à-dire que la névrose est le résultat d'un conflit entre le moi et son ça, la psychose étant l'issue analogue d'un trouble équivalent dans les relations entre le moi et le monde extérieur. Le moi se crée "autocratiquement", son monde extérieur et intérieur à la fois, avec pour corollaire d'être bâti selon les désirs du ça: c'est le délire.

Pour Freud (39), le rêve apparaît comme le paradigme de la psychose. Il écrit dans l'abrégé de psychanalyse, ouvrage resté d'ailleurs resté inachevé: "Ainsi, le rêve est une psychose avec toutes les extravagances, toutes les formations délirantes, toutes les erreurs sensorielles inhérentes à celle-ci, mais de courte durée, il est vrai, inoffensive et même utile... mais cependant une psychose qui nous enseigne qu'une modification, même aussi poussée de la vie psychique peut disparaître et faire place à un

fonctionnement normal"

M. Klein.

Mélanie Klein dans ses travaux s'est beaucoup intéressée aux psychoses. C'est à travers l'ouvrage de H. Segal (87), "Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein", que nous aborderons le sujet.

Pour Mélanie Klein, dès le début de la vie psychique, il existe un moi et un surmoi archaïques, capables d'éprouver de l'angoisse, d'employer des mécanismes de défense et d'établir des relations d'objet, mais d'objet partiel dont le principal pour le nourrisson, est le "sein maternel" (c'est-à-dire en fait l'ensemble des soins que la mère donne à l'enfant).

Quand l'enfant éprouve une tension interne, soit elle est apaisée par la mère et l'enfant fait l'expérience d'un "bon sein", soit elle ne l'est pas et il fait l'expérience d'un "mauvais sein". L'essentiel du problème affectif du bébé est de préserver l'image d'un "bon sein". La première solution est de cliver les bons et les mauvais aspects de ses expériences et il tend à projeter le mauvais à l'extérieur et à introjecter le bon à l'intérieur.

Mélanie Klein a décrit ces mécanismes de défenses comme la position schizo-paranoïde.

Quand l'enfant du fait de sa maturation, prend conscience qu'il n'a pas affaire à deux objets distincts mais à une seule personne, la mère, il ne peut maintenir le clivage.

Il surgit alors une angoisse celle de détruire la personne qu'il aime le plus, sa mère. Mélanie Klein a appelé ce type d'angoisse:

"angoisse dépressive" et qui correspond à la position dépressive. Ces phases de développement font partie pour Mélanie Klein de l'évolution normale de l'individu. La névrose, alors, n'a pas d'existence autonome, elle s'édifie sur une psychose préalable qui sera plus ou moins dépassée au cours de l'évolution. Elle suggère une identité entre l'archaïque et le pathologique.

J. Lacan. (53)

Pour Lacan, le mécanisme spécifique qui serait à l'origine des psychoses est le rejet primordial d'un signifiant fondamental: la forclusion du "nom du père" hors de l'univers symbolique du sujet. Il constitue un vide dans le signifié.

Le délire survient comme une métaphore qui comble le désastre imaginaire suscité par ce vide quand "le nom du père" vient à être appelé en opposition symbolique au sujet.

S. Nacht P.C. Racamier. (69)(80)(81)

Pour ces auteurs, le délire naît après une longue histoire d'échec à constituer des relations objectales satisfaisantes. Il peut exister parfois un épisode cliniquement subdépressif et anxieux.

"Le moment primordial est caractérisé par l'irruption cataclysmique de l'angoisse, par le bouleversement des relations objectales, par la désintégration fonctionnelle du moi, et par l'effondrement du système de référence à la réalité".

Le sujet subirait une régression à un stade pré-objectal d'indistinction soi, non-soi. Le délire serait donc secondaire. Il se comporterait comme un rêve en ce sens qu'il utilise les mêmes

procédés et sa fonction serait de reconstituer le monde anéanti.

D. Lagache.(55)

Dans un article de l'évolution psychiatrique, Lagache examine les rapports entre la conscience et la structure d'un point de vue psychanalytique.

Pour lui, dans les psychoses aiguës, la destruction de la conscience n'est que relative, traduisant l'altération ou la perte des structures constitutives du monde commun. En se détachant de l'intersubjectivité, la conscience tombe dans l'infini des structures de la subjectivité d'un monde privé.

Les comparant avec les psychoses chroniques, il considère que "si les psychoses aiguës représentent quelque chose comme l'odyssée d'une conscience évadée qui a largué les amarres de la raison, il se peut que les troubles de la personnalité qui leur sont opposés comme chroniques soient à envisager comme la mystification et l'aliénation d'une conscience prisonnière"

L'aspect psychopathologique des psychoses délirantes aiguës a donc été plus particulièrement développé dans l'approche phénoménologique de Ey qui lui a donné une certaine autonomie.

La psychanalyse a abordé le problème des psychoses en général sur le plan de la genèse et des mécanismes, les psychoses délirantes aiguës ayant de ce point de vue peu de place.

CLINIQUE

La bouffée délirante occupe dans les manuels de psychiatrie en France une place particulière que nous allons détailler maintenant.

Nous aborderons dans un premier temps sa clinique et son évolution, puis, nous verrons le problème du diagnostic positif et différentiel, et des critères diagnostiques.

III-1 Description clinique

Pour cette description, nous utiliserons deux manuels de psychiatrie actuels: celui de Ey(31) plus traditionnel, et celui plus récent de Guelfi(41).

III-1-1 Forme typique

La bouffée délirante survient en général, chez des sujets jeunes, avec une prédominance féminine.

Le début est brusque, inopiné le plus souvent sans raison apparente, avec parfois une cause déclenchante, on peut cependant retrouver dans les jours précédents des troubles du sommeil ainsi que des symptômes anxieux et dépressifs.

La symptomatologie apparaît complète dès le début, polymorphe, variable constituée d'un délire, de troubles de l'humeur, et de troubles de la conscience.

Le délire apparaît d'emblée, fait de thèmes multiples évoluant de façon cahotique, sans systématisation et à type de persécution, d'influence, de possession de grandeur, de transformations corporelles, d'idées mystiques.

Ces mécanismes sont également multiples et associés: intuition

délirante, interprétations, imaginations.

Les hallucinations sont fréquentes, avec au premier plan les hallucinations auditives, le sujet entendant des voix familières ou non qui peuvent être menaçantes, ainsi que l'automatisme mental de Clérambault (vol de la pensée, commentaire des actes, syndrome d'influence).

Les autres types d'hallucinations, visuelles, olfactives, gustatives, cénesthésiques peuvent enrichir le tableau mais sont moins fréquentes.

Il peut exister un syndrome de dépersonnalisation, avec des impressions de transformation corporelles et du monde.

L'activité délirante est très changeante dans sa nature, et dans son intensité, mais elle est vécue de manière forte et immédiate par la conscience du sujet, avec une angoisse intense pouvant varier dans le temps.

L'humeur est pratiquement toujours perturbée, avec des phases d'exaltation, voire d'euphorie et des phases dépressives qui peuvent s'intriquer réalisant des états mixtes.

La conscience est le plus souvent altérée dans le sens d'une déstructuration. Il n'y a pas de trouble de la vigilance, mais plutôt une dispersion de l'attention, le sujet étant captivé par son monde délirant et hallucinatoire il perçoit le monde extérieur de manière floue dans une atmosphère onirique et crépusculaire.

Le comportement est modifié avec des périodes d'agitation (pouvant entraîner des actes médico-légaux) ou bien des phases de prostration. L'insomnie plus ou moins complète est

la règle générale.

L'état somatique est normal, seuls peuvent apparaître des signes secondaires à un état de déshydratation quand l'agitation est intense et l'apport de boisson insuffisant.

Aucun examen complémentaire (EEG, bilan biologique) n'apporte d'élément au diagnostic, mais ils sont pratiqués systématiquement à la recherche d'une étiologie organique.

III-1-2 Formes cliniques

On distingue classiquement deux types de formes cliniques, celle en fonction de la sémiologie, et celle en fonction de l'étiologie.

1) Formes symptomatiques

Ce sont essentiellement les successeurs de Magnan, qui ont décrit des formes particulières de bouffée délirante, où prédominent, malgré le polymorphisme délirant des mécanismes prévalents :

-Les psychoses imaginatives aiguës de Dupre, avec des thèmes variés, riches en périπέtie, et souvent une constitution de type mythomaniacale ou hystérique préexistante.

-Les psychoses interprétatives aiguës essentielles de Valence, et qu'il différencie des états interprétatifs chroniques.

-Enfin, les psychoses hallucinatoires aiguës de Farnarier, où prédominent les manifestations hallucinatoires de tous les types (auditives, cénesthésiques, psychiques).

2) Formes étiologiques

Le plus souvent les psychoses délirantes surviennent sans qu'il soit possible de les rattacher à une cause identifiable.

Cependant, la responsabilité d'un ou plusieurs facteurs peut-être envisagée avec quelque vraisemblance.

Il est habituel de décrire deux types de formes étiologiques, suivant le terrain prédisposant, et suivant l'existence d'évènements ou de conditions déclenchants.

-Notion de terrain

Depuis Magnan et la théorie de la dégénérescence, le rôle du terrain semble important.

Actuellement, on considère que les bouffées délirantes surviennent plus fréquemment, dans les cas de personnalité hystérique avec immaturité et dépendance, au cours des déséquilibres psychopathiques, et classiquement chez les débiles mentaux.

-Les évènements déclenchants pouvant jouer un rôle dans la survenue de la bouffée délirante:

Certains facteurs ont été incriminés, comme les facteurs organiques: infection, traumatisme, toxique.

Ces agressions encéphaliques créant plus volontiers des états confuso-oniriques, mais parfois de distinction diagnostique difficile avec la bouffée délirante, notamment dans les cas d'intoxication au LSD, au haschich.

Egalement, certaines situations de stress, comme la puerperalité ou les états post-opératoires ont été évoqués

Enfin, certains auteurs tel Collomb (21) évoquent le rôle favorisant de la culture dans l'apparition de bouffée

délirante, il en fait même de par sa fréquence et sa particularité une entité caractéristique de la psychiatrie africaine. D'autres auteurs comme Sizaret(90) ou Andriambao(2) ont insisté sur le rôle de l'acculturation dans la survenue de ces manifestations.

III-1-3 Evolution

Classiquement, on distingue trois types de modalités évolutives:

1) Le cas où l'évolution est marquée par une fin brusque. La durée varie de quelques jours à quelques semaines, le malade retrouvant son niveau d'adaptation sociale et psychologique antérieur. L'accès délirant reste unique dans la vie du patient. Cette éventualité est diversement appréciée, pour Ey et Laboucarié elle est de 40% quand le sujet reçoit un traitement et était de 30% avant l'ère thérapeutique.

2) Il peut exister des rechutes à long terme, ce qui fait dire à Magnan que la bouffée délirante était sans conséquence sinon sans lendemain.

Les rechutes peuvent se faire sur le même mode que la première crise délirante, mais parfois la composante thymique devient prépondérante, et on l'assimile alors à une psychose maniaco-dépressive. Elle représente 40% à 50% des évolutions.

3) La dernière possibilité, est l'évolution sur un mode déficitaire vers la schizophrénie. Elle représente 15 à 20% des cas.

Certains auteurs ont essayé de trouver des éléments cliniques de la crise délirante initiale permettant de donner un pronostic à long terme, et on a décrit:

-Les facteurs de bon pronostic:

- soudaineté et brièveté de l'accès
- existence de facteurs exogènes
- prédominance des troubles thymiques
- importance des signes confusionnels
- bonne insertion sociale antérieure

-Les facteurs de mauvais pronostic:

- une personnalité pré-morbide de type schizoïde
- début sub-aigu
- une symptomatologie schizophrénique prédominante
- une stabilité de l'humeur et une angoisse peu apparente

Cependant cela n'est pas reconnu par tous, et Samuel-Lajeunesse(83) ne les retient pas.

III-2 Diagnostic des psychoses délirantes aiguës

III-2-1 Diagnostic positif

Il peut s'établir sur trois points :

- La soudaineté du début
- La symptomatologie polymorphe et variable associant à la fois des signes schizophréniques avec des hallucinations et une certaine dissociation, des signes dysthymiques et, des signes de la série confusionnelle.

Il existe par ailleurs une adhésion immédiate et intensément vécue au délire.

- Une évolution régressive.

III-2-2 Diagnostic différentiel

On peut distinguer plusieurs diagnostics différentiels mais difficile à établir.

Les états confusionnels, où prédomine la confusion sur le délire, avec une altération profonde de la vigilance, mais la différence n'est pas toujours perceptible de manière évidente, une cause organique doit être systématiquement recherchée.

La psychose maniaco-dépressive dont les accès maniaques ou dépressifs peuvent avoir des aspects délirants et confusionnels.

Enfin, il est parfois difficile de distinguer les bouffées délirantes des états crépusculaires de l'épilepsie, notamment des crises temporales.

Dans le but d'harmoniser la nosologie traditionnelle française restée un peu à l'écart des voies nouvelles de méthodologie des classifications, certains auteurs (Pichot, Pull) ont établi des critères diagnostiques des psychoses dont ceux de la bouffée délirante.

III-2-3 Les critères diagnostiques des bouffées délirantes aiguës

En 1981, Pull, Pull et Pichot (76) ont publié une Liste Intégrée de Critères d'Evaluation Taxinomiques pour les Psychoses Non Affectives (LICET-S).

Le système LICET a pour but de permettre l'utilisation simultanée de plusieurs systèmes de classifications distincts. Par exemple la LICET-S est composée par:

-A. Les critères de la schizophrénie

1. les critères évolutifs de Kraepelin

- 2.les symptômes fondamentaux de Bleuler
 - 3.les symptômes de premier rang de K. Schneider
 - 4.les symptômes processuels de Langfeldt
 - 5.les critères de l'école de St Louis
 - 6.l'index schizophrénique de New-Haven
 - 7.les critères de Taylor
 - 8.les symptômes discriminants de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie
 - 9.les critères du syndrome axial schizophrénique de l'Ecole de Vienne
- B.les critères du DSMIII pour:
- a)les troubles schizophréniques
 - b)les troubles paranoïaques
 - c)le troubles psychotiques non classés ailleurs

La LICET-S comprend 70 critères regroupés en 10 rubriques.

La validité d'une telle liste n'est pas admise par tous, mais ces auteurs veulent l'utiliser plus comme un outil de travail que comme une règle.

Dans une étude(76)(77)(78) de Pull MC, Pull CB et Pichot P (en 1984 1987), elle a été utilisée auprès d'un échantillon de psychiatres français pour déterminer des définitions opérationnelles concernant la psychose.

Les résultats ont permis d'élaborer des critères empiriques français pour le diagnostic de bouffée délirante.

A Idées délirantes caractérisées par chacun des items suivant:

- 1.survenue brutale:en moins de 48h

2.une multiplicité de thèmes et de mécanismes délirants

(délire polymorphe)

3.une absence d'organisation sur un thème prévalent

ou sur une série de thèmes apparentés

B.Un bouleversement psychique sans désorientation
temporo-spatiale

a)des changements soudains d'une réaction émotionnelle à une
autre, par exemple de l'angoisse à la colère

b)des changements soudains d'une humeur dysphorique à une
autre, par exemple d'une euphorie à la dépression

c)des changements soudain d'un comportement psycho-moteur à
un autre, par exemple passage d'une agitation à la prostration

d)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

e)des hallucinations ou des perceptions inhabituelles de
n'importe quel type

C. Disparition des manifestations pathologiques citées sous A et
B et retour complet à l'état pré-morbide en moins de 2 mois

D. Absence dans les antécédents, de tout troubles psychotiques
(affectif ou non-affectif) 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 type Magnan

a)répond aux critères de la bouffée délirante

b)absence d'un facteur de stress démontrable précédant la survenue des troubles

Bouffée délirante réactionnelle

a)répond aux critères de la bouffée délirante

b)présence d'un facteur de stress démontrable précédant la survenue des troubles

G. Non dû à une psychose maniaque ou dépressive

Comme le soulignent les auteurs, ces critères diagnostiques ne sont qu'une première tentative pour rendre opérationnels les concepts nosographiques traditionnels français.

Ils demandent à être validés ultérieurement.

Ce chapitre met en évidence la particularité sémiologique de la psychose délirante aiguë qui emprunte à la fois des signes de la série psychotique et des signes de type affectif.

Il est par ailleurs remarquable de signaler l'évolution qui peut être dans certains cas favorable, dans d'autres être de type déficitaire, et dans d'autre encore évoluer de manière récidivante périodique. Cette hétérogénéité nous fait aborder maintenant l'aspect nosographique des psychoses délirantes aiguës.

IV. NOSOGRAPHIE

Nous l'avons vu, la bouffée délirante est un concept essentiellement français.

Cependant, au niveau international, la description d'états psychotiques aigus qui ne sont ni typiquement schizophréniques, ni typiquement maniaco-dépressifs, a été faite sous des appellations différentes. Samuel-Lajeunesse(83) relève une trentaine de synonymes. Le débat concernant leur place dans les nosographies, n'est pas encore clos.

Nous allons dans un premier temps décrire les principaux synonymes.

Nous verrons ensuite qu'elle est leur place dans plusieurs classifications dont celles de l'INSERM qui est encore utilisée en France, dans la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé c'est à dire la CIM9, et enfin nous montrerons où elle se situe dans la classification américaine du DSM III et celle plus récente du DSM III-R.

Nous aborderons enfin les principales hypothèses nosographiques concernant les psychoses délirantes aiguës, et les bouffées délirantes.

IV-1 Les principales descriptions

Les psychoses schizophréniformes.

Elle ont été décrites en 1939 par Langfeldt(56), elles correspondent à des formes particulières de syndrome schizophrénique caractérisées par une personnalité pré morbide non schizoïde, par un début brutal, l'existence de facteurs

précipitants, une symptomatologie associant des signes thymiques, schizophréniques, et des éléments confusionnels, dont l'évolution est dans la moitié des cas favorable.

Strömngren(94), utilisant les critères de Langfeldt, trouve également une bonne évolution à long terme.

Cette description recouvre donc le même domaine que la bouffée délirante, mais est assimilée par les anglo-saxons à un type de schizophrénie. Cette conception est reprise dans le DSM III et le DSM III- R que nous verrons plus tard.

les psychoses affectives.

Initialement, c'est Kasanin(45) qui en 1933 dans l'Am. J. of Psy. publie "The acute schizo-affective psychosis". Il s'agissait de la description de cas cliniques de neuf patients ayant eu de manière aiguë une symptomatologie psychotique avec une distorsion du monde et un trouble important de l'humeur. La durée était de quelques semaines à quelques mois avec en général une guérison au bout de l'évolution. C'étaient des patients jeunes (20 à 39 ans) ayant parfois eu un épisode identique au cours de l'adolescence mais dont la personnalité était normale.

Selon Maj(62), ce concept a évolué au cours des années entre les troubles de l'humeur et la schizophrénie.

Le DSM III(5) avait privilégié les troubles de l'humeur, le DSMIII-R(6) rétablit ce concept en lui redonnant des critères diagnostiques que nous reverrons ultérieurement.

Les psychoses psychogéniques.

C'est Wimmer en 1916, qui a créé le terme de psychose psychogénique affection causée par un traumatisme psychologique chez des sujets ayant une personnalité prémorbide pathologique.

Faergeman(33), en 1963, reprenant ces travaux en dégagera quelques caractéristiques.

Tout d'abord les psychoses psychogéniques sont compréhensibles dans leurs formes, leurs thèmes, et leurs modes d'évolution. Ensuite, il s'agit de psychoses dites émotionnelles sans trouble du cours de la pensée, le contact restant possible. Leur fin et leur évolution est favorable dans la majorité des cas.

les psychoses cycloïdes.

C'est Kleist(43) qui a utilisé en 1928 le terme de "zykloïde psychose" pour désigner une forme de psychose dégénérative.

Plus tard dans les années 60, Leohnard(60) reprit ce concept et décrivit trois formes cliniques:

- les psychoses avec troubles de la motilité
- les psychoses confusionnelles
- les psychoses avec anxiété-élation.

Perris(72) en 1974 a donné des psychoses cycloïdes une description caractérisée par le début soudain de chaque épisode, le polymorphisme et le changement de la symptomatologie incluant la confusion, un certain degré de trouble de l'humeur qui ne justifie cependant pas le diagnostic de trouble affectif, et enfin le délire et les hallucinations associés à une anxiété majeure.

Entre les épisodes, il n'y a pas de symptomatologie résiduelle. Il

la considère comme un groupe nosographique autonome .

Maj(62) constate qu'il existe des similitudes de ces troubles avec les psychoses schizo-affectives des anglo-saxons, mais qu'il ne faut pas les confondre totalement.

Telles sont les principales descriptions de concepts voisins dans leurs aspects, mais différents dans leurs terminologies.

IV-2 Situation de la bouffée délirantes dans différentes classifications.

IV-2-1 Classification de l'INSERM(44)(institut national de la santé et de la recherche médicale)

En France, il existe un code de classification publié en 1968 par l'INSERM et qui est encore utilisé par de nombreux services de psychiatrie.

Concernant les troubles psychiatriques, cette nomenclature comprend vingt rubriques, les psychoses délirantes aiguës et les états confusionnels sont classés dans la rubrique 04.

Il n'y a pas d'étiologie organique démontrable.

On y distingue:

04-0 les accès délirants aigus ou subaigus considérés comme schizophréniques.

04-1 les bouffées délirantes réactionnelles

les psychoses délirantes aiguës réactionnelles

04-2 psychoses délirantes et bouffées délirantes non classées en 0et1.

04-9 les psychoses délirantes aiguës et les états confusionnels

nonclassés de 0 à 4.

Les sous-groupes 04-3 et 04-4 concernent uniquement les états confusionnels.

IV-2-2 Classification internationale des maladies, 9^{ème} édition (CIM 9) (70)

L'organisation mondiale de la santé a publié en 1979, la neuvième édition de la classification internationale des maladies. Il s'agit, d'une classification statistique divisée en 17 sections principales, chacune étant consacrée à un groupe spécifique d'affections. Les troubles mentaux occupent la cinquième section. Les psychoses délirantes aiguës peuvent être retrouvées dans 2 catégories:

1) les psychoses schizophréniques, code 295

On isole alors 2 sous catégories

-L'épisode schizophrénique aigu 295-4

La symptomatologie se rapproche de celle des bouffées délirantes françaises avec un état oniroïde, et une légère obnubilation de la conscience. La rémission pouvant survenir en quelques jours, ou quelques mois même sans traitement.

-La forme schizo-affective 297-7

Les symptômes maniaques ou dépressifs sont ici mêlés à des symptômes schizophréniques, et l'évolution est marquée par une tendance à la rémission sans déficit, mais où la récurrence est fréquente.

2) Autres psychoses non organiques 298

Cette catégorie comprend un certain nombre d'affections:

-La bouffée délirante 298-3

Comme le fait remarquer Pichot, le terme, utilisé ici, est différent dans son sens de celui de la conception française, il s'agit en effet d'un état délirant provoqué par un bouleversement émotionnel qui ne se rencontre que chez les prisonniers, ou comme réaction aiguë à un environnement inhabituel ou hostile.

-Psychose délirante psychogène 298-4

La description correspond à la définition précédente mais de durée plus prolongée.

-Psychose réactionnelle autre et non précisée 298-8

Ici sont réunies les psychoses hystériques, psychogènes et la stupeur psychogène.

IV-2-3 DSMIII(5)

La classification américaine du "Diagnostic and statistical of mental disorders" third edition (DSMIII) parue en 1980, est une classification descriptive, elle repose sur les aspects cliniques observables.

La place de la bouffée délirante peut se trouver dans le DSMIII dans différentes rubriques.

1) les troubles psychotiques non classés ailleurs. On y distingue:

-les troubles schizophréniformes 295-40.

Les critères diagnostiques de ce trouble correspondent aux critères de la schizophrénie sauf en ce qui concerne la durée c'est-à-dire qu'ils doivent être supérieurs à deux semaines et inférieurs à six mois.

-la psychose réactionnelle brève 298-80.

Les symptômes psychotiques apparaissent après un stress psycho-social identifiable, ils s'accompagnent d'un bouleversement émotionnel et persistent moins de deux semaines.

-la psychose atypique 298-90.

Il s'agit d'une catégorie résiduelle pour les cas comportant des symptômes psychotiques ne répondant aux critères d'aucun trouble mental spécifique.

-le trouble schizo-affectif 295-70.

Cette catégorie ne comprend pas de critère diagnostique et n'est utilisée que si le clinicien ne parvient pas à faire de diagnostic différentiel entre un trouble affectif et un trouble schizophréniforme ou schizophrénique.

2) les troubles paranoïaques parmi lesquels on peut isoler le trouble paranoïaque aigu 298-30 qui répond aux critères des troubles paranoïaques concernant l'activité délirante mais avec une durée inférieure à six mois.

Pour Barrelet(7), le trouble schizophréniforme est celui qui présente la parenté la plus étroite avec la bouffée délirante.

VI-2-4 DSMIII-révisé(6)

En 1987, est paru le DSMIII révisé qui comporte certaines différences avec l'ancienne édition .

Tout d'abord la notion de paranoïa aiguë disparaît, le trouble paranoïaque n'étant plus caractérisé que par les thèmes du délire.

Dans les psychoses non classées ailleurs, la durée maximale des symptômes psychotiques de la psychose réactionnelle brève est augmentée à quatre semaines, ce qui est plus proche du concept scandinave.

Pour le trouble schizophréniforme les critères diagnostiques sont plus restrictifs .

Le trouble schizo-affectif est décrit avec des critères spécifiques qui l'autonomisent.

On voit donc que les bouffées délirantes n'occupent pas une place spécifique, mais sont au contraire éclatées dans diverses catégories diagnostiques de ces classifications.

D'une manière générale, il existe plusieurs hypothèses concernant la place des psychoses aiguës dans la nosographie, que nous allons étudier maintenant.

IV-3 Hypothèses nosographiques.

Le débat concernant leur place nosographique est loin d'être clos.

Cinq hypothèses sont actuellement retenues.

1) les psychoses délirantes aiguës, forme particulière d'une psychose unique.

L'idée principale est l'existence d'une seule maladie psychotique dont les formes extrêmes seraient représentées d'un côté par la schizophrénie typique et de l'autre par la psychose maniaco-dépressive.

Cette hypothèse, initialement développée au siècle dernier par Griesinger (1861) était tombée en désuétude.

Des auteurs récents se sont attachés à la remettre en valeur notamment Crow dans "The continuum of psychosis and its implications for the structure of the gene".

Cependant, cette conception reste controversée; Shenton(89) par exemple fait remarquer que la prévalence des troubles schizo-affectifs est plus basse que celle des troubles schizophréniques et de la psychose maniaco-dépressive.

2) Les psychoses délirantes aiguës, forme particulière du groupe des schizophrénies.

La relation pouvant exister entre les psychoses délirantes aiguës et la schizophrénie est un présupposé dont les terminologies anglo-saxonnes rendent compte (troubles schizo-affectifs, troubles schizophréniformes...).

Welner(101) en 1974, dans une étude a comparé un groupe de patients schizo-affectifs avec un groupe de psychotiques schizophréniques. Il a constaté, dans les deux groupes, une évolution chronique ainsi que l'existence de délires de persécution et des hallucinations auditives. Cependant les critères affectifs les différenciaient des schizophrènes typiques.

En 1988, dans un travail portant sur la classification des troubles schizo-affectifs, Sprok(93) suggère que les cliniciens perçoivent le trouble schizo-affectif comme une variation de la schizophrénie; il souligne pourtant que ce point de vue pourrait

changer dans l'avenir.

3) Les psychoses délirantes aiguës comme un groupe des psychoses maniaco-dépressives.

L'aspect évolutif cyclique et l'importance des troubles affectifs de certaines psychoses délirantes aiguës les ont fait rapprocher du groupe de la psychose maniaco-dépressive.

Abrams et Taylor(3) ont examiné suivant les critères diagnostiques de Spitzer 111 patients qu'ils ont divisés en trois groupes:

- a) avec des critères diagnostiques de manie
- b) avec des critères diagnostiques de schizophrénie
- c) avec les deux types de critères.

Leur résultat est que l'existence de symptômes schizophréniques ne remet pas en cause le diagnostic de manie, et qu'il n'existe pas de différence significative entre le groupe des patients schizo-affectifs et le groupe des maniaques.

Clayton(17) a suivi pendant une période de un à deux ans 39 patients avec des troubles schizo-affectifs à leur admission.

85% n'ont pas présenté d'évolution de type schizophrénique. Il existait une fréquence élevée de troubles thymiques dans l'étude familiale de ces patients.

Pour cet auteur, il semblerait que les troubles schizo-affectifs soient en fait une variante des troubles affectifs.

Van Eerdewegh et coll(100) séparent les troubles schizo-affectifs en bipolaires et unipolaires dépressifs et ils les comparent aux

troubles affectifs bi et unipolaires. Il trouve une importante similitude entre les sous-groupes bipolaires des troubles schizo-affectifs et des troubles affectifs.

Certains auteurs comme Alexander(4), ont recherché dans la réponse au traitement par le lithium des arguments de démonstration de cette thèse. Il semblerait qu'il existe une réponse favorable des patients schizo-affectifs par rapport aux patients schizophréniques.

Mais, l'effet prophylactique du lithium n'est pas considéré comme un facteur discriminant.

4) Les psychoses délirantes aiguës comme groupe nosologique autonome.

Cette hypothèse est défendue dans les deux thèses principales de la bouffée délirante et de la psychose cycloïde que nous avons vu précédemment. Peron(71) a montré dans son enquête d'opinion que 37% des psychiatres français considéraient la bouffée délirante comme une entité autonome.

Singer(91)(92) dans une étude catamnétique sur l'évolution des bouffées délirantes trouve une argumentation en faveur de l'autonomie de la bouffée délirante, mais il considère que les rapports avec la schizophrénie restent une énigme.

5) Les psychoses délirantes aiguës comme entité hétérogène.

La schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive sont considérées comme des groupes hétérogènes.

Mendlewicz(67), dans des études familiales a recherché un lien génétique entre les troubles schizo-affectifs, la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie. Les résultats indiquent que le trouble schizo-affectif est hétérogène.

Cohen(18) également sur une étude de 420 patients a abouti aux mêmes conclusions.

Aucune hypothèse nosologique ne peut à l'heure actuelle être retenue de manière formelle.

Cependant, l'aspect hétérogène et les relations avec la psychose maniaco-dépressive semblent prépondérantes.

Comme au début du siècle, avec les idées de Kraepelin et Bleuler, la place de la psychose délirante aiguë n'est toujours pas déterminée de manière certaine entre la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie.

Nous allons exposer maintenant notre étude rétrospective de 76 dossiers de patients chez lesquels le diagnostic de bouffée délirante a été porté.

V ETUDE DE 76 DIAGNOSTICS DE BOUFFEE
DELIRANTE AIGUE

La bouffée délirante aiguë polymorphe représente un aspect particulier des psychoses délirantes aiguës.

Ce concept clinique encore utilisé dans les services de psychiatrie pose le problème de sa situation sur le plan nosographique, soit comme entité autonome, soit comme moment évolutif aigu d'une schizophrénie ou d'une psychose maniaco-dépressive.

Nous nous proposons dans cette étude, en examinant un certain nombre de dossiers de patients hospitalisés dans le service, avec un diagnostic de bouffée délirante, d'essayer de définir leur évolution, et d'envisager certains éléments cliniques initiaux susceptibles d'avoir un caractère prédictif sur le devenir de ces malades.

Nous exposerons tout d'abord, les buts et la méthodologie de notre travail.

Nous présenterons ensuite trois observations qui illustrent notre propos.

Nous verrons enfin les résultats de ces recherches et nous les discuterons.

V-1 Méthodologie

V-1-1 But de cette étude.

La notion de bouffée délirante bien que controversée est toujours employée en France, notamment dans le service.

Nous avons essayé de préciser cette entité

En premier lieu, nous nous sommes demandé dans quelles circonstances cliniques le diagnostic de bouffée délirante était porté.

Ensuite, quelles étaient les thérapeutiques utilisées.

Enfin, nous avons envisagé le devenir de ces malades, et essayé de voir s'il existait des facteurs prédictifs de leur évolution.

V-1-2 Moyens.

Nous avons repris les dossiers des patients hospitalisés sur une période de dix années, de janvier 1980 à décembre 1989, dans le service hospitalo-universitaire de psychiatrie du C.H.R.U. de Limoges.

Le service accueille, d'une part les patients habitant le secteur IV de la Haute-vienne, soit une population d'environ 76 000 personnes, et d'autre part des malades hors secteur des départements limitrophes, de Corrèze, Creuse, Dordogne et de Charentes pour l'essentiel.

Nous avons donc examiné les dossiers de malades dont le diagnostic de sortie était celui de "psychose délirante aiguë" et état confusionnel", soit le code 04 de la classification de l'INSERM. Bien qu'actuellement dans le service les classifications en vigueur soient celles du D.S.M.III et du D.S.M.III-r, la classification de l'I.N.S.E.R.M. est encore utilisée notamment dans son aspect administratif; nous l'avons donc retenue car au début de notre étude elle était la seule en cours.

Nous essayerons de voir dans quelle mesure ces résultats correspondent aux travaux décrits dans la littérature.

Par ailleurs, en fonction des modalités évolutives, certains aspects sémiologiques nous sont apparus comme pouvant avoir un rôle prédictif pronostique que nous avons détaillé.

V-3-2 Limites de la méthodologie.

Au terme de cet exposé, il nous faut cependant signaler les limites de ce travail anamnestique.

Tout d'abord, nous remarquons que l'intervention de cliniciens différents, et l'utilisation de la classification de l'INSERM qui ne comporte pas de critères diagnostiques explicites rendent la comparaison des dossiers plus difficile.

Par ailleurs, il nous faut mentionner ici les imprécisions des observations dues à leurs rédactions et à leurs relectures qui limitent l'analyse sémiologique.

Enfin, nous avons eu des difficultés à cerner avec précision l'adaptation familiale, professionnelle et sociale actuelle de ces malades.

V-2 Observations

Avant de voir quels ont été les résultats de notre étude, nous allons présenter trois observations choisies parmi les soixante seize patients et qui nous semblent illustrer l'aspect clinique et évolutif de la bouffée délirante.

Observation 1:

Mlle Cou., âgée de vingt-trois ans est adressée dans l'unité par le service des urgences le dix décembre 1988 pour état délirant. Elle avait été recueillie sur le parking du C.H.R.U. en proie à une agitation intense.

Dans son discours, on notait pêle-mêle, une histoire de viol, le sentiment d'être influencée à distance, des amours impossibles homosexuelles. L'humeur était plutôt exaltée avec une agitation psychomotrice intense. Il existait des hallucinations auditives importantes. Habitante Poitiers, elle n'a jamais pu expliquer sa venue sur le parking du C.H.R.U. de Limoges, il n'y avait cependant pas de désorientation temporo-spatiale.

Dans les antécédents on notait une chorio-rétinite dans l'enfance, pas d'antécédent psychiatrique familial ou personnel et notamment pas de prise de toxique.

Elle était fille unique et vivait avec sa mère qui était divorcée depuis dix ans.

Elle travaillait comme maître auxiliaire de biologie à Poitiers dans un collège.

Elle eut un traitement par amisulpiride (600 mg/jour) et levomépronazine (200 mg/jour). La symptomatologie délirante régressa assez rapidement. On porta le diagnostic de bouffée délirante aiguë et la malade ressortit après disparition complète de toute symptomatologie psychotique.

C'est cinq mois plus tard qu'elle est de nouveau hospitalisée pour un état d'agitation de type maniaque avec une fuite des idées, une agitation psychomotrice importante (elle a mis le feu

dans une chambre du service). Le diagnostic de psychose maniaco-dépressive est alors proposé, et la patiente est mise sous carbamazépine. Elle est actuellement stabilisée sans rechute.

Observation 2:

Mlle Pascale C... âgée de 34 ans, originaire de THIVIERS en DORDOGNE, est hospitalisée le 23 décembre 1988 sous une mesure de placement volontaire pour l'apparition brutale, en une nuit d'un état délirant caractérisé par de multiples thèmes: thème d'ensorcellement où elle se croyait envoûtée par sa voisine, thème plus mystique où elle se prenait pour la Vierge Marie.

Il existait également des hallucinations auditives: elle entendait des voix qui lui dictaient sa conduite.

Au cours de ce délire, la conscience était fluctuante avec des moments d'absence marqués par des déambulations non contrôlables. Dans certaines phases de prostration, elle apparaissait angoissée avec un regard épouvanté.

L'anamnèse recueillie auprès de la famille, c'est-à-dire son frère qui habitait près de chez elle, nous apprenait qu'elle était la deuxième d'une famille de quatre enfants, qu'elle était célibataire et qu'elle exerçait le métier d'esthéticienne. Elle avait dû interrompre son activité pour un problème d'asthme allergique.

Un mois avant l'apparition du délire, elle était soignée pour un état dépressif réactionnel.

Les troubles de la conscience et le délire ont évolué sur le même mode pendant une semaine, au terme de laquelle la malade a repris assez rapidement contact avec la réalité, avec disparition

totale des phénomènes délirants. Elle avait bénéficié d'un traitement neuroleptique par SULPIRIDE à la dose de 1600 mg par jour.

Plus de deux ans après cet épisode psychotique aigu, la patiente a repris une activité et un mode de vie identiques à ceux qu'elle avait auparavant. Elle n'a pas eu de rechute. Elle est suivie régulièrement par un médecin du service.

Observation 3:

Jean Jacques COU... est un jeune homme de 20 ans qui est hospitalisé en 1983 dans le service à la suite de troubles du comportement en rapport avec des idées délirantes, essentiellement à thème de persécution, de survenue rapide en moins d'une semaine d'après son entourage.

Originaire de Limoges, il est célibataire et vit chez ses parents. Il travaille depuis un an comme décorateur sur porcelaine.

C'est le dernier d'une famille de cinq enfants, il n'existe pas d'antécédent psychiatrique familial, par contre durant son service militaire qu'il a effectué cependant entièrement, on apprend qu'il a dû être hospitalisé quinze jours pour un état d'agitation, imputable aux conditions de vie militaire d'après la famille.

L'examen psychiatrique initial retrouve des idées délirantes à thème de persécution, un automatisme mental avec un syndrome d'influence. Il existe des hallucinations auditives avec une attitude d'écoute. On ne remarque pas de désordre thymique.

Sous halopéridol et lévomépromazine, la symptomatologie psychotique disparaît totalement en quinze jours.

Le diagnostic de bouffée délirante est alors proposé.

Après six mois d'évolution sans particularité pathologique, s'installent progressivement les signes d'une schizophrénie paranoïde qui font donc revoir le diagnostic initial. Le patient a un traitement neuroleptique retard. Suivi régulièrement, il n'a pas été réhospitalisé depuis cette époque.

Après ces exemples, nous allons donc exposer les résultats de notre étude de manière systématique.

V-3 Résultats

Sous le code 04, durant ces dix années, nous avons retrouvé les dossiers de 152 malades hospitalisés. Parmi ceux-ci, nous avons exclu ceux dont la pathologie était en rapport avec un état confusionnel (classé 04-3 et 04-4). A l'issue de ce travail, nous avons donc retenu 76 patients pour lesquels le diagnostic initial porté était celui de bouffée délirante.

Sur le nombre de patients hospitalisés pendant cette période, ceux-ci représentent un peu moins de 3% .

Dans un premier temps, nous allons exposer les résultats globaux concernant les 76 patients .

Par la suite, nous verrons que les modalités évolutives déterminent trois groupes de malades que nous étudierons séparément.

V-3-1 Résultats concernant les 76 patients.

V-3-1-1) Résultats globaux.

Les observations ont été résumées sous la forme des tableaux suivants:

Nom	Age	Etat civil	Profession	Origine	Antécédent Médico-chirurgical	Antécédent Psy.	Fam	Antécédent	Durée	Délire	Hallucination	Onirisme	Anxiété	Humeur	Insoomie	Thérapeutique	Evolution		
													Thème Mécanisme						
													aud./coen.						
16.	33	célibat.	chômage	France	sd. Turner	/	/	12	persécution	/	aud./coen.	/	/	/	/	NOZIMAN FIJANFOL	rechute SCHI		
24.	23	mariée	empl. bur.	France	trauma. crânien	bda	oncle/dep	39	imaginatif	/	/	/	/	dep	/	HARDOL NOZIMAN	rechute		
34.	35	divorcée	chômage	France	cholecystectomie	bda	/	27	persécution	/	/	/	+	manie	+	NOZIMAN BARRETEL LAGRZYK	rechute SCHI		
44.	22	mariée	empl. bur.	France	épilepsie	bda	/	28	interprétatif	/	/	/	+	dep	+	SEKESIA NOZIMAN LUDZYK	rechute PHD		
54.	28	célibat.	secrétaire	France	trauma. crânien	/	/	32	imaginatif	/	auditive	/	+	manie	+	NOZIMAN	/		
64.	19	célibat.	étudiante	France	/	débilité	/	40	persécution	visuelle	+	+	/	manie	/	BARRETEL ORAP MIZOUEN	rechute PHD		
74.	19	célibat.	empl. hotel	France	/	/	/	12	polymorphe	/	/	+	+	/	+	NOZIMAN	/		
84.	40	célibat.	commerce	France	scoliose	/	/	22	imaginatif	/	/	+	dep	/	/	TENISA LAGRZYK	/		
94.	34	célibat.	esthét.	France	asthme	depression	/	39	polymorphe	aud./visu.	+	+	mixte	+	+	DOUMAIL	/		
104.	23	célibat.	enseignant	France	chorio-rétinite	/	mère/dep	22	polymorphe	auto. ment./coen.	/	/	manie	/	/	SOLIAN	rechute PHD		
114.	26	célibat.	enseignant	France	encéphalite?	/	/	30	interprétatif	/	/	+	mixte	/	/	AMAFRANIC PIPORTIL	rechute PHD		

abréviations

- aud. auditive
- auto. mental automatisation mentale
- b. d. a. bouffée délirante aiguë
- coen. coenesthésique
- dep. dépression
- empl. bur. employé de bureau
- esthét. esthétique
- Inform. information
- P. M. D. Psychose maniaque dépressive
- SCHI. Schizophrenie
- vis. visuelle

Tableau synoptique des observations (femmes)

Nom	Age	Etat civil	Profession	Origine	Antécédent Médico-chirurgical	Antécédent Psy.	Antécédent Fam	Durée	Délire Thème Mécanisme	Hallucination	Onirisme	Anxiété	Humeur	Insomnie	Thérapeutique	Evolution
12 M.	23	célibat.	chômeur	France	/	débilité	/	18	interprétatif	/	+	/	mixte	/	DIPERON KEMAX	rechute PHD
13 M.	35	divorcée	enseignant	France	/	/	/	21	interprétatif	auditive	/	/	/	/	DOGMATIL	/
14 M.	34	mariée	chômeur	France	/	/	/	18	interprétatif	auditive	+	/	dep	/	NOZINON FIZYFAL HERFALYL	rechute PHD
15 M.	22	célibat.	chômeur	France	/	/	soeur/bda	65	persécution	/	/	+	/	/	PRAZINIL	rechute SHI
16 M.	25	célibat.	étudiante	France	épilepsie	/	/	22	polymorphe	aud./visu.	+	/	/	+	LUDOMIL TRAMEN HALIDOL	/
17 M.	24	célibat.	aide-soig	Martinique	otospongiose	/	frère/dep	27	megalo/persé.	/	/	+	/	/	DOGMATIL NOZINON	/
18 M.	44	mariée	enseignant	France	néo. sein	/	père/dep	22	persé./depers.	/	+	+	dep	+	/	rechute PHD
19 M.	23	célibat.	étudiante	France	/	/	/	25	polymorphe	auditive	+	/	manie	/	DOGMATIL NOZINON	/
20 M.	35	mariée	informat.	France	/	/	/	30	polymorphe	/	/	+	dep	/	LUDOMIL NOZINON	rechute PHD
21 M.	26	marié	chômeur	France	/	bda	/	19	polymorphe	/	/	+	dep	+	HALDOL NOZINON	rechute PHD
22 M.	34	mariée	chômeur	France	/	/	/	18	persécution	auto.mental	/	/	/	/	HALDOL NOZINON	rechute SCH

Tableau synoptique des observations (femmes)

NOM	Age	Etat civil	Profession	Origine	Antécédent Médico-chirurgical	Antécédent Psy.	Durée	Délire	Hallucination	Ombre	Thème Mécanisme	Anxiété	Humeur	Insomnie	Thérapeutique	Evolution
23 LA.	31	marlée	chômage	France	/	/	55	mégalo/mystique	/	/	/	+	/	/	HALDOL NOZINAM	rechute SCHI
24 LA.	54	veuve	ouvrière	France	/	/	21	polymorphe	and./visu.	+	/	/	dep	/	/	/
25 LA.	30	célibat.	enseignant	France	/	bda	18	persécution	auto.mental	/	+	dep	+	/	ANAPRANIL HALDOL NOZINAM	rechute SCHI
26 LA.	28	célibat.	caissière	France	/	/	23	polymorphe	/	/	/	dep	+	/	LEPRANIL LUDOMIL	/
27 LA.	47	divorcée	chômage	France	neurinome acoust.	bda	32	persécution	/	+	/	/	/	/	HALDOL NOZINAM	rechute SCHI
28 LA.	44	marlée	chômage	France	/	/	38	polymorphe	/	+	/	/	/	/	DOGMATIC NOZINAM	/
29 LA.	32	marlée	chômage	Vietnam	/	/	30	polymorphe	/	+	/	manie	+	/	HALDOL NOZINAM	rechute PHD
30 MA.	50	marlée	caissière	France	/	père/dep	46	persécution	/	+	+	dep	+	/	ANAPRANIL TRANFENC	/
31 MI.	44	marlée	chômage	France	/	/	27	mystique	/	/	+	dep	+	/	LAGRANIL NOZINAM	rechute PHD
32 MR.	31	marlée	chômage	France	/	/	32	polymorphe	/	/	+	dep	+	/	DOGMATIC ANAPRANIL	rechute PHD
33 MB.	51	marlée	chômage	France	/	bda/accou.	32	persécution	/	/	+	dep	+	/	NOCTAPOL TERALON DELACRILL	rechute PHD

Tableau synoptique des observations (femmes)

- 66 -

Nom	Age	Etat civil	Profession	Origine	Antécédent Médico-chirurgical	Antécédent Psy.	Antécédent Fam	Durée	Délire Thème Mécanisme	Hallucination Onirisme	Anxiété	Rumeur	Insomnie	Thérapeutique	Evolution
34 A.	23	célibat.	étudiant	France	traum. crânien	/	/	27	polymorphe	auto. mental	/	/	+	Solium	rechute SCHI
35 O.	24	mariée	chômage	France	/	bda	/	21	polymorphe	aud./vis.	+	dep	/	NOZINAM ORAP	rechute PND
36 O.	54	veuve	chômage	France	hyst. thyroïdectomie	/	/	42	persécution	/	/	dep	/	ANAFRAMIC NOZINAM	/
37 M.	18	célibat.	étudiant	France	/	/	mère/dep	1	mégalo.	/	/	/	/	/	SCAN
38 M.	32	mariée	ouvrière	France	/	bda	/	35	persécution	aud. vis.	+	dep	+	HALDOL	rechute PND
39 H.	25	célibat.	aid. soig.	France	/	bda	/	12	interprétatif	auditive	/	dep	+	DOMMIL TEBESTA	/
40 H.	26	mariée	chômage	France	/	/	mère/dep	33	mégalo	/	+	/	/	LARGACTIL LEPTICVA NOZINAM	rechute SCHI
41 M.	37	mariée	commerce	France	appendicéctomie	bda	père/OH	33	persécution	/	/	mixte	+	Ripouli Haloperidol KAZIKAP	/
42 F.	37	mariée	secrétaire	France	/	depressive	/	21	mystique	/	+	mixte	+	DOMMIL NOZINAM	rechute PND
43 H.	32	célibat.	secrétaire	France	ulcère	/	/	47	persécution	aud./auto. mental	/	+	+	NOZINAM HALDOL ORAP	rechute SCHI
44 M.	34	mariée	ouvrière	France	/	/	/	12	persécution	auditive	+	mixte	/	NOZINAM HALDOL	/
45 M.	22	célibat.	étudiante	France	/	/	/	15	mystique	visuelle	+	manie	/	NOZINAM HALDOL TRAMAZOL	/

Tableau synoptique des observations (femmes)

Nom	Age	Etat civil	Profession	Origine	Antécédent Médico-chirurgical	Antécédent Psy.	Antécédent Fan	Durée	Délire Thème Mécanisme	Hallucination Onirisme	Anxiété	Humeur	Insomnie	Thérapeutique	Evolution
1	R. 24	célibat.	étudiant	Maroc	/	/	/	31	imaginatif	/	/	mixte	+	Haléol NOZINAM LEPTICUR	/
2	J. 29	célibat.	ouvrier	France	anévrisme céréb.	/	/	19	persécution	/	+	/	/	NOZINAM FLUOXÉOL ACTOAP	rechute SCHI
3	A. 22	célibat.	étudiant	Réunion	/	/	/	12	polymorphe	visu./aud.	+	mixte	/	NOZINAM MOZINAM SALDOOL	/
4	A. 27	célibat.	intérim	France	/	toxico	/	7	depersonn.	/	/	/	/	NOZINAM HALDOL	/
5	Y. 45	marié	commerce	Réunion	trauma, abcès foie	/	/	39	interprétatif	auditive	+	manie	+	NOZINAM HALDOL	/
6	O. 20	célibat.	décorateur	France	/	bda	/	51	persécution	auto. mental/aud.	/	/	/	HALDOL NOZINAM LEPTICUR	rechute SCHI
7	A. 26	célibat.	chômage	France	/	/	/	7	polymorphe	/	+	/	+	/	SCHM
8	R. 21	célibat.	chômage	France	/	/	/	12	imaginatif	/	/	/	/	NOZINAM HALDOL	SCHM
9	O. 22	célibat.	chômage	Portugal	/	bda	/	30	persécution	auto. ment./aud.	/	/	/	NOZINAM HALDOL	rechute SCHI
10	U. 19	célibat.	étudiant	France	/	/	/	27	imaginatif	auto. ment.	+	/	/	ORAP NOZINAM	/
11	A. 29	marié	espl. hotel	France	épilep/trauma-cra	depressif	/	16	polymorphe	auto. ment.	+	mixte	+	TIAPRIDAL VALIUM	rechute

Tableau synoptique des observations (hommes)

Mois	Age	Etat civil	Profession	Origine	Antécédent Médico-chirurgical	Antécédent Psy.	Fam	Durée	Délire Thème Mécanisme	Hallucination	Onirisme	Anxiété	Humeur	Insomnie	Thérapeutique	Evolution
12 R.	20	célibat.	serv.nat	France	/	/	/	18	polymorphe	/	/	/	/	/	HALDOL NOZINAN	hop.all.
13 U.	22	célibat.	étudiant	France	fracture poigne	/	frère/bda	35	interprétatif	auto.mental	+	+	dep	+	DOGMATIC NOZINAN LEPTICOR	/
14 Z.	20	célibat.	étudiant	Canada	/	bda	/	25	persécution	/	+	/	/	/	SULFALEM NOZINAN DOGMATIC	rechute
15 Y.	24	célibat.	mécano.	Vietnam	/	/	/	17	persécution.	visuelle	/	+	mixte	+	TIAPRIDAL EQVAMIC TRANXENE	rechute
16 A.	19	célibat.	cuisinier	France	/	/	/	37	depersonn.	/	+	/	dep	+	NOZINAN NOCTAN	/
17 A.	31	marié	éboueur	France	/	bda	père/dep	24	persécution	vis.and.	+	+	dep	+	HALDOL NOZINAN	rechute PMD
18 A.	19	célibat.	pépinier.	France	épilepsie	/	/	8	/	/	+	/	manie	+	DOGMATIC LEPTICOR NOZINAN	/
19 A.	23	célibat.	étudiant	France	/	/	/	45	depersonn.	auto.mental	+	+	mixte	/	ORAP TRANXENE	rechute SCHI
20 O.	25	célibat.	minotier	France	/	/	/	51	persécution	/	/	/	dep	/	ANAFRANIL NOZINAN	/
21 R.	22	célibat.	chômeur	France	/	/	/	39	persécution	auditive	/	+	/	/	HALDOL NOZINAN PERKINANE	rechute SCHI

Tableau synoptique des observations (hommes)

NOM	Age	Etat civil	Profession	Origine	Antécédent Médico-chirurgical	Antécédent Psy.	Antécédent Fam	Durée	Délire Thème Mécanisme	Hallucination Onirisme	Anxiété	Humeur	Insomnie	Thérapeutique	Evolution
22MA.	21	célibat.	étudiant	France	/	bda	mère/PHD	24	délire grand.	/	/	manie	+	NOZINAN HALDOL	rechute PHD
23MA.	38	marié	policier	France	épilepsie	/	/	34	polymorphe visuelle	+	+	mixte	+	TIAPRIDAL ROHYPNOL LUDOMIL	/
24MO.	26	célibat.	commerce	France	/	bda	/	29	imaginatif	/	/	manie	/	NOZINAN	rechute PHD
25PL.	32	divorcé	peintre	France	trauma.cranien	bda	père/dep	30	persécution auto.mental	/	/	/	+	AVARANIL TRAMACAM NOZINAN	rechute SCHI
26MI.	26	célibat.	p.t.t.	France	/	bda	/	20	persécution auto.mental	/	/	manie	+	Piposfil	rechute PHD
27SA.	22	célibat.	serv.nat	France	/	/	/	1	polymorphe visuelle	+	/	/	/	NOZINAN	hop.mil.
28SU.	28	célibat.	peintre	Portugal	/	/	/	20	persécu./depers. auditive	/	+	/	+	HALDOL DOXETIL NOZINAN	rechute SCHI
29TU.	31	marié	stagiaire	France	/	bda	/	18	persécution	/	/	dep	+	NOZINAN SARMOUL	rechute BDA
30VB.	26	célibat.	militaire	France	/	bda	/	60	interprétatif	/	/	dep	/	NOZINAN	rechute PHD
31VB.	21	célibat.	mécanicien	France	/	/	/	40	persécution	/	/	/	+	HALDOL NOZINAN	rechute PHD

Tableau synoptique des observations (hommes)

V-3-1-2) Résultats par rubrique.

1) la biographie.

a) Le sexe ratio:

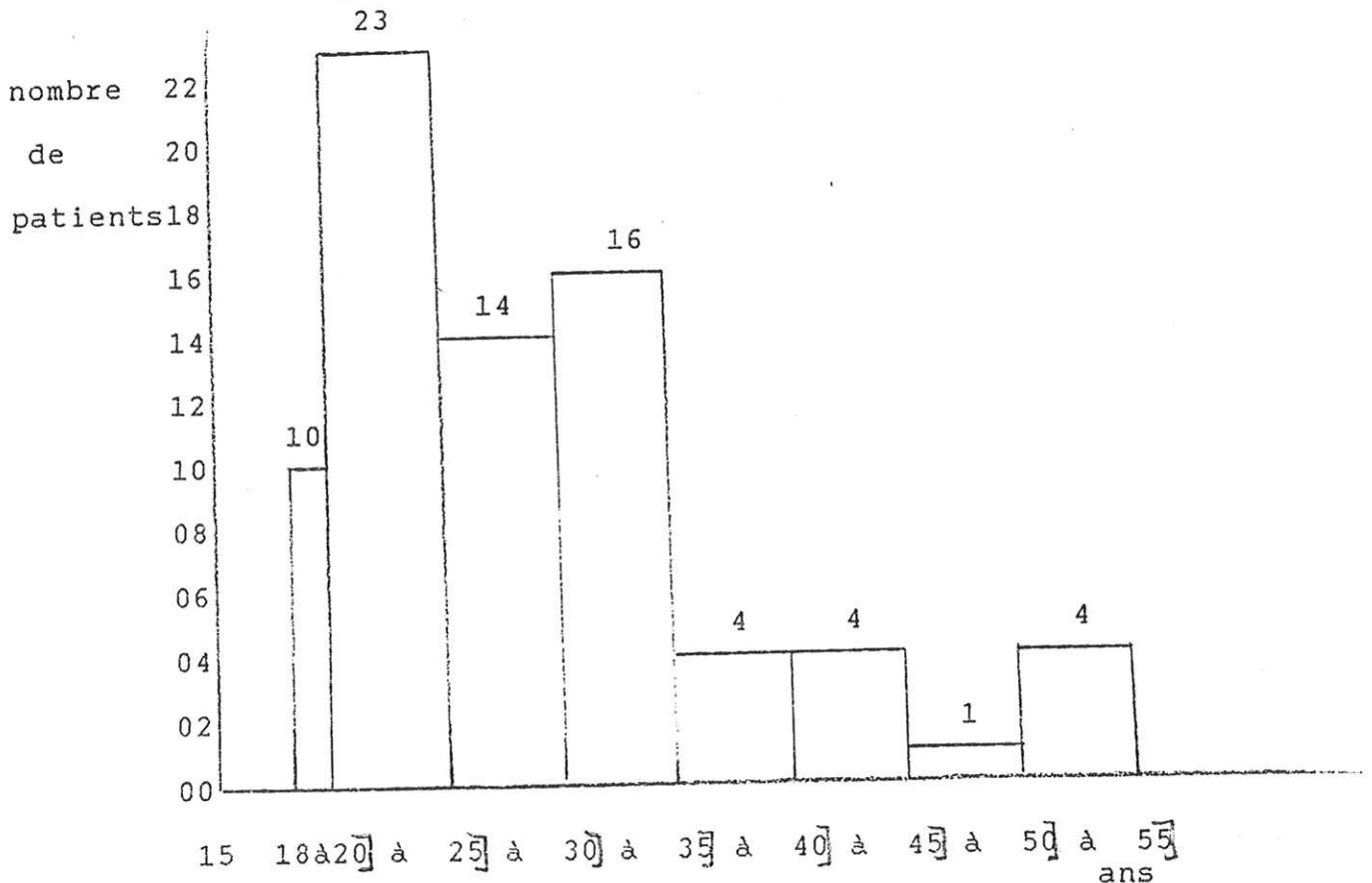
Sur les 76 patients, 45 étaient des femmes et 31 des hommes soit un sexe ratio de 1,45.

b) L'âge:

Les patients dans notre étude étaient âgés de 18 à 54 ans.

Il est à remarquer pour les patients les plus jeunes, que le chiffre est probablement inférieur à la réalité, étant donné que certains états délirants survenant à l'adolescence sont hospitalisés ailleurs notamment en pédiatrie.

La moyenne d'âge est de 29ans, plus basse pour les sujets masculins (25ans) que féminins (33ans).



c) Etat civil.

Sur les 76 patients, au moment de l'épisode aigu:

- 25 étaient mariés,
- 4 divorcés,
- 2 veuves,
- la majorité soit 45 étaient célibataires.

d) Profession:

les professions sont diversement représentées. On retrouve:

- des étudiants(14) dont un étudiant en médecine,
- des enseignants(5),
- des employés de bureau, secrétaires(5),
- des ouvriers(4),
- des commerçants(4), employé d'hotel(2)
- des peintres(2),
- des caissières(2),
- aides soignantes(2),
- mécaniciens(2),
- appelés (service militaire)(2)
- militaire(1),
- employé des P.T.T.(1),
- cuisinier(1),
- esthéticienne(1),
- intérimaire(1),
- informaticien(1),
- éboueur(1),
- minotier(1),
- pépiniériste(1),

-policier(1),

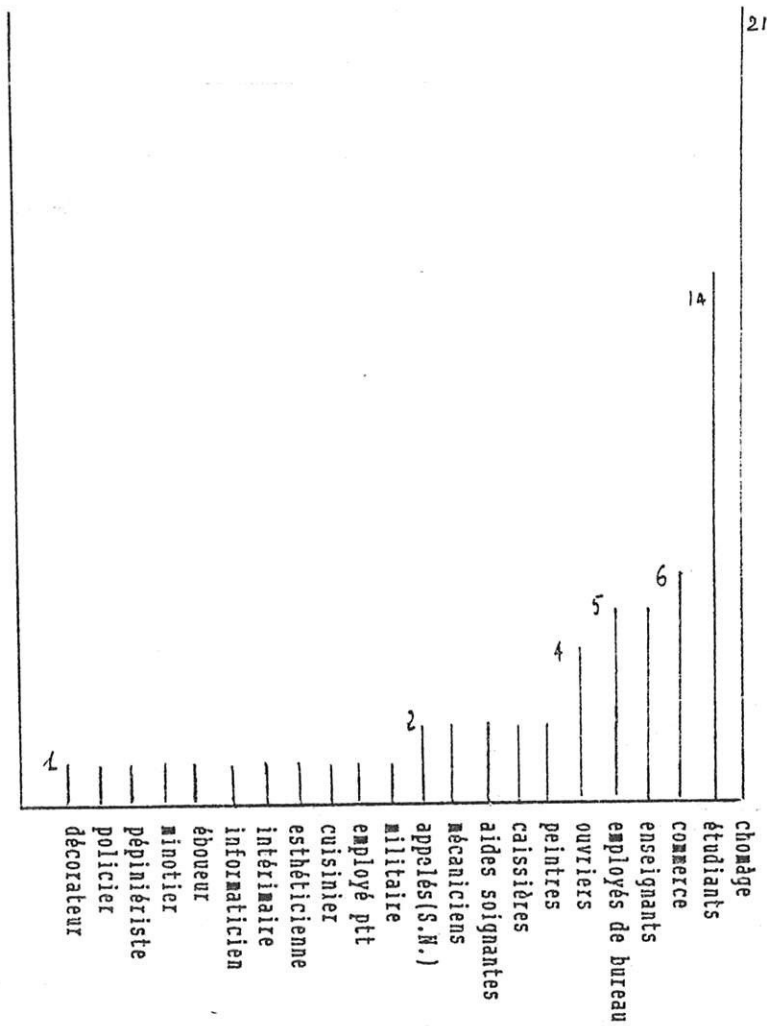
-décorateur(1),

-vingt et un patients étaient soit au chômage, soit sans profession au moment de l'accès délirant.

nombre

de

patients



e) Pays d'origine:

La plupart étaient d'origine française métropolitaine(67).

-Mais trois venaient d'outre-mer, Réunion(2), et Martinique(1),

-deux étaient nés en Asie(Sud Vietnam),

-deux étaient originaire du Portugal,

-un venait du Maroc,

et enfin un venait de Montréal.

Vingt pour cent étaient domiciliés en milieu rural.

2) Aspects cliniques et sémiologiques

2-1 Antécédents:

a) antécédents médico-chirurgicaux:

Dans vingt- quatre dossiers, on notait des antécédents médico-chirurgicaux:

-Dans cinq cas, il existait des antécédents de traumatisme crânien.

-Cinq patients étaient épileptiques.

-On note par ailleurs: un asthme, une chorio-rétinite, une otospongiose, un ulcère gastrique, une hystérectomie, un anévrysme cérébral opéré cinq ans auparavant, une néoplasie du sein, une dysgénésie gonadique (syndrome de Turner), un abcès du foie, un traumatisme de l'oeil avec perte de la vision.

b) antécédents psychiatriques personnels:

-Dans trois dossiers, il existait des antécédents dépressifs ayant nécessité l'usage d'un traitement thymoanaleptique.

-Dans un cas on notait une toxicomanie ancienne à l'héroïne .

-Dans deux cas, il y avait une débilité légère associée (QI < 70).

-Pour vingt et un de ces patients, il y avait eu un épisode psychotique antérieur de type bouffée délirante.

c) antécédents familiaux:

Dans treize dossiers, on retrouve des antécédents psychiatriques familiaux.

-Dans dix cas, il existe des épisodes dépressifs majeurs chez les ascendants avec notamment dans cinq dossiers une issue par suicide.

-Deux des patients ont eu un membre de leur fratrie qui a fait une bouffée délirante, et pour l'un d'entre eux, il s'agissait de son jumeau homozygote.

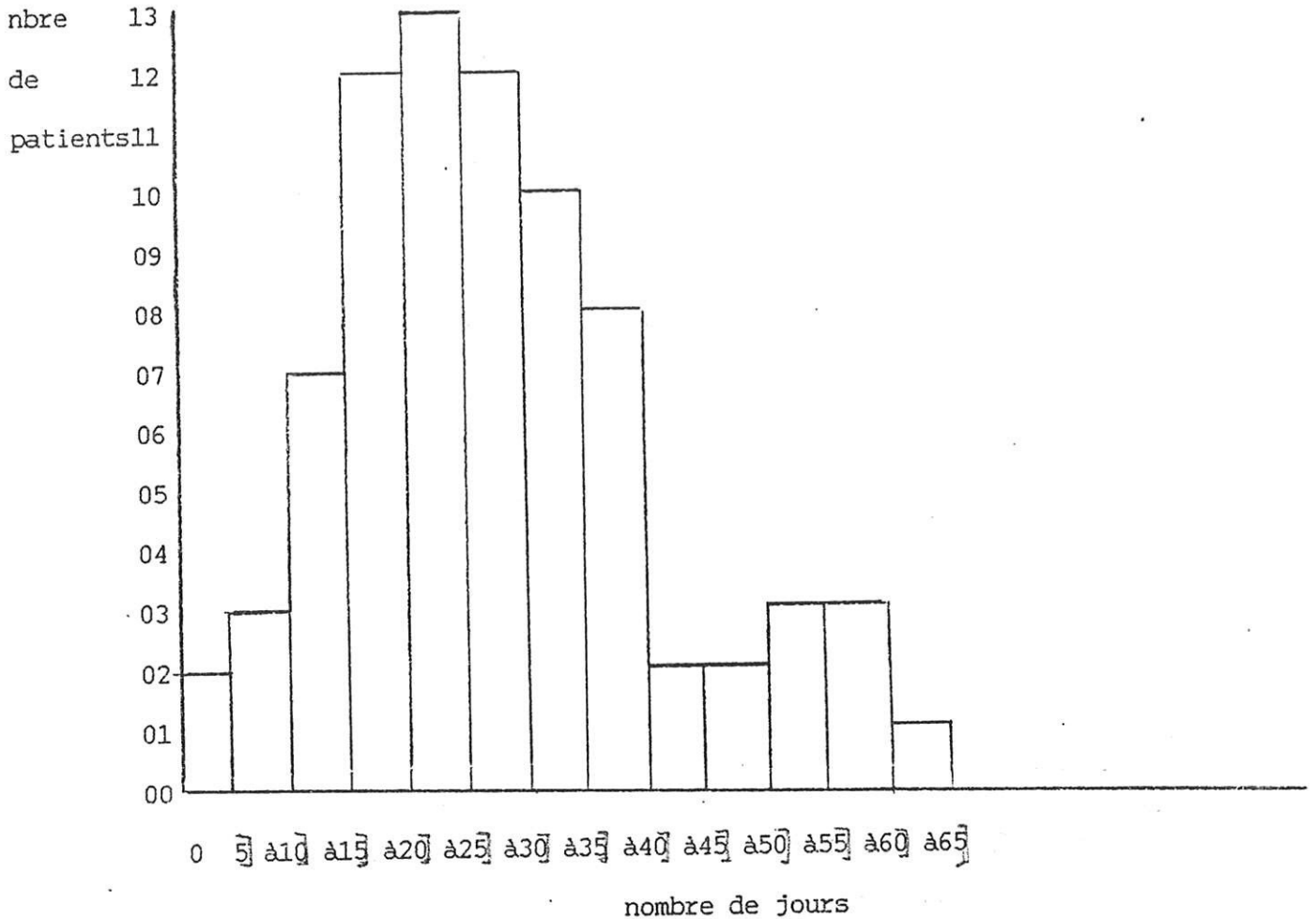
-Dans un cas étaient signalés des antécédents familiaux d'alcoolisme.

2-2 la durée d'hospitalisation:

Elle a varié de 01 jour à 64 jours avec une moyenne à 27,2 jours.

Trois patients sont sortis prématurément contre avis médical, et deux appelés du contingent ont été mutés dans un hôpital militaire.

Nous avons résumé cet aspect dans le tableau suivant:



histogramme de la durée d'hospitalisation

2-3 Aspects sémiologiques:

a) Le déclenchement du délire:

Dans deux dossiers, on retrouve un accouchement dans les semaines qui ont précédé l'installation du délire.

Dans la majorité des dossiers il n'y a pas de facteur déclenchant; pour les appelés du contingent, on constate simplement qu'ils étaient au début de leur service militaire.

La rapidité d'installation des troubles est plus difficile à préciser. Si ceux-ci constituent une rupture avec la situation antérieure, il n'a pas été possible de quantifier ces résultats.

b) Le délire:

Les thèmes du délire sont multiples, ceux qui sont le plus fréquemment rencontrés sont:

- les thèmes de persécution(32),
- les thèmes mystiques et mégalomaniac(14),
- les thèmes d'empoisonnement(4).

Les deux principaux mécanismes sont l'interprétation et l'imagination délirante.

Par ailleurs, dans cinq cas sont signalés des troubles à type de dépersonnalisation.

Les hallucinations les plus fréquentes sont:

- les hallucinations auditives(23),
- les hallucinations visuelles(14)
- deux observations relatent des hallucinations de type cénesthésique.

Dans treize dossiers, un automatisme mental est retrouvé.

c) Confuso-onirisme

L'aspect confuso-onirique est retenu dans trente quatre observations, soit chez 44.7% des patients.

d) Les troubles de l'humeur sont fréquemment retrouvés(48), soit 63% des cas.

-Dans vingt quatre dossiers(31.5%),on note un état dépressif.

-Dans douze cas(15.75%),on trouve une exaltation de l'humeur de type hypomaniaque.

-Dans douze observations(15.75%)sont notés des oscillations thymiques allant du pôle dépressif au pôle maniaque.

e)L'anxiété:

L'anxiété sous toutes ses formes est également fréquemment citée.Dans trente six dossiers(47%)on remarque ces manifestations.

f)Troubles instinctuels:

Dans cette catégorie,seule l'insomnie est notée dans trente sept dossiers.Nous n'avons pas eu de renseignement en ce qui concerne les troubles de l'alimentation.

3)Thérapeutique:

Nous avons essayé de dégager ici deux aspects:

Tout d'abord,nous avons relevé les médicaments utilisés au cours du premier accès psychotique.

Comme nous le verrons par la suite,un certain nombre de ces patients ont récidivé,et il nous a semblé intéressant dans un second temps d'examiner alors quelles thérapeutiques étaient utilisées.

3-1)Traitement utilisé au cours de l'accès initial:traitement de sortie.

a) La principale classe médicamenteuse utilisée est les neuroleptiques.

-Action sédatrice prévalente:

- levomepromazine NOZINAM r (47)
- cyaménazine TERCIAN r (1)
- chlorpromazine LARGACTIL r (1)
- sultopiride BARNETIL r (3)
- pipamperone DIPIPERON r (1)

-Action polyvalente

- sulpiride DOGMATIL r (13)
- halopéridol HALDOL r (19)
- amisulpiride SOLIAN r (2)
- tiapride TIPRIDAL r (3)
- fluphénazine MODITEN r (2)

-Action désinhibitrice

- pimozide ORAP r (4)
- pipothiazine PIPORTIL r (3)
- flupentixol FLUANXOL r (2)
- carpréamine PRAZINIL r (1)

b) Associée à ces neuroleptiques, on note la prescription de correcteurs:

- tropatepine LEPTICUR r (6)
- trihéxyphénydyle PARKINANE r (1)
- DHE (2)

-anethotrène SULFARLEM S25 r

c) Les antidépresseurs sont la deuxième classe thérapeutique utilisée:

-clomipramine ANAFRANIL r (7)

-amitriptyline LAROXIL r (2)

-fluvoxamine FLOXIFRAL r (1)

-maprotiline LUDIOMIL r (5)

-trimipramine SURMONTIL r (1)

d) Enfin, la dernière classe utilisée est celle des tranquillisants:

-hypnotiques

-flunitrazepam ROHYPNOL r (3)

-clorazepate+acepromazine+aceprometazine NOCTRAN r (3)

-triazolam HALCION r (3)

-anxiolytiques

benzodiazépines

-clorazepate TRANXENE r (6)

-lorazepam TEMESTA r (3)

-alprazolam XANAX r (2)

-diazepam VALIUM r (1)

-oxazepam SERESTA r (1)

carbamates

-meprobamate EQUANIL r (1)

3-2) Au cours des récurrences, les classes thérapeutiques sont

utilisées de manière différente:

-Avec les neuroleptiques et/ou les antidépresseurs sont utilisés d'autres classes médicamenteuses:

-les thymorégulateurs

-sels de lithium THERALITHE r (2)

-carbamazepine TEGRETOL r (5)

-valpromide DEPAMIDE r (2)

-les neuroleptiques à action prolongée

-halopéridol décanoate HALDOL DECANOAS r (5)

-flupentixol décanoate FLUENXOL DECANOAS r (2)

Enfin, on remarque l'utilisation de sismothérapie dans deux cas de récurrence.

4) Evolution:

D'une manière générale, la caractéristique la plus importante, est la régression de la symptomatologie psychotique.

Force est de constater que le diagnostic initial de bouffée délirante ne permet pas cependant de préjuger du pronostic.

Tout d'abord, sur les 76 dossiers que nous avons étudiés avec pour certains un recul de 10 ans, nous n'avons pas pu juger du caractère évolutif dans 5 cas. Trois patients étaient sortis de manière prématurée, deux avaient été transférés en hôpital militaire. Parmi les 71 patients restants, nous avons noté l'existence de nouveaux épisodes psychotiques dans 46 observations, soit 65% de récurrence.

A cette occasion, le diagnostic de bouffée délirante porté au cours du premier accès a été modifié:

-22 patients soit 31% des 71 cas ont été considérés comme des psychoses maniaco-dépressives en raison de la survenue ultérieure d'une symptomatologie maniaque ou mélancolique plus caractéristique. Dans un cas l'évolution a été malheureusement marquée par un décès par suicide.

-Pour 17 malades soit 24%, l'évolution a été marquée par l'aggravation secondaire sous la forme d'un état schizophrénique plus caractéristique.

-Pour sept patients (9%), les épisodes psychotiques récidivants n'ont pas modifié le diagnostic initial de bouffée délirante.

-Dans 25 cas (35%), nous n'avons pas observé de récurrence dans la période étudiée.

En résumé, il nous apparaît donc, que le diagnostic initial de bouffée délirante est hétérogène, l'évolution nous montrant schématiquement trois groupes évolutifs:

-Un groupe qui évolue sur un mode schizophrénique déficitaire (17 cas)

-Un groupe dont l'évolution fait suggérer une psychose maniaco-dépressive (22 patients).

-Un troisième groupe constitué de patients n'ayant pas rechuté (25), et de patients dont la récurrence n'a pas réorienté le

diagnostic(7).

-Cinq patients ont été exclus en raison de la non détermination possible de leur évolution.

V-3-2 Résultats concernant les trois groupes évolutifs.

Il nous a semblé intéressant de reprendre certains aspects sémiologiques en fonction de ces trois groupes (qui représentent 71 malades) afin de voir s'ils se différencient au moment de l'accès initial.

1) Tout d'abord l'âge:

Dans le groupe des "psychoses maniaco-dépressives", la moyenne d'âge est de 29,7ans, à peu près identique à celle du troisième groupe (30 ans).

Seuls les patients ayant évolué vers une schizophrénie sont en moyenne plus jeunes (24.8ans).

2) L'automatisme mental:

Dans la série des observations que nous avons étudiées, on retrouve:

-une fréquence plus élevée dans les cas d'évolution schizophrénique(8) soit 47% de ces patients.

-Elle est moins élevée dans le groupe des psychoses maniaco-dépressives(3), 13.6% .

-Dans le troisième groupe(2) soit 6 %

3) Les hallucinations:

Elles se retrouvent dans la même proportion dans les trois groupes.

-Psychoses maniaco-dépressives(7), soit 31%,

-Schizophrénies(7) qui représentent 41%

-Troisième groupe(14):40%.

Notre méthode ne nous permet pas de qualifier plus précisément ces hallucinations, ni de savoir si elles accompagnaient un automatisme mental ou un syndrome confuso-onirique et si elles étaient congruentes ou non à l'humeur.

4) Les états de dépersonnalisation:

Peu fréquemment retrouvés dans les observations(cinq fois), ils se répartissent également dans les trois groupes.

5) Les troubles de l'humeur:

-Dans les évolutions de type maniaco-dépressive, on retrouve des troubles de l'humeur:

-dépression (dans 12 observations)

-hypomanie (dans 6 cas)

-oscillation thymique (3 cas). Il s'agit d'une alternance au cours de l'accès initial de moments dépressifs et d'excitation d'allure maniaque réalisant un état mixte.

-Sans trouble de l'humeur spécifié sur l'observation(1 cas).

Les troubles de l'humeur sont donc présents dans la sémiologie

initiale des patients ayant évolué par la suite vers une psychose maniaco-dépressive, dans une proportion de 95% .

-Dans les évolutions de type schizophrénique:

-Sans trouble de l'humeur spécifié dans l'observation (dans 14 dossiers)

-hypomanie (1 cas)

-dépression (1 cas)

-oscillations thymiques (1 cas)

Dans ce type d'évolution, les troubles de l'humeur ne sont retrouvés que chez 17% de ces patients.

-Dans le troisième groupe:

-dépression (11 cas)

-hypomanie (5 cas)

-oscillations thymiques (8 cas)

-sans trouble de l'humeur spécifié (8 cas)

Trois quart des observations de ce groupe montrent donc une altération de l'humeur.

Au total, on remarque que les troubles thymiques sont moins souvent rencontrés à la phase initiale des évolutions schizophréniques.

Par contre, il sont fréquemment retrouvés en cas d'évolution maniaco-dépressive, le troisième groupe occupant une place intermédiaire.

6) l'aspect confuso-onirique:

La composante confusionnelle est retrouvée:

- Plus fréquemment dans le troisième groupe(17)soit 53%
- Dans la psychose maniaco-dépressive (9)soit 41%
- Dans les schizophrénies (4) soit 23.5%

Au total,l'âge plus jeune,l'existence d'automatisme mental semblent plutôt prédictifs d'une évolution de type schizophrénique,alors que les troubles de l'humeur évoquent plutôt une évolution maniaco-dépressive.

Dans le troisième groupe,on retrouve plus fréquemment une composante confuso-onirique avec des troubles de l'humeur.

V-4 Discussion

Les résultats de ce travail nous ont donc paru montrer une certaine concordance avec ceux de la littérature .

Nous allons les reprendre et les comparer aux données de la littérature.

V-4-1 Comparaison avec la littérature:

1)Eléments de biographie:

1-1) La fréquence:

Par rapport aux admissions totales du service,le nombre de diagnostics de bouffées délirantes (selon la classification de l'INSERM) représente environ 3% des patients hospitalisés,ce qui

correspond aux résultats de l'étude de Singer(91) de Strasbourg: 3.5% des admissions (durant la période 1964-1966)publié en 1980. Les statistiques de l'INSERM concernant les établissements psychiatriques français pour l'année 1972 retrouvent 5% de diagnostics dans cette catégorie. Peron(71) retrouve un chiffre supérieur à 6.2% .

On peut faire ici deux remarques:

Tout d'abord,si on regarde le nombre de diagnostics de bouffées délirantes année par année,on constate une diminution de fréquence depuis 1986 (10 en 1980,4 en 1989).

Johnson-Sabine dans une étude portant sur les malades hospitalisés à St Anne a montré une constante diminution de fréquence de 1978 à 1981,le taux passant de 8% à 3% .

Ensuite,si l'on considère la bouffée délirante aiguë^u comme une entité nosographique autonome,sa fréquence est plus faible puisque dans nos résultats,il nous est apparu que plus de la moitié de nos 76 patients avaient évolué vers une psychose maniaco-dépressive ou une schizophrénie.

1-2)Le sexe ratio

Nous retrouvons une prépondérance féminine.

Peron(71) retrouve 63% de femmes ,Criquillon(22) ,elle, 1/3 d'hommes pour 2/3 de femmes.

L'étude de l'INSERM de 1972 ne trouve pas de différence entre les deux sexes.

Notre moyenne d'âge correspond à celle de la littérature.

Pour Criquillon(22), la moyenne d'âge est de 28.4 ans. Cousin et Vanelle(20) dans une étude sur la bouffée délirante à propos de 21 cas trouvent une moyenne d'âge de 24.2 ans. La moyenne d'âge de nos patients est de 29 ans.

1-3) La catégorie socio-professionnelle

Comme dans l'étude de Criquillon, nous retrouvons une répartition dans les classes moyennes avec une relative fréquence des étudiants, celle-ci étant liée à l'âge de la population.

1-4) L'origine culturelle différente, comme favorisant la survenue de bouffée délirante est retrouvée ici, mais dans une faible proportion.

2) Aspects sémiologiques:

2-1) les antécédents familiaux sont également fréquemment cités dans la littérature.

Guilloux (42) dans une étude de 92 dossiers de bouffée délirante trouve 50% d'antécédents familiaux.

Criquillon(22) dans son essai de caractérisation de la bouffée délirante signale 51% d'antécédents familiaux avec 18.4% d'affections thymiques, 10.2% de psychoses délirantes ou schizophrénies, et 26.5 autres.

Singer(92) ne trouve que deux cas d'antécédents familiaux affectifs sur vingt dossiers de bouffée délirante d'évolution

non schizophrénique.

Dans notre étude seuls 17% des patients ont des antécédents psychiatriques familiaux repérables, cependant ces résultats sont bien entendu dépendants du recueil des données qui comportent une certaine imprécision.

2-2) Pour la majorité des cas, la durée de l'hospitalisation et par conséquent la durée de l'accès psychotique a été inférieur à soixante jours ce qui constitue pour Pull et Pichot(78)un de leurs critères empiriques de la bouffée délirante.

2-3) Nous n'avons pas trouvé de facteur déclenchant, hormis dans deux observations, où l'épisode délirant est survenue dans le post-partum. Il faut remarquer que c'est un travail rétrospectif et que peut-être tous les éléments d'anamnèse n'ont pas été notés dans l'observation.

2-4) La symptomatologie

On note la fréquence des thèmes délirants de persécution .

L'aspect hallucinatoire surtout auditif a été retrouvé dans 37 dossiers. Pull, dans un travail portant sur 18 cas de bouffée délirante note une fréquence inférieure à 50% .

Singer(92) ne retrouve d'éléments hallucinatoires que dans la moitié des cas.

On peut souligner ici, l'aspect confuso-onirique qui peut parfois faire discuter le diagnostic d'état confusionnel. Cependant on ne retrouve pas ici le rôle tenu par un facteur organique .

spécifique dans l'étiologie du trouble.

Une humeur anormale est retrouvée dans quarante huit dossiers, soit plus de 50% des cas avec une prépondérance des troubles dépressifs(24), l'aspect mixte et hypomane(12) est retrouvé en égale fréquence.

Schnetzler(86) signale l'existence, dans 20% de bouffées délirantes, d'épisodes dépressifs à la guérison de l'accès psychotique qu'il attribuait en partie aux effets dépressogènes des neuroleptiques.

3) Aspects thérapeutiques

-Les traitements utilisés:

Les thérapeutiques employées sont celles décrites chez la plupart des auteurs.

C'est à dire, tout d'abord les neuroleptiques, en général sédatifs, mais les neuroleptiques incisifs peuvent être aussi prescrits et souvent en association. A ce sujet, Moron(68) préconise et justifie d'un point de vue pharmacologique l'emploi de 300 à 500mg d'équivalent chlorpromazine dans les états psychotiques aigus.

Pour nous, l'utilisation des neuroleptiques se justifie par son action sédatrice sur l'agitation.

Par ailleurs, ils paraissent indiqués dans les formes d'allure dissociative évoquant la schizophrénie; ils peuvent être ultérieurement relayés par les neuroleptiques à action prolongée. Cependant, dans les formes maniaco-dépressives, ils induisent parfois des états dépressifs mélancoliques soit de manière

directe, soit peut-être en démasquant l'aspect dépressif caché par le côté agité et délirant de la symptomatologie.

Dans ces cas, il serait préférable de donner des antidépresseurs ou des thymorégulateurs.

Les anxiolytiques, et les hypnotiques sont donnés de manière symptomatique.

On peut remarquer dans notre étude l'absence de sismothérapie, alors que son indication était plus largement répandue et même parfois prescrite systématiquement il y a 20 ans, comme l'indique Laboucarié dans son article sur le devenir des psychoses délirantes aiguës paru en 1968.

Actuellement, ce traitement est réservé aux accès résistants aux neuroleptiques(41).

L'utilisation de régulateurs de l'humeur, comme la carbamazépine, les sels de lithium, dans notre expérience n'a été proposée qu'en cas de récurrence et lorsque le diagnostic de psychose maniaco-dépressive était suggéré par l'évolution et la symptomatologie.

-L'arrêt du traitement.

L'interruption du traitement se pose essentiellement pour les neuroleptiques. Classiquement, l'arrêt est proposé après trois mois de traitement neuroleptique à dose réduite(83).

Nous avons pu constater la survenue fréquente de récurrence à ce moment là, ce qui demande une surveillance clinique plus vigilante encore.

5) Aspects évolutifs:

Il nous semble intéressant de reprendre ici les travaux de Ey(28), ainsi que ceux exposés par Laboucarié(51)(52) sur les psychoses délirantes aiguës et leur devenir.

Ey avait comparé l'évolution de bouffées délirantes sur deux périodes, l'une de 1921 à 1937 (ou ère "contemplative"), l'autre de 1937 à 1957 qu'il avait qualifiée de thérapeutique.

- Dans la première époque:

- 51% des patients avaient une crise unique
- 14% une évolution cyclique
- 35 % évoluaient sur un mode schizophrénique déficitaire.

- Dans la deuxième époque caractérisée par les thérapeutiques de choc essentiellement (insuline, électrique), il trouvait:

- 40% avec une crise unique
- 40% qui évoluaient sur un mode cyclique dans l'esprit des conceptions de Magnan
- 18% qui aboutissaient à une évolution chronique schizophrénique.

Laboucarié(51), lui, trouve sous traitement neuroleptique et électrochoc:

- 40% de guérison
- 45% d'évolutions périodiques secondaires
- 15% de chronicisation schizophrénique.

Par ailleurs, il considère que la majorité des cas d'évolution périodiques s'affirme dans le sens maniaco-dépressif.

Barrelet(7) constate que la moitié des cas de bouffées

délirantes qu'il a étudiées relèvent au cours de leur évolution d'un autre diagnostic (Schizophrénie, Trouble thymique), qu'un quart ne récidivent pas et qu'un quart rechutent avec le même tableau. Dans notre étude, nous retrouvons :

-35% de patients "guéris" ou plutôt qui n'ont pas rechuté pendant la période de notre étude.

-40% de rechutes psychotiques qui correspondaient dans 31% des cas à une psychose maniaco-dépressive.

-24% d'évolution vers une schizophrénie déficitaire.

Ces résultats correspondent globalement à ceux de la littérature avec peut être un pourcentage plus important d'évolution schizophrénique, mais notre recul de 10 ans seulement, le nombre de nos observations, et l'évolution des habitudes diagnostiques peuvent expliquer ces différences.

5) Aspects sémiologiques prédictifs d'une évolution maniaco-dépressive ou schizophrénique.

Dans la littérature, certains travaux se sont attachés à rechercher des éléments prédictifs d'une évolution schizophrénique essentiellement.

Certains critères ont été proposés par des auteurs comme Ey(31), Samuel Lajeunesse(83).

Parmi ceux-ci, on distingue :

-l'automatisme mental

-la dissociation,

-le jeune âge,

-les manifestations insidieuses du début,

-une symptomatologie à dominante schizophrénique.

Il est à noter que ces critères sont en fait ceux de la schizophrénie.

Les aspects dysthymiques sont considérés plutôt comme des éléments de bon pronostic.

Au terme de cette comparaison, on peut dire que nos résultats correspondent à la bouffée délirante telle qu'elle est exposée dans la littérature.

Cependant, ce travail, nous suggère plusieurs réflexions.

V-3-2 La bouffée délirante aiguë: maladie ou syndrome.

Pour Magnan, la bouffée délirante aiguë polymorphe reposait sur la théorie de la dégénérescence et se manifestait par l'éclosion brutale d'un délire complet d'emblée, polymorphe dans les thèmes et les mécanismes, et dont l'évolution à court terme favorable, pouvait avoir à long terme des récurrences.

Ey reprenant ces conceptions, les intégrait dans sa théorie organo-dynamique, ajoutant à la symptomatologie délirante, l'aspect confusionnel et thymique. Il remarquait par ailleurs en plus de l'évolution cyclique et de la guérison une évolution schizophrénique déficitaire.

Ce concept est en fait considéré comme une maladie, c'est à dire une entité définissable par sa symptomatologie et son évolution traduisant une altération fonctionnelle.

Or, que ce soit au niveau de la sémiologie polymorphe associant des signes délirants, confusionnels et thymiques, et qui manque donc de caractères spécifiques, ou bien au niveau de l'évolution qui peut se faire vers une schizophrénie ou une psychose maniaco-dépressive, ou enfin au niveau thérapeutique marqué par l'absence de spécificité, la bouffée délirante semble correspondre plutôt à un regroupement syndromique.

Ce regroupement comprend des signes aigus qui peuvent être interprétés comme des symptômes appartenant à la schizophrénie ou à la psychose maniaco-dépressive et avoir un rôle prédictif évolutif.

Il nous faut discuter ici le troisième groupe que nous avons défini en fonction de l'évolution.

Il pourrait correspondre à la bouffée délirante stricto-sensu. Deux remarques particulières cependant :

-Une fréquence faible : 32 observations en 10 ans.

-Il n'existe pas de critères sémiologiques distinctifs si ce n'est l'absence de récurrence (mais dans ce cas le recul de 10 ans est peut-être insuffisant et en tout cas n'exclut pas une psychose maniaco-dépressive pauci symptomatique); si il y a rechute, le diagnostic n'est pas rediscuté et on peut se poser la question de la concordance du diagnostic quand il est fait par plusieurs médecins.

Nous essayons actuellement, et peut-être est-ce pour cela que la fréquence du diagnostic de bouffée délirante diminue dans le service, de déterminer le plus tôt possible les critères diagnostiques schizophréniques ou maniaco-dépressifs, afin

d'utiliser au mieux les thérapeutiques à notre disposition que ce soit les neuroleptiques ou les thymorégulateurs, ceci dans la limite bien entendu où l'évolution fait partie de ces critères.

En conclusion, la bouffée délirante aiguë apparaît comme un syndrome complexe, d'approche clinique difficile du fait:

-de l'acuité des symptômes dominée par les troubles du comportement, des conduites, et la sub-confusion.

-de l'analyse sémiologique des phénomènes hallucinatoires, des troubles de l'humeur, et de la qualité du délire.

-du problème du pronostic; si l'évolution à court terme est la règle, la bouffée délirante peut représenter le premier accès d'une psychose maniaco-dépressive ou celui aigu d'une schizophrénie.

Il faut souligner, le rôle de l'anamnèse qui doit venir éclairer une clinique minutieuse.

CONCLUSION

La bouffée délirante a été décrite par Magnan à la fin du siècle dernier.

Elle correspondait à une description clinique originale caractérisée par l'éclosion brutale d'un délire polymorphe réversible chez un sujet prédisposé. Son existence s'appuyait sur la théorie de la dégénérescence.

Ce concept déclina en raison de la description à la même époque d'entités nosographiques voisines dont la confusion mentale qui l'éclipsèrent, et d'une remise en question de la théorie de la dégénérescence.

C'est avec H. Ey et ses conceptions psychopathologiques qu'elle est réapparue dans la nosographie traditionnelle française dans les années soixante.

Actuellement, l'utilisation de ce concept est controversée. Encore utilisée dans la classification traditionnelle française, sa place au sein des nosographies n'est pas définie.

En fait quatre voies de recherche existent en ce qui concerne les psychoses délirantes aiguës, soit leur appartenance au groupe des schizophrénies, soit à celui des psychoses maniaco-dépressives, soit elles forment un groupe autonome, soit enfin, elles sont considérées comme entités hétérogènes. Actuellement les études n'apportent pas de réponse univoque.

Pichot et Pull ont essayé à travers la publication de critères diagnostiques des psychoses en général et de la bouffée délirante en particulier, d'élargir l'audience de ce concept ; Kellam (47) dans un article récent souligne l'intérêt de ces travaux, et les

convergences qu'il peut exister avec la nosographie anglo-saxonne.

L'étude que nous avons effectuée est criticable par certains points de sa méthodologie: difficulté d'exploitation des dossiers, biais liés au caractère rétrospectif de l'étude.

Cependant, la bouffée délirante nous apparaît comme un état aigu caractérisé par un polymorphisme symptomatique et une évolution à court terme favorable.

Elle est discutable comme entité autonome, et, semble plutôt être un regroupement syndromique qui occupe une place limitée entre les schizophrénies et les psychoses maniaco-dépressives.

Nous avons d'autre part retrouvé certains aspects symptomatiques initiaux ayant un caractère prédictif sur l'évolution.

Pour mieux l'appréhender, on pourrait envisager une enquête épidémiologique prospective.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABELY P., BOUQUET R.

Les bouffées délirantes et les délires à éclipses. Essai nosographique.

Ann.Med.Psy., 1962, tome II, p399-403.

2. ANDRIAMBAO D.

Aspects particuliers des psychoses délirantes aiguës à Madagascar
Encéphale, 1976, 2, 4, p367-382.

3. ABRAMS R., TAYLOR M.A.

Importance of schizophrenic symptoms in the diagnosis of mania.

Am.J.Psychiatry, 1981, 138, p658-661.

4. ALEXANDER P.E., VAN KAMEN D.P., BUNNEY W.E. jr

Antipsychotic effects of lithium in schizophrenia.

Am.J.Psychiatry, 1979, 136, p283-287.

5. AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

D.S.M. III.

MASSON, 1985.

6. AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

D.S.M. III-R.

MASSON, 1989.

7. BARRELET L.

Le devenir de la bouffée délirante, évolution clinique et conséquences diagnostiques.

Information Psy., 1986, 62, 3, p351-361.

8. BEISEIR M., FLEMMING J.A., LACONO W.G., LIN T.Y.

Refining the diagnosis of schizophreniform disorder.

Am.J.Psy., 1988, 146, 6, p695-700.

9. BENOIT G.

Psychoses aiguës.

Conférence de psychiatrie, fasc.8, Paris DOIN, 1966.

10. BLEULER E.

Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien (1911).

Traduction de Ey (1926). ANALECTES.

11. CAHN R.

Freud et la psychose.

Revue française psychanalyse, 1978, Tome XLII, p971-977.

12. CHASLIN P.

La confusion mentale primitive.

Asselin et Houzeau, Paris, 1895.

13. Chung R.K., LANGE LUD DECKE P., TENNANT C.
Threatening life events in the onset of schizophrenia,
schizophreniform psychosis and hypomania.
Br.J.Psy., 1986, 148, p680-685.
14. CLAUDE H.
La constitution schizoïde.
Encéphale, 1924, p209-216.
15. CLAUDE H., DUBLINEAU J., EY H., RUBENOVITCH P.
Etats schizomaniques, crises délirantes oniroïdes.
Ann.Med.Psy., 1934, Tome I, p557-566.
16. CLAUDE H., BOREL A., ROBIN G.
Démence précoce, schizomanie et schizophrénie.
Encéphale, 1924, 33, p145-151.
17. CLAYTON P.J., RODIN L., WINOKUR G.
Family studies. III schizoaffective disorder, clinical and genetic
factors including a one to two year follow up.
Comprh.Psychiatr., 1968, 9, p31-49.
18. COHEN S.M., ALLEN M.G., POLLIN W.
Relationships of schizoaffective to manic depressive psychosis
and schizophrenia.
Arch.Gen.Psychiatr., 1972, 26, p539-546.

19. CORYELL W.

The heritability of schizophrenia and schizopreniform disorder.
Archive of general psychiatry, 1988, 45, p323-327.

20. COUSIN F.R., VANELLE J.M.

Défense et illustration du concept de bouffée délirante aiguë.
Information Psy., 1987, 63, p315-321.

21. COLLOMB H.

Bouffée délirante en psychiatrie africaine.
Psychopathologie Africaine, 1965, Vol.I, 2, p167-239.

22. CRIQUILLON-DOUBLET S., BOYER P., LANCRENON S., SAMUEL-LAJEUNESSE
Les états délirants aigus: essai de caractérisation anamnétique
socio-démographique et symptomatique.

Psychiatrie et psychobiologie, 1987, II, 5, p321-332.

23. CUCHE H., SUSINI J.R.

Bouffées délirantes aiguës in précis de psychiatrie de KOUPERNIK.
Ed. Flammarion, p175-177, 1982.

24. DAYAN-MOISANT C.

Evolution historique et aspects actuels de la bouffée délirante.
A propos de 3 cas.

Thèse, Paris 6, 1985.

25. DUCHENE H.

A propos de "The prognosis in schizophrenia" de Langfeldt (1956).
Evol.Psy., 1958, Fasc.III, p661-663.

26. DUCHENE H.

A propos d'une statistique sur les schizophrénies aiguës de
HOLMBOER et ASTRUP.
Evol.Psy., 1958, Fasc.II, p665-667.

27. DUPRE E., LOGRE B.

Les psychoses imaginatives aiguës.
Ann.Med.Psy., 1914, 10, 6, p144-169.

28. EY H., IGERT C., RAPPORT P.

Psychoses aiguës et évolution schizophrénique dans un service de
1930 à 1956.
Ann.Med.Psy., 1957, Tome II, 2, p231-240.

29. EY H.

La classification de maladies mentales et le problème des
psychoses aiguës.
La Bouffée délirante.
Structure et destruction de la conscience
Etudes psychiatriques, Tome III, études 20, 23, 27, Desclée de Brouwer
Paris, 1954.

30. EY H.

Dissolution de la conscience dans le sommeil et le rêve et ses rapports avec la psychopathologie.

Evolution Psy., 1970, 1, p1-37.

31. EY H., BERNARD P., BRISSET C.

Les psychoses délirantes aiguës in manuel de psychiatrie.

6ème Ed. MASSON, 1989.

32. EY H.

Formes hallucinatoires des expériences délirantes.

Evolution Psy., 1972, 4, p655-673.

33. FAERGEMAN P.

Psychogenic psychoses: a description and follow up of psychoses following psychological stress.

Butterworths Ed., 1963, London.

34. FARNARIER

La psychose hallucinatoire aiguë.

Thèse, Paris, 1899.

35. FOLLIN S., CHAZAUD J., PILON L.

Cas cliniques de psychoses hystériques.

Evolution Psy., 1961, 26, p256-286.

36. FOLLIN S.

Les états oniroïdes ,essai de psychopathologie et de
phénoménologie clinique.

Rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue
française LXI, Nancy, Masson, 1963.

37. FOWLER R.C., CABE M.S., CADERET R.J., WINOKUR G.

The validity of good prognosis schizophrenia.

Arch.Gen.Psy., 1972, 26, p182-185.

38. FREUD S.

Névrose, psychose et perversion.

P.U.F. 5èmeEd., 1973.

39. FREUD S.

Abrégé de psychanalyse.

P.U.F., 10èmeed., 1985.

40. FREUD S.

Cinq psychanalyses.

P.U.F., 15ème ed., 1989.

41. GUEIFI J.D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R.

Etats délirants fonctionnels aigus in Psychiatrie.

P.U.F., p179-189, 1987.

42. GUILLOUX J.

Psychoses réactionnelles brèves.

Comptes rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie
LXXXVI, Tome IV, p326-332, 1988.

43. HALBERSTADT C.

Une question de doctrine psychiatrique, la psychose délirante
dégénérative aiguë.

Ann.Med.Psy., 1922, 2, p100-117.

44. I.N.S.E.R.M.

Classification des troubles mentaux.

Paris, 1968.

45. JASPERS K.

Psychopathologie générale.

1 Vol., ALCAN ED., Paris, 1928.

46. KASANIN J.

The acute schizoaffective psychoses.

Am.J.Psychiatry, 1933, 13, p97-126.

47. KELLAM A.M.P.

French empirical criteria for the diagnosis of non-affective
non-organic psychoses.

Br.J.Psy., 1989, 155, p153-159.

48. KENDLER S.K., SPITZER R.

Psychotic disorders in DSM III.

Am.J.Psy., 1989, 146, p953-962.

49. KLEIST K.

Über cycloide ,paranoid und epileptoide psychosen und über die frage der degenerationpsychosen.

Schweiz Arch.Neurol.Psychiatr., 1928, 23, p3-7.

50. KRAEPELIN E.

Lehbuch der psychiatrie.

Lieipzig, 8ème ed., 1915.

51. LABOUCARIE J.

Le devenir des psychoses délirantes aiguës, et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire.

Confrontation psychiatrique, 1968, 2, p31-51.

52. LABOUCARIE J.

"Les schizophrénies aiguës", type d'expérience délirante schizophrénique transitoire.

Evolution Psy., 1958, 3, p549-574.

53. LACAN J.

Ecrit I: d'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. Ed. Point Science humaines.

54. LACASSIN P.

Psychose délirante aiguë des jeunes et problème des schizophrénies aiguës.

Thèse, Toulouse, 1959.

55. LAGACHE D.

Conscience et structure.

Evol.Psy., 1960, Tome25, p491-504.

56. LANGFELDT G.

The schizophreniform states.

Oxford Univ.Press., 1939.

57. LAPLANCHE J.,PONTALIS J.B.

Vocabulaire de la psychanalyse.

P.U.F., 1ère ed., 1967.

58. LAXENAIRE M.,NITKOWSKI P.

A propos des difficultés diagnostiques de la psychose hystérique

Psychologie Médicale, 1988, 20, 11, p1601-1606.

59. LEGRAIN P.M.

Du délire chez les dégénérés.

Thèse médecine, Paris, 1886.

60. LEONHARD K.

Cycloid psychoses endogeneous psychoses which are neither schizophrenic nor manic depressive.

J.Ment.Dis., 1961, 107, p633-648.

61. MAGNAN V.

Lecons cliniques sur les maladies mentales

Lecrosnier et Babe Paris, 1891.

62. MAJ M.

Clinical course and outcome of cycloid disorder: a three year prospective study.

Acta Psychiatr.Scand., 1988, 78, 2, p182-187.

63. MAJ M., KEMALI D.

Nosological status of schizoaffective disorders: theoretical models and empirical evidence.

Psychiatrie et psychobiologie, 1987, II, 3, p163-172.

64. MALEVAL J.C.

Les hystéries crépusculaires.

Confrontations psychiatriques, 1985, 25, p63-97.

65. MALEVAL J.C.

Schizophrénie et folie hystérique.

Inf.Psy., 1978, 54, 7, p743-765.

66. MAYER-GROSS W.

Selbtschilderungen der verwintheif die oneiroide erleberisform
Springer Ed., Berlin, 1924.

67. MENDLEWICZ J.,LINKOWSKI P.,WILMOTTE J.

Relationship between schizoffective illness and affective
disorder or schizophrenia.

J.Affect.Dis., 1980, 2, p289-302.

68. MORON P.,LEFRANC G.,SCHIMITT L.,MATHIS P.

L'utilisation des faibles doses de neuroleptiques majeurs dans
les états psychotiques aigus.

Psychologie Médicale,FRA., 1987, 19, 10, p1835-1838.

69. NACHT S.,RACAMIER P.C.

La théorie psychanalytique du délire.

Revue française de psychanalyse, 1958, p417-574.

70. O.M.S.

Classification internationale des maladies.

Genève, 1978.

71. PERON S.

Les limites de la schizophrénie dans l'opinion des psychiatres
français.

Thèse, Paris, 1978.

72. PERRIS C.

A study of cycloid psychoses.

Acta Psychiatr.Scand., 1974, supp.253, p1-75.

73. PETIT P.

Les délires de persécution curables.

Thèse, Paris, 1937.

74. PICHOT P.

Un siècle de psychiatrie.

Ed. Roger Dacosta, 1983.

75. PICHOT P.

Les bouffées délirantes et les délires chroniques:deux concepts nosologiques français.

Ann.Med.Psy.,1979, 137, 1-2, p52-57.

76. PULL C.B.,PULL M.C.,PICHOT P.

Des critères empiriques français pour les psychoses:position du problème et méthodologie.

Encéphale,X, 1984, p119-123.

77. PULL C.B.,GUELFY J.D.,BOYER P.,PULL M.C.

Les critères diagnostiques en psychiatrie:historique,état actuel et perspective d'avenir.Rapport de psychiatrie,congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française,Le Mans,1986.

78. PULL M.C., PULL C.B., PICHOT P.

Des critères empiriques français pour les psychoses: consensus des psychiatres français et définition provisoire.

Encéphale, XIII, 1987, p53-57.

79. PULL M.C., PULL C.B., PICHOT P.

Des critères empiriques français pour les psychoses, algorithmes et arbre de décision.

Encéphale, XIII, 1987, p59-66.

80. RACAMIER P.C.

Psychothérapie psychanalytique des psychoses dans la psychanalyse d'aujourd'hui.

P.U.F., 1956.

81. RACAMIER P.C.

Psychothérapie dans les psychoses.

E.M.C.(Paris), 37819, A10, p11, 1974.

82. ROBERT P.

Intrication entre trouble de l'humeur et schizophrénie

Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXV

p24-39, 1987.

83. SAMUEL-LAJEUNESSE B.

Psychoses délirantes aiguës.

E.M.C.(Paris), 37230, A10, p10, 1985.

84. SANTENOISE D., CODET H., TARGOWLA R.

Bouffées délirantes et psychoses périodiques.

Ann.Méd.Psy., 1923, Tome 2, p415-426.

85. SAURY H.

Etude clinique sur la folie héréditaire.

Thèse médecine, Paris, 1885.

86. SCHNETZLER P., NANTERMOOZ I.

Etude clinique des états dépressifs survenant au décours des psychoses délirantes aiguës.

Ann.Med.Psy., 1967, 2, p233-248.

87. SEGAL H.

Introduction à l'oeuvre de Mélanie KLEIN.

P.U.F.

88. SEGLAS J.

Leçon clinique, 14ème leçon: paranoïa.

Ed.Asselin et Houzeau, Paris, p 383-456, 1895.

89. SHENTON M.E., SOLOVAY M.R., HOLZMAN P.

Comparative studies of thought disorders schizoaffective disorder
Arch.Gen.Psy., 1987, 44, p21-30.

90. SIZARET P., DEGIOVANNI A., FAURE M.

Bouffée délirante et culture.

Ann.Méd.Psy., 1987, 145, 9, p753-762.

91. SINGER L., EBTINGER, MANTZ H.

Le devenir des bouffées délirantes, étude catamnastique de 74 cas.

Ann.Med.Psy., 1980, 138, 9, p1097-1106.

92. SINGER L., ROOS L., DAMION J.M. HEIDET

Bouffée délirante et schizophrénie, étude catamnastique
comparative de deux groupes de patients.

Ann.Med.Psy., 1986, 144, 10, p1029-1043.

93. SPROCK J.

Classification of schizo-affective disorder.

Compr.Psychiatry, 1988, 29, 1, p55-71.

94. STROMGREN W.

Schizophreniform psychosis.

Acta Psychiatr.Scand., 1963, 41, p483-489.

95. SUTTER J.

Psychoses délirantes aiguës dans le manuel alphabétique de psychiatrie.

P.U.F., 6ème ed, 1984, p565-567.

96. SUTTER J.M., GUIN P., BLUMEN G., SCOTT J.C.

Psychoses délirantes aiguës.

E.M.C.(Paris), 37230, A10, p14, 1974.

97. TARGOWLA R.

Les délires polymorphes.

Encéphale, 1926, 1, p18-36.

98. TRENEL M.

Note sur la paranoïa aiguë.

Ann.Med.Psy., 1910, Tome 12, p446-453.

99. VALENCE Y.C.R.

Contribution à l'étude des états interprétatifs(en dehors du délire d'interprétation).

Thèse, Paris, 1927.

100. VAN EERDEWEGH M.M., VAN EERDEWEGH P., CORYEL W., CLAYTON P.

Schizo-affective disorders:bipolar,unipolar subtyping:natural histories variable:a discriminant approach

J.Affective Disord., 1987, 12, 3, p223-232.

101. WELNER A., CROUGHAN J.L., ROBINS E.

The group of schizo-affective and related psychoses.

Critiques, record follow-up, family studies.

Arch. Gen. Psychiatry, 1974, 31, p628-637.

102. WEIBEL H., WETZLER J.Y., SICHEL J.P.

Les bouffées délirantes: situation, problèmes, perspectives.

Une centenaire qui se porte bien.

Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française

LXXXVI, p488-491, 1988.

103. WIDLOCHER D.

Les bouffées délirantes.

Encéphale, 1958, Tome 4, p345-352.

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'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à 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 moeurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre 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 à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 5

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Dans la nosographie française, la bouffée délirante est une forme particulière de psychose aiguë.

L'auteur essaie de définir ce concept à travers son évolution historique, sa psychopathologie et sa clinique.

Actuellement sa place est discutée dans les classifications internationales.

Pour l'auteur, la bouffée délirante apparaît comme un regroupement syndromique intermédiaire entre les schizophrénies et la psychose maniaco-dépressive et dont certains aspects symptomatiques pourraient aider à prévoir l'évolution.

MOTS CLES :

- Psychoses délirantes aiguës
- Bouffée délirante aiguë
- Psychose maniaco-dépressive
- Schizophrénie