

La bouffée délirante

Description

C'est l'apparition brutale et transitoire d'un état délirant (psychotique). On parle de « coup de tonnerre dans un ciel serein ».

La personne atteinte présente de nombreuses hallucinations (perceptions sans objet), des illusions (déformation de la perception d'un objet réel) et des interprétations (déductions fausses de la réalité). Les hallucinations sont nombreuses, auditives mais aussi psychiques (écho de la pensée ou voix dans la tête).

Les thèmes du délire sont nombreux: mystiques (visions miraculeuses, missions divines, possession diabolique), érotique ou encore mégalomaniaques. Les patients se sentent subitement ensorcelés, épiés ou en communication avec des forces surnaturelles ou encore robotisés.

C'est un délire qui part dans tous les sens et auquel on ne comprend rien. Mais, le sujet est convaincu de la réalité de son délire. Il ne fait preuve d'aucune critique et est en général très agité. Il ne prend plus le temps de manger ou de dormir et subit de grands changements d'humeur (passage rapide de l'euphorie au désespoir).

Il faut toujours éliminer une origine organique à cet état psychique brutal. Un examen clinique rigoureux, en particulier neurologique, ainsi qu'un bilan biologique, une recherche urinaire de toxiques et un scanner cérébral seront réalisés de façon systématiques. D'autres examens peuvent être nécessaires en fonction du contexte clinique.

Qui est touché ?

Il s'agit de sujets jeunes (15-35 ans). Il existe volontiers des antécédents psychiatriques familiaux mais ce n'est pas obligatoire. Le délire est souvent précédé d'un événement stressant (deuil, séparation, mariage, séjour à l'étranger, surmenage, préparation d'examens) ou d'une prise de toxiques (cannabis, LSD, ecstasy). Ces facteurs extérieurs pourraient favoriser une importante décharge cérébrale de certains neurotransmetteurs comme la dopamine chez des individus prédisposés.

Quel est le traitement ?

Une bouffée délirante aiguë est une urgence. Elle impose souvent l'hospitalisation du malade contre son gré car celui-ci ne se considère pas comme délirant et refuse les soins proposés (loi du 27/06/1990).

Les traitements antipsychotiques (neuroleptiques) permettent de faire céder le délire et peuvent être administrés par voie intramusculaire si la personne refuse de les ingérer de lui-même par la bouche.

Pendant cette période d'urgence, il est convenable d'éloigner les proches pour éviter qu'ils

assistent à des scènes parfois dures mais malheureusement nécessaires au traitement du patient. Une fois que la personne est plus calme, il est important de s'occuper des familles pour leur expliquer ce qui est arrivé à leur proche.

Après la phase aiguë, un suivi psychiatrique régulier est obligatoire même si la personne ne présente plus aucun symptôme. Le traitement sera poursuivi entre six mois à un an.

Si la personne présente des signes au delà de six mois, il peut s'agir du premier épisode d'une maladie psychiatrique et un traitement à plus long terme sera proposé.

Et après ?

L'épisode dure de quelques semaines à quelques mois (par définition, moins de 6 mois). Puis, soit il ne récidive jamais, soit il récidive lors d'un nouveau stress ou spontanément. Dans ce cas, il peut s'agir d'un mode d'entrée dans une pathologie psychiatrique chronique comme une psychose (la schizophrénie notamment) ou un trouble bipolaire.

A retenir

La bouffée délirante aiguë survient brutalement chez un individu souvent jeune, sans problème jusque-là. Elle est caractérisée par un délire dont les thèmes et les mécanismes sont nombreux. Cet état nécessite un traitement psychiatrique urgent après avoir éliminé toute cause physique. L'épisode peut rester unique ou marquer le début d'une maladie psychiatrique (schizophrénie ou trouble bipolaire en particulier).