

Place du concept de psychose hallucinatoire chronique parmi les délires chroniques

● M. de Pradier*, C. Dubertret*, P. Gorwood*



Les acquis

L'école française de psychiatrie oppose à la schizophrénie les délires chroniques sans évolution dissociative ni déficitaire, tels les délires paranoïaques, la paraphrénie et la psychose hallucinatoire chronique (PHC). Cette dernière fut individualisée en France par G. Ballet (1) qui avait remarqué des cas de psychoses hallucinatoires caractérisées par leur richesse hallucinatoire, la rareté des interprétations délirantes, l'absence de démence, leur apparition tardive et l'atteinte plus spécifique des femmes. À sa suite, G. de Clérambault a souligné cette spécificité clinique et l'a intégrée dans le groupe des "psychoses avec automatisme mental". Le syndrome délirant de la PHC se caractérise en effet par un grand "automatisme mental", incluant un automatisme idéo-verbal (sentiment de perte du contrôle de sa propre vie psychique, perte des limites de sa personne, divination des pensées, actes imposés, commentaires des actes), un automatisme sensitif et sensoriel (hallucinations olfactives, gustatives, cénesthésiques) et un automatisme psychomoteur (impressions kinesthésiques pures). L'école de H. Ey et C. Nodet, plus tard, a néanmoins remis en question cette entité clinique du fait d'une symptomatologie trop polymorphe. Cependant, la LICET (liste intégrée des critères d'évaluation taxinomiques pour la schizophrénie et les psychoses non affectives) développée par M. C. Pull et al. (2) a définitivement réhabilité, en France, le concept de PHC, la distinguant des schizophrénies, psychose paranoïaque et paraphrénie.

En Allemagne puis en Suisse, lorsque E. Bleuler introduit le concept de schizophrénie, il englobe un vaste groupe syndromique ayant comme symptôme fondamental primaire la dissociation mentale. En 1943, il distingue un type de schizophrénie ayant une symptomatologie légèrement différente à début plus tardif qui fut dénommée "schizophrénie d'apparition tardive". La psychiatrie britannique reprit ce concept de schizophrénie à début tardif et, en relation avec la paraphrénie, proposa le terme de "paraphrénie à début tardif", caractérisant des patients dont la maladie avait commencé tardivement et qui présentaient un délire paranoïde assez bien systématisé, avec ou sans hallucina-

tions, dans le cadre d'une personnalité bien préservée, et avec une forte participation affective. La distinction entre les délires d'apparition tardive et la schizophrénie apparaît dans le DSM-III en 1980, et exclut le diagnostic de schizophrénie si la pathologie débute après 44 ans. Néanmoins, ce critère d'âge disparaît dans le DSM-III-R en 1987, qui distingue les schizophrénies d'apparition tardive, c'est-à-dire après 40 ans. En 1994, le DSM-IV élimine à nouveau cette idée; la PHC est donc étudiée avec les troubles schizophréniques.

La PHC est pourtant largement reconnue en France (tableau), malgré son absence des classifications internationales. Il faut souligner que l'absence d'étude clinique et épidémiologique comparant les schizophrénies à début tardif et les PHC rend difficile toute conclusion formelle sur l'identité ou la singularité éventuelle de ces deux entités cliniques.

Tableau. Définition issue de la classification de M.C. Pull et al. utilisée dans les rares études portant sur la PHC.

A) Au moins une des manifestations suivantes pendant au mois un mois :

- ▶ hallucinations auditives intenses (commentaires, échos ou conversations entre plusieurs voix) ;
- ▶ idées délirantes d'influence (sensations, impulsions, actes ressentis comme imposés, imposition de la pensée, vol de la pensée, divulgation de la pensée) ;
- ▶ hallucinations de n'importe quel type ;
- ▶ idées délirantes de n'importe quel type.

B) Des signes permanents de la maladie depuis au moins 6 mois avec la présence constante d'au moins l'un des éléments suivants :

- ▶ présence de l'une des manifestations de A ;
- ▶ détérioration du mode de fonctionnement pré-morbide dans au moins un des domaines suivants : professionnel, domestique, scolaire ;
- ▶ détérioration dans le domaine des relations interpersonnelles par rapport au fonctionnement pré-morbide ;
- ▶ isolement social ou repli sur soi ;
- ▶ pensée déréelle, illogique, bizarre, magique ou à tonalité délirante ;
- ▶ comportement bizarre ou désorganisé.

C) Ne répond pas aux critères d'un trouble schizophrénique.

D) Ne répond pas aux critères d'une bouffée délirante aiguë.

E) Non secondaire à une pathologie mentale organique, à un abus d'alcool ou de drogues.

* Service du Pr Adès, hôpital Louis-Mourier, Colombes.



Faits nouveaux

La tendance internationale actuelle d'assimiler la PHC au trouble schizophrénique a un impact non négligeable sur la recherche clinique, épidémiologique et étiopathogénique. En effet, l'intégration de la PHC (ou de la schizophrénie à début tardif) dans le spectre de la schizophrénie revient à considérer qu'il s'agit de deux pathologies ayant la même sémiologie, les mêmes caractéristiques socio-démographiques ainsi que, surtout, les mêmes facteurs déterminants. Il convient donc d'analyser la PHC à partir de ses caractéristiques socio-démographiques, de sa sémiologie, de son évolution, de sa sensibilité au traitement neuroleptique et, enfin, de ses facteurs étiologiques potentiels pour savoir si l'on peut la distinguer de la schizophrénie. Au cours d'une analyse de prévalence sur l'île de la Réunion, nous avons en effet montré que sur les 663 cas de schizophrénie, il existait un groupe singulier de sujets dont la pathologie était survenue après 40 ans. Il s'agissait presque exclusivement de femmes, avec peu d'antécédents familiaux (3).

Nous donnerons quelques résultats d'une étude ayant comparé plus précisément 38 femmes souffrant de PHC à, d'une part 35 femmes souffrant de schizophrénie et appariées pour la durée d'évolution de la maladie et à, d'autre part, 36 femmes souffrant de schizophrénie et cette fois appariées pour l'âge au moment de l'entretien. Nous avons analysé leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs symptômes psychotiques et leurs antécédents familiaux.

Dans notre échantillon comme dans les descriptions initiales, on retrouve plus de femmes n'ayant jamais été mariées dans les deux groupes de patientes schizophrènes que dans le groupe de patientes présentant une PHC ; les patientes PHC et les schizophrènes du même âge sont plus fréquemment isolées socialement que les jeunes schizophrènes.

Les sujets présentant une PHC ont significativement moins de symptômes déficitaires ou de troubles du cours de la pensée ($p < 0,0001$), plus d'hallucinations ($p = 0,01$), et une détérioration intellectuelle inexistante ou peu sévère (0 % versus 85 % chez les schizophrènes) compatibles avec les descriptions princeps. Les patientes atteintes de PHC présentent plus de symptômes positifs que les patientes schizophrènes des deux groupes, notamment plus d'hallucinations intrapsychiques (échos de la pensée, commentaires des actes, automatisme

mental). Les délires de persécution se retrouvent, en revanche, dans les trois groupes, mais les patientes souffrant de PHC présentent plus fréquemment des délires mégalomaniaques. Le traitement de la PHC nécessite de plus faibles doses, ce qui suggère une meilleure sensibilité aux neuroleptiques que la schizophrénie à début précoce. Les antipsychotiques atypiques (rispéridone ou olanzapine, par exemple) sont en priorité choisis pour leur bonne tolérance neurologique en vue d'un traitement à long terme chez des personnes relativement âgées (4). L'analyse de l'histoire familiale de notre échantillon a montré que les patientes atteintes de PHC, ont moins d'antécédents familiaux au premier degré de schizophrénie que les schizophrènes ($p = 0,006$), mais plus que la population générale (5).

Le repérage des spécificités cliniques et épidémiologiques de la PHC, non reconnue par les classifications internationales, permet cependant de distinguer clairement cette pathologie de la schizophrénie sur quatre points. La PHC n'est pas définie par son âge de début, mais par sa symptomatologie clinique richement productive, très peu déficitaire et non dissociative, par sa bonne réponse aux antipsychotiques à faible dose, et enfin par une histoire familiale de schizophrénie au premier degré intermédiaire entre celle du sujet sain et celle du patient schizophrène. La PHC pourrait donc être une forme moins sévère de schizophrénie avec un âge de début plus tardif et un phénotype uniquement productif. Leur différenciation est cependant nécessaire pour constituer des groupes homogènes et ainsi mettre en évidence des facteurs étiopathogéniques spécifiques à chacune de ces deux affections, et adapter le traitement. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ballet G. La Psychose hallucinatoire chronique. *L'Encéphale* 1911;11:401-11.
2. Pull MC, Pull CB, Pichot P. Des critères empiriques français pour les psychoses. Position du problème et méthodologie. *L'Encéphale* 1984;X:119-23.
3. Pull MC, Pull CB, Pichot P. Consensus du psychiatre français et définitions provisoires. *L'Encéphale* 1987;XIII:53-7.
4. Pull MC, Pull CB, Pichot P. Algorithmes et arbre de décision. *L'Encéphale* 1987;XIII:59-66.
5. Dubertret C, Gorwood P, Adès J. Clinical and ethiopathogenic specificities of the French concept of "Psychose Hallucinatoire Chronique" compared to schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2004;30:173-84.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Gorwood P, Leboyer M, Jay M et al. Gender and age at onset in schizophrenia: impact of family history. *Am J Psychiatry* 1995;152(2): 208-12.