# PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 11 – Synthèse clinique et thérapeutique
Question 184

# AGITATION ET DELIRES AIGUS

## AGITATION

Rédaction : P. Lebain S. Dollfus

## BOUFFEE DELIRANTE AIGUE

Rédaction : F.Thibaut, S.Dollfus

---

### Objectif pédagogique général

- Savoir faire face à une urgence psychiatrique
- Savoir adopter et conserver une attitude médicale pertinente face à un sujet agité

### Objectifs pédagogiques spécifiques

**AGITATION**

- Savoir mener un entretien et un examen avec un sujet agité
- Connaître les étiologies toxiques et organiques des états d'agitation et savoir les hiérarchiser selon leur prévalence et importance
- Connaître les mesures thérapeutiques symptomatiques à mettre en œuvre (orientation, médicaments, mesures administratives)

**DELIRES AIGUS**

- Savoir porter le diagnostic de bouffée délirante aiguë et d'état délirant aigu secondaire (psychogène, toxique)
- Savoir rechercher une cause organique ou toxique avant d'affirmer qu'il s'agit d'une origine psychiatrique
- Connaître les modalités évolutives de la bouffée délirante
- Connaître, pour les mettre en œuvre, les mesures thérapeutiques adéquates, à court terme concernant la bouffée délirante aiguë

---

# CONDUITE A TENIR DEVANT UN ETAT D'AGITATION

L'agitation est un trouble non spécifique pouvant venir ponctuer le cours de toute maladie mentale ou alors pouvant être symptomatique d'un grand nombre d'affections organiques. Elle se définit par un excès d'activité ou de mouvements qui peuvent se traduire par des manifestations agressives plus ou moins importantes et constitue une urgence.
La prise en charge d'une agitation dépend du diagnostic.
Le malaise qu'un état d'agitation provoque chez l'entourage et le médecin est aggravé par le sentiment d'urgence qui impose une action rapide. Les attitudes maladroites du milieu tiennent au vécu de peur induit par cette symptomatologie. Or l'agité perçoit souvent le sentiment de peur qu'il inspire. Cette absence totale de rupture de la réalité est un facteur d'entretien sinon d'aggravation du tableau d'agitation. Il s'agit, afin de ne pas entrer dans le cercle infernal de l'agitation par la prise de mesures coercitives, de saisir la structure psychopathologique dont l'agitation n'est que l'expression psychomotrice.

La préoccupation thérapeutique vise :

- à faire céder l'agitation le plus rapidement possible,
- à rechercher une éventuelle étiologie organique sous-jacente,
- à adapter le plus vite possible la conduite thérapeutique selon l'étiologie.

## I. LES GRANDS TYPES CLINIQUES D'AGITATION EN PSYCHIATRIE

### I.1. L'agitation dans le cadre des états maniaques

L'agitation est presque de règle. Un tableau typique est réalisé par la manie franche aiguë : il y a apparition brutale d'un état d'excitation psychique évoluant de manière variable, associé à un état d'agitation psychomotrice. A l'examen, on retient une euphorie, des idées mégalomaniaques, un ludisme, une labilité de l'humeur, une fuite des idées.
Souvent c'est l'entourage qui signalera une phase prodromique d'irritabilité, d'agressivité, avec quelquefois survenue d'incidences médico-légales.
Cliniquement, le maniaque agité crie, hurle, injurie, menace et brise ce qui est à sa portée. En fait toute cette turbulence est d'une stérilité entière. Le contact est marqué d'une hypersyntonie, à l'origine de superficialité. L'angoisse associée est très importante, du fait de l'exaltation thymique et de la difficulté d'établir un contact.

### I.2. L'agitation dans le cadre des états mélancoliques

Généralement, les états mélancoliques se caractérisent par un ralentissement psychomoteur, mais néanmoins, certaines formes peuvent s'accompagner d'agitation anxieuse (mélancolie délirante, anxieuse) où le risque de passage à l'acte suicidaire est majeur.

### I.3. L'agitation dans le cadre des psychoses délirantes aiguës (bouffées délirantes) ou chroniques (schizophrénies et délires chroniques)

Les troubles du comportement sont en général liés aux idées délirantes surtout dans le cadre des bouffées délirantes aigues ou des délires chroniques non schizophréniques.

Dans le cadre des schizophrénies, ce qui caractérise l'agitation c'est son caractère discordant et son imprévisibilité. Le sujet est apparemment en retrait par rapport à l'ambiance, il a des activités stéréotypées, itératives, bizarres ; il peut avoir des activités très diverses en particulier de destruction (déchirer ses vêtements, ou la literie) ; sur ce fond de discordance et de stéréotypies itératives et gestuelles se produisent de brusques impulsions motrices généralisées et de soudaines manifestations affectives ou émotionnelles discordantes. L'agitation catatonique dure un moment puis cesse, le sujet pouvant se figer totalement dans une posture ou redevenir apragmatique, passif.

### I.4. Etats d'agitation associés aux troubles du caractère ou de la personnalité

Les crises surviennent surtout chez l'hystérique, souvent déclenchées par un évènement stressant ; leur expression est théâtrale et sensible à la suggestion.

L'agitation chez le psychopathe caractériel est un drame bref mais fréquent dans la pratique psychiatrique d'urgence. L'aspect le plus habituel sera celui de la colère ou du désespoir apparu en réaction à un évènement récent. La colère est réactionnelle aux frustrations imposées par le milieu, sans possibilité d'élaboration, avec une difficulté pour le sujet à contrôler son impulsivité. C'est en raison de ce phénomène de projection que le caractériel agité peut être dangereux et réaliser des actes médico-légaux.

### I.5. Etats d'agitation lors des accès aigus d'angoisse

Les états névrotico-réactionnels conduisent le plus souvent à des tableaux anxieux où l'agitation, si elle existe, est au second plan par rapport à l'angoisse. Ici, la prise en charge et l'évolution sont voisines.

## I.6. L'agitation dans le cadre d'un état confusionnel

L'épisode confuso-onirique alcoolique aigü ou subaigü en réalise l'étiologie majeure chez l'Homme. Chez le sujet âgé, il s'agit le plus souvent d'une confusion d'origine médicamenteuse (surdosage ou au contraire sevrage brutal).

- début : brutal, avec facteurs déclenchants (classiquement : sevrage médicamenteux ou alcoolique, affections intercurrentes, traumatisme, désordre hydro-électrolytique). Le début a souvent lieu à l'approche de la nuit dans un contexte d'anxiété extrême avec malaise physique (trémulation en particulier), insomnie rapide entraînant une sorte d'état somnambulique avec conduite incohérente.
- période d'état : onirisme franc, agi, avec hallucinations visuelles et auditives, terrifiant le sujet et auquel il adhère et est à l'origine d'une agitation très importante. Ici, l'agitation qui va dépendre des zoopsies terrifiantes et l'ambiance générale est interprétée par le sujet comme une menace extérieure ; cherchant à se défendre contre ces menaces généralisées, le sujet sera en proie à un sentiment d'agression, lui-même à l'origine du comportement agressif.

Ici, il existe donc un vécu intense terrifiant et une réalité menaçante.

Parallèlement, on pourra rechercher les signes classiques d'imprégnation alcoolique chronique et les signes particuliers de l'état aigü (tremblement extrême, sueurs profuses, fébrilité...).

## I.7. Etats d'agitation d'origine toxique autre que l'alcoolisme

C'est le cas des agitations liées aux expériences psychodysleptiques, ou contemporaines d'un sevrage aux morphiniques. Les confusions toxiques peuvent être induites par de fortes doses de cocaïne, éther, solvants organiques, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques.

Le syndrome de sevrage apparaît à l'arrêt brutal de la drogue et peut entraîner une agitation.

Schématiquement, lors d'une toxicomanie à la morphine, les premières manifestations cliniques apparaissent 8 à 16 h après la dernière prise et comprennent des larmoiements, des bâillements, des sueurs, une rhinorrhée. Plus tard, une insomnie s'installe ; puis le malade se plaint de dysesthésies, de douleurs aux jambes, au dos, au ventre, de secousses musculaires, d'horripilation. L'agitation commence 36 à 48 h après l'arrêt. En plus, il existe des nausées, des vomissements, de la diarrhée, une polypnée et quelquefois, de la fièvre. Les éléments cliniques de suspicion sont la maigreur, les traces d'injection, un myosis ou une mydriase.

Le syndrome de sevrage aux barbituriques s'installe 2 à 3 jours après l'arrêt. Il se caractérise par des crises convulsives, et ultérieurement des hallucinations, un délire et une agitation qui miment un delirium tremens.

### I.8. L'agitation dans le cadre d'un état démentiel

Dans la démence sénile banale : les malades sont désorientés du fait du déficit mnésique ; l'activité psychomotrice est très souvent stéréotypée (rangement, reproduction, gestes automatisés, habillage, déshabillage...). La difficulté à se repérer entraîne un sentiment anxiogène d'insécurité, à l'origine d'un sentiment d'hostilité à l'ambiance, verbalisée dans les idées de préjudice. Un fait futile peut dans la vie quotidienne exacerber le vécu angoissant, et déclencher le comportement d'agitation. Ils chercheront à fuir au hasard, dévêtus et hagards. Ces états de turbulence (plutôt qu'accès d'agitation francs) et de sub-agitation nécessitent quelquefois des mesures de contention souvent nuisibles car anxiogènes. L'agitation anxieuse s'accompagne fréquemment d'un vécu dépressif avec refus d'alimentation et de boisson. D'où très rapidement intrication des signes psychiques et physiques.

## II. ETIOLOGIES MEDICO-CHIRURGICALES

En fait, les agitations d'origine psychiatrique sont envisagées une fois que l'on a éliminé de façon certaine une cause organique.

### II.1. Médicaments

L'agitation peut être provoquée par l'isoniazide, les psychotropes, les corticoïdes ; les confusions d'origine médicamenteuse sont fréquentes avec les psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines, lithium, antiparkinsoniens, L-Dopa).

### II.2. Autres intoxications

CO, plomb, atropiniques, amphétamines

### II.3. Causes métaboliques et endocriniennes

- hypoglycémie : la prise de médicaments hypoglycémiants retient l'attention en faveur du diagnostic ; signes cliniques : sueurs, confusion, hypertonie généralisée (avec signe de Babinski bilatéral), des convulsions sont parfois signalées ; l'agitation est un signe de la gravité de l'hypoglycémie (---> 1 mg IM ou IV de glucagon) ;
- acidocétose diabétique ;
- urémie ;
- grandes déshydratations (coma hyperosmolaire) ;
- perturbation de la natrémie, de la calcémie ;
- hypocapnie, hypercapnie (insuffisance respiratoire) ;
- hyperthyroïdie ;
- syndrome de Cushing ;
- hyperparathyroïdie.

## II.4. Causes neuroméningées

- hémorragies méningées ;
- méningite : l'irritation méningée se manifeste éventuellement par une agitation ; en fait, une crise d'agitation brutale et inexpliquée, chez une personne normale est justiciable d'une ponction lombaire surtout si une fièvre s'y associe ; on s'assure auparavant qu'il n'y a pas d'oedème cérébral en faisant le traditionnel fond d'oeil (ou un scanner cérébral) ;
- crises épileptiques temporales ;
- encéphalites ;
- tumeurs cérébrales (frontales) ;
- hypertension intra-cranienne ;
- hématome sous dural (aigu ou chronique) peut occasionner une symptomatologie trompeuse qui peut être à l'origine d'une agitation. Ils surviennent après un traumatisme, au cours d'un traitement anticoagulant, chez une personne âgée ou un éthylique. Après un traumatisme crânien causal, apparaissent des céphalées, une somnolence, une confusion, une irritabilité ; les convulsions sont rares et les signes de localisation tardifs (hémiparésie homo ou controlatérale, mydriase homolatérale). Un scanner cérébral détecte la collection sanguine ;
- épilepsie : les états d'agitation ou de fureur épileptique se caractérisent, outre la symptomatologie électroencéphalographique, par leur survenue soudaine, leur inconscience, la profondeur de la régression et l'amnésie lacunaire.

## II.5. Cas particulier des manifestations de l'alcoolisme

- éthylisme aigu : ivresses agitées ---> des manifestations neurologiques sont présentes lorsque l'alcoolémie atteint ou dépasse 1.5 g/l ; lorsqu'il existe une note confusionnelle, celle-ci peut-être associée à une agitation motrice, une agressivité ou des phénomènes hallucinatoires ;
- la crise excito-motrice est un accès paroxystique de fureur ; les bouffées confuso-délirantes et confuso-oniriques sont des aspects fréquents des ivresses compliquées ;
- le delirium tremens ou accès confuso-onirique aigu alcoolique. Le diagnostic est souvent porté à la phase de prédelirium qui relève d'un traitement rapide en milieu hospitalier. Une recrudescence des tremblements et des troubles du sommeil annonce l'état confuso-onirique avec agitation anxieuse.

## III. PRISE EN CHARGE

La prise en charge d'une agitation dépend du diagnostic ; les principes du traitement visent en urgence à assurer une sédation immédiate, ensuite le traitement dépendra de l'étiologie.

L'observation attentive et l'écoute du patient permettront d'apprécier dans l'urgence le type d'agitation, l'humeur, l'affectivité, le degré de lucidité, d'attention, l'existence d'un délire. Cette première approche rapide permet de définir des critères de gravité, de dangerosité éventuelle et d'orienter le diagnostic. Dès que possible un examen somatique et un bilan biologique systématique seront pratiqués. L'interrogatoire de l'entourage, lorsque celui-ci est possible recherchera la notion de prise d'alcool ou d'autres toxiques, la consommation de médicaments et les antécédents personnels et familiaux.

### III.1. Attitude face à une agitation

La plupart des états d'agitation sont sensibles au contexte et à la relation même transitoirement. Dans tous les cas, on cherchera à établir une relation avec le patient : dialogue, dédramatisation de la situation : il s'agit enfin de procéder au calme à un examen soigneux afin d'éliminer une cause organique.

On est parfois amené à exclure les personnes susceptibles d'amplifier l'agitation du patient (famille). La contention physique est parfois nécessaire ; un traitement médicamenteux est alors prescrit d'emblée (voie IM), afin de calmer l'agitation et de poursuivre l'examen somatique.

L'examen psychiatrique (rapide) précisera l'état de vigilance et de l'humeur, l'existence éventuelle d'un syndrome confuso-onirique ou délirant (il est toujours préférable d'avoir une notion des antécédents somatiques et psychiatriques avant d'administrer un traitement médicamenteux).

Mesures non-médicamenteuses

- assurer un nombre suffisant d'aides afin d'éviter une agression supplémentaire et/ou dangereuse ;
- appel aux forces de l'ordre si notion d'armes ;
- prévoir rapidement une place à l'hôpital, si le contexte suggère une hospitalisation à moyen terme ;
- prévoir éventuellement une hospitalisation à la demande d'un tiers ou hospitalisation d'office.

## III.2. Traitements médicamenteux de l'agitation

III.2.1. Neuroleptiques sédatifs
On peut utiliser (par voie orale de préférence ou en injection si le patient refuse le traitement) des produits tels que la loxapine (Loxapac® : 50 à 300 mg/IM en 2 à 3 prises), la cyamémazine (Tercian® : 100 à 300 mg/j) ou l'acétate de zuclopenthixol semi-retard (clopixol semi-prolongé : 50 ou 100 mg (50 à 150 mg en une prise tous les 2 à 3 jours sans dépasser 6 jours). Cependant, le risque tensionnel (plus fréquent pour le dernier produit cité) imposera une surveillance de la TA, voire la prise en position allongée, jambes surélevées (si nécessaire). La survenue d'effets neurologiques indésirables (dystonie aiguë) imposera leur correction par un antiparkinsonien anticholinergique.

III.2.2. Tranquillisants
Les benzodiazépines n'ont en général qu'un effet sédatif modéré et tardif. Ils ne sont donc pas utilisés au premier chef en urgence dans les états d'agitation. Par contre, ils sont utilisés en première intention lorsque l'agitation est liée à l'anxiété (hystérie, attaques de panique), en l'absence de signes psychotiques. Les benzodiazépines sont indiquées essentiellement dans les agitations liées à une crise d'angoisse aiguë, ou au sevrage alcoolique et/ou aux benzodiazépines. Il faut être prudent dans la prescription de tranquillisants dans les agitations de cause toxique, alcoolique en particulier (potentialisation de l'effet du toxique).
Les composés de délai d'action courte seront préférés : pour la plupart des benzodiazépines, la résorption par voie intra-musculaire est plus lente que per os.

## III.3. La décision d'hospitalisation

En milieu spécialisé, ne se justifie qu'en cas d'agitation sévère non-réductible par le traitement immédiat et/ou coexistence d'un trouble susceptible de justifier l'hospitalisation (trouble psychotique, agitation d'origine toxique, agitation symptomatique d'une pathologie organique). Une hospitalisation sous contrainte peut être nécessaire.
Une hospitalisation brève peut être nécessaire dans les services d'urgence (agitation isolée résolutive, agitation situationnelle, ou névrotique).

## III.4. Aspects spécifiques

III.4.1. Agitation d'origine toxique et organique
Chercher la cause surtout quand il existe une confusion.

III.4.1.1. Ivresse agitée

Les sédatifs risquent de potentialiser les effets de l'alcool ; les neuroleptiques (risque d'hypotension) seront évités. Les tranquillisants (benzodiazépines) seront préférés ; la prise en charge est centrée sur l'isolement et la surveillance (hydratation) du patient.

III.4.1.1.2. Ivresse pathologique (confuso-onirique)

Ici, il y a risque de dangerosité : les neuroleptiques seront utilisés (tiapride, Tiapridal®) avec bilan hospitalier de 2 à 3 jours.

III.4.1.1.3. Delirium tremens

Ici, l'hospitalisation s'impose : hydratation importante (4 à 6 litres par jour), vitaminothérapie (B1,B6, 1g IM) ; une benzodiazépine tel que diazépam (Valium®)ou oxazépam (Seresta®) pourra traiter l'agitation. On évitera les phénothiazines trop sédatives, par contre, l'halopéridol (Haldol®) permet de traiter l'onirisme.

III.4.1.1.4. Autres agitations d'origine toxique

Dans les expériences psychodysleptiques, ou après sevrage aux morphiniques. L'hospitalisation s'impose : le traitement repose sur les neuroleptiques.

III.4.2. Etats d'agitation d'origine névrotique ou réactionnel

L'agitation est souvent au deuxième plan, par rapport à l'angoisse. La prise en charge fait appel aux benzodiazépines.

III.4.3. Etats d'agitation dans le cadre des troubles psychotiques ou thymiques

Ils nécessitent le plus souvent une hospitalisation en milieu spécialisé, sur le mode de l'HDT ou l'HO. Un neuroleptique d'urgence, sédatif (Tercian® ou Loxapac®) sera prescrit et relayé dès que possible par le traitement spécifique.

III.4.4. Etats d'agitation d'origine épileptique

Ceux-ci peuvent être l'expression d'une activité automatique critique, souvent symptomatique d'une crise temporale ---> contrôle par le traitement anti-épileptique. Les cas d'agitation violente des épileptiques sont observés durant la période confusionnelle post-critique. Si un traitement sédatif est nécessaire, le diazépam IM sera prescrit.

III.4.5. Agitation chez le vieillard

Souvent, c'est la conséquence d'une étiologie organique : on préférera des tranquillisants ou des neuroleptiques sédatifs (zuclopenthixol, Clopixol®, Tiapridal®).

III.4.6. Agitation chez l'enfant

Les neuroleptiques comme le Largactil® (2-5 mg/kg), le Neuleptil® (2 mg/kg) sont utiles.

III.4.7. Agitation chez la femme enceinte

Equanil® IM ou Largactil®, dépourvus d'effets tératogènes.

III.4.8. Agitation chez un sujet impulsif

On utilisera un neuroleptique sédatif. L'utilisation des benzodiazépines (par leur effet désinhibiteur) peut en effet dans certains cas aggraver l'agitation (effet paradoxal).

---

## BOUFFEE DELIRANTE

Il s'agit d'une psychose délirante aiguë caractérisée par l'apparition brutale d'un délire non systématisé dont les thèmes et les mécanismes sont riches et polymorphes. Ce délire est vécu de façon intense, avec parfois des incidences médico-légales ou des troubles du comportement majeurs.
Le concept de bouffée délirante, hérité de MAGNAN (1866), conserve, en France, une place privilégiée désignant un état psychotique aigu, bien différencié des autres psychoses aiguës que sont les accès maniaques et les états confusionnels. Dans les autres pays, on l'apparente plus volontiers à une forme de schizophrénie aiguë.
Si certaines de ces bouffées délirantes restent uniques ou récidivent sur un mode aigu et entièrement résolutif, d'autres marquent l'entrée dans une schizophrénie ou un trouble bipolaire.

## I. Diagnostic

La bouffée délirante survient surtout chez **l'adolescent ou l'adulte jeune** et peut être favorisée par la prise de toxique ou par un stress.
Le diagnostic peut être évoqué devant l'association d'une agitation psychomotrice ou plus rarement d'une sidération, d'une anxiété importante et d'un état délirant.
**Le début, en général brutal** (coup de tonnerre dans un ciel serein), a pu être précédé de prodromes non spécifiques (troubles du sommeil, anxiété, bizarreries du comportement).
**Les idées délirantes sont polymorphes**, tant en ce qui concerne les thèmes, qui sont multiples et variables ( les plus fréquents sont d'ordre mystique, sexuel, messianique, mégalomaniaque ou persécutif) qu'en ce qui concerne les mécanismes : les hallucinations psychosensorielles (organes des sens) sont riches et multiples (acoustico-verbales, visuelles, cénesthésiques (génitales), olfactives (gaz) parfois), les hallucinations psychiques sont très fréquentes (voix intérieures (sans spatialité)), les intuitions et les interprétations sont présentes. L'automatisme mental est toujours présent, il s'agit d'une mécanisation et d'une perte d'intimité de la pensée : les idées, les intentions, les actes sont devinés, répétés, commentés ou imposés.
**Le délire est non systématisé**, **il se distingue en général du délire paranoïde** de la schizophrénie par la richesse et le polymorphisme des thèmes et des mécanismes et par **l'absence de dissociation**.
La dépersonnalisation est souvent importante, s'exprimant en termes de dédoublement, de transformation, de dissolution affectant le corps autant que l'esprit.
**Le délire engage l'affectivité du sujet. Il est vécu de façon intense. La participation thymique est fréquente** ; l'humeur très variable subit les fluctuations du délire, passant ainsi d'une tristesse à l'exaltation, parfois en quelques minutes. **L'angoisse est souvent importante** en réaction au délire. C'est dans ce contexte que des actes médico-légaux peuvent survenir.
La conscience n'est pas réellement altérée, à la différence des confusions, mais l'attention est dispersée. Les troubles du sommeil sont fréquents.

L'examen somatique, indispensable, sera pratiqué dès que possible ainsi que le bilan biologique. Ils sont en règle normaux en dehors d'une déshydratation modérée, parfois retrouvée si l'agitation est importante. Ils permettent d'éliminer une étiologie organique éventuelle. **L'éventualité d'une telle étiologie (bien que rare) justifie des examens complémentaires (scanner, EEG, TSH, dosage de vitamine B12, recherche de toxiques dans les urines).**

**Dans la plupart des cas on ne retrouve pas d'étiologie.** Toutefois, l'interrogatoire doit rechercher les antécédents personnels et familiaux, psychiatriques et somatiques du sujet, ainsi que la prise de toxiques (amphétamines, cocaïne, cannabis, LSD ou autres psychodysleptiques) ou encore la consommation de médicaments (en particulier antidépresseurs, corticoïdes, antituberculeux tel que Rimifon®, antipaludéens tel que Lariam® et antiparkinsonien tel que Artane®).
**Les bouffées délirantes aiguës peuvent être engendrées par une consommation de toxiques**, on parle alors de pharmacopsychoses, les amphétamines peuvent ainsi induire des psychoses délirantes aiguës interprétatives, les hallucinogènes (LSD, phencyclidine), l'ecstasy peuvent induire des états psychotiques aigus hallucinatoires, qui peuvent évoluer pour leur propre compte pendant quelques semaines après l'arrêt de l'intoxication.
Les psychoses puerpérales, certaines psychoses post-opératoires, s'expriment parfois sur le mode d'un délire aigu.
Certaines pathologies organiques (encéphalite aiguë, thyroidite de Hashimoto, tumeur cérébrale) ou exceptionnellement un traumatisme crânien ou une carence en vitamine B12 peuvent occasionner des épisodes délirants aigus. Ces causes organiques doivent être systématiquement recherchées lorsque le tableau clinique est atypique et que le traitement neuroleptique est peu efficace.

## II. Evolution

**L'évolution est favorable dans la majorité des cas et ce, d'autant plus que le traitement neuroleptique est instauré rapidement**. La bouffée délirante évolue sous forme d'accès, la guérison peut être brusque, ou le plus souvent progressive, en quelques semaines. Sa guérison est écourtée par le traitement neuroleptique. La critique de son délire par le sujet est un indice d'amélioration de la bouffée délirante.
Dans un tiers des cas environ, la bouffée délirante reste un **accident unique** dans la vie d'un sujet.
Dans un bon tiers des cas, une évolution intermittente peut être observée, soit sous la forme de **récidives d'accès délirants de même type, soit de la survenue secondaire d'épisodes maniaques**. La bouffée délirante a alors représenté l'épisode inaugural d'un trouble bipolaire, ce qui est d'autant plus fréquent que le sujet est adolescent.

Le risque essentiel, sur le plan du pronostic, est celui de **l'évolution vers une schizophrénie**, dans un peu moins d'un tiers des cas. Celle-ci peut s'installer au décours d'un premier épisode ou après plusieurs récidives. Sont considérés comme étant de pronostic défavorable dans l'évolution d'une bouffée délirante : la notion de personnalité prémorbide (schizotypique ou schizoïde), un délire peu riche sans polymorphisme des thèmes et des mécanismes, une évolution subaiguë, une mauvaise réponse ou une réponse incomplète au traitement neuroleptique, une critique incomplète de l'épisode délirant, l'existence d'un syndrome dissociatif, des antécédents familiaux de schizophrénie. Cependant aucun élément sémiologique ne permet d'établir le pronostic de la bouffée délirante de façon certaine et ce n'est qu'après plusieurs mois qu'une évolution vers une schizophrénie doit être redoutée.

## III. Diagnostics différentiels

L'accès maniaque est facile à évoquer dans les formes typiques où l'on retrouve une exaltation euphorique de l'humeur, une fuite des idées. Le diagnostic est plus difficile à évoquer lorsque l'euphorie est peu marquée et que les éléments délirants sont intenses, ce qui est parfois observé dans les manies débutant à l'adolescence.
L'accès dépressif mélancolique est facilement évoqué lorsque la thymie est triste, avec une douleur morale intense, et une inhibition psychomotrice. Le diagnostic peut être plus difficile chez l'adolescent dans les formes délirantes de mélancolie.
La confusion mentale est facilement éliminée devant l'absence de désorientation temporo-spatiale.

## IV. Traitement

Il s'agit d'une urgence psychiatrique qui nécessite une **hospitalisation**. Le recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers est souvent nécessaire.
**Le traitement neuroleptique s'impose** pour obtenir rapidement une sédation et pour améliorer le pronostic évolutif de l'accès. Au début la voie intra-musculaire peut être nécessaire. Les neuroleptiques dits atypiques seront préférés en première intention compte-tenu de leur meilleure tolérance neurologique (risque moindre de dyskinésies aiguës et de symptomatologie extrapyramidale) (par exemple : amisulpride ou Solian® 400 à 800 mg/j, rispéridone ou Risperdal® 4 à 8 mg/j, olanzapine ou Zyprexa® 5 à 20 mg/j, ce dernier pouvant être prescrit par voie IM). La posologie sera rapidement progressive.
L'association d'une benzodiazépine pourra être préconisée afin de potentialiser la sédation.
L'association d'une phénothiazine sédative (cyamémazine ou Tercian® 50 à 200 mg/j par exemple) pourra également être utilisée pour obtenir une action rapide sur l'agitation et/ou les troubles du sommeil.
Le traitement tiendra compte de la découverte d'une étiologie médicale et de la correction d'éventuels désordres hydro-électrolytiques.

Le traitement neuroleptique sera surveillé et adapté quotidiennement à l'état du patient. Les effets secondaires doivent être recherchés et corrigés (en particulier les effets neurologiques ou l'hypotension orthostatique). **Le traitement sera poursuivi au moins 1 an** après l'amélioration des troubles, afin de limiter le risque de récidive ou d'évolution vers une schizophrénie. Les doses pourront être réduites de moitié environ, dès le troisième mois et la monothérapie neuroleptique sera préférée. En cas de mauvaise observance du traitement, le recours éventuel à un traitement neuroleptique retard pourra être envisagé (ex Haldol decanoas® ou Risperdal Consta®).
Une psychothérapie de soutien sera associée.