

Pierre-Ludovic Lavoine  
Leïla Bouchentouf

# Au plus près du délire



© éditions santé mentale 2012

12, rue Dupetit-Thouars, 75003 Paris  
Tél. : 01 42 77 52 77 – Fax : 01 42 77 52 37

[www.santementale.fr](http://www.santementale.fr)  
[santementale@wanadoo.fr](mailto:santementale@wanadoo.fr)

# AU PLUS PRÈS DU DÉLIRE

|                                                                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ■ INTRODUCTION                                                                                               | 5         |
| <b>1<sup>re</sup> PARTIE – À LA RENCONTRE DU PATIENT DÉLIRANT</b>                                            | <b>6</b>  |
| <b>Chapitre 1 – Sémiologie des états délirants : d'une expérience subjective à l'objectivation du délire</b> | <b>7</b>  |
| ■ La présentation du malade : elle détermine l'ambiance de l'échange                                         | 7         |
| ■ Le discours du malade délirant : mais qu'est-ce qu'il raconte ?                                            | 10        |
| ■ Les troubles du comportement : délire et recours à l'agir                                                  | 12        |
| ■ La description du délire : les critères sémiologiques                                                      | 13        |
| <b>Chapitre 2 – Démarche diagnostique devant un syndrome délirant</b>                                        | <b>19</b> |
| ■ Les éléments à prendre en compte                                                                           | 19        |
| ■ Les syndromes délirants « parasités »                                                                      | 22        |
| ■ Démarche diagnostique devant un syndrome délirant                                                          | 24        |
| <b>Chapitre 3 – Délire et soma : les chevauchements possibles</b>                                            | <b>25</b> |
| ■ Délire et étiologie organique : les « faux » psychiatriques                                                | 25        |
| ■ Les pathologies intriquées                                                                                 | 27        |
| ■ Les conséquences somatiques du délire                                                                      | 28        |
| <b>Chapitre 4 – Délire et recours à l'agir</b>                                                               | <b>30</b> |
| ■ Le mythe du fou dangereux remis en question                                                                | 30        |
| ■ La dangerosité psychiatrique : abord conceptuel                                                            | 31        |
| ■ Clinique de la dangerosité                                                                                 | 32        |
| ■ Observation clinique : un délire agité...                                                                  | 35        |
| <b>Chapitre 5 – Prise en charge du patient délirant</b>                                                      | <b>39</b> |
| ■ Les moyens (du secteur psychiatrique)                                                                      | 39        |
| ■ Les objectifs de la prise en charge                                                                        | 44        |
| ■ Prise en charge « types » : les stratégies thérapeutiques                                                  | 46        |
| <b>Chapitre 6 – Délire et soignants : abords relationnels</b>                                                | <b>50</b> |
| ■ Qu'est-ce que la parole délirante ?                                                                        | 50        |
| ■ Le soignant face au patient                                                                                | 52        |
| ■ Le relationnel dans sa dimension institutionnelle : faire circuler la parole soignante                     | 55        |

---

## 2<sup>e</sup> PARTIE – POUR EN SAVOIR PLUS... 58

---

### Chapitre 7 – Les délires à travers l’histoire 59

- Première période : la folie reconnue comme maladie mentale 59
- Deuxième période : la psychiatrie classique 60
- Troisième période : de la nosographie à la psychiatrie psychodynamique 61
- Aperçu historique des différentes thérapies du délire 62

### Chapitre 8 – Textes essentiels 65

- Le cas du Président Schreber 65
- « L’appareil à influencer » au cours de la schizophrénie 70

### Chapitre 9 – La folie à travers l’art 75

- L’art de délirer ou délirer avec art 75
- Le délire romancé : *Le Journal d’un fou* de N.V. Gogol 76
- Le délire mis en scène : *L’Enfer* de C. Chabrol 81

## CONCLUSION 87

---

## BIBLIOGRAPHIE 88

---

## ANNEXES 89

---

### Fiches diagnostiques 90

### Illustrations cliniques 105

### Lexique sémiologique 118

# INTRODUCTION

*« J'hallucine ou quoi ? Tu délires ? Arrête ta parano !  
J'ai pétié un plomb grave ! »*

**L**e délire, en tant que fait incroyable ou inimaginable, est passé dans le langage courant, laissant en suspens les questions de la folie et de ses méandres terrifiantes. Au sens psychiatrique du terme, le délire s'entend comme une expérience psychique subjective, avec sa propre logique, son propre langage et sa propre sémilogie. C'est également une entité syndromique qui fait corps avec le sujet et qui ne s'envisage donc qu'au travers de la trajectoire existentielle du patient. En effet, on ne peut dissocier – ni dans l'approche diagnostique ni dans le traitement – le syndrome délirant d'un côté et le patient de l'autre, le premier appartient au second et n'en est qu'une production originale dont il faut bien comprendre quelque chose.

Dans ce but, la première partie de cet ouvrage choisit comme fil conducteur la rencontre du soignant avec le sujet délirant. Cette rencontre, sous couvert de la clinique, propose une sémilogie du délire, une approche diagnostique, un aperçu des chevauchements entre délire et soma, un éclairage sur les comportements dangereux du patient délirant ainsi que sur la prise en charge dont il peut bénéficier. Cette première partie, qui s'organise donc comme un manuel de psychiatrie autour du « patient qui délire », garde comme ligne directrice non pas le savoir mais la pratique au service de la clinique. Ce style clinico-pratique a pour vocation de servir notre principale orientation de clinicien, à savoir cerner un peu du sens qui se dégage des expériences délirantes. Cette quête du sens ne peut faire oublier le soignant face au malade qui délire. C'est pourquoi cette première partie propose aussi un bref exposé des abords relationnels que le soignant peut élaborer au contact du patient délirant.

Mais, sans théorie, le soignant peut rapidement être confronté à ses propres limites. La deuxième partie va lui donner l'envie, le goût d'approcher quelques textes, romans et films qui sans aucun doute l'aideront dans son cheminement.

*Pierre-Ludovic Lavoine, Leïla Bouchentouf, psychiatres.*

## **1<sup>re</sup> PARTIE**

# **À LA RENCONTRE DU PATIENT DÉLIRANT**

# 1 – SÉMIOLOGIE DES ÉTATS DÉLIRANTS :

## d'une expérience subjective à l'objectivation du délire

**L'**outil sémiologique est un moyen qui permet de décrire médicalement les troubles délirants. Dans notre spécialité, l'examen du malade repose avant tout sur l'entretien : c'est par un dialogue avec le patient que nous pourrions rendre compte des différents symptômes psychiques qu'il présente. En même temps, nous concevons ici la démarche sémiologique des états délirants comme la traversée d'une rencontre entre le patient et le soignant, en la scindant artificiellement en trois parties : la présentation du malade, son discours et son recours à l'agir. Ce parcours clinique dans l'univers des patients délirants aboutira à la classique description sémiologique des délires.

### LA PRÉSENTATION DU MALADE : elle détermine l'ambiance de l'échange

Premier temps de tout examen médical, l'observation visuelle du malade et le premier contact avec lui apportent de précieux renseignements sur la nature des troubles délirants. Cette présentation du patient indique d'emblée ce que sera l'ambiance relationnelle de l'échange et oriente l'entretien psychiatrique qui suivra.

#### Le contact

Dans tout échange social, le contact qui s'établit entre deux individus est marqué de multiples façons : cordialité, agressivité, séduction, indifférence... Ces différents attributs répondent aux échanges communs de la vie : échange de regards, tonalité du discours, poignée de main... L'échange psychiatrique n'échappe pas à ce principe et la présence de troubles délirants imprime au contact certaines caractéristiques. La nature du contact entre un patient et son interlocuteur est souvent riche d'enseignements car elle donne la tonalité de ce que pourra être la relation au cours de l'échange. Sans être exhaustifs, nous nous contenterons de parcourir les principaux contacts rencontrés en clinique des états délirants et thymiques.

- Le mélancolique, noyé dans sa détresse morale et muré dans son mutisme, semble inaccessible à la parole de l'autre : le contact est lointain ; comme insensible à l'environnement, le patient apparaît indifférent à ce qui l'entoure.
- À l'inverse, le maniaque sera de suite en prise directe avec son interlocuteur ; familier et débordant, son avidité relationnelle envahit l'espace et rend le contact trop proche, incongru.
- Le patient persécuté se montre d'entrée méfiant, il refuse ou hésite à serrer la main qui lui est tendue, son regard interroge. En effet, le patient balaye des yeux les quatre coins du

bureau (parfois à la recherche d'éventuels indices qui pourraient alimenter sa perception délirante : micros, caméras...), jette des coups d'œil furtifs et soupçonneux sur son interlocuteur. Ce regard fuyant indique la distance qu'il souhaite garder avec le soignant, cet inconnu menaçant pour lui, car trop intrusif. Un certain malaise envahit l'entretien et rend le contact tendu, vaguement menaçant.

- Le contact avec le patient halluciné sera parasité par des attitudes d'écoute très caractéristiques : en plein échange, le patient s'interrompt, son regard se dirige vers le côté et souvent, un sourire (dit immotivé) accompagne cette attitude d'écoute particulière.
- Certains patients, aux prises avec un vécu délirant étrange pour eux-mêmes, apparaîtront perplexes, bizarres, inquiets, en proie à un profond désarroi. Cette étrangeté du contact provoque chez l'interlocuteur un malaise évident qui s'explique par l'imprévisibilité des réactions du patient.
- D'autres se montreront franchement menaçants, inquiétants, faisant peser sur l'interlocuteur une pression induisant un sentiment de peur. Se dessine en effet l'imminence d'une explosion de violence du patient en lien avec son vécu délirant ou la contrainte qu'on lui oppose. Ce contact terrifiant renvoie donc au possible recours à l'agir du patient délirant.
- D'autres enfin laisseront paraître une anxiété, sinon une angoisse, par une interpellation immédiate de l'interlocuteur, auquel le patient livre sa parole « ici et maintenant » avec l'attente de réponses et de réassurance. Cette avidité dans le contact oriente la relation vers un lien d'immédiateté bien difficile à gérer.
- Parfois, le contact est court-circuité par les troubles de la motricité que présente le patient délirant, surtout dans les phases aiguës. Le plus fréquent de ces troubles est l'instabilité psychomotrice. Le patient a des mouvements brusques (menaçants ou non), ne tient pas en place, tourne autour de sa chaise, ne peut fixer son attention (ni sur son interlocuteur, ni sur sa propre pensée). Comme si l'expression corporelle du processus psychique délirant sous-jacent était ce désordre moteur plus ou moins instable, plus ou moins canalisable et plus ou moins dangereux.

*L'analyse sémiologique du contact n'est que la prise en compte de la propre subjectivité du soignant au travers des impressions que suscite en lui l'apparence du malade. Cette analyse restitue en quelque sorte le poids relationnel que fait peser le patient sur son contact avec le soignant.*

En outre, par cette prise de contact, le soignant aura déjà des pistes pour orienter l'entretien, pistes qui s'enrichiront par l'aspect physique du malade.

## La présentation physique du malade : le « look », témoin du vécu délirant

Les expériences délirantes s'accompagnent parfois d'une apparence physique particulière propre à chacune d'entre elles, dont on peut citer ici les caractéristiques le plus souvent rencontrées. Certaines de ces particularités sont propres à l'expérience délirante du patient, d'autres, en revanche, sont inhérentes à la maladie psychotique qui porte le délire.

### ■ L'incurie

Négligence de soi-même, l'incurie est un manque de soin corporel très fréquent dans les états psychotiques chroniques. Comme si le patient perdait l'image sociale de sa présentation physique : non par provocation, non par identification, ni même par philosophie, mais bien par détachement pur et simple. Cette incurie est le plus souvent totalement méconnue par le patient lui-même, qui ne peut donc ni la revendiquer, ni la critiquer.

Les attributs de l'incurie psychotique et délirante sont multiples : puanteur, doigts jaunis, dentition en mauvais état (caries, chicots, abcès, mâchoires édentées)...

En marge de l'incurie, les tenues vestimentaires attirent souvent l'attention. Un pull-over en pleine canicule, de multiples couches de vêtements, des tenues excentriques et inadaptées... sont quelques-uns des accoutrements rencontrés chez les patients psychotiques et délirants. De même, des pieds meurtris ou écorchés attesteront de la longue marche effectuée par certains malades en errance pathologique.

### ■ Les attitudes de rasage et de maquillage

L'apparence physique du patient délirant est parfois marquée par des éléments qui trahissent des préoccupations corporelles bizarres, atypiques, inexplicables. Parmi elles, les conduites de rasage sont souvent retrouvées : rasage des poils corporels, du visage, du cuir chevelu. De telles pratiques accentuent une bizarrerie comportementale souvent associée. Le patient ne peut généralement pas les motiver de façon cohérente ; il est impossible d'y voir une quelconque volonté de se différencier d'un groupe social ; parfois le patient n'en dit absolument rien. Plus rares, les attitudes de maquillage sont classiques. Elles sont le plus souvent outrageantes, mal faites, théâtrales ou vulgaires. Là aussi, peu de patients peuvent motiver cet artifice de l'apparat de façon cohérente.

#### *Un contact plutôt familial*

Mme M. débarque dans le bureau de consultation comme une tornade. Son œil est vif, brillant et grand ouvert ; son visage est maquillé outrageusement, sans soin ; sa chevelure décolorée partiellement à l'eau oxygénée est en pagaille ; pieds nus, elle n'est vêtue que d'une jupe fendue et d'un chemisier entrouvert. Sans aucune gêne, elle nous interpelle avec beaucoup de familiarité, rigole franchement de nos « *airs coincés* ». Ne tenant pas en place, elle n'a de cesse de se relever, de chanter des refrains de pop music, de manipuler les objets posés sur le bureau. Exubérante, elle cherche à nous faire rire avec des clins d'œil entendus qui ponctuent la plupart de ses calembours et autres blagues.

*Premier temps de l'échange, l'examen de la présentation du malade nous renseigne sur ses propres dispositions à se mettre en relation avec son interlocuteur. Cet examen prend en compte la gestuelle du patient, l'expression de son regard, sa tenue vestimentaire, le poids relationnel qui s'établit dans l'échange, la propre subjectivité du soignant. Dans notre cheminement sémiologique avec le patient, le « décor » de la rencontre est posé, et dans cette ambiance le discours délirant va parfois émerger...*

## **LE DISCOURS DU MALADE DÉLIRANT : mais qu'est-ce qu'il raconte ?**

L'essentiel de notre pratique (et c'est ce qui fait sa richesse et sa difficulté) est basé sur la parole, sur ce que le patient a à nous dire de ce qui le traverse. L'analyse du discours du patient délirant peut être abordée ainsi : la façon qu'il a de s'exprimer et le contenu même du délire.

### **Les modalités d'expression du délire : comment le raconte-t-il ?**

Les modes d'expression verbale du patient délirant sont multiples et varient, entre autres, en fonction de l'intensité de son vécu délirant, de l'ancienneté de celui-ci et de l'environnement (nature du lieu, entourage...). Ces modalités permettent de dégager de nombreux symptômes qui accompagnent le contenu du discours et définissent en quelque sorte la façon dont le patient nous restitue son vécu délirant.

#### **■ Le patient prolixe : le délire comme une évidence**

Certains patients délirants nous livrent facilement et sans retenue le contenu de leur expérience avec de nombreuses digressions et autres détails. Ne semblant connaître aucune distance avec leur vécu (aucune critique, aucun vécu d'étrangeté, aucune réticence, aucune angoisse), c'est tout naturellement qu'ils remplissent l'entretien ; comme si finalement leur délire était une évidence à partager avec autrui. Cet aspect prolixe du discours signe, en général, une fécondité délirante importante (bouffée délirante aiguë ou exacerbation d'un délire chronique) et s'accompagne fréquemment d'un certain degré d'exaltation thymique.

#### **■ Le patient réticent : le délire comme un secret**

Le patient délirant s'oppose souvent à ce qui lui est proposé. Dans un déni des troubles, il refuse une prise médicamenteuse ou une hospitalisation. Parfois, par la réticence, il exprime un refus plus ou moins important de parler de son expérience délirante. Ce refus peut être induit par le délire lui-même (le patient persécuté qui cherche à dissimuler son délire) ou bien traduire une incapacité à communiquer (en cas notamment de dissociation surajoutée). Souvent annoncée dès la prise de contact avec le malade (fuite du regard, refus de la main tendue...), la réticence peut prendre plusieurs masques, ceux de la non coopération à l'entretien, du mutisme, de l'allusivité, de la banalisation, de la rationalisation, du

négalisme et de l'opposition. On parle donc des réticences délirantes : méfiance du persécuté, dédain ou mépris du mégalomane, honte ou sentiment d'inutilité du mélancolique, silence imposé par une force chez le mystique...

### ■ **Le patient perplexe : le délire comme une inquiétante incertitude**

Cette attitude particulière (entre l'étonnement, l'interrogation et le désarroi) que présente le patient perplexe traduit un questionnement qui s'opère en lui. Celui-ci témoigne des difficultés du patient à articuler l'environnement avec sa propre perception. Cette articulation place le patient dans une sorte de béance interrogative à la recherche d'un sens à donner à son vécu délirant. Certes le sujet met en doute ce qu'il perçoit de l'extérieur, mais ce doute n'est pas une remise en cause de son expérience délirante. En cela, la perplexité ne signifie aucunement l'ébauche d'une critique ; bien au contraire, elle souligne les difficultés du patient à intégrer le sens des données produites par son environnement.

### **Le contenu du délire : comment le mettre en évidence ?**

La démarche sémiologique consiste à proposer une écoute à un sujet aux prises avec une expérience subjective (son « délire »), afin d'en faire une lecture symptomatique objective (médicale) : il s'agit de commenter le vécu délirant du patient en terme psychiatrique. Cette description vise à rendre compte du cœur même de l'expérience délirante afin, dans un deuxième temps (démarche psychopathologique), d'en éclaircir les tenants et les aboutissants et d'en restituer le sens dans la trajectoire existentielle du patient. En outre, elle s'inscrit dans une démarche clinique habituelle qui va du symptôme au syndrome (délirant ici) et donc au diagnostic, afin de déboucher sur des schémas thérapeutiques adaptés.

Il ne s'agit pas de rendre compte ici des « questions » à poser au cours d'un entretien avec un patient délirant. Notre démarche consiste plutôt à ouvrir quelques pistes utiles pour la pratique qui n'ont rien d'exhaustif et ont pour objectif de rendre cet exposé sémiologique plus proche de la réalité du vécu du malade.

Le délire en tant qu'inversion des rapports du Moi à son monde s'exprime au travers du vécu du sujet dans son environnement, où il croise des gens (connus ou inconnus) dans des lieux ayant parfois leur signification, où il perçoit des bruits, des odeurs, des sensations physiques (tactiles ou cénesthésiques) ; le tout dans de perpétuelles interrogations sur les liens que peuvent avoir ces données avec son expérience délirante.

C'est donc à partir des rapports du malade avec le monde que l'entretien psychiatrique va s'orienter. On pourra alors s'intéresser avec le patient aux inconnus qu'il croise dans la rue, aux regards intrusifs des passants, aux bruits de canalisation de son immeuble, aux programmes TV qui parlent de lui, à tous ces gens qui le connaissent sans qu'il sache encore pourquoi, aux disparitions ou aux déplacements inexpliqués d'objets de son appartement, à ces personnes qui lisent dans ses pensées, à ces mots insultants qu'il ne peut attribuer à personne et sûrement pas à lui, à ces ordres venus d'ailleurs qui l'obligent à

agir pour le meilleur et pour le pire, à ces oiseaux dont il comprend le langage, à ses membres qui s'allongent, à son corps qui se transforme, à cette hostilité qui le poursuit partout où il va, à cette conviction de ne plus avoir d'identité ou d'être une star, à ses souvenirs d'enfance reconstruits et terrifiants, à cette impression d'être en permanence écouté, surveillé, poursuivi, à ces odeurs nauséabondes qui persistent malgré plusieurs lavages, à son rôle prépondérant sur Terre et pour l'humanité, à l'absence en lui d'organes vitaux, aux chiffres des plaques d'immatriculation des voitures, aux couleurs changeantes des feux de circulation, aux hommes avec des parapluies, à la présence de lutins qui parcourent son corps, aux services secrets de Sa Majesté, à ces ondes venues d'ailleurs porteuses de véritables tortures physiques et morales, à ce sexe qui n'en est plus un, à ces voisins qui ne veulent plus de lui, à cet être aimé qui refuse obstinément d'avouer la réciprocité de ses sentiments, à cette filiation grandiose qu'on ne lui reconnaît pas, à cette rente présidentielle introuvable, à cette terroriste qui habite le même palier, etc.

*Tous ces exemples tirés de discours délirants montrent à quel point le délire est question de sens. Le patient se sent concerné par tout ce qui l'entoure, il est comme pris dans une quête vertigineuse du sens à donner aux expériences de la vie (ses relations, les événements qui lui sont propres, son passé, ses questions fondamentales sur les origines ou sur l'existence de Dieu...). Ainsi, pour mettre en évidence le contenu délirant, il suffit le plus souvent d'échanger avec le patient sur les questions générales de la vie relationnelle (intime et sociale).*

Et parfois, le sens qui apparaît au patient lui impose de réagir ; perdant son statut de sujet, il devient l'objet de son approche délirante de la réalité : on parle alors de troubles du comportement.

## **LES TROUBLES DU COMPORTEMENT : délire et recours à l'agir**

**Le trouble du comportement est le motif de consultation en urgence le plus fréquent du patient psychotique délirant. Il s'agit donc d'un terme générique qui recouvre tout ce qui paraît désadapté, étrange, bizarre, parfois violent à l'environnement social (famille, passants, police...).**

On citera ici les errances pathologiques, les crises clastiques, les périodes de repli, les harcèlements, les exhibitionnismes, les conduites toxicomaniaques ou alcooliques, les gestes suicidaires, les agressions immotivées et parfois le meurtre.

Mais ce qu'il faut comprendre, c'est que souvent le trouble du comportement n'est que la partie visible de « l'iceberg délirant » par laquelle le malade nous signifie quelque chose de son malaise. Il s'agit alors pour le soignant de démêler ce brouhaha comportemental et de le rattacher à un processus psychique (le plus souvent délirant). Et la pratique nous permet fréquemment de constater un lien étroit entre vécu délirant et recours à l'agir : comme si le patient perdait son statut de sujet pour devenir l'objet de son délire.

### *Comme un messie*

M. D. entend des voix depuis environ deux ans. Après de multiples interrogations, il se dit convaincu d'être un représentant des forces mystiques sur Terre (comme un messie), qui doit équilibrer les forces du bien et du mal. Subitement, il comprend que la partie nord de la France appartient à Dieu et la partie sud au diable, quant à la ville du milieu, Bourges, elle lui appartient. Poussé par sa conviction, il se rend dans cette ville du Cher, entre dans un restaurant, y mange et sort sans payer, expliquant calmement qu'il était chez lui. Le soir arrive et M. D. se rend à l'hôtel de la gare pour prendre Sa chambre, dans Son hôtel, dans Sa ville. Cette fois, il trouve plus d'opposition, le gérant appelle la police et M. D. se retrouve hospitalisé d'office. Sur le rapport de police, ces actes de délinquance semblent totalement incohérents; après un travail de reconstruction du vécu délirant, ils deviennent des troubles du comportement qui s'intègrent pleinement dans la logique délirante du moment fécond de M. D.

*Incompréhensibles au premier abord, les troubles du comportement doivent interroger le soignant sur le sens à leur donner afin de leur restituer pleinement leur place dans la sémiologie des états délirants. Et, souvent, ils entrent dans la logique du vécu délirant; en cela, même difficilement prévisibles, ils n'ont rien à voir avec la fatalité ou le hasard.*

L'étude des troubles du comportement introduit la question de la dangerosité du malade mental, qui sera discutée au chapitre 4.

Notre cheminement sémiologique touche à sa fin; à partir de ces différentes étapes nous allons maintenant agencer les symptômes entre eux pour aboutir à la classique description des délires.

## **LA DESCRIPTION DU DÉLIRE : les critères sémiologiques**

**En tenant compte des éléments recueillis par l'examen du contact, de la présentation physique, du discours et des éventuels troubles du comportement, l'entretien psychiatrique met en évidence les différents supports sémiologiques qui nous permettent de caractériser le délire du patient. Il s'agit bien de procéder à une objectivation médicale d'une expérience subjective du sujet. Ainsi, classiquement, les expériences délirantes sont décrites selon cinq critères : le degré de systématisation, les mécanismes, les thèmes, la conviction et les participations anxieuses et thymiques.** Ces différents critères seront également repris dans le chapitre suivant, qui retrace la démarche diagnostique à tenir devant un patient délirant.

### **Le degré de systématisation : la compréhension du vécu délirant**

La systématisation du délire se définit comme le degré de cohérence ou de structuration des idées délirantes, qui apparaîtront donc plutôt logiques (on parle de délire bien systématisé) ou plutôt floues, incohérentes (on parle de délire mal ou non systématisé). On peut donc envisager la systématisation d'une expérience délirante comme le degré de

compréhension qu'à l'interlocuteur des tenants et des aboutissants du film délirant que lui raconte le malade.

### Les mécanismes : supports psychiques générateurs du vécu délirant

Les mécanismes du délire se définissent comme des formations psychiques originales (dans le sens d'une élaboration peu commune de la pensée) qui servent de véritables supports à l'émergence des idées délirantes. On distingue quatre mécanismes : l'hallucination, l'interprétation, l'intuition et l'imagination, définis en annexe. On développera ici ce que l'on rencontre le plus souvent en pratique : l'interprétation et l'hallucination auditive.

■ Véritable déformation (ou distorsion) du jugement, **l'interprétation délirante** s'appuie sur une perception réelle. Le patient n'invente pas l'objet de son interprétation mais donne aux faits réels un sens propre, faux ou erroné qui s'inscrit dans sa logique personnelle.

#### « Il faut que ce complot cesse ! »

Ainsi ce patient, au centre d'une espionnite aiguë (comme dans un film d'espionnage), nous dira que l'homme avec un parapluie sous le bras, alors que le temps est au beau fixe, est là, sur le trottoir d'en face, pour lui : *« pour surveiller mes faits et gestes et quand ce n'est pas lui c'est un de ses doubles qui me suit... il faut que ce complot cesse ! »*

L'homme au parapluie existe, ce jour-là le soleil perceait les nuages... mais cet inconnu allait acheter son pain ou son journal ou autre chose.

Lorsque le patient est réticent et persécuté, il est souvent difficile de mettre en évidence l'interprétation délirante. Cependant, même si l'on verrouille son discours, il manque rarement de nous proposer des fentes allusives qui signalent clairement l'existence du délire sous-jacent. Assez typiques de ce mécanisme, elles prennent la forme d'une phrase anodine mais différente du reste de l'entretien, phrase généralement ponctuée d'un discret sourire (plein de sous-entendus) ou d'un silence. Véritables brèches livrées par le patient, c'est en s'y engouffrant que le praticien parvient à extraire le contenu délirant.

■ **Les hallucinations auditives** (ou acoustico-verbales) se retrouvent dans beaucoup d'expériences délirantes. Les patients les qualifient de multiples façons : étrangères ou familières, agréables ou insultantes, féminines ou masculines. Même si l'hallucination n'a pas de réalité objective, le malade ne l'invente pas, il la vit et la subit.

Mais ce qui importe, ce sont les rapports qu'entretient le patient avec son vécu hallucinatoire : est-il l'objet de ses voix, se sent-il envahi par elles et comme dépossédé de son statut de sujet, quelle attention leur porte-t-il, leur répond-il par la pensée, par la parole ou par les actes, les rattache-t-il à une personne ou à une divinité, est-il angoissé par leur présence, décrit-il des situations où elles sont plus actives, comment explique-t-il leur présence, emploie-t-il des moyens pour s'en protéger (baladeur, boules Quiès)?...

On parlera ici d'une des formes les plus abouties du processus hallucinatoire : le syndrome d'influence. Le sujet halluciné est dépossédé de sa volonté d'action et devient agi par les voix qui l'animent (il perd ses caractères de sujet et l'accès à son libre arbitre).

Les injonctions qui traversent parfois sa pensée rendent compte de nombreux passages à l'acte (c'est le fameux : « *La voix m'a dit de le pousser sous le métro...* »).

En phase aiguë, ces perceptions délirantes sont très souvent attestées par des attitudes d'écoute qu'accompagnent ou non des rires immotivés.

■ En marge des mécanismes et des hallucinations, G. G. de Clérambault a décrit un syndrome, **l'automatisme mental**. Très caractéristique du vécu des patients psychotiques, ce syndrome traduit l'échappement du contrôle de la pensée du patient par un fonctionnement mental particulier : à des arrêts brusques de la pensée ou des idées incongrues qui s'y imposent se surajoutent des phénomènes de dédoublement de la pensée (comme un écho de celle-ci) et des commentaires hallucinatoires des actes. La principale caractéristique de ces phénomènes est que le patient ne les reconnaît pas comme siens (on parle du caractère xénopathique des hallucinations).

#### *Du commentaire des actes... au syndrome d'influence*

*« Cela vient de l'extérieur, d'ailleurs, du dehors de moi, on cherche à s'introduire dans mon cerveau... Quand j'ouvre la porte, on me dit : tiens ! il ouvre la porte. Comment ils le savent (?) ça répète sans cesse tout ce que je pense, tout ce que je fais : on m'entend penser !... Parfois, ça me donne des ordres ou ça me pousse à faire des choses contre ma volonté ; c'est comme ça que j'ai quitté où j'habite pour venir à Paris. »*

### **Les thèmes : le sujet du vécu délirant**

Le thème du délire se définit comme la trame (de l'histoire) qui anime l'expérience délirante du patient. Ces thèmes concernent en fait l'ensemble des activités qui lient l'être humain dans ses rapports au monde qui l'entoure, et le plus fréquent des thèmes est la persécution (comme si le vécu délirant induisait une peur d'autrui qui deviendrait, par une sorte de projection défensive, « responsable » de son malheur).

■ **La persécution délirante** peut se définir comme un sentiment de préjudice moral et/ou matériel dont le patient se dit victime. Très répandue, cette thématique se retrouve dans bon nombre de troubles du comportement du patient délirant, et, en fonction du mécanisme qui la sous-tend et du diagnostic du patient, on distingue deux formes de persécution : paranoïaque et paranoïde. La première s'articule de manière très structurée autour d'un unique persécuteur désigné, alors que dans la seconde le patient est aux prises avec de multiples ennemis connus ou inconnus formant un vaste faisceau « tous azimuts » de préjudices. Le vécu paranoïde se rencontre dans les psychoses schizophréniques, la persécution paranoïaque appartient au diagnostic des psychoses paranoïaques.

### *Des idées délirantes de persécution...*

*« Ils veulent ma peau, je vais mourir. Ils ne cessent de lasériser mon cerveau et mon corps en utilisant des ondes télépathiques. J'ai déjà porté plainte à la police mais rien ne change. J'ai déménagé à plusieurs reprises mais ils me retrouvent toujours. Ils sont partout, dans la rue, chez moi et même à l'hôpital. Il n'y a pas d'issue ! », nous raconte M. H., poussé au désespoir par l'intensité des phénomènes hallucinatoires qui l'habitent.*

Les « ils », il ne les connaît pas, ne sait rien sur eux et construit une élaboration délirante complexe pour en faire des « gens forcément influents », des persécuteurs.

■ **Les idées de grandeur** traduisent une sorte d'expansion, de surestimation délirante de soi qui se retrouve dans tout ce qui peut avoir trait à l'excellence : grande richesse, diplômes supérieurs, très haute filiation, nombreuses relations avec les grands de ce monde, projets grandioses ou planétaires (comme résoudre la faim dans le monde), inventions révolutionnaires... On rassemble les idées de grandeur sous le terme de mégalo-manie.

■ **Les thèmes mystiques**, très répandus, regroupent tout ce que le patient peut avoir à voir avec l'au-delà, Dieu, le Diable, le Bien, le Mal... soit en étant en communication directe, « télépathique » (hallucinatoire) avec ces divinités, soit en étant leur incarnation ou leur représentant sur Terre (mission divine, messie...). Dans les phases aiguës, l'aspect comportemental est souvent au premier plan, avec une exaltation (sorte d'extase divina-toire) congruente à la thématique religieuse.

### *Un grand mystique...*

M. F. est hospitalisé après avoir été repêché dans un fleuve où il s'était jeté tout habillé, en plein hiver. Avant cet apparent suicide, il avait pris soin de vider son compte en banque et de faire don de ses quelques milliers d'euros à l'église de son quartier. Après quelques jours d'hospitalisation, M. F. raconte : *« J'étais persuadé d'avoir une mission que la voix de Dieu m'ordonnait d'accomplir : je devais me sacrifier pour laver les péchés de l'humanité... »*

■ **Les thèmes sexuels et passionnels** se retrouvent dans différents cas de figure. Certains patients rapportent un vécu hallucinatoire cénesthésique fait d'attouchements ou de caresses (agréables ou non) ; d'autres – comme les patientes érotomanes (qui ont la conviction délirante d'être aimée) – intègrent le thème dans une vaste histoire passionnelle.

■ Enfin on citera, comme autres thèmes délirants, **les idées de négation et d'indignité** (définis en annexe).

Parfois, le thème est difficile à mettre en évidence car il n'apparaît pas clairement dans le discours (on parle d'hermétisme délirant). Habituellement, cette caractéristique s'accompagne

d'une impénétrabilité psychotique qui rend difficile l'accès au fonctionnement psychique du malade lequel présente, en plus, des troubles du langage (néologismes, paralogismes, métaphores obscures...).

### Le degré de conviction

Si l'idée délirante impose d'elle-même la notion de conviction (ou d'adhésion au délire), la pratique permet d'en distinguer divers degrés. La conviction délirante « cadenas » en quelque sorte le fonctionnement psychique du patient et l'enferme donc dans une certitude qui devient son seul schéma de pensée (comme un fonctionnement en circuit fermé). Tenter de lui démontrer le non fondement de ses perceptions n'a que peu de portée (notamment dans le délire paranoïaque), même si à d'autres moments (notamment en cours de traitement) le patient parvient à remettre en cause son vécu délirant pour finalement le critiquer.

Cette notion de conviction délirante est capitale car elle permet d'évaluer d'une part le niveau de reconnaissance qu'a le patient de ses troubles (plus il est convaincu, moins il reconnaît le caractère pathologique des troubles) et donc son consentement à suivre un traitement, et d'autre part la prévisibilité des troubles du comportement.

### Les participations anxieuses et thymiques : conséquences émotionnelles du vécu délirant

■ **Une participation anxieuse** à l'expérience délirante est souvent retrouvée à l'examen clinique. Peu verbalisée et certes sans objet, elle se traduit par un regard inquiet, un certain degré d'instabilité motrice, un discours hésitant, une transpiration visible. Cette anxiété est à mettre en lien avec le délire : peur d'être tué, d'être empoisonné, d'être enfermé, peur de l'entourage... autant de peurs habituelles des états délirants aigus. Elle augure également de la difficulté du patient à pouvoir restituer son expérience délirante à l'interlocuteur, qui devra donc l'apaiser pour avoir accès au contenu du délire.

■ **La participation thymique**, quant à elle, rend compte des dimensions affectives et émotionnelles qui submergent le patient, en regard de ses idées délirantes. Dans ce domaine, ce qui importe c'est la notion de congruence ; à savoir si l'humeur ou les affects du patient sont en phase (ou congruents) avec la nature des idées délirantes ou non (thymie non congruente au délire).

#### *Une humeur congruente aux idées délirantes...*

*« C'est génial, absolument génial ; depuis que Barack Obama cherche à me contacter, tout va bien. Oh, c'est pour un projet super sympa, la construction d'un nouveau système informatique qui lui permettra de mieux diriger le monde... Cela va me rapporter 500 millions de dollars, US bien sûr », nous raconte M. M. dans un rythme effréné, avec jubilation, sourires entendus et autres familiarités qui en disent long sur son exaltation par ailleurs en phase avec ses idées de grandeur.*

La non congruence aux idées délirantes introduit la notion de discordance schizophrénique qui sera discutée au chapitre suivant.

***De la non congruence à la discordance...***

*« Je ne pouvais m'empêcher de penser toute la journée à ce qui fait que la vie existe, à ma mort, à celle de mes parents. Je ne comprends pas pourquoi ma mère boit (sourire). Je tape mon chien beaucoup, beaucoup, beaucoup ; c'est pour qu'il arrête de me parler comme ça, sans arrêt, juste pour tester mes réactions (sourire). J'en ai plus de réactions depuis que je suis né... », nous explique M. S. de façon indifférente, sans tristesse ni débordement affectif apparent...*

La démarche sémiologique au contact du patient délirant consiste à rendre lisible une expérience subjective. Le tableau suivant en propose une sorte de récapitulatif.

**Les critères sémiologiques du syndrome délirant sont :**

- l'ancienneté des troubles ;
- la systématisation du délire ;
- le(s) mécanisme(s) ;
- le (s) thème(s) ;
- le degré de conviction ;
- les participations affectives, anxieuses et thymiques ;
- l'existence de troubles du comportement.

## 2 – DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UN SYNDROME DÉLIRANT

**L**es diagnostics psychiatriques sont synonymes de maladies mentales, le plus souvent chroniques. Ces deux aspects (folie et chronicité), aux conséquences lourdes pour le devenir du sujet et de son entourage, imposent une grande rigueur quant à la démarche qui nous permet de poser le nom d'une maladie. Loin d'une quelconque volonté de mettre une étiquette sur le dos d'un patient, cette démarche s'inscrit dans une dimension soignante aux multiples aspects et non comme une fin en soi. En effet, envisager un diagnostic psychiatrique permet avant tout à l'équipe soignante de proposer au patient un accompagnement (un traitement) adapté à sa pathologie.

En concevant la démarche diagnostique comme une approche du malade dans sa globalité et non comme un simple instantané clinique (ce que proposait l'abord sémiologique du chapitre précédent), nous l'étudierons en deux parties : en recherchant d'abord les divers éléments à prendre en compte face à un patient délirant puis en nous intéressant à des aspects cliniques où le délire apparaît « impur », comme parasité par d'autres symptômes de grande valeur diagnostique. Enfin, une troisième partie proposera un récapitulatif, sorte de « démarche diagnostique en kit », à tenir devant un syndrome délirant.

Certains aspects importants n'apparaîtront pas dans ce chapitre, il s'agit notamment des délires dits organiques (viraux : sida, herpès ; médicamenteux : toxiques ; alcooliques ; endocriniens...), qui seront évoqués au chapitre suivant. Ceci correspond au choix délibéré de traiter préférentiellement de la population la plus fréquente des services de psychiatrie, celle des malades psychotiques.

### LES ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE

En l'absence (habituellement) de support organique (anomalie sanguine, scanner cérébral perturbé...), la démarche diagnostique en psychiatrie répond à la juxtaposition de faisceaux d'arguments tant cliniques que biographiques, sociaux, familiaux, culturels et spirituels. Le premier chapitre proposait une vision clinique des syndromes délirants en rapport avec un instantané, celui de l'examen du malade au travers de la nature de son expérience délirante.

Pour se forger une idée précise de la maladie, psychotique ou non, qui porte le délire en son sein, le praticien va, comme dans toute spécialité médicale, aller à la recherche d'éléments à prendre en compte qui, isolément, n'ont aucune valeur diagnostique mais qui, une fois rassemblés, donnent un ensemble

cohérent. Bien souvent, ces éléments sont à rechercher auprès des proches, des acteurs sociaux, des forces de l'ordre ou des collègues qui, à divers moments, ont eu à faire avec les désordres psychiques du patient. Cette sorte « d'investigation policière » est surtout utile dans les situations d'urgence, où l'équipe doit se forger rapidement un avis sur la nature des troubles afin de bien orienter le malade.

Pour cela, il s'agira de rattacher le syndrome délirant à la trajectoire existentielle du patient et de son entourage. Sans vouloir être exhaustif, nous proposons ici « pêle-mêle » quelques-unes des principales questions qui animent le soignant dans sa quête diagnostique.

### **De la trajectoire existentielle du patient...**

Quel âge a le patient (ou la patiente) lors de cet épisode délirant? Est-il marié, divorcé, veuf, père de famille? Travaille-t-il, est-il en arrêt maladie, au chômage, bénéficiaire d'une allocation adulte handicapé? Est-il socialement isolé (célibataire, sans ami...)? Prend-il actuellement des médicaments? A-t-il déjà été traité voire hospitalisé (sous la contrainte ou non) pour des raisons similaires (où, quand et comment)? A-t-il déjà commis des actes délictueux (avec emprisonnement)? Est-il connu pour des accès de violence ou une aptérence pour les drogues, les psychotropes ou l'alcool?

### **Du syndrome délirant...**

Le syndrome délirant vient-il d'éclore brutalement ou au contraire s'inscrit-il dans un vécu long de plusieurs années? Est-il la répétition d'un état similaire (une rechute) pour le patient? Se retrouve-t-il à l'identique ou en partie chez des membres de la famille? Comment s'est-il fait connaître : par des idées incohérentes recueillies par un entourage incrédule, par des troubles du comportement bizarres et/ou violents, par une fugue, par une tentative de suicide? Survient-il après une prise de toxique, d'alcool ou un nouveau traitement médicamenteux (prescrit pour une maladie organique)? Survient-il au décours d'un événement particulier (séparation, deuil, surmenage, mariage, naissance...)?

### **De son entourage...**

Comment l'entourage réagit-il (dénî, colère, incompréhension, dépression, peur, tolérance...)? Reconnaît-il au patient des particularités caractérielles ou des traits de personnalité inhabituels (tyrannique, lunatique, inégal, étrange, intolérant, isolé, abstrait...)? Les membres de cet entourage – notamment le père et la mère – ont-ils une présentation particulière (grande ambivalence vis-à-vis des troubles, rapprochement de type fusionnel avec le fils ou la fille...)?

En marge de ces éléments à rechercher dans toute démarche diagnostique, on s'intéressera ici à un autre aspect essentiel : l'évolution des troubles. En effet, pour beaucoup, seule l'évolution, c'est-à-dire un suivi suffisamment long (plusieurs mois) est nécessaire pour poser un diagnostic psychiatrique. Cet aspect de la démarche diagnostique reprend en fait la notion classique mise en avant par Kraepelin (psychiatre allemand du début du XX<sup>e</sup> siècle)

qui s'intéressa aux démences précoces d'alors (les schizophrénies). Cette notion traduit l'attente du clinicien d'observer ou non l'apparition d'un déficit progressif des processus intellectuels propre à la schizophrénie et qui se retrouve dans la symptomatologie habituelle (émoussement affectif, perte de certaines capacités intellectuelles, appauvrissement de la vie relationnelle...). Cet aspect évolutif trouve toute sa pertinence dans les cas de bouffées délirantes aiguës, dont on connaît la multiplicité des évolutions possibles. Enfin, on rappellera ici la nécessité de pratiquer un bilan de première intention (bilan sanguin, recherche de toxiques, sérologies, scanner...) dans une perspective étiologique et pour rechercher des conséquences organiques éventuelles (notamment en cas d'errance, de traumatisme, de tentative de suicide...).

Dans un but didactique, les éléments qui concourent à toute démarche diagnostique sont rassemblés ici sous les termes génériques habituellement utilisés.

## **RETENIR. Les éléments à prendre en compte... en plus du syndrome délirant**

### 1- Terrain

- *Âge, sexe*
- *Aspects sociaux (situation maritale, emploi, mode de vie...)*
- *Personnalité prémorbide (de type paranoïaque, sensitive, schizoïde)*

### 2- Éléments biographiques

- *Enfance particulière (placements...)*
- *Antécédents personnels médicaux, psychiatriques, médico-légaux, judiciaires*
- *Antécédents familiaux (psychiatriques...)*

### 3- Anamnèse récente

- *Début des troubles actuels (modalités : brutal ou progressif; nature : isolement, TS...)*
- *Événement particulier (traumatisme, deuil...)*
- *Prise de toxique, d'alcool ou de médicament (psychotropes)*

### 4- Histoire de la maladie

- *Début de la maladie (si rechute) : âge, expression clinique (délire, dépression, troubles du comportement), rupture de traitement*
- *Conséquences socioprofessionnelles*
- *Nombre d'hospitalisations (sous contrainte ou non)*
- *Traitements déjà employés*

### 5- Évolution

### 6- Bilan de première intention

La pratique montre souvent des patients délirants certes, mais dont la présentation met en évidence d'autres symptômes, à grande valeur diagnostique, qui cohabitent ou « parasitent » le syndrome délirant.

## LES SYNDROMES DÉLIRANTS « PARASITÉS »...

Pour un nombre non négligeable de patients, le délire, s'il ne fait aucun doute, n'en demeure pas moins occulté en partie par des manifestations symptomatiques plus ou moins bruyantes. Les plus caractéristiques et les plus fréquemment observées sont les troubles thymiques et la dissociation.

### Les troubles thymiques délirants

La thymie ou l'humeur (le moral) se retrouve dans la pathologie psychiatrique, qui décrit des troubles allant dans le sens d'une expansion (la manie) ou d'une extinction (la mélancolie).

#### ■ Les accès de manie délirante

##### *« Tout m'est possible ! »*

Le patient délire : « Je suis l'architecte de la reine d'Angleterre et je suis donc allé solliciter un rendez-vous auprès du président de la République... » ; ces idées de grandeur sont incontournables tant elles sont affichées par le patient avec conviction. En même temps, ce qui frappe, ce sont la jubilation et l'excitation qui caractérisent la volubilité du discours. Cette exaltation se décline à tous les modes : la pensée s'emballe, la parole est intarissable, le sommeil a disparu et l'appétit est dérégulé... Au travers de cette étonnante énergie, le délire est au second plan ; d'autant que le patient peut converser de façon pertinente et cohérente sur de nombreux sujets. Comme totalement désinhibé, il affiche, de sa voix éraillée, presque cassée, sa toute-puissance : « Tout m'est possible, tout m'est accessible, donc je fais tout : c'est comme si j'étais omnipotent ! »

Lorsque le trouble thymique est bien identifié, la démarche diagnostique reprend les différents éléments évoqués plus haut, à la recherche d'antécédents personnels et familiaux d'épisodes identiques, de modalités évolutives habituelles... et s'attache alors à poser ou non le diagnostic de psychose maniaco-dépressive (PMD ou trouble bipolaire).

Cependant, la présentation peut ne pas être aussi caricaturale : l'exaltation psychique vient parasiter un syndrome délirant plus hermétique, moins congruent à l'humeur. Ces aspects d'atypicité de l'accès évoquent un état maniacoïde ou maniforme, et la recherche des éléments détaillés plus haut orientera plus volontiers le diagnostic vers la psychose schizophrénique (dans sa forme dite dysthymique).

À l'opposé de l'expansion maniaque se caractérise l'inhibition mélancolique.

#### ■ Les accès de mélancolie délirante

##### *Le masque de la mélancolie*

Le patient délire, des idées d'indignité, d'incurabilité, d'absence d'organe occupent son discours pauvre ; son comportement inquiète l'entourage, sa tenue vestimentaire est négligée... mais ce

qui frappe chez ce patient, c'est la tristesse de son humeur. Sans ressort, figé, comme suspendu en arrêt dans le temps et l'espace. Plus rien ne compte sauf cette douleur morale totalement submergeante, entravante et paralysante : c'est le masque de la mélancolie qui occupe la place symptomatique, laissant les idées délirantes au second plan.

Là encore, la démarche diagnostique reprendra les éléments habituels afin de poser le diagnostic de psychose maniaco-dépressive (PMD).

## ■ La dissociation

### *Une discordance affective*

Le patient délire toujours, il entend une voix qui lui impose d'errer dans le pays, il n'a plus aucun lien social, n'a plus vu sa famille depuis deux ans... Il délire, et pourtant il est difficile d'avoir accès au contenu descriptif de son délire (systématisation, mécanisme...) : impossible de le suivre dans son discours, dont le phrasé se perd dans des digressions tant abstraites qu'absurdes. Il lui arrive de sourire en nous parlant de son errance ; ce sourire nous gêne, il n'est pas ironique ou humoristique : il est discordant. En plus de cette discordance affective manifeste, la parole du patient s'arrête d'elle-même en cours de phrase, pour reprendre après quelques longues secondes. Le patient semble parfois absent de l'entretien, égaré, lointain, mais surtout étrange, bizarre ; comme s'il était par moments en dehors du champ relationnel, perdu dans les méandres de sa pensée morcelée : il est dissocié.

La dissociation psychique est considérée, en France, comme le noyau central de la symptomatologie schizophrénique. Véritable syndrome, elle associe, selon Henri Ey, des troubles du cours de la pensée et du langage (paradoxes et incohérences, altérations de la sémantique), des altérations du système logique (sorte de distorsion imaginaire) et une désorganisation de la vie affective (discordance affective, bouleversements des liens).

On s'attachera là aussi à rechercher les antécédents, les critères sociaux et familiaux de l'histoire de ce patient, afin de poser le diagnostic de schizophrénie.

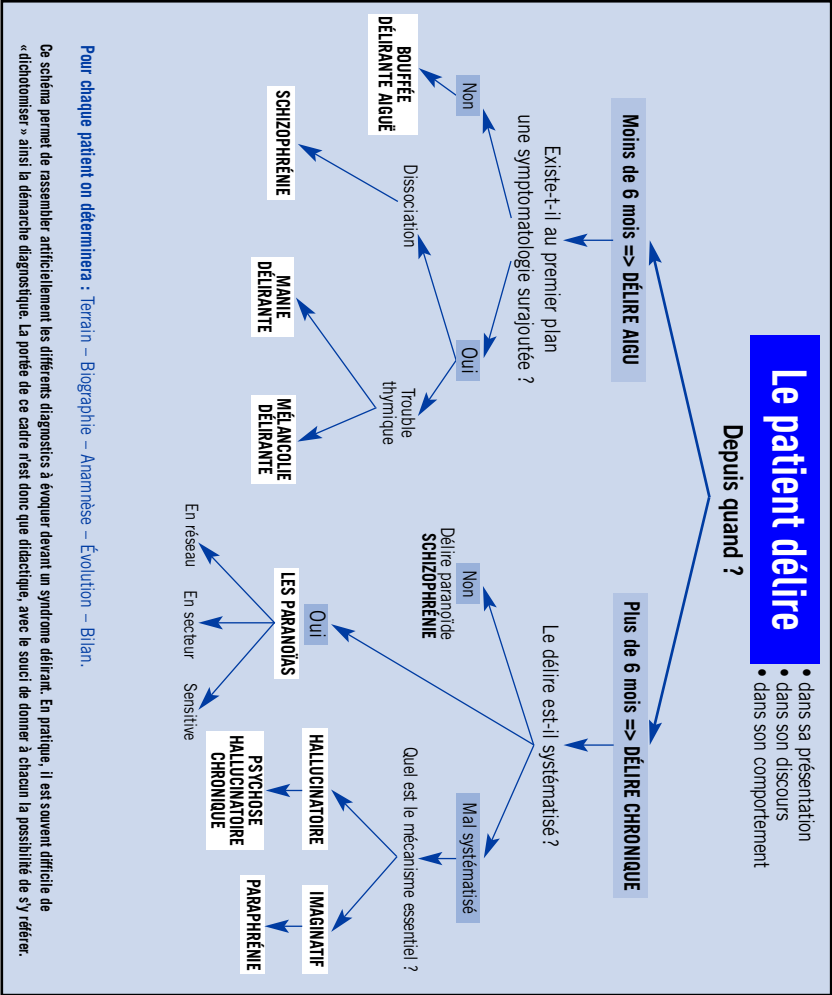
**RETENIR.** *La pratique nous enseigne que le syndrome délirant s'accompagne souvent d'autres syndromes qui ont une grande valeur diagnostique ainsi :*

- *délire + trouble thymique = psychose maniaco-dépressive ?*
- *délire + dissociation = schizophrénie ?*

*Devant ces tableaux cliniques polymorphes, il faut là aussi rechercher tous les éléments nécessaires pour poser le diagnostic (les antécédents, l'évolution...).*

# DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UN SYNDROME DÉLIRANT

Ce paragraphe récapitule, sous forme de schéma, la démarche diagnostique à tenir devant un patient aux prises avec une expérience délirante. Rappelons que cette démarche ne prend pas en compte les délires organiques et/ou toxiques. Pour cela, nous partons d'un acquis : le patient délire (dans sa présentation, son discours, ses troubles du comportement). À partir de ce constat, nous allons poser certaines questions qui vont orienter la démarche et finir par proposer un balayage des différents diagnostics psychiatriques à évoquer.



### 3 – DÉLIRE ET SOMA : LES CHEVAUCHEMENTS POSSIBLES

**L**es chevauchements entre la psyché et le soma occupent une place importante dans la pratique psychiatrique quotidienne. L'intérêt que nous portons à ces questions renvoie à un constat récurrent fait dans les services de soins : quelle est la place à donner aux maux physiques (répondant à un substrat organique) présentés par des patients qui nous interpellent d'abord par l'expression si riche de leurs tourments psychiques ? Cet aveuglement du soignant « psy » devant le soma peut s'expliquer de diverses façons : fascination, rejet, manque de distance, manque d'expérience... En nous y arrêtant, nous souhaitons rappeler que la clinique psychiatrique a des particularités qui, le plus souvent, lui permettent de repérer les chevauchements entre psyché et soma et donc d'adapter les prises en charge.

On abordera ces chevauchements par trois biais : celui des étiologies (atteintes organiques responsables de troubles psychiques), celui des intrications (coexistence d'un syndrome délirant et d'une maladie organique) et celui des conséquences somatiques que peut entraîner un vécu délirant trop envahissant.

#### DÉLIRE ET ÉTIOLOGIE ORGANIQUE : les « faux » psychiatriques

Certains états cliniques dénommés « faux » psychiatriques correspondent en fait à des tableaux dont les signes (psy) présentés ne renvoient en rien à leurs étiologies (psy) habituelles. Ces patients à « l'allure psychiatrique » se rencontrent essentiellement dans les services d'urgence.

#### L'atmosphère organique de l'échange : comment les repère-t-on ?

Certaines maladies organiques s'expriment à un moment donné de leur évolution par un masque psychiatrique pouvant prendre plusieurs visages et donc parfois celui du délire. En fait de délire organisé, le patient présente surtout des éléments du registre délirant, dont les plus courants sont les troubles du comportement, les expériences hallucinatoires (essentiellement visuelles) et les propos incohérents ou incompréhensibles. Très incomplet, le syndrome délirant n'est pas homogène et ne semble pas répondre aux aspects psychopathologiques habituels (construction du délire, vécu du malade...) rencontrés chez le patient aux prises avec une expérience délirante non organique. En outre, il est quasi impossible au praticien de rattacher la « présentation » délirante à un quelconque diagnostic psychiatrique.

De plus, si le syndrome délirant est incomplet, il apparaît également au second plan de la présentation du malade, comme masqué par l'atmosphère organique qui règne lors de

l'échange. Cette atmosphère traduit les interrogations du clinicien devant des éléments sémiologiques qui évoquent une organicité des troubles.

**RETENIR. Ce qui oriente vers une cause organique du délire peut se résumer par :**

- *Le patient est connu pour une pathologie organique (diabète, hypertension, sida...)*
- *Le patient n'a aucun antécédent psychiatrique +++*
- *Le délire ne remplit pas les critères sémiologiques habituels*
- *L'anamnèse récente retrouve des éléments orientant vers une organicité des troubles (trauma crânien, voyage en pays lointain...)*
- *L'examen clinique complet +++ recherchera une éventuelle composante confusionnelle (ainsi que des signes physiques d'appel)*
- *L'existence d'un syndrome général (fébricule, pouls accéléré...).*

*La coexistence d'un ou plusieurs de ces éléments dans la présentation clinique d'un patient délirant doit interroger d'abord sur une cause organique, et donc faire procéder à des examens complémentaires de première intention complétés éventuellement par des bilans plus spécifiques.*

Parfois, il est compliqué d'écarter ou de mettre en avant la dimension organique, qui pourtant ne donne qu'un semblant de syndrome délirant; c'est notamment le cas de la confusion mentale.

## La confusion mentale : le piège des urgences

### *Délire-t-il vraiment ?*

Le patient délire, il nous parle un charabia incompréhensible où il est question de guerre, il a été retrouvé nu sur la voie publique, arrêtant les voitures et haranguant les foules.

Nous sommes en pleine canicule... mais délire-t-il vraiment, ce patient âgé de 50 ans ? Il répond à côté à des questions, qu'il ne semble pas comprendre. Perplexe, égaré, il ne demande rien, parle de personnes dont on ne peut savoir qui elles sont et comment les joindre, ses phrases, le plus souvent incomplètes, s'enchaînent sans aucun lien logique. Il est impossible d'avoir accès à un contenu délirant descriptible. Le patient n'arrive pas à se souvenir des renseignements que nous lui donnons concernant l'endroit où il est, il ne sait plus son âge, ni la date, ni même la ville où il se trouve : il est confus. Un rapide bilan montrera une déshydratation sévère avec insuffisance rénale fonctionnelle et un début d'œdème cérébral. Après 48 heures de réhydratation, le patient ne délire plus du tout : il parle... et on comprend tout.

**ATTENTION :** La confusion mentale est LE piège des urgences. Bien souvent, aveuglé par des antécédents (psychiatriques) ou des comportements « fous », les équipes omettent de mener leurs investigations habituelles. En même temps, véritable diagnostic différentiel, la confusion est une urgence vitale d'étiologie organique (traumatique, infectieuse, hydroélectrolytique...) jusqu'à preuve du contraire.

## Les étiologies

Afin de compléter notre propos, voici quelques-unes des maladies organiques qui produisent parfois un « ersatz » de syndrome délirant. On rappellera ici que certaines atteintes organiques donnent des « faux » psychiatriques autres que le délire (attaques de panique, dépression, troubles du comportement...).

### ■ Les apparences psychiatriques des troubles neurologiques

- Infection par le VIH : certains patients présentent des états psychotiques isolés d'allure schizophrénique (paranoïde) ou maniaque.
- Maladie de Parkinson : on décrit des cas d'hallucinoïse qui évoluent parfois vers des états délirants constitués (thématiques sexuelles et de jalousie).
- Les tumeurs cérébrales : surtout de localisation temporale (hallucinations complexes).
- On citera également les infections par l'herpès virus, la syphilis, les épilepsies, les traumatismes crâniens (hématomes extra ou sous-duraux)...

### ■ Autres manifestations délirantes d'affections organiques :

- Les hypoglycémies organiques donnent des symptômes qui égarent les équipes soignantes (troubles de la conscience, viscosité mentale, crise d'agitation...).
- L'hyperthyroïdie s'exprime dans 10 à 20 % des cas par une présentation maniaque ; il existe également de rares tableaux associant agitation et tendances paranoïdes.
- On citera l'hypothyroïdie, les syndromes d'hypercorticisme ainsi que les causes iatrogènes...

## LES PATHOLOGIES INTRIKUÉES

**Le terme d'intrication traduit la coexistence, chez un même patient, d'une maladie organique et de troubles psychiatriques avérés. Ici, la pathologie organique vient en fait compliquer la présentation du malade en surajoutant des symptômes qui, parfois, paraissent « logiques » vis-à-vis de l'atteinte psychiatrique concomitante. La relative lenteur de l'équipe soignante à prendre en considération l'apparition de maux inhabituels chez des patients connus provoque des errances diagnostiques qui conduisent à des errances thérapeutiques.**

### *Un mystique très ralenti...*

M. G. délire : il s'est jeté dans la Seine pour se soustraire à la vie. Cet acte ne doit rien au hasard puisque, comme le patient nous l'explique, il est investi d'une mission divine : laver l'humanité de tous ses péchés. Pour cela, comme lui indique la voix de Dieu, il lui suffit de mourir. À 32 ans, M. G. n'a aucun antécédent personnel, sa sœur est, quant à elle, atteinte de schizophrénie. Licencié depuis quelques mois, il s'est progressivement isolé, rompant tout contact avec sa famille et ses amis. Soudain, il dit avoir entendu une voix – celle de Dieu – qui petit à petit lui imposa

des actes et des pensées. M. G. est hospitalisé et son délire traité, entre autres, par neuroleptiques. Après cinq jours de traitement, le malade critique son expérience délirante et dit ne plus entendre de voix. En revanche, il présente une fatigabilité importante, d'abord mise sur le compte de l'effet négatif des neuroleptiques. Ces derniers sont donc rapidement diminués jusqu'à une dose minime, compte tenu de son délire. L'asthénie se renforce, M. G. se déplace de plus en plus difficilement, la couleur de sa peau nous apparaît changée (devenant jaunâtre). Un premier avis auprès du somaticien nous renvoie aux fameux effets secondaires du traitement. Après trois semaines d'aggravation de son état général, un deuxième avis est demandé avec plus d'insistance. Cette fois, M. G. est adressé en service de médecine pour exploration. Le bilan mettra en évidence une hypothyroïdie majeure d'étiologie auto-immune.

## LES CONSÉQUENCES SOMATIQUES DU DÉLIRE

**Les maladies psychotiques chroniques sont connues pour favoriser l'apparition de divers troubles somatiques comme les atteintes dentaires (parodontopathies...), les effets secondaires tardifs des neuroleptiques (syndrome parkinsonien, trouble des phanères...). Certaines expériences délirantes peuvent également avoir des conséquences sur l'état somatique des patients. Ainsi, les errances pathologiques, sous-tendues par une quête mystique ou un syndrome d'influence agi, provoquent, de facto, de multiples atteintes corporelles ou somatiques : altération de l'état général, pieds meurtris, hygiène corporelle déplorable, mycose et autre parasitose (gale, poux), tuberculose, malnutrition, traumatismes physiques divers...**

**Très fréquentes lors des errances pathologiques, ces conséquences somatiques indirectes du vécu délirant du patient imposent une prise en charge globale. Parfois, l'aspect somatique est la conséquence directe du délire.**

### *Derrière le génocide... l'anémie*

Mme H., âgée de 42 ans, délire : elle s'accuse du génocide juif de la dernière guerre mondiale, et c'est donc au commissariat qu'elle est allée se constituer prisonnière, « pour payer ». L'examen clinique permet sans trop de difficulté de poser le diagnostic de mélancolie délirante, et rapidement la prise en charge sécuritaire (en regard du risque suicidaire) et rassurante (du fait de la douleur morale) s'organise. Pourtant, deux heures plus tard, Mme H. perd connaissance, sa tension artérielle et son pouls sont imprenables. Le temps de procéder à sa réanimation, la patiente retrouve ses esprits et des constantes se normalisent. Le bilan demandé (enfin) en urgence montre une anémie ferriprive à 5,5 g/l d'hémoglobine. Sans antécédents psychiatriques, Mme H. vivait totalement recluse à son domicile depuis un an et demi. Un vaste syndrome délirant de persécution comportait, entre autres, des idées d'empoisonnement par la nourriture, et c'est pourquoi Mme H. s'alimentait exclusivement de haricots blancs. Le bilan étiologique de

son anémie ne met rien d'autre en évidence que la cause carencielle. Aveuglés par la richesse du tableau psychiatrique, nous en avons oublié le réflexe somatique. Ce qui aurait pu lui coûter la vie (infarctus, ramollissement cérébral...). On l'aura compris, l'expérience délirante concerne le vécu du patient dans sa globalité, psychique et somatique. C'est pourquoi, aux différents temps de la rencontre avec le malade (sémiologique, diagnostique et thérapeutique), cette globalité doit être respectée.

Dans ce chapitre sur les chevauchements possibles entre psyché délirante et soma, on rappellera la fréquence des plaintes somatiques que nous adresse le patient délirant : point d'appel d'une intrication possible, simple demande de soins ou d'attention, peu importe, le registre hypocondriaque doit être pris en compte.

Ainsi, à l'instar d'une clinique trop rigidifiée, soma d'un côté, psyché de l'autre, force nous est fait de reconnaître que le corps du malade est avant tout un « organe de parole ». Les plaintes somatiques viennent souvent ainsi pallier le manque de mots pour exprimer une souffrance psychique. Comment éviter le piège du « *C'est dans votre tête* » systématique ou celui des investigations complémentaires à outrance ? La question reste ouverte et soumise à la pratique de chacun.

## 4 – DÉLIRE ET RECOURS À L'AGIR

**C**ertains patients mettent et se mettent en danger par des comportements menaçants et/ou violents. Dans notre rencontre particulière avec le patient délirant, il semble donc nécessaire d'aborder les questions de la dangerosité au travers de la clinique. En effet, composante éthologique de l'humanité, la violence n'épargne évidemment pas les patients délirants. Mais il est temps de jeter un sort au fameux mythe du fou dangereux qu'alimentent régulièrement les médias !

Nous introduirons donc ce chapitre sur les liens existant entre patients délirants et recours à l'agir par un relevé des quelques données épidémiologiques concernant le malade dangereux. Un deuxième temps sera consacré à un aperçu conceptuel de la dangerosité psychiatrique par un exposé des différents axiomes qui la caractérisent. Enfin, nous évoquerons les pistes sémiologiques et nosographiques de ce qu'il faut bien appeler la clinique de la dangerosité.

Il nous semble important de souligner ici la force des fantasmes que les soignants nourrissent à l'égard des comportements violents des patients. Fantasmes souvent fondés sur la peur et qui engendrent parfois rejet, voire agressivité.

Le but de ce chapitre n'est pas de dénier cette peur (naturelle) ou de minimiser la dangerosité du fou, mais bien de permettre au soignant de mieux comprendre les dynamiques psychiques de la violence et donc de mettre celle-ci en lien avec la clinique du délire.

### LE MYTHE DU FOU DANGEREUX REMIS EN QUESTION

Depuis des siècles est colportée l'image du « fou dangereux », véritable mythe qui traverse les âges et marque parfois de son empreinte les institutions psychiatriques. Dans le but de rendre un peu de réalité à ce phénomène sociologique, nous en proposons ici quelques repères chiffrés en utilisant deux biais : la délinquance pathologique et les modalités d'hospitalisation en psychiatrie.

#### Délinquance et criminalité pathologique

D'après la Haute autorité de santé\*, les personnes souffrant de troubles mentaux sont rarement impliquées dans une violence faite à des tiers. En effet, 3 à 5 % seulement des actes violents seraient dus à des personnes souffrant de troubles mentaux. Par ailleurs, on estime entre 0,4 % et 0,7 % les patients hospitalisés en psychiatrie reconnus pénalement

\* Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, Recommandations de la Commission d'audition, HAS, mars 2011.

irresponsables (selon l'article 122.1 du Code pénal) ; le taux de patients dits médico-légaux (cumulant articles 122-1 et D-398, détenus nécessitant des soins psychiatriques) hospitalisés en unité pour malades difficiles (UMD) est d'environ 5 %.

Ces quelques repères chiffrés sur la dangerosité du fou nous permettent d'insister sur le caractère exceptionnel des comportements violents (ceux qui concernent les pouvoirs publics) commis par nos patients.

### **Les soins sous contrainte en psychiatrie**

Rappelons au préalable que la règle reste les soins libres : dans 88 % des cas, le patient consent aux soins.

Dans le cas inverse, la loi du 5 juillet 2011 (loi n° 2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge) encadre les soins psychiatriques sous contrainte, qui sont alors dispensés en hospitalisation complète, ou sous des formes alternatives dans le cadre d'un programme de soins ambulatoires (hospitalisation partielle, consultations au CMP, ateliers thérapeutiques, visites à domicile...). Le choix de l'une ou l'autre option intervient après une période obligatoire de soins et d'observation de 72 heures en hospitalisation complète. Ce n'est donc plus l'hospitalisation qui est imposée (cf. la loi du 27 juin 1990) mais les soins.

Si l'état de santé de la personne ne permet pas le consentement des soins, la loi du 5 juillet 2011 prévoit :

- des soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (anciennement hospitalisation sur demande d'un tiers [HDT] dans la loi du 27 juin 1990) ;
- des soins en cas de péril imminent en l'absence de tiers ;
- des soins sur décision du représentant de l'État (anciennement hospitalisation d'office [HO] dans la loi du 27 juin 1990).

Notons que cette loi renforce le droit des patients, avec l'intervention automatique du juge des libertés et de la détention dans le contrôle des soins sous contrainte. Le parcours des patients est « balisé » et le juge peut être saisi à tout moment.

Le Conseil constitutionnel a invalidé certains articles de cette loi, qui s'applique cependant en l'état jusqu'en octobre 2013.

### **LA DANGEROSITÉ PSYCHIATRIQUE : abord conceptuel**

Si « dangerosité » est un néologisme attesté seulement depuis 1967, il n'en demeure pas moins que le concept qu'il véhicule est très présent dans les pratiques. Au sens psychiatrique du terme, la dangerosité se définit à partir des caractéristiques cliniques et comportementales des malades mentaux qui ont permis de dégager quelques axiomes conceptuels jugés acquis par tous :

- la dangerosité psychiatrique est actuellement considérée comme un élément conjoncturel des maladies mentales ;

- elle se réfère à un risque double : auto et/ou hétéroagressif;
  - elle nécessite un abord clinique pour établir des liens entre un comportement violent et un trouble mental;
  - elle ne s'envisage qu'avec l'évolution de la pathologie : c'est une potentialité évolutive;
  - elle n'est pas permanente, elle fluctue et permet de différencier une dangerosité imminente d'une dangerosité transitoire voire durable (en d'autres termes, elle peut s'inscrire dans un moment de décompensation aigu ou bien se chroniciser avec la maladie);
  - cet aspect évolutif pose la délicate question de la prédiction;
  - la survenue du passage à l'acte nous impose alors une démarche prédictive visant à déterminer le risque de récidive;
  - enfin, la dangerosité du malade mental nécessite des impératifs de soins et de moyens.
- Autour de ces notions se dessine finalement une des questions pratiques fondamentales du concept de dangerosité : la prédiction. Comment prédire un suicide, comment prévenir un parricide : en d'autres termes, quand mettre en place des soins sous la contrainte (loi du 5 juillet 2011), une mise en chambre d'isolement, une injection de force, une contention ? Si aucun modèle théorique ni aucune échelle d'évaluation ne permettent de répondre à cette question, c'est bien parce que le soignant n'a à sa disposition que son outil clinique... C'est ainsi que peut s'écrire une « clinique de la dangerosité ».

## CLINIQUE DE LA DANGEROSITÉ

### Quand peut-on s'inquiéter ?

**Éminemment subjective, la question de la dangerosité du patient délirant est des plus difficiles à maîtriser dans la pratique ; car si le passage à l'acte est rare, nombreuses sont les situations où le soignant est malmené. Là aussi, sans chercher à être exhaustif, nous proposons quelques fragments cliniques souvent rencontrés dans la pratique.**

Le patient délire, dans sa présentation, son discours, ses troubles du comportement. L'échange nous permet de mettre en évidence plusieurs caractéristiques :

- Le patient a des antécédents de violences agies dans le service (ou ailleurs), il ne prend plus son traitement depuis plusieurs mois, il vient de bousculer violemment ce proche qui n'était qu'un « sosie », il présente encore les blessures qu'il s'est fait avec un couteau, ses préoccupations délirantes du moment sont exacerbées par une conjoncture familiale explosive (il vient d'être mis à la porte de chez ses parents).
- Il se reconnaît lui-même agi par les voix qui lui donnent des ordres auxquels il se sent obligé de répondre, la persécution engendre chez lui une grande méfiance et il a peur d'être tué, le désespoir le guette tant ses efforts pour fuir ses persécuteurs sont vains.
- Il s'adresse à l'autre (le soignant) en faisant peser une certaine menace (exprimée ou non), l'excitation psychique qui le gagne depuis quelque temps l'empêche de se raisonner, la parole de l'autre ne semble pas entendue ou est tout de suite mal interprétée.

- L'équipe soignante fait partie du complot dont il se dit victime, le voisin est l'homme à abattre (il vous le démontre par un montage rigoureux et sans faille). Totalement envahi par son vécu délirant le patient « transpire » l'angoisse ou fait preuve d'une grande tension voire d'une instabilité motrice inquiétante, la perspective de se voir hospitalisé accentue sa tension intérieure, il n'hésite pas à parler de sa mort, ses propos sont morbides.

- Il se sent concerné par tout ce qu'il croise (tout fait sens autour de lui), l'environnement lui est hostile et il ne parvient pas à se rassurer, sa mission divine sur Terre passe par le sacrifice de sa vie, la boucle est bouclée : il sait que tout le réseau est orchestré par une seule et même personne, la perplexité anxieuse qu'il affiche traduit bien son interrogation sur la profonde solitude dans laquelle son vécu le plonge, l'hermétisme de son discours le rend totalement imprévisible, il se dit dépité par l'existence même de son délire, il se sent touché dans son corps par les rayons cosmiques que lui envoient certaines personnes croisées dans la rue, sa toute-puissance l'autorise à tout faire, sa croyance en ses idées délirantes est totale : aucune place pour le doute, les regards des passants lui semblent intrusifs et hostiles, il banalise totalement la gravité de ses comportements violents, il s'alcoolise fréquemment et fait usage d'autres toxiques, etc.

Ces différents fragments cliniques mettent en exergue la question du recours à l'agir du patient délirant tant dans le registre suicidaire que dans celui de l'hétéroagressivité. Ils peuvent être, dans un souci didactique, rassemblés dans l'encadré suivant :

**RETENIR. On considère comme potentiellement évocateur de passage à l'acte les éléments suivants :**

- *antécédents de violence ;*
- *recours à l'agir (TS ou hétéroagression) récent ;*
- *patient en rupture de traitement et de suivi ;*
- *éléments conjoncturels favorables : drame familial ;*
- *probable reprise processuelle (répétition de troubles du comportement qui avaient abouti dans le passé à un passage à l'acte grave) ;*
- *syndrome d'influence patent (le patient est totalement agi par les voix) +++ ;*
- *idées de persécution prévalentes +++ ;*
- *il existe un persécuteur désigné +++ ;*
- *phase de dépit du patient persécuté ;*
- *allusivité et/ou hermétisme des propos délirants ;*
- *thématique mystique et messianique +++ ;*
- *conviction totale dans les idées délirantes +++ ;*
- *intolérance à la frustration ;*
- *toute-puissance affichée +++ ;*
- *réaction dépressive au vécu délirant ;*
- *tonalité passionnelle marquée +++ ;*
- *exaltation thymique, perplexité anxieuse surajoutées ;*
- *banalisation et déni des troubles ;*

- *menaces proférées (auto et/ou hétéroagressives);*
- *troubles dissociatifs associés au délire +++;*
- *angoisse psychotique majeure (morcellement...).*

Pris séparément, chacun de ces items n'a que peu (ou pas) de valeur prédictive vis-à-vis d'un possible recours à l'agir du patient délirant. En situation, cette évaluation se fait à partir d'un faisceau d'arguments, tant sémiologiques que psychopathologiques, nosographiques ou situationnels.

Pour caricaturer notre propos, nous allons maintenant aborder le passage à l'acte criminel (ou sa tentative), que commet rarement le patient délirant, par le biais des aspects nosographiques.

## **Approche nosographique du passage à l'acte criminel**

**Pour le sujet délirant, nous retiendrons ici les quatre principaux diagnostics psychiatriques rencontrés en matière de criminalité pathologique.**

### **■ Les schizophrénies**

Susceptibles de commettre tous les types d'actes délinquantiels, deux formes cliniques passent plus facilement à l'acte, les patients délirants paranoïdes et les héboïdophrènes. Parmi les caractéristiques classiques de l'acte schizophrénique criminel, on retrouve :

- l'absence de mobile apparent et de préméditation ;
- comme moments propices le début de la maladie et les moments délirants féconds ;
- l'absence de culpabilité, la froideur et l'indifférence, tout en gardant un récit précis du passage à l'acte ;
- la victime est le plus souvent un proche ;
- l'agression peut être soudaine, immotivée, irrationnelle, sans signe annonciateur, ou au contraire intervenir dans un contexte clinique bruyant (délire fécond...) ;
- la nature de l'agression est souvent impressionnante de violence (le patient s'acharne sur la victime).

### **■ Les paranoïas**

Du point de vue psychopathologique, l'agression du paranoïaque s'appuie sur le mécanisme de la projection : tuer pour ne pas être tué ; projection sous-tendue par un délire interprétatif (ou « folie raisonnée ») où persécuté et persécuteur sont en danger. Certains éléments cliniques doivent faire craindre une agression :

- la conviction délirante inébranlable ;
- le persécuteur désigné (souvent en fonction du thème du délire : querulents processifs, idéalistes passionnels...) ;
- un syndrome dépressif surajouté voire une phase de dépit (chez l'érotomane) ;
- les moments propices : fécondité délirante, alcoolisation, dépression ;
- les formes cliniques à risque majeur : les délires passionnels, dont le délire de jalousie et le délire érotomane.

## ■ La psychose hallucinatoire chronique

La richesse du syndrome délirant où les hallucinations sont prévalentes peut prendre l'aspect d'un syndrome d'influence (le malade est « agi » par une force extérieure souvent identifiée comme étant une voix : il perd donc son libre arbitre) qui devient dangereux quand le thème du délire est persécutif et/ou mystique.

## ■ Les bouffées délirantes aiguës

En tant que moments délirants très féconds qui occupent de façon intense le vécu du sujet, lui interdisant toute référence au passé et toute projection dans le futur, ces états peuvent donner lieu à une agressivité soudaine et brutale souvent directement liée à la thématique délirante (mysticisme...) ou à la déréalisation qui l'accompagne (risque suicidaire).

Certaines phases de la trajectoire existentielle du patient délirant peuvent être marquées d'un recours à un agir très violent, voire meurtrier. Cet aspect terrifiant reste bien entendu exceptionnel et ne doit en aucun cas figer la pratique dans une attente anxieuse qui interdise tout désir soignant.

## OBSERVATION CLINIQUE : un délire agité...

**Pour illustrer notre propos, voici une situation classique rencontrée aux urgences psychiatriques volontairement rapportée par le « je » narratif, qui fait se croiser, non sans risque, un patient délirant et une institution contenante (un service d'urgence psychiatrique).**

### Présentation

- M. Z. est accompagné de sa femme à la consultation. Celle-ci l'amène depuis la Bretagne parce qu'à nouveau il est « *angoissé, tendu comme il y a un an et demi* ». M. Z. est reçu seul dans un bureau exigü. Un gabarit imposant (1,90 m pour 80 kg environ), le cheveu court et propre, fraîchement rasé, bien habillé, je suis d'emblée frappé par son regard intense qui balaie les quatre coins de la pièce pour parfois me fixer. Après avoir longuement hésité à me serrer la main, il s'assoit en face de moi ; ses poings se contractent, des mouvements de contorsion animent ses avant-bras dénudés. M. Z. reste silencieux. Les questions visiblement vécues comme autant d'intrusions accentuent son malaise général, je mets rapidement fin à l'entretien alors que M. Z. lâche, les dents serrées, « *le dernier médecin que j'ai vu, je l'ai plafonné* ».
- Quelques minutes plus tard, le cadre de santé me demande de rejoindre la salle d'attente ; M. Z. est appuyé contre le mur, à proximité de l'extincteur, les yeux injectés, les mâchoires serrées. Sans ralentir mon pas, ferme et décidé, je m'approche de lui, accompagné dans ce mouvement par sa femme à qui il jette un regard interrogateur. Elle lui prend une main, moi l'autre tout en l'invitant à reprendre notre entretien pour sortir de cette impasse. Hésitant, résistant, crispé, M. Z. fait un, puis deux, puis trois pas ; il est dégagé du mur, les infirmiers l'empoignent brutalement. J'entraîne son épouse dans mon bureau.

- Mme Z me rapporte l'anamnèse de son mari. Âgé de 39 ans, M. Z. est directeur du personnel d'une entreprise prospère. Un an et demi plus tôt, il présente, à son domicile, une « crise » identique au cours de laquelle il agresse gravement le praticien de SOS médecin appelé par sa femme. Ce passage à l'acte aboutit à une hospitalisation à la demande d'un tiers de six semaines, de laquelle il sort « guéri », quelques consultations au dispensaire du secteur prenant la suite.
- La lecture du dossier parle d'un patient très méfiant et angoissé (poings serrés, en sueur) tenant quelques propos flous, se disant notamment « prêt à se défendre » car il craignait d'être « brutalement saisi par-derrière ».
- Avant cet épisode, Mme Z. rapporte une « crise de tension » qu'elle qualifie de « minime » (par rapport aux deux suivantes) marquée par une dépréciation importante avec incapacité à travailler. M. Z. avait alors consulté un neurologue qui lui avait prescrit de l'Haldol® pendant quelques semaines. M. et Mme Z. sont mariés depuis huit ans.
- Concernant l'épisode actuel, Mme Z. signale que son mari traverse (depuis dix jours) une période d'insomnie sans cause apparente. C'est dans ce contexte qu'ils décident de partir en week-end en Bretagne. Sur place, Mme Z. retrouve les traits figés, tendus de son mari devenu silencieux et hermétique; véritable répétition de l'extrême tension dévastatrice d'il y a dix-huit mois. Sans la moindre hésitation elle l'amène à la consultation.
- Par ailleurs, Mme Z. décrit un homme qu'elle admire pour son intégrité sans faille, lui reconnaissant parfois un esprit « buté » en proie à des principes quelque peu rigides, difficiles à contourner. Nous remerciant de l'intervention infirmière efficace, consciente de l'impossibilité d'agir autrement, elle quitte le service sans revoir son mari.

## Description et analyse

- La symptomatologie de M. Z. relève essentiellement de l'observation visuelle; elle est remarquable par la coexistence d'une opposition méfiante, d'un mutisme partiel, de mouvements anormaux et d'une agitation furieuse. Les antécédents du patient seront pris en compte dans la discussion diagnostique.
- Le premier contact avec M. Z. est marqué par la réticence qui se traduit dès le début de l'entretien par le temps de latence important (entre trente secondes et une minute) qui caractérise la scène de la poignée de main. Cette méfiance ira grandissante tout au long de l'entretien pour s'enrichir très vite d'une hostilité importante.
- Le mutisme, partiel, s'accompagne d'un regard intense balayant les moindres recoins du bureau. Ce regard traduit, par ailleurs, une perplexité anxieuse massive réactivée par chaque question (« Vous habitez Paris? Vous sentez-vous mal?... »).
- La tension réactionnelle à cet interrogatoire visiblement vécu comme une intrusion aboutira à un propos allusif et menaçant par lequel M. Z. relate en fait son antécédent de l'agression du praticien de SOS médecin. Cette hostilité menaçante explique la brièveté de l'entretien.
- Les mouvements anormaux ne sont pas d'ordre parakinétique, mais semblent bien s'inscrire comme l'expression motrice de son état psychique; en outre, ils donnent un support

physique à la menace que le patient fait courir à son interlocuteur. Ces mouvements de contorsion, véritable échauffement musculaire avant la décharge motrice, accentuent l'urgence de la prise en charge.

- On notera l'absence de signe de parasitage de la pensée (pas d'attitude d'écoute, ni de sourire immotivé).

- On peut donc avancer que M. Z. a présenté un état délirant aigu persécutif : l'hésitation devant la main tendue, le regard scrutant (classique regard du persécuté), l'intolérance à chaque question et l'animosité grandissante qui l'accompagne, traduisent une méfiance et une réticence extrême rendant compte du pseudo-mutisme de M. Z. Ces éléments traduisent une persécution délirante aiguë dont la conséquence est le comportement physiquement menaçant du patient. On note ici une véritable « congruence » entre sa perception délirante de l'autre (vécu comme un persécuteur) et la seule réponse qu'il peut proposer, à savoir l'agresser pour se défendre.

Si la tonalité persécutive de son délire nous semble évidente, il est plus hasardeux de se prononcer sur le mécanisme du processus délirant de M. Z. Cependant, la suspicion méfiante qui marque le contact avec le patient ainsi que sa réaction hostile à des questions simples orientent vers un mécanisme interprétatif prévalent. Une participation hallucinatoire reste possible même si les signes de parasitage de la pensée fréquemment présents en phase hallucinatoire aiguë n'ont pas été décelés.

## Clinique de la dangerosité

L'expérience délirante aiguë est un grand classique de l'urgence psychiatrique. L'imminence du passage à l'acte qui parfois l'accompagne rend compte d'une dangerosité maximale mais transitoire. Afin de tirer des enseignements de l'histoire de M. Z. nous allons tenter de préciser les arguments anamnestiques, cliniques et psychopathologiques de sa dangerosité ; certains de ces paramètres ayant une valeur prédictive rétrospective.

### ■ Éléments anamnestiques

- L'antécédent d'agression est un facteur prédictif important qui signifie bien, pour M. Z., son incapacité à mettre en mots son malaise, qui le conduit donc à l'agir. Les récides hétéroagressives sont classiquement importantes dans les maladies mentales.

- La démarche de la consultation en urgence n'est pas banale : son épouse parcourt, sans hésitation, 300 km pour amener son mari à la consultation. Le déterminisme de cette femme (reflet de sa peur) est a posteriori un signe annonciateur de la gravité de l'état psychique du patient.

- M. Z. est pris en charge dans une institution contenant par ses murs et l'expérience de l'équipe soignante. Il lui est de plus proposé un entretien avec un médecin inconnu dans un bureau exigü. Dans sa perception persécutive délirante, ces conditions constituent un véritable étai qui ne peut qu'exacerber son angoisse psychotique d'être violenté par l'autre. En outre, cet étai est la répétition du vécu traumatique délirant d'il y a un an et demi. Dans ce contexte, les questions deviennent intrusives, chaque geste est interprété

comme pouvant être menaçant : malgré nous, en devenant les acteurs de sa persécution, nous contribuons à la mise en acte de sa potentialité d'agression.

- Le lieu de la prise en charge fait varier la dangerosité de M. Z. Chez lui, il blesse un médecin ; aux urgences, avec une équipe infirmière compétente, les dégâts majeurs sont évités. Ceci rappelle un des grands principes de la dangerosité psychiatrique : ses conséquences varient selon l'endroit où elle s'exprime.

## ■ Éléments cliniques

Le solide gabarit, les mouvements de contorsion des avant-bras, le mutisme partiel, la réticence, le regard du persécuté, l'hésitation devant la main tendue, l'hostilité grandissante, la perplexité anxieuse et la verbalisation d'une menace physique traduisent l'imminence du passage à l'acte.

## ■ Éléments psychopathologiques

Il s'agit de prendre en considération le délire de M. Z., ses mécanismes, sa thématique, sa conviction et son caractère aigu.

- Le délire est une expérience psychique dans laquelle le patient vit une inversion des rapports de réalité du Moi à son monde ; les redistributions symboliques qui en découlent concernent ses perceptions, son langage mais aussi ses comportements. La potentialité des passages à l'acte agressifs paraît donc inhérente à tout vécu délirant. M. Z. était au cœur d'une telle expérience.

- Même si une participation hallucinatoire ne peut être exclue, le mécanisme prévalent du délire de M. Z. est l'interprétation. Il s'agit là d'un traitement systématiquement erroné de toutes les informations qu'il perçoit. Cette distorsion de la réalité est de plus mise en place dans un système logique sans faille qui amène le patient dans une impasse relationnelle totale. La thématique persécutive et la conviction délirante qui accompagnent ce mécanisme renforcent le caractère insoutenable de son vécu.

- La persécution et la conviction délirante de M. Z. sont les deux éléments psychopathologiques centraux de sa dangerosité. La perception d'un autre, persécuteur, devenu agresseur potentiel, éveille chez le patient un instinct de préservation ; caricaturalement, il est prêt à tuer pour ne pas être tué. Cette distorsion de l'altérité est rendue insupportable par l'intensité de sa conviction délirante. M. Z. n'est plus sujet mais objet de sa persécution.

- Enfin, le caractère aigu de son délire lui procure un vécu d'immédiateté qui est congruent à la thématique délirante : il est prêt à se défendre contre ses agresseurs. L'imminence du passage à l'acte montre que M. Z. est véritablement agi par sa persécution.

L'objectif de ce chapitre était d'introduire des pistes de réflexions clinico-pratiques sur les questions des comportements violents que présente parfois le patient délirant. Ces indications peuvent aider le soignant à relativiser sa propre peur et donc à se démarquer des contre-attitudes que suscitent (et c'est humain !) les démonstrations de violence.

(NB : cette observation est inspirée de celle présentée dans un autre ouvrage écrit par l'un des auteurs (*Le malade mental dangereux*, Pierre-Ludovic Lavoine, éditions Masson, 1998).

## 5 – PRISE EN CHARGE DU PATIENT DÉLIRANT

**L**a psychiatrie de secteur propose une prise en charge globale du patient délirant aux différents temps de l'évolution du symptôme et de la maladie psychotique qui s'y rattache. Ce système de soins permet de parler d'alliance thérapeutique globale autour du projet de soins en associant divers moyens, en faisant appel à diverses techniques et acteurs (médicaux, familiaux et sociaux). Mais, en préambule à cette question de la prise en charge, force est de reconnaître deux absolues nécessités : la prise de médicaments d'une part et l'étayage relationnel d'autre part. L'observance du traitement est la pierre angulaire de tout l'édifice de la prise en charge, dont les actions bénéfiques sont tout à fait quantifiables et notables. L'étayage relationnel peut s'envisager quant à lui comme le tissu qui fera du lien thérapeutique un point de repère fiable et rassurant pour le patient. Même s'ils sont indissociables de toute forme de prise en charge, c'est dans un but didactique que ces aspects relationnels seront traités dans le chapitre suivant.

En premier lieu, nous aborderons les prises en charge possibles offertes aux patients délirants, sous deux angles : celui des moyens dont nous disposons (structures et techniques de soins) et celui des objectifs à atteindre. Ensuite, afin de rester au plus près de la pratique, nous proposerons deux prises en charge « types » se référant d'une part au patient en phase aiguë et d'autre part au patient chronique.

### LES MOYENS (du secteur psychiatrique)

#### Les structures sectorielles

Historiquement, les mouvements anti-asilaires et anti-psychiatriques ont œuvré pour la création du secteur psychiatrique, authentifié dès 1960 par une circulaire ministérielle et définie par la loi du 25 juillet 1985. Le secteur correspond à une zone géographique (d'environ 70 000 habitants) dans laquelle sont ouverts des lieux de soins satellites de l'asile.

Depuis la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009, l'organisation du système de santé repose sur la notion de « territoire » et s'applique à toutes les activités de soins, y compris la psychiatrie.

En pratique, le secteur psychiatrique peut encore être considéré comme un formidable outil doté de structures intra et extra-hospitalières visant à prévenir, à traiter et à accompagner les malades mentaux.

## ■ L'intra-hospitalier comme lieu de soins intensifs à temps plein

Malgré les efforts d'ouverture du secteur psychiatrique sur la cité, l'hôpital reste un lieu de soins privilégié pour le patient délirant, pour lequel les « murs de l'hôpital » apparaissent souvent comme un refuge ou un rempart protecteur contre le désarroi qui l'anime. Mais cette dimension protectrice ne signifie plus actuellement que le patient « s'installe » durablement dans son lit. En effet, les pressions économiques (réduction du nombre de lits...) ajoutées à la multiplication des solutions intermédiaires ont pour conséquence directe des temps d'hospitalisation de plus en plus courts (en baisse constante). En s'adaptant à ces prises en charge plus courtes, les équipes ont la possibilité de rendre plus dynamique leur travail et donc de lutter contre le poids de la chronicité des services hospitaliers. Certains ne manqueront pas d'objecter (à juste titre) l'apparente antinomie qui oppose la fameuse durée moyenne de séjour la plus courte possible aux dimensions psychopathologiques complexes du patient délirant.

Enfin, même si l'hôpital psychiatrique appartient au secteur sanitaire, il est le seul à être soumis à une loi qui fixe les modalités d'hospitalisation. Cette loi du 5 juillet 2011 (2011-803) tient compte des particularités cliniques de nos patients et prévoit notamment la possibilité d'opter pour des soins sous contrainte. L'hospitalisation « libre » reste la règle et se fait avec l'accord de l'intéressé après avis médical. En revanche, si les troubles présentés par le malade rendent son consentement irrecevable (voire non formulé), une admission à la demande d'un tiers est proposée. Enfin, lorsqu'une dangerosité et/ou des troubles de l'ordre public sont attestés, le représentant de l'État peut décider de soins psychiatriques contrainte.

Les hospitalisations sous la contrainte ne sont pas sans effet sur le cadre institutionnel des services (nécessité de fermeture des portes, par exemple) et surtout sur la nature du travail qui s'y opère. En effet, la contrainte implique de facto une double casquette aux équipes qui y travaillent : une soignante et l'autre répressive ! C'est autour de cet étrange paradoxe que les soignants doivent composer leur travail et gérer des situations nécessairement complexes. Dès lors, s'impose une évidence dans la vie institutionnelle, celle d'un travail en équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens...) s'appuyant sur une réflexion permanente et renouvelée mise en place lors de réunions répétées. Pour le patient délirant, l'hospitalisation (libre ou sous la contrainte) est le temps idéal pour dénouer des états de crise et mettre en place les bases de ce que sera la prise en charge (traitement médicamenteux, travail avec les familles, entretiens répétés, réinsertion...).

Les patients sont orientés sur l'hôpital par les services d'urgences des hôpitaux généraux mais aussi par les structures extra-hospitalières.

## ■ L'extra-hospitalier comme lieu de soins de proximité

L'extra-hospitalier regroupe des lieux de soins le plus souvent sans notion de contrainte. L'ouverture sur la cité de ces structures participe à la prévention des troubles mentaux et à la continuité des soins. Pour cela, idéalement, l'extra-hospitalier doit être suffisamment

implanté et articulé avec les acteurs sociaux de la communauté du secteur en même temps qu'elle se doit de s'adapter aux caractéristiques sociologiques des populations qui en dépendent. Les structures extra-hospitalières se sont multipliées depuis les années soixante; nous évoquerons ici trois des plus significatives de la politique de secteur : les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil et de consultation (CAC) et les hôpitaux de jour (HDJ).

- **Le CMP** ou dispensaire est le pivot central du dispositif de soins, véritable interface entre la population et les professionnels de la santé mentale. Le travail y est varié, proposant accueils divers (téléphoniques, d'urgence, pour des prises de traitement...), visites à domicile (VAD), entretiens infirmiers et bien sûr consultations médico-psychologiques. Ces prestations sont gratuites. Le patient délirant y trouvera une première écoute qui pourra déboucher sur des prises de décision concernant sa prise en charge.

- **Le CAC** et le CAP (centre d'accueil permanent) sont des lieux d'accueil, de soins et d'orientations en cas de crise. Les CAP-48 et CAP-72 peuvent proposer des hospitalisations pour des durées courtes (48 à 72 heures). L'originalité de ces structures réside dans leur proximité, leur disponibilité (ouvertes 24 heures/24) et, pour les CAP, leur faible capacité (cinq à sept lits). Sous l'angle soignant, c'est une équipe disponible, inventive, où le soignant trouve une place de compagnon (dans le sens d'accompagnement) du patient. Des qualités comme l'ouverture d'esprit, la prise d'initiative, la communication en équipe, un investissement personnel sont nécessaires. Un tel engagement au sein de ces structures aboutit à une diversité des réponses (de soins) s'adaptant au cas par cas qui s'organisent autour de deux ou trois pôles d'activité : les accueils, les consultations et les hospitalisations. Les deux premiers sont superposables à ceux pratiqués en CMP (même si l'éventail des solutions proposées est plus riche en CAC) en revanche, l'hospitalisation diffère de beaucoup du travail intra-hospitalier : la contrainte y est proscrite et sa durée brève n'en fait pas une fin en soi. Parfois préventive d'une escalade pathologique, parfois curative d'une symptomatologie bruyante, l'hospitalisation symbolise au mieux l'originalité du lieu, qui est de proposer au malade la possibilité de remanier sa problématique. En outre, elle lui permet d'accrocher une bonne relation avec l'équipe, seule garante de la qualité du lien thérapeutique qui s'établira dans l'après-coup de l'hospitalisation.

- **L'HDJ** peut se définir comme un lieu de soins intensifs limité à la seule journée. Il propose tout un éventail de soins basé sur un accompagnement soignant dynamique et utilisant divers médiateurs (poterie, musique, peinture, poésie, relaxation...). Les soins y sont prodigués habituellement pour une durée limitée établie lors de l'admission du patient; cette durée tient compte de la pathologie mais aussi de ses capacités de réinsertion et de la qualité de l'entourage socio-familial. Le cadre institutionnel est constitué des mêmes acteurs que les autres structures sectorielles.

Citons également comme autres outils de soins du secteur : les hospitalisations à domicile, les foyers de post-cure, les CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), les appartements thérapeutiques et associatifs...

## **Les techniques de soins**

Le délire en tant qu'expérience subjective est avant tout une histoire du genre humain. Les techniques de soins répondent toutes à un impératif relationnel qui sera abordé dans le chapitre suivant. Dans ce paragraphe, il s'agira d'évoquer les différents points d'approche dont dispose le soignant confronté au patient délirant. Le premier d'entre eux est le médicament.

### **■ La chimiothérapie du délire**

L'arrivée des neuroleptiques sur le marché des médicaments au début des années cinquante (le Largactil®, 1952, premier neuroleptique, mis au point par l'équipe Delay et Deniker en France) a révolutionné le traitement et le pronostic des psychoses en général et des états délirants en particulier. On distingue actuellement les neuroleptiques de première génération (que l'on vient d'évoquer) et ceux de deuxième génération (nommés aussi antipsychotiques) apparus dans les années 1990 et qui limitent les effets secondaires. Appartenant à la famille des psychotropes, les neuroleptiques agissent sur les neuromédiateurs (molécules responsables des influx nerveux entre les différents neurones) et ont trois effets principaux : anti-productif (diminution des symptômes positifs de la psychose comme le délire), anti-déficitaire (diminution des symptômes négatifs ou déficitaires) et sédatif. En plus de ces trois effets, il peut apparaître un état d'indifférence affective et des effets secondaires neurologiques très invalidants mais aussi endocriniens (galactorrhée, prise de poids...). Les effets secondaires neurologiques peuvent être séparés en deux parties : effets neuro-végétatifs (troubles de l'accommodation visuelle, hypotension orthostatique, constipation, sécheresse de la bouche) et extrapyramidaux (réalisant un syndrome parkinsonien avec tremblements, dyskinésies, contractures...). Pour lutter contre ces fléaux, des correcteurs sont dispensés aux patients.

En fonction de la symptomatologie psychotique prédominante, le prescripteur choisira un neuroleptique selon les spécificités d'action qui le caractérisent.

On notera l'existence de neuroleptiques (ou antipsychotiques) à action prolongée (ou neuroleptiques retard) qui présentent l'intérêt de simplifier la prise de traitement et donc d'en améliorer l'observance. Ces molécules sont administrées toutes les deux à six semaines ; ce qui permet en outre de maintenir le lien thérapeutique avec l'équipe par les rendez-vous pris pour chaque injection.

Actuellement, la stratégie thérapeutique peut se résumer ainsi : le plus d'effet possible sur le symptôme (le délire en l'occurrence) avec le moins d'effets secondaires possible. Derrière cette stratégie se dessine en fait un des objectifs majeurs de la prise en charge : l'observance du traitement. Car, en effet, un traitement au long cours est le meilleur moyen (pas toujours efficace) pour prévenir les rechutes graves de la maladie.

Bien évidemment, l'observance repose sur la compliance aux soins du patient ; à savoir son adhésion au projet de soins. On touche ici les limites du pouvoir du seul médicament, limites renvoyant à la qualité de l'étayage relationnel qui entoure la prise en charge et permet au patient de s'y investir avec confiance.

À noter enfin que la prescription de médicaments chez le patient délirant ne se réduit pas aux seuls neuroleptiques ; l'adjonction temporaire d'anxiolytiques (benzodiazépines), de somnifères, voire de normothymiques (à visée anti-maniaque) est le plus souvent nécessaire.

### ■ **Les entretiens : la parole aux vertus soignantes**

Les psychiatres ne sont pas des gourous, ils n'ont qu'un pouvoir très relatif de guérison sur le patient qui délire, mais il n'empêche que la parole délirante doit être entendue par les soignants. Car ce patient a des choses à nous dire sur ce qu'il vit et parfois le torture ! Sans engager un travail de psychothérapie (qui peut être dangereux), il s'agit de lui donner la possibilité de se décharger du poids d'un vécu aliénant et donc de lui signifier qu'il existe un lieu où il lui sera dorénavant possible de parler afin de moins subir.

En proposant au patient une écoute neutre et bienveillante il lui est en fait offert d'accéder à nouveau au statut de sujet et donc de remettre en place des repères mis à mal par l'originalité même de son expérience délirante.

La valeur apaisante des entretiens sur l'anxiété ou l'angoisse qui accompagnent souvent le vécu délirant n'est plus à débattre et chacun s'appuie sur sa propre école de pensée (psychanalyse, systémique ou cognitivo-comportementale...) pour proposer au patient l'écoute qu'il juge nécessaire. C'est aussi dans le temps de l'entretien (médico-infirmier) que sont posées les bases du cadre de soins du patient, et notamment les questions visant à obtenir une bonne observance thérapeutique.

Parfois le discours et le médicament sont insuffisants pour contenir un vécu délirant qui s'échappe dans l'agir. Peuvent alors se mettre en place des thérapies « de choc » visant à assurer l'intégrité physique du malade et de l'environnement soignant où il évolue.

### ■ **Techniques contenantes**

On retrouve, et de manière ancestrale, comme thérapies contenantes, la contention physique du malade et son isolement. Véhiculant une fantasmagorie violente à l'égard du patient, ces mesures de sécurité sont des plus difficiles à maîtriser en pratique car elles authentifient le plus souvent une forme d'impasse de la relation soignante.

Au même titre que les injections dites « de force », ces thérapies doivent répondre à certains principes de fonctionnement afin d'en contourner les aspects répressifs et donc de les resituer dans le domaine du soin thérapeutique. En premier lieu, quel que soit le contexte violent dans lequel se mettent en place ces mesures, elles doivent être signifiées et explicitées au patient par le médecin prescripteur et l'équipe infirmière. De même, dans l'après-coup, l'équipe soignante, par un accompagnement thérapeutique, doit permettre au patient de relativiser son entrave ou son isolement en lui expliquant la nécessité d'une telle prise en charge. En aucun cas, le patient attaché et/ou isolé ne doit être

livré à lui-même. Par ces principes thérapeutiques, il est offert au patient la possibilité d'accéder à la dimension de soins que proposent ces techniques et donc de l'empêcher de les subir comme un passage à l'acte institutionnel qui ouvrirait rapidement des perspectives de surenchère de la violence, voire de vengeance.

Notons, à propos de l'isolement, que de nombreux efforts de clarification des pratiques, des indications ou des contre-indications sont à l'œuvre depuis quelques années, avec pour objectif (pas toujours avoué) de faire des chambres d'isolement des lieux de soins intensifs d'utilisation exceptionnelle et non plus une simple geôle visant à contenir les accès de violence pathologique. Ces efforts trouvent une illustration au travers des différents protocoles de soins et de surveillance mis en place dans de nombreux services depuis le début des années quatre-vingt-dix. Citons en particulier le référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS)\*, qui se compose de 23 critères.

## LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

**Les objectifs de la prise en charge du patient délirant peuvent s'envisager sous deux angles : clinique (thérapeutique) et social. Les mouvements d'ouverture de l'asile sur le secteur et la cité ont en effet rapidement mis en demeure les professionnels d'œuvrer, en plus du traitement symptomatique du délire, à la réinsertion du patient psychotique dans la société, le but affiché étant de lutter contre la chronicité des services intra-hospitaliers. N'apparaîtront ici que les aspects cliniques. Sur le plan clinique, le traitement du délire obéit à une stratégie qui suit au plus près l'évolution des caractéristiques de l'expérience délirante. Cette stratégie peut s'envisager ainsi : l'apaisement des symptômes aigus du délire (s'intéresser au vécu délirant), sa sédation, voire sa critique (s'attaquer au contenu du délire), sa restitution dans la trajectoire existentielle du patient et la compliance au soin (donc l'observance du traitement).**

### Apaiser le vécu délirant

Le vécu délirant du patient reprend tous les rapports que ce dernier entretient avec l'expérience délirante qui l'agite. Et, par vécu, il faut bien entendre les impressions, les ressentis, les sentiments et autres attributs de la condition humaine, avec tous les à-peu-près, les nuances, les couleurs et la fragilité qu'ils comportent. C'est donc bien du côté de l'humain que résident les clefs pour apaiser ce qui déborde parfois du patient délirant. D'autant que ces attributs trouvent leurs pendants sémiologiques au travers des manifestations anxieuses de l'angoisse (demandes incessantes, attitudes de collage...), de la perplexité, de la réticence, de la participation thymique et des troubles du comportement (patient agi par son délire).

\* *L'Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, guide méthodologique*, juin 1998, à télécharger sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). À lire aussi *Santé mentale*, n° 139, juin 2009, *Le vécu en chambre d'isolement*.

Il est bien évident que ces symptômes doivent être apaisés car ils nous manifestent avec force un vaste mal être en regard d'une désintégration plus ou moins profonde des repères habituels. Le plus souvent, ils signent également l'emprise que l'expérience délirante exerce sur le sujet, en lui faisant alors perdre jusqu'à son propre libre arbitre. Les médications anxiolytiques et sédatives ont une très bonne efficacité sur ces débordements; d'autant que lorsqu'ils s'estompent, il devient possible d'engager un travail sur le contenu même du délire. Ainsi, de nombreux soignants relateront l'histoire de cette patiente très persécutée qui garde constamment son sac à main sur elle, qui barricade avec une chaise la porte de sa chambre la nuit, qui ne dort que d'un œil, qui est sur un qui-vive permanent lui interdisant de parler librement avec l'autre. Après quelques jours, elle accepte de confier ses « valeurs » au cadre soignant du service, la chaise garde sa place et l'insomnie anxieuse se résout d'elle-même.

### La sédation du délire

Le second objectif à atteindre est d'obtenir, sinon une critique, tout au moins une abrasion voire une rémission du délire. Il s'agit pour cela de s'intéresser à l'évolution du contenu même de l'expérience délirante, à savoir ses modalités sémiologiques classiques, avec son mode de déclenchement, son mécanisme, son thème...

La critique complète par le patient de son délire est sans doute le meilleur indicateur qui permet de parler de rémission de l'épisode délirant. Elle reste relativement rare, mis à part les cas de bouffées délirantes aiguës. Ce qui s'observe le plus souvent, c'est une mise à distance progressive du processus délirant, sans véritable critique (ou alors il s'agit d'une critique partielle), le patient se disant « sorti » des méandres de ses perceptions délirantes. On assiste alors à une réappropriation par le malade de ses repères habituels (familiaux, sociaux, professionnels et relationnels). Cette phase doit être progressive, car, souvent, l'abrasion du délire laisse le patient confronté à un certain vide qui en impose parfois pour un syndrome dépressif.

Par ailleurs, cette mise à distance du délire ne signifie pas l'abandon de la conviction délirante; le plus souvent, le patient interrogé sur le contenu de son délire n'en niera jamais totalement l'existence, il ajoutera seulement un « *ça me laisse tranquille* »... C'est pourquoi cette rémission apparente du délire ne signifie aucunement guérison (sauf peut-être dans les rares cas de bouffées délirantes aiguës typiques, avec ce que l'on nomme la restitution *ad integrum*, cf. fiche diagnostique en annexe).

#### « Je vous jure que je n'ai pas rêvé »

Ainsi cette patiente hospitalisée pour un épisode d'« espionnite aiguë » dans lequel tout allait dans une seule et même direction : celle de sa persécution (les voitures arrêtées aux feux, les hommes avec des mallettes, les gens qui utilisent leur portable devant elle...); lui interdisant de prendre les transports en commun et l'obligeant à se terroriser à son domicile. Après quelques semaines de prise en charge, la patiente sort de l'hôpital et vient à sa consultation. Interrogée sur

ce dérapage délirant, elle affiche avec satisfaction que « *c'est fini, plus personne ne me suit* », mais affirme avec véhémence et conviction : « *Je vous jure que je n'ai pas rêvé, ces gens me voulaient du mal !* ». Cette patiente a repris son travail, les transports en commun et ses occupations familiales.

Pour d'autres patients (notamment les cas de psychose hallucinatoire chronique), on peut voir apparaître un enkystement du délire ; le malade ne « délire plus » : il est débarrassé de l'emprise de son délire, les voix ne l'importunent plus, il n'est plus agi par son expérience délirante. Persiste une simple mise à distance du noyau central du délire. La sédation du délire n'est pas une fin en soi, car en effet le sujet ne délire pas « par hasard », et cette tempête de pensées et de mots remplit une fonction (qui, pour Freud, cf. chapitre 8, est une tentative de guérison) qu'il faut parfois explorer.

### **La restitution du délire dans la trajectoire existentielle du patient : vers la psychothérapie**

Même si tout travail de psychothérapie avec le patient psychotique nécessite, d'une part, une grande expérience, et, d'autre part, des aménagements particuliers, il reste important de permettre à certains patients d'articuler leur expérience délirante avec leur passé, leur présent, leur famille, leur environnement. Ce travail ne se conçoit que dans le long terme et il vise essentiellement à redonner du sens au délire en le resituant à sa juste place dans la trajectoire existentielle du malade.

Bien évidemment, cette option thérapeutique s'étudie au cas par cas et signe un engagement permanent et de longue durée de la part du thérapeute. En outre, ce suivi peut s'avérer utile en cas de rechute ou de reprise du processus délirant, avec la mise en place de nouvelles mesures de soins (réajustement du médicament, réhospitalisation, accueils rapprochés...).

L'ensemble de ces objectifs thérapeutiques ne s'envisage qu'autour d'un travail sur la compliance aux soins et l'observance du traitement médicamenteux.

En même temps, l'exigence clinique ne nous fait pas oublier l'importance de la place du sujet dans la société.

C'est pourquoi il nous paraît important de signaler ici l'absolue nécessité d'un travail de réhabilitation psycho-social (en lien avec les structures intermédiaires, médico-sociales) visant à réinsérer la personne handicapée psychique dans la cité. Il est bien entendu que ce travail tient d'abord compte des capacités cognitives et surtout psychologiques du patient (pour vivre seul ou en foyer, pour travailler en milieu ordinaire ou protégé...).

### **PRISES EN CHARGE « TYPES » : les stratégies thérapeutiques**

L'objectif de ce paragraphe n'est pas de proposer un exposé mettant bout à bout les « conduites à tenir » et autres « protocoles de soins » à appliquer devant un patient délirant. Il s'agit en fait de suivre des stratégies thérapeutiques habituellement utilisées, en opposant un moment fécond et vécu chronique.

## Le patient en phase aiguë : de l'internement d'urgence à la sortie

### *Il a tout cassé à son domicile...*

Le patient délire. Il délire tellement qu'il semble véritablement agi par la nature même de son expérience délirante, comme en témoignent les troubles du comportement qui l'ont amené de force à la consultation d'urgence (il a tout cassé à son domicile). Son extrême réticence rend l'entretien difficile, l'hermétisme d'un discours qui ne s'exprime que par bribes en dit long sur l'intensité de son vécu délirant. Le patient présente un délire en phase aiguë dont il faut s'occuper en urgence...

### ■ Les soins sous la contrainte

Habituellement, lorsque l'expérience délirante est exacerbée au point d'agir le patient dans ses faits et gestes (troubles du comportement), voire de mettre sa vie ou celle d'autrui en danger, les premières mesures à mettre en place sont des soins, le plus souvent sous la contrainte (le consentement du patient étant alors fluctuant, voire non recevable). Ces soins peuvent prendre la forme d'une hospitalisation complète ou partielle, assortie, par exemple, de consultations au CMP. Le psychiatre établit alors un programme de soins détaillé qui sera transmis au préfet. L'hospitalisation s'effectue le plus souvent dans les services d'urgences, dont la pratique répond habituellement à l'enchaînement suivant : accueil, évaluation, diagnostic, prescription et orientation. Les diagnostics habituellement rencontrés en situation d'urgence et nécessitant une telle prise en charge sont : les états maniaques et mélancoliques, les bouffées délirantes aiguës et les moments féconds des délires chroniques. On rappellera ici l'absolue nécessité d'informer le patient et de lui expliciter la mesure dont il bénéficie.

### ■ L'accueil à l'hôpital

Lorsque le patient arrive à l'hôpital, dans un milieu parfois inconnu, il doit faire face à des interlocuteurs qui lui sont étrangers. C'est pourquoi les premières heures du traitement seront axées sur un travail d'accueil et de réassurance basé sur une parole soignante neutre et bienveillante visant à lui expliquer le fonctionnement du service et à initier le plus rapidement possible une nécessaire mise en confiance avec l'équipe soignante. En plus de la présentation des lieux (sa chambre...) et de la fonction de chacun, ce travail peut comporter un exposé des droits du patient hospitalisé, voire des moyens de recours qui lui sont légalement offerts. Cet aspect est primordial car il permet de lutter efficacement contre un arbitraire qui place parfois la rencontre dans un climat conflictuel voire violent. Très souvent, le patient ressent en effet la mesure d'internement d'abord comme une privation de liberté (et à juste titre !). Il s'agit alors pour les soignants de l'aider à « faire avec » cette dimension d'enfermement (qui de plus se trouve être congruente à son vécu délirant, notamment de persécution, de mégalomanie et de toute-puissance). Ces premières heures d'hospitalisation – l'accueil en fait – nous paraissent donc capitales

pour la suite de la prise en charge, car elles seront déterminantes pour dessiner ce que sera la nature du lien entre le patient et l'institution. Enfin, ces questions renvoient finalement à cette fameuse « double casquette » – répressive et thérapeutique – avec laquelle le soignant doit composer.

### ■ Le projet de soins

Par la suite, la prise en charge s'organisera autour du projet de soins mis en place avec les différents acteurs de l'institution. Ce projet fait appel de nos jours au principe de l'alliance thérapeutique globale, associant donc diverses techniques (médicaments, entretiens...) et divers participants (professionnels, sociaux et familiaux). Il est bien entendu qu'aucune technique n'exclut les autres et que le traitement médicamenteux reste la référence centrale des préoccupations thérapeutiques. Il s'agit alors pour l'équipe d'accompagner la prescription en étant à l'écoute des plaintes du malade concernant l'apparition d'effets secondaires, mais aussi l'explicitation de la nécessité pour le malade de prendre les médicaments. Ce travail cherche à améliorer la compliance aux soins et donc l'observance du traitement.

L'objectif affiché de l'alliance thérapeutique globale est d'aboutir à la sortie du patient dans des conditions décentes, avec reprise éventuelle de ses activités habituelles ; le temps nécessaire pour atteindre cet objectif étant fluctuant selon les services et les axes théoriques auxquels ils se réfèrent.

### ■ La sortie

Le dernier temps de la prise en charge est alors la poursuite des soins en ambulatoire, en travaillant en articulation avec les structures extra-hospitalières si cela se révèle nécessaire pour le patient (passage en hôpital de jour...).

Cette prise en charge du patient « en aigu » cherche à répondre aux objectifs cliniques et sociaux habituels, mais aussi à faire de « l'internement » du malade un passage le moins traumatisant et le plus dégagé possible de l'arbitraire qu'il ne manque pas de véhiculer. Ces aspects qui appartiennent à la dignité de la personne humaine, quand ils sont bien gérés, rendent possible la mise en place d'un lieu thérapeutique de qualité, seul garant du suivi ultérieur. C'est en outre sur ce tissu relationnel soignant que le patient pourra s'appuyer lors d'éventuelles futures phases de décompensation, et c'est avec lui qu'il opéra pour une bonne observance des soins.

## Le patient délirant « chronique » : du soin à l'accompagnement

### « C'est un pilier du secteur »

M. X., patient délirant. Au centre médico-psychologique, tous les soignants savent que c'est « un pilier du secteur » : plusieurs hospitalisations (dont certaines sous contrainte), des séjours thérapeutiques, des accueils hebdomadaires au dispensaire, des visites à domicile régulières... Tous connaissent également sa « peur pathologique » des voisins, qui lui envoient souvent des

gaz polluants et autres ondes électriques à travers les murs de sa chambre. Mais tout cela n'empêche pas M. X. de vivre, d'évoluer dans son quartier, de rendre compte des derniers événements bizarres de sa vie auprès des soignants qu'il affectionne plus particulièrement. M. X. présente un délire chronique nécessitant des soins et un accompagnement.

Bon nombre de patients vivent avec leur délire pendant des années (à l'extérieur ou à l'intérieur de l'hôpital). Quelques moments féconds viennent parfois bousculer l'ordre instable établi. En dehors de ces phases qui nécessitent le plus souvent une prise en charge contenant (cf. paragraphe précédent), les soins deviennent plus un accompagnement thérapeutique visant à préserver l'autonomie du malade et son précaire équilibre psychique. Ces patients dits « chroniques » du secteur ont donc besoin de s'appuyer sur des points de repères institutionnels fiables, assurant permanence et cohésion de la relation soignante. Ces repères, véritables phares dans la nuit pour certains, se cristallisent au sein des structures de soins (intra et extra-hospitalières) par l'intermédiaire des acteurs mêmes du secteur (infirmiers, médecins, psychologues, ergothérapeutes...). La parole du soignant prend alors souvent valeur de référence pour le malade. Cette parole se dispensera au travers des accueils téléphoniques, des prises de traitement au CMP, des injections retard, des consultations médico-psychologiques, des accueils d'urgence au CAC ou au CMP, des visites à domicile hebdomadaires ou ponctuelles, des entretiens familiaux, des mises en place de séjours de rupture (en clinique ou en maison de repos)...

La prise en charge du patient délirant prend en compte le sujet au-delà de la simple composante délirante. La multiplicité des moyens et techniques de soins rend possible cette alliance thérapeutique globale mise en place autour du malade et qui ne s'envisage qu'au travers d'un tissu relationnel complexe.

## 6 – DÉLIRE ET SOIGNANTS : ABORDS RELATIONNELS

**P**artant du postulat fondamental que le délire ne peut se réduire à une somme de propos incohérents, mais qu'il est bien la traduction d'un conflit interne vécu par le patient aux prises avec une souffrance souvent indicible, les abords relationnels apparaissent comme le point d'orgue de l'objectif thérapeutique. Saisir la dimension signifiante d'une parole livrée en vrac dans une vaine tentative d'adresser un message à l'autre devient le défi à relever. La prise en charge relationnelle consiste essentiellement à favoriser un climat de rencontre. Mais signalons d'emblée ce corollaire de la folie : une équipe sera toujours malmenée, maltraitée, sollicitée dans ses retranchements les plus profonds par ce patient qui brouille d'emblée les repères sociaux et les codes relationnels.

Soulever une telle question ne peut autoriser l'ambition d'être exhaustifs et d'écrire ici les « bonnes recettes » et conduites à tenir au travers de rouages institutionnels parfaitement huilés. Chaque rencontre relève du cas par cas et notre expérience pratique nous a seulement permis de repérer quelques pistes de réflexion. Pour comprendre les abords relationnels, il faut accepter la démarche préliminaire de se représenter quel est le vécu du patient délirant et comment s'organise le délire. En d'autres termes, qu'est-ce qu'une parole délirante, comment cerner cet être qui nous adresse des propos pour le moins déconcertants ? La seconde partie de ce chapitre traitera du rapport du soignant et du patient dans sa dimension individuelle, tandis que la troisième éclairera plutôt les abords relationnels au travers de leurs aspects institutionnels.

### QU'EST-CE QUE LA PAROLE DÉLIRANTE ?

On peut schématiquement aborder la notion de délire selon trois composantes : le sens du délire ou sa dimension signifiante, le vécu du délire ou la façon dont il est appréhendé par le patient et les troubles du comportement ou les conséquences agies du délire.

#### La dimension signifiante du délire

Le délire est souvent analysé en fonction de la réalité, en comparaison avec ce qui est de l'ordre du raisonnable, de « l'entendable », du compréhensible, voire de l'admissible. C'est oublier que les propos délirants s'inscrivent directement dans la trajectoire personnelle du patient. Le délire n'est qu'une mise en mots maladroite et confuse d'un traumatisme primaire, d'une angoisse originaire que le patient ne peut assumer qu'en modifiant sa perception de l'environnement. C'est dire combien l'écoute neutre et attentive est indispensable.

Interpréter le sens du délire reste une aventure de longue haleine ; mais accueillir la parole délirante avec respect et dans l'idée d'en faire quelque chose dans l'après-coup, de pouvoir la restituer au patient doit faire partie des objectifs thérapeutiques. Se laisser surprendre pour mieux comprendre ensuite.

### **Le vécu du patient**

Tenir compte du vécu du patient, de sa participation thymique au délire, bref de son apparence au-delà de sa parole délirante est tout aussi primordial. Le patient qui délire vit une expérience traumatisante qu'il restituera à l'autre à sa manière. Inconscient de l'état de rupture vis-à-vis de la réalité dans lequel il se trouve, il pourra paraître comme exalté, tout puissant, toisant son interlocuteur avec dédain. Dépassé par la situation, tendu à l'extrême, il sera avant tout dominé par son angoisse. D'autres fois, lorsqu'il sera en retrait, détaché de tout, c'est le masque de la dépression qui dominera.

### **Le recours à l'agir**

Mais parfois, il n'y a plus ni mots, ni affects, ni jeux des apparences, le seul mode de rencontre proposé par le patient est celui de l'affrontement, du passage à l'acte. Il n'est plus que transgression de la loi, des codes sociaux et moraux, du règlement intérieur. Il est agi, agi par sa pensée ou sa logique délirante et évolue en solo sans tenir compte de l'autre au sein de l'institution. Cet être qui délire peut apparaître, dans un premier temps, comme un étranger. Un étranger avec sa propre langue, ses propres règles du jeu relationnel et qui fonctionne en auto-référentiel. Il reste l'acteur principal de son histoire délirante et évolue dans un environnement où tout peut faire sens. Et pourtant cette rencontre quasi obligée doit advenir d'une manière ou d'une autre.

### **La notion du transfert**

Le soignant, aussi déconcerté soit-il, devra dans un premier temps dépasser les apparences et tenter de traduire la demande du patient. Est-il là en quête de réassurance, de protection d'un extérieur vécu comme hostile, pour que sa révolte soit entendue, pour décrier le caractère arbitraire des soins, pour se poser tout simplement à l'écart des regards inquiéteurs ? Que demande-t-il, que recevons-nous ? Que vit-il, que ressentons-nous ? En d'autres termes, la question du transfert et du contre-transfert est toujours à l'œuvre. Le transfert désigne le processus par lequel les désirs et affects inconscients, initialement adressés aux figures parentales, sont reportés sur une personne dans le cadre d'une relation thérapeutique. Le contre-transfert implique en retour les réactions inconscientes de la personne objet du transfert. Dans la pratique, le transfert du patient psychotique est repérable par sa massivité, une recherche de fusion, de collage avec le soignant, qui, du même coup, peut se sentir emprisonné par la parole délirante.

C'est dire toute la difficulté de la relation soignant-soigné lorsque le soignant reçoit le discours du patient, qui surgit en général sans prévenir, au cours de la toilette, du repas, de la distribution des médicaments...

## LE SOIGNANT FACE AU PATIENT

Interpellé par le patient ou amené à l'accueillir, à interagir avec lui spontanément, le soignant se retrouve toujours, pour un temps, seul face au patient. Garant du quotidien, disponible, ses capacités d'écoute sont abondamment sollicitées et ses émotions mises à rude épreuve. Le sentiment d'être débordé, les réponses à côté de la demande sont des écueils fréquents et pas toujours évitables. C'est pourquoi il nous semble important de rester dans une démarche de soins cadrée et cadrante et donc d'insister sur quelques étapes clés : repérer le délire, trouver la juste distance, tenir compte du corps et de l'image du patient psychotique en gardant à l'esprit la nécessité que se crée pour lui un espace psychique individuel.

### Repérer le délire

- Le discours délirant peut parfois éclater spontanément, être omniprésent, envahissant, laisser peu de place aux paroles « sensées » du quotidien. En première intention, la démarche d'approche semble plus facile car la différence entre soi et l'autre est clairement délimitée. Mais cette parole délirante, prolixe, cette logorrhée insistante adressée à qui veut bien s'en saisir peut devenir intrusive pour le soignant, le décontenancer, le perdre. Pourtant c'est la fonction contenante et cadrante du soignant qu'il faut pouvoir mobiliser. Le patient, en voie de dissociation aiguë, en perte de vitesse, nécessite que des repères temporels et spatiaux lui soient rapidement fixés afin de gérer l'angoisse sous-jacente à sa pensée dérégulée.

- À l'inverse, la réticence peut être au premier plan. Le patient ne dit rien de son histoire, est dans le déni ou la banalisation des événements qui l'ont conduit soit à l'hôpital, soit en consultation. La priorité est alors d'approcher le patient, de le mettre en confiance. Il s'agit avant tout de vaincre la réticence du contact et non celle à livrer le discours délirant. La réticence verbale est un symptôme qui se respecte et qui fait partie du syndrome délirant. Il faut pouvoir accepter le fait que, dans les premiers temps de la rencontre, il peut ne rien se passer. Le piège à éviter est celui de devenir trop insistant, trop intrusif, et d'être par la suite désigné comme le persécuteur.

Rappelons enfin que repérer le délire ne consiste pas à se poser la question d'une supposée vérité du discours délirant. Qui pourtant ne s'est pas laissé piéger au début de sa pratique par la logique délirante du paranoïaque ? Le voisin du dessus fait du bruit certes, mais malgré ses allées et venues régulières il ne fait pas pour autant partie du complot dont le patient se dit victime ! Le malade entend des voix, voire leur répond ou se promène sans arrêt avec un baladeur sur la tête. Ces voix sont réelles pour lui, il les perçoit. Rien ne sert, dans un premier temps, de lui dire qu'elles sont un pur produit de son imagination puisqu'il les entend. Répondre à l'autre reste donc la partie délicate du travail thérapeutique qui passe par une juste distanciation des rapports.

## La juste distance

Cette distance à instaurer entre soi et l'autre reste une question primordiale. Prendre ses distances (ou encore garder ses distances) implique que chaque rapport social est codifié et modifie la nature des liens établis en fonction du contexte professionnel, familial... Face au patient psychotique et délirant, cette question s'actualise de manière encore plus aiguë. Le patient est souvent excessif, parfois sans nuance dans ses mouvements et ses élans envers l'autre. Il peut passer du rejet massif et violent au besoin impérieux de collage, de proximité avec le soignant. L'ambivalence du patient sollicite en retour le soignant, souvent tenté de répondre d'abord en miroir aux comportements du patient.

La juste distance serait évidemment celle qui permettrait d'être ni trop proche, ni trop adhésif au discours du patient, ni à l'inverse dans le déni de son délire et, à terme, dans le rejet. Voir un patient pleurer et lui tendre un mouchoir pour lui dire, ému(e) « *qu'il ne faut pas pleurer* », c'est ne pas entendre qu'il est en train de dénouer une partie de sa problématique, c'est aussi faire passer sa propre difficulté à supporter la souffrance, avant le besoin ressenti par le patient de se laisser aller.

Tutoyer les patients, les appeler par leur prénom est une marque de distance parfois peu ou mal élaborée. Bien sûr, il y a ces patients bien connus, qui favorisent ce type de rapport. Mais il y a surtout les autres, ceux en quête de repères, ceux pour qui la neutralité et le professionnalisme restent les premiers garants d'une relation thérapeutique de qualité. À trop se rapprocher affectivement du patient, à trop mettre ses propres émotions en avant, on crée petit à petit une relation de dépendance. Celle-ci peut faire par la suite le lit des attitudes de rejet, notamment si le soin trop intensifié prend le masque de la contrainte. En se gardant du « tout relationnel », il est possible de préserver au lieu psychiatrique son originalité, à savoir celle d'être un lieu où la qualité de l'écoute, les réponses et les repères proposés au patient sont différents de ce qu'il reçoit de son environnement habituel ou familial...

## Travailler avec sa peur

Lorsque le patient est dans l'opposition, se montre menaçant, violent, que les troubles du comportement s'affichent en lieu et place de la verbalisation, surgit une émotion : la peur. C'est sans doute une de celles qu'il est des plus difficiles à maîtriser. Rien ne sert de la nier, mieux vaut travailler avec et tenter tant bien que mal de s'en accommoder. La notion de discordance comportementale se veut une sorte de transposition du domaine de l'affect à celui de l'agir. Les troubles du comportement effraient, déconcertent, soulèvent indignation et incompréhension. Là, encore, sans négliger l'aspect sécuritaire souvent incontournable, répondre en miroir aux provocations et coups du patient serait contradictoire avec l'établissement d'un lien thérapeutique. Il faut pouvoir se référer au cadre de soins prescrit dans le but de contenir le patient, d'amener une certaine sédation, de mettre une limite rapide à l'escalade de la violence.

Dans l'après-coup, une fois les apparences du comportemental dépassées, les choses seront reprises en équipe et avec le patient. Car la folie n'est que question de sens ; restituer du

sens à un comportement fou, en regard de la trajectoire existentielle du patient, c'est rendre au sujet cette partie de lui-même si difficile à accepter.

Quand l'instauration d'un dialogue devient ou est encore impossible, il faut être en mesure de mettre en place certaines techniques médiatrices qui permettront d'aborder le patient dans sa dimension globale, c'est-à-dire corporelle et psychique, mais aussi de travailler avec lui sur les composantes de son environnement immédiat.

### **Restituer un espace psychique individuel**

Aborder le patient psychotique (*a fortiori* quand il est hospitalisé), c'est aussi lui prodiguer les soins somatiques et veiller à son hygiène. Avant de pouvoir parler, se livrer, il faut souvent passer par une restauration narcissique. Le bain, le coiffage, la tenue vestimentaire sont autant de petits témoignages d'attention distribués au quotidien qui vont permettre au patient de réinvestir son corps et son image, et donc, à terme, de prendre la parole. Le début de l'autonomie passe par le fait de retrouver la capacité à prendre soin de soi. L'étape suivante concerne la chambre du patient. Cet espace semi-privé qu'on lui autorise, qu'il partage parfois avec un autre patient, reflète fréquemment son propre espace psychique. Le désordre de la chambre est souvent en miroir du chaos interne du patient. L'aider à s'approprier cet espace, c'est avancer un peu plus vers un gain d'autonomie en faisant avec lui et non à sa place. Mais là encore les choses doivent se faire avec cette sacro-sainte distance thérapeutique. Toucher au corps du patient, à sa chambre peut être vécu par celui-ci comme une véritable intrusion dans son espace psychique, comme une certaine forme de viol de sa pensée. Ranger la chambre d'un patient parti en permission, ordonner correctement son linge dans son armoire pour « *qu'il s'y retrouve mieux* » à son retour, c'est à coup sûr paver l'enfer des meilleures intentions. En effet, les réactions d'angoisse et de violence sont fréquentes après de telles initiatives, qui sont ressenties par le patient comme des passages à l'acte visant directement son intégrité psychique.

### **Éviter une trop grande coupure avec l'extérieur**

Enfin, autre cas particulier lié à l'hospitalisation, le patient se retrouve avec son consentement ou contre son gré coupé brutalement de l'extérieur et de ses repères habituels. Une telle situation peut être anxiogène et renforcer le vécu délirant. Même si le cadre de soins prescrit dans un premier temps une prise en charge à l'intérieur des murs, il faut éviter au possible la rupture complète avec l'extérieur. Ainsi, se procurer des cigarettes, téléphoner, sortir accompagné d'un soignant dans le parc peut être urgent. Si différer une demande est toujours possible, lui imposer un refus rédhibitoire laisse la porte ouverte à une possible escalade comportementale.

Le patient aux prises avec son délire n'est pas toujours en mesure de tenir compte des impératifs de l'autre, il se sent seul face à l'expérience psychotique qu'il subit et se réclame comme l'unique objet d'attention de l'équipe. Derrière les demandes répétées et impérieuses du patient, la volonté consciente d'accaparer le soignant n'est bien sûr pas au premier plan. Ne s'agirait-il pas plutôt des prémices à l'établissement d'un contact? C'est au

soignant, ensuite, de se saisir de la relation, de laisser venir à lui le patient et de faire émerger sa vraie demande : être déchargé de sa parole délirante angoissante, pour qu'elle lui soit restituée ensuite, élaborée par l'équipe soignante.

## **LE RELATIONNEL DANS SA DIMENSION INSTITUTIONNELLE : faire circuler**

### **la parole soignante**

Il faut arriver à accepter ce paradoxe : longtemps, celui qui écoute n'existe pas pour l'autre, il demeure transparent, une surface sur laquelle le patient projette ses angoisses, ses souffrances, son agressivité et ses élans pulsionnels. Qui insulte-t-il, qui frappe-t-il, à qui s'adresse réellement le sujet au travers de son délire ? Quelle histoire tente-t-il vainement de réécrire avec les acteurs de l'institution ?

### **L'importance du cadre institutionnel**

Cette difficulté à traiter du délire ne peut se dépasser que si la parole soignante est partagée et circule au sein d'un cadre institutionnel qui garantit la pluridisciplinarité. À l'intérieur de ce cadre, chacun doit pouvoir tenir sa place : le chef de service dans sa fonction symbolique de pouvoir, le psychiatre comme garant médical du cadre de soins présent, le psychologue institutionnel dans sa fonction d'analyse des situations vues de l'extérieur, l'assistante sociale, quand doit s'élaborer le projet de vie du patient, le cadre infirmier qui veille à l'organisation générale des soins, les infirmiers, au plus près du quotidien du patient, les aides-soignants et les agents hospitaliers, soucieux du confort et du maintien de l'intendance. Parce que l'équipe infirmière reste la courroie de transmission indispensable pour que l'information circule, le soin ne peut s'entendre sans réunion. En psychiatrie, on soigne avec les mots et la parole ne prend sens que si elle est d'abord mise en commun au sein de toute l'équipe.

### **La cohérence interne de l'équipe**

Se parler entre soignants est une démarche incontournable dans la mesure où chacun est sollicité à différents temps de la journée par le patient et est donc amené à recueillir un fragment de son histoire, de son discours, à noter une modification de son comportement. C'est à l'équipe, ensuite, qu'appartient la tâche de reconstituer le puzzle morcelé que donne à voir le patient. Certains auront identifié clairement les parties malades du sujet, d'autres au contraire auront pu repérer des moments où le patient fonctionne « normalement ». Pour répondre à ce patchwork représentatif de la dissociation et du morcellement de la pensée du patient, il est indispensable de renvoyer une image unifiée, cohérente de l'équipe. Non pas qu'un seul et unique discours soignant doive être prôné, non pas qu'une seule attitude doive être recommandée, mais plutôt qu'il faille garantir une cohérence interne de l'équipe afin d'éviter les réponses contradictoires et les prises de positions opposées.

## **Le risque de clivage de l'équipe**

Une des constantes du patient psychotique est son ambivalence, c'est-à-dire la coexistence chez lui de deux idées, de deux désirs opposés, et son incapacité à se positionner. Ainsi pourra-t-il souhaiter fuir et en même temps saisir intuitivement la nécessité des soins pour lui. À l'un il fera entendre son départ imminent de l'institution, à l'autre il donnera l'impression d'être dans l'acceptation des soins. Ce double discours correspond à un mécanisme inconscient qui a pour conséquence de cliver l'équipe, c'est-à-dire de faire en sorte de scinder celle-ci en plusieurs clans, chacun revendiquant sa représentation de la problématique du patient sans s'apercevoir qu'il s'agit des différents aspects d'une même personnalité. Ainsi, assurer une certaine permanence des réponses, c'est garantir le cadre de soins et proposer une autre lecture de l'environnement basée sur un principe de réalité ni trop rigide, ni trop confus.

## **Ce qui se passe dans l'après-coup**

Les réunions institutionnelles régulières permettent de traiter de l'après-coup du passage à l'acte. Lorsque le patient transgresse, deux mécanismes sont souvent à l'œuvre : la répétition d'une problématique de son histoire et la révélation d'une faille institutionnelle (d'un défaut de fonctionnement de l'institution) dans laquelle le patient manque rarement de s'engouffrer. Si le soignant, témoin ou victime du comportement transgressif, voire d'une agression directe sur sa personne, reste seul, ses capacités d'élaboration sont rapidement dépassées et le passage à l'acte reste au stade de stress traumatique. En parler, comprendre ce qui vient d'un dysfonctionnement institutionnel et ce qui appartient au patient va permettre de restituer un sens au trouble du comportement. Une fois cette démarche établie, l'entretien avec le patient, pour tenter de saisir avec lui ce qu'il peut en dire dans l'après-coup, favorisera la poursuite de la prise en charge.

## **Lutter contre la chronicité**

Rappelons que toute réunion dont le patient fait l'objet permet de lutter, d'une part, contre l'isolement du patient (combien y a-t-il de patients au long cours oubliés de l'institution?) et d'autre part, contre le risque de chronicisation et d'épuisement de l'équipe soignante. La routine est toujours là, aux aguets, même quand il s'agit de folie, et la compulsion de répétition, qui a pour conséquence de se laisser enfermer dans un même et immuable schéma relationnel est fréquemment opérante.

## **Le soignant référent**

Reste la question du soignant référent, traitée différemment selon les institutions. L'évoquer ici nous paraît souhaitable dans la mesure où le référent est amené à créer une relation particulière avec le patient. Témoin de son histoire, garant de la continuité des soins et des accompagnements thérapeutiques qui jalonnent l'évolution du patient, le référent occupe une place importante aux yeux de celui-ci. Il s'agit d'une relation privilégiée et nécessaire, car on ne peut exiger du patient qu'il investisse une relation thérapeutique

avec chacun des membres de l'équipe. Un piège relationnel reste cependant à éviter : transformer cette relation privilégiée en relation exclusive, c'est-à-dire fonctionner individuellement avec le patient sans référence au cadre institutionnel. Ce glissement, quand il s'opère, advient toujours progressivement et à l'insu des deux partenaires de la relation. C'est pourquoi nous nous permettons d'insister sur ce point pour rappeler simplement que la sphère privée et la sphère professionnelle, dans un fonctionnement idéal, sont clairement séparées.

**La psychiatrie doit donc être en mesure de préserver son originalité en restant un lieu d'accueil, de refuge de l'insensé. Elle s'attache avant tout à proposer une écoute différente de celle que le patient, dans la cité ou en famille, est habitué à rencontrer. C'est par l'écoute et la relation thérapeutique qui se tisse au fil du temps qu'il devient possible de restituer au patient un sens à sa parole délirante et donc de lui assigner de nouveau une place dans la société. Mais gardons-nous de croire à l'institution nourricière qui serait, telle une bonne mère, omnipotente et omnisciente. L'institution peut devenir iatrogène si elle permet que la relation thérapeutique se transforme en relation de dépendance. Aussi aura-t-on soin de préserver pour le patient un lien avec l'extérieur, avec sa famille en se gardant bien de fabriquer de l'isolement aliénant.**

**La prise en charge relationnelle du patient s'assume autour d'un engagement permanent pour un travail sur la rencontre. Souvent cette rencontre mobilise les émotions des soignants bien avant celles du patient. Elle exige donc un travail personnel de réflexion, un soutien institutionnel et du temps. Il n'y a pas celui qui sait et qui montre aux autres, il n'y a pas celui qui guérit et celui qui échoue. Il y a avant tout la chronicité de la maladie et les rechutes inévitables qui nous invitent à renoncer au séduisant fantasme de toute-puissance.**

**2<sup>e</sup> PARTIE**

**POUR EN SAVOIR PLUS**

## 7 – LES DÉLIRES À TRAVERS L'HISTOIRE

L'histoire de la psychiatrie en tant que science médicale est finalement récente (deux siècles). En effet, en dehors des tentatives gréco-latines, romaines et arabes de considérer la maladie mentale comme différente d'un phénomène surnaturel, les troubles de l'esprit furent longtemps assimilés à la possession. Le Moyen Âge, séduit par les théories démoniaques, considéra les malades mentaux comme des sorciers véritablement possédés.

Cette conception connut son heure de gloire jusqu'à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle. Il faudra attendre le siècle des Lumières et la Révolution française, amenant la notion de « liberté individuelle », pour que l'atteinte du libre arbitre puisse prendre un sens psychiatrique.

Schématiquement, l'histoire de la psychiatrie se divise en trois périodes : le début du XIX<sup>e</sup> siècle, qui reconnaît au fou son statut de malade, la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, avec l'essor de la psychiatrie dite classique, et le XX<sup>e</sup> siècle qui mettra à jour les notions de psychiatrie dite psychodynamiques.

Enfin, c'est au cours de ce dernier siècle que la révolution des techniques thérapeutiques, avec l'apogée de la pharmacologie, modifiera considérablement l'abord de la maladie mentale.

### PREMIÈRE PÉRIODE : la folie reconnue comme maladie mentale

En 1793, Ph. Pinel, brisant les chaînes des aliénés, mis une limite à la répression sociale « des fous ». On lui doit la forme la plus active de lutte contre l'enfermement et d'avancée dans le traitement de l'aliénation mentale. La camisole de force fait son apparition, supplantant les chaînes auxquelles les « possédés » étaient voués. Pinel donne une définition pathologique de la maladie mentale, qu'il consigne dans sa célèbre *Nosographie philosophique* (1798) et son *Traité médico-philosophique de la manie* (1801). Ses idées humanitaires tendent à se généraliser en Europe : le caractère pathogène de l'enfermement, de l'atmosphère carcérale et de la répression violente des troubles du comportement est enfin admis.

Dans cette première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, E. Esquirol spécifie la notion de délire : « L'état de délire est celui de l'homme dont les sensations, les sentiments, les jugements et les déterminations sont incohérents les uns par rapport aux autres. » Il individualise les notions de délire global et de délire partiel (folie portant sur une seule idée ou monomanie), d'où naîtront plus tard les notions de délire de persécution, de grandeur, de jalousie, etc. Esquirol, mais aussi l'École allemande, prônent les causes morales de la folie (importance privilégiée de

la culpabilité) et se voient opposer dès 1822 le travail de Bayle sur « la paralysie générale » (syphilis) où, pour la première fois, le champ de la clinique psychiatrique peut être corrélié à des lésions neuro-atomiques spécifiques.

« Le fou » trouve son statut de malade. Débarrassés des mythes de la folie, les médecins proposent de nouvelles thérapeutiques (régimes alimentaires, saignées, thérapies visant à supprimer la conscience...) et s'attachent à écrire une clinique de la psychiatrie.

Cette période de la psychiatrie coïncide avec une conjoncture historique et sociale qui voit la promulgation de la loi du 30 juin 1838 afin de garantir des soins aux aliénés, même contre leur volonté.

Avant la promulgation de l'article 64 dans le code pénal de 1810, les malades mentaux sont traités de la même façon que tous les criminels, voire plus sévèrement. L'article 64 qui dit qu'il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu est en état de démence au temps de l'action abroge leur responsabilité et interdit toute sanction pénale. Libérés de leurs fers, ils vont cependant se retrouver enfermés dans les carcans juridiques et des systèmes nosographiques que la rigueur anatomoclinique et mécaniste de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle allait faire éclore.

## DEUXIÈME PÉRIODE : la psychiatrie classique

**Cette période voit le développement des asiles ruraux, de plus en plus à l'écart, fermés et vivant en autarcie. La durée de séjour s'y allonge considérablement si bien qu'il devient difficile de savoir si la chronicité est une évolution naturelle des troubles psychiatriques ou si elle résulte de l'organisation même des institutions. Tous les grands cliniciens de l'époque (l'École française) s'attachent alors à décrire les tableaux cliniques, à construire des modèles explicatifs de la maladie mentale selon une perspective organique et anatomopathologique.**

L'évolution des maladies mentales reste le critère central de la classification des pathologies. Morel défend la « doctrine de la dégénérescence », qui reconnaît des causes exogènes (toxiques et morales) à l'aliénation mentale et pense que le trouble ainsi constitué se transmet de génération en génération avec un degré d'aggravation à chaque transmission. Plus tard, Magnan opposera deux grands types de troubles : ceux survenant chez les sujets fragilisés par « un déséquilibre mental » (ces troubles sont soit transitoires, soit chroniques polymorphes) et ceux survenant chez des sujets en l'absence de tout terrain héréditaire et qu'il nomme « délire chronique d'évolution systématique » comportant une phase d'incubation, une période d'idées délirantes de persécution, puis d'idées de grandeur et enfin une démence terminale.

J.-P. Falret, quant à lui, individualise une des premières entités cliniques en décrivant une alternance de phases de dépression et d'excitation sous le nom de « folie circulaire », qui désigne l'actuel trouble bipolaire.

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le délire occupe une place centrale en psychiatrie. Ce n'est plus l'évolution de la symptomatologie délirante mais ce sont bien les mécanismes du délire qui servent de point de départ à la classification nosographique.

## **TROISIÈME PÉRIODE : de la nosographie à la psychiatrie psychodynamique**

Écoles françaises et allemandes se lancent dans une compétition stimulante pour élaborer une classification des troubles mentaux, tandis que la classification américaine (DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est admise comme référence pour tous les travaux scientifiques internationaux.

### **Les délires paranoïaques**

Le sens du terme paranoïa a évolué. En Allemagne, il désignait d'abord le délire au sens large (« celui qui pense à côté »), jusqu'à ce que Kraepelin définisse le délire d'interprétation (la paranoïa) comme « *le développement insidieux d'un système délirant permanent et solide, s'accompagnant d'une parfaite conservation de la pensée qui reste claire et ordonnée, de même que les actions de la volonté* ». En France, un tableau similaire est décrit par Sérieux et Capgras (1909) sous le nom de folie raisonnante. Dans la lignée, G. de Clérambault isole de ces délires d'interprétation les psychoses passionnelles. Si les thèmes délirants sont variables pour chaque catégorie (érotomanie, délire de jalousie, délire de revendication), leurs mécanismes sont constants (intuition et interprétation), et ces délires sont dits en secteur c'est-à-dire qu'ils s'expriment autour d'une idée délirante prévalente (illusion délirante d'être aimé pour l'érotomanie). Kretschmer (1919) individualise le délire sensitif de relation, au cours duquel le sujet, dans un environnement perçu comme hostile, rumine des impressions de brimades ou de mépris qui s'organisent rapidement en idées de référence ; Kretschmer insiste sur la personnalité prémorbide particulière de ces sujets qui allie orgueil, dignité et sens des valeurs avec vulnérabilité et timidité.

### **La psychose hallucinatoire chronique (PHC)**

Décrite par G. Ballet en 1912, elle trouve une place à part dans la nosographie française du fait de l'importance des mécanismes hallucinatoires. G. de Clérambault isole, à partir de la PHC, le syndrome d'automatisme mental, au cours duquel un vague sentiment d'automatisme des fonctions psychiques s'accroît jusqu'à ce que la personne se sente comme étrangère à elle-même, robotisée, avec imposition des actes et des paroles.

### **Les paraphrénies**

Elles ont d'abord été décrites par Kraepelin comme des formes intermédiaires entre la paranoïa et la démence précoce, mais caractérisées avant tout par une évolution moins déficitaire avec conservation des capacités intellectuelles. En France, Dupré et Logre décrivent les délires d'imagination, tenant compte du mécanisme imaginatif prédominant (qui correspondent étroitement aux paraphrénies de Kraepelin).

En marge de ces trois grandes catégories de délires chroniques systématisés, dont l'identité nosographique n'est plus reconnue actuellement que par la psychiatrie française, la démence précoce ou schizophrénie est décrite et isolée.

## La schizophrénie

Deux noms restent dans l'histoire de la schizophrénie : celui de Kraepelin (1856-1926) et celui de Bleuler (1857-1939).

Kraepelin, à partir de la notion de « psychose endogène », c'est-à-dire indépendamment de tous facteurs extérieurs ou biographiques, isole la démence précoce, dont le trouble fondamental atteint la sphère émotionnelle et plus seulement intellectuelle. C'est une affection qui frappe le sujet jeune et dont l'évolution se fait sur un mode déficitaire. Il en retient trois formes cliniques : paranoïde, hétéropsychophrénie et catatonie.

Bleuler, en 1911, crée le terme de schizophrénie et modifie quelque peu les conceptions de Kraepelin. La schizophrénie devient un regroupement syndromique, ses limites en sont étendues (la paraphrénie y est intégrée) et un critère clinique majeur est individualisé : la dislocation (l'actuelle dissociation).

Le début du XX<sup>e</sup> siècle fera admettre l'idée d'une graduation dans la gravité des atteintes mentales, les psychoses étant considérées comme les plus sévères et fréquemment en lien avec un substratum organique. Charcot, autant clinicien qu'anatomopathologiste, classe nombre de signes cliniques qu'il rapporte à des lésions organiques. Son nom reste définitivement attaché aux découvertes sur l'hystérie.

Cependant, les classifications, tant organicistes que basées sur les mécanismes du délire révèlent leurs limites. Ainsi, les conceptions psychodynamiques, tenant compte de la découverte fondamentale par S. Freud de l'inconscient et de son rôle pathogène, remettent en question la rigidité des entités cliniques pour prendre en considération l'activité psychique dans la formation des tableaux cliniques. La psychiatrie dynamique supplante donc la psychiatrie classique kraepelinienne, reprenant la notion moyenâgeuse de possession par le diable pour envisager le malade mental comme agi (voire possédé) par ses pulsions inconscientes et refoulées.

Plus tard, les psychiatres psychanalystes anglo-saxons pointent l'importance des facteurs sociaux, l'histoire familiale du sujet, sa culture et ses capacités d'adaptation à diverses situations.

## APERÇU HISTORIQUE DES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES DU DÉLIRE

**L'approche thérapeutique connaît un essor fulgurant durant tout le XX<sup>e</sup> siècle. Le début des années 1900 est marqué par les thérapies de « choc » venant compenser la rareté des moyens chimiothérapeutiques.**

La malariathérapie (impaludation volontaire) des patients atteints de syphilis nerveuse connaît son heure de succès avec une rémission des délires et des excitations induites par l'agent syphilitique.

La cure de Sakel consiste, dans les années 1930, à provoquer un coma hypoglycémique par l'administration de fortes doses d'insuline. Ce coma est ensuite corrigé par l'absorption d'un liquide fortement dosé en sucre. Certains résultats sont obtenus sur les symptômes des schizophrénies débutantes sans que le mécanisme causal ait pu être expliqué. La convulsivothérapie, d'abord chimique, est ensuite obtenue par l'administration au malade d'un courant électrique (80 à 150 volts). Les résultats sont surtout remarquables dans le traitement des mélancolies. Actuellement, les effets secondaires d'une telle technique (fracture) ont pratiquement disparu, et l'électrochoc reste le traitement de choix de la dépression jusqu'à l'apparition en 1957 du premier antidépresseur (l'Imipramine). La folie connaît aussi son traitement chirurgical vers la moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Des lobotomies sont pratiquées avec parfois quelques résultats, mais au prix d'importantes séquelles neurologiques.

Ainsi, jusque vers 1950, la thérapeutique psychiatrique est réduite à l'administration de quelques végétaux sédatifs, à la pratique de l'hypnose ou à des accompagnements psychothérapeutiques visant à réinsérer le malade dans la société. L'échec de ces tentatives conduit inexorablement au recours à la camisole.

La découverte des médicaments psychotropes révolutionne donc la psychiatrie à tous les niveaux : les malades sont libérés de leurs contentions physiques et les durées de séjour asilaires raccourcies, les maladies mentales basculent définitivement dans le domaine de l'organicité et la pharmacologie connaît son apogée. Par le biais d'une association moléculaire fortuite, le Largactil® (chlorpromazine) est mis au point, et c'est Deniker et Delay qui en démontrent les propriétés psychosédatives et anti-hallucinatoires. La qualité première des neuroleptiques qui leur est reconnue est celle de leur action sur l'agitation. Puis les premiers antidépresseurs sont mis au point. On démontre que deux neurotransmetteurs (la sérotonine et la noradrénaline) sont présents en quantité insuffisante chez les déprimés. Les sels de lithium font ensuite leur apparition comme stabilisateurs de l'humeur, puis, en 1960, ce sont les benzodiazépines avec leurs vertus anxiolytiques. Chaque nouvelle mise au point d'un produit pharmacologique permet de mettre en relation l'observation clinique de son efficacité et la disparition des désordres chimiques cérébraux. Mais rappelons que toutes les premières découvertes restent cependant fortuites et sans logique scientifique.

Ainsi, toute la recherche pharmacologique actuelle s'attache à modifier les taux des différents neurotransmetteurs supposés impliqués dans les mécanismes de la maladie mentale.

**En conclusion, retenons que l'histoire s'attacha à décrire, classer et expliquer les différentes pathologies mentales et leurs expressions délirantes.**

**Actuellement, la maladie mentale doit s'envisager comme une atteinte multifactorielle, ni simple réaction d'adaptation à un stress familial ou social, ni banal désordre biochimique curable par une pharmacologie ajustée. Aucune théorie n'est à ce jour en mesure d'explicitier la complexité du déterminisme délirant ni les facteurs qui prédisposent, déclenchent ou maintiennent les**

délires. Une fièvre, une consommation excessive d'alcool, un traumatisme cérébral ou émotionnel peuvent provoquer une réaction délirante pour peu qu'il existe une prédisposition, une fragilité de la personnalité. Certains verront dans cette prédisposition un déterminisme héréditaire, d'autres une immaturité affective, une faiblesse du moi dans l'organisation de ses défenses. Chimiothérapie, psychothérapie, psychanalyse demeurent autant d'outils nécessaires pour permettre un remaniement des organisations délirantes de la personnalité qui sont durables, chroniques mais pas forcément incurables.

## 8 – TEXTES ESSENTIELS

**L**es patients délirants que nous rencontrons ont suscité d'innombrables écrits de la part des cliniciens. Ils sont descriptifs, historiques et théoriques et donnent la possibilité à chacun de se référer à un savoir lui permettant d'affiner son approche du malade mental. L'importance de la théorie dans la pratique est inestimable car elle permet au soignant de traverser la rencontre avec le patient délirant avec un meilleur étayage, évitant ainsi certains des nombreux pièges relationnels qui jalonnent notre travail.

En matière de troubles mentaux, toutes les théories sont valables puisque aucune n'a l'assurance d'être considérée comme la vraie. On peut cependant reconnaître sans hésiter l'apport considérable de la psychanalyse dans la connaissance de l'humain en général et du sujet délirant en particulier. Véritable outil de travail, la réflexion psychanalytique présente de multiples avantages dont celui d'aider le soignant à faire avec sa problématique névrotique dans l'accompagnement des malades.

Loin de toute prétention à l'égard d'un savoir psychanalytique que nous ne possédons pas, l'objectif de ce chapitre est bien d'initier (voir de susciter le désir chez) le soignant à une approche du patient délirant plus psychodynamique. Pour cela, nous allons exposer deux textes essentiels pour la connaissance des expériences délirantes : le cas du Président Schreber et la machine à influencer de Tausk.

### LE CAS DU PRÉSIDENT SCHREBER

**Certains patients délirants utilisent l'écriture comme médiateur de leur expérience. Le plus célèbre de ces « écrivains » est un Allemand, il a vécu à la fin du siècle dernier et au début du nôtre; il s'appelait Daniel-Paul Schreber.**

#### D.-P. Schreber : repérage biographique

Né en 1842 en Allemagne (Leipzig), Daniel-Paul est le troisième d'une fratrie de cinq enfants; l'aîné de ses frères se suicide à l'âge de 38 ans. Le père, Moritz, était un médecin célèbre outre-Rhin pour ses écrits sur la santé et l'art d'éduquer les enfants (selon des méthodes fortement répressives); c'est par ce père que le nom des Schreber est passé à la postérité car, en allemand, on appelle « *schrebergarten* » les petits lopins de terre destinés au jardinage du dimanche.

Moritz Schreber a présenté, jeune adulte, un épisode mélancolique, et il était considéré par tous comme un redoutable tyran domestique. À 42 ans, un traumatisme crânien l'obligea à cesser ses activités.

Daniel-Paul Schreber choisit rapidement le droit et la magistrature comme métier. À 42 ans, après un échec aux élections législatives, il présente un épisode d'hypocondrie

grave avec tentative de suicide. Il est alors hospitalisé dans la clinique du professeur Fleschig (neurologue réputé de l'époque), d'où il ressortira guéri après un an et demi de soins.

Se passent alors huit ans de bonheur « relatif » car le couple Schreber ne peut avoir d'enfant. Dans sa cinquantième année, Daniel-Paul est promu à de hautes fonctions à la cour d'appel de Dresde, dont il devient le président. Il doit alors assumer une position hiérarchique auprès de collègues plus âgés et parfois plus expérimentés que lui. De plus, sa femme fait une nouvelle fausse couche. C'est dans ce contexte de surmenage et de douleur morale que le Président Schreber fait un rêve semi-éveillé dans lequel surgit avec force cette idée troublante : « *Que ce doit être beau d'être une femme en train de subir l'accouplement.* »

Cette idée de transformation sexuelle marque le début du deuxième accès morbide que présente le patient, sous la forme cette fois d'un vaste délire hallucinatoire qui provoque son internement pendant neuf ans (de 1896 à 1902). De nouveau interné en 1907 (à sa demande), il meurt à l'asile en 1911 des suites d'une infection pulmonaire grave.

De la confrontation de son vécu délirant avec la réalité (de son internement notamment) émerge très vite l'absolue nécessité d'écrire le témoignage de ce qu'il subit, avec semblait-il un double objectif : d'une part, faire connaître au monde la nature de sa mission divine afin de « *faire le salut du monde et rendre à l'humanité sa félicité perdue* », et d'autre part, transmettre un message, celui de « *familiariser mon épouse aux expériences que j'ai personnellement vécues* ». Ce témoignage, d'une richesse clinique inestimable, Daniel-Paul Schreber l'a dénommé *Les Mémoires d'un névropathe*, édité en 1903 (aux éditions du Seuil).

Contemporain du Président Schreber, Sigmund Freud s'est bien évidemment saisi de ce texte (il n'a jamais rencontré le patient) pour élaborer diverses pistes de réflexion sur les nœuds psychodynamiques sous-jacents au vaste délire schrébérien. Les écrits de Freud se trouvent dans l'ouvrage intitulé *Cinq Psychanalyses*, aux Presses universitaires de France.

De ces quelques points biographiques de D.-P. Schreber, on peut tout de suite remarquer que les deux épisodes morbides qu'il présente apparaissent dans un contexte événementiel important (et lourd de sens) de sa vie : le premier fait suite à un échec social (déboire électoral) ; le second survient au décours d'une haute promotion, reconnaissance socio-professionnelle difficile à assumer (en plus de la nouvelle fausse couche de sa femme et donc de cette impossibilité à devenir père).

Par ailleurs, la famille du Président présente des antécédents psychiatriques lourds ; un père au profil paranoïaque typique ayant en plus présenté un épisode mélancolique et un frère aîné, suicidé à l'âge de 38 ans (le diagnostic de l'époque hésite entre un cas de paralysie générale, une psychose évolutive et un accès mélancolique). Autres faits biographiques : il est tout à fait étonnant de remarquer que Daniel-Paul fait son premier accès à 42 ans, le même âge qu'avait son père lors du fameux traumatisme crânien qui le figea dans ses activités. Encore plus étonnant, ce même père produisit lui aussi un texte autobiographique sur son épisode psychiatrique caractérisé (accès mélancolique), *Les Confessions d'un ancien délirant*.

## Les Mémoires d'un névropathe : repérage clinique

*Les Mémoires d'un névropathe* sont la traduction littéraire, écrite par le Président Schreber, de sa propre expérience délirante ; l'ouvrage se lit comme un roman où le narrateur et l'auteur ne font qu'un pour démontrer la réalité du complot divin dont il se dit victime. Le vaste délire schrébérien se déploie d'abord autour d'une thématique de persécution sexuelle : le patient est convaincu que le professeur Fleschig (qui l'avait « guéri » lors de son premier accès) est le chef d'orchestre d'une manipulation qui vise à transformer sa propre sexualité : son « *corps doit être changé en corps de femme et aurait été livré à cet homme* (le professeur Flechsig), *en vue d'abus sexuels et ensuite laissé en plan, c'est-à-dire, sans aucun doute, abandonné à la putréfaction* ». Dans un second temps, alimenté par des phénomènes hallucinatoires très envahissants, Schreber change de persécuteur ; ce n'est plus le médecin mais Dieu lui-même qui cherche à s'emparer du malade, dont le « *corps devient l'objet sexuel de Dieu* ». La construction délirante du patient repose alors sur son impossibilité à reconnaître une quelconque nature pathologique à ses hallucinations.

Ainsi, totalement convaincu d'une supposée explication rationnelle à ses hallucinations, Schreber va nourrir son vécu délirant par de multiples constructions, afin d'élaborer un vaste et nouveau remaniement de l'univers. Ce remaniement est basé sur le fait que Dieu peut communiquer avec des humains exceptionnels en utilisant des « *nerfs divins* », qui véhiculent le contenu sensoriel des hallucinations. Pour Schreber, l'homme est constitué de corps et de nerfs très fins et limités en nombre, contenus dans l'intellect et dans certaines parties du corps. Dieu, quant à lui, n'est fait que de nerfs en nombre illimité et éternels ; ces nerfs divins ont le pouvoir de créer et s'appellent les « *rayons divins* ».

Retiré du monde après l'avoir créé, Dieu se contente de recueillir les âmes des morts. Cependant, certains êtres exceptionnels (« *ceux qui se trouvent dans un état d'excitation extrême* ») sont dotés de nerfs qui peuvent, de leur vivant, entrer en contact avec le Tout-Puissant, qui se sent alors menacé car « *Dieu ne comprend pas les vivants* ». Bien évidemment, Schreber fait partie de ces êtres d'exception et c'est pour cela que Dieu le persécute. Après avoir posé les règles du remaniement de son univers, le patient compose une construction rendant acceptable pour lui l'idée d'être transformé en femme : devenir le (la) favori(te) de Dieu, d'autant que ce dernier, qui l'appelle parfois « *Miss Schreber* » l'a choisi pour une mission : être le premier d'une nouvelle race humaine dans le but de « *faire le salut du monde et rendre à l'humanité sa félicité perdue* ». En fait, en partant de son vécu hallucinatoire dont il affirme le caractère xénopathique, Schreber tente de démontrer, à force de rationalisations et de raisonnements complexes, l'existence d'une cause objective à ses malheurs (celle d'un persécuteur).

Le caractère xénopathique des hallucinations qui l'accablent se retrouve dans ses écrits sous cette forme des plus remarquable : si habituellement l'individu maîtrise ou gouverne ses pensées, Schreber nous dit être « *mobilisé de l'extérieur, et cela se produit continuellement et sans répit* ». Plus loin, il nous dit que les révélations qui lui sont faites par l'intermédiaire des « *nerfs divins* » ne sont pas de son fait psychique mais que tout cela y a « *fait intrusion, parlé de l'extérieur* ».

Où trouve-t-il cette formidable énergie pour élaborer raisonnements, rationalisations et autres constructions fantasmagoriques ? Peut-être y est-il obligé pour ne pas mourir. Car parfois, dans ce combat sans répit que lui impose Dieu, il s'effondre. Ainsi, lors de son internement, il se dit victime du « meurtre d'âme », sentiment de désespoir profond qu'il agit d'une tentative de noyade dans sa baignoire et qui lui permet d'élaborer des thématiques délirantes mélancoliques de négation d'organe.

On l'aura compris, la persécution du Président Schreber n'est pas commune puisqu'il est lui-même devenu un enjeu universel et divin. Il est au centre de son propre théâtre délirant et tout fait sens dans une seule et même direction : on veut le supprimer. Cette profonde et intime conviction est un des moteurs essentiels du délire schrébérien ; c'est comme s'il n'avait pas d'autre choix que de délirer ou de mourir.

### Freud, Lacan... : repérages psychanalytiques

De l'extérieur (point de vue social), l'expérience délirante apparaît comme une mise en dehors du sillon de la réalité (à ce propos, délirer vient du latin *délirare*, qui signifie sortir du sillon). La démarche sémiologique classique propose d'objectiver en terme médical un processus – le délire – purement subjectif. L'écriture de cette clinique psychiatrique s'est donc faite au travers des grandes descriptions historiques (cf. chapitre 7) de nos aînés (Sérieux, de Clérambault, Capgras...). Depuis Freud, en contrepoint de cette clinique descriptive du délire, une autre idée forte s'est imposée qui, sans être en rupture avec la clinique psychiatrique, introduit un postulat original : le délire doit avoir une finalité interne. En d'autres termes, l'expérience délirante n'est pas un fatras de la pensée en lien avec un simple trouble de la conscience ou la conséquence d'un traumatisme psychologique, mais bien un phénomène psychique doué de significations et de sens.

C'est en proposant ses propres *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa* (in *Cinq psychanalyses*, PUF) que Freud ouvre la brèche en lançant la supposition suivante : le délire du Président Schreber a une origine (« le conflit initial ») et un but (résoudre le conflit initial) ; le délire a donc une dynamique. C'est pourquoi Freud verra dans le délire une « tentative de guérison » qui tend en fait à résoudre un conflit initial infantile par ailleurs très différent de ceux que l'on retrouve dans les cas de névroses. L'hypothèse générale de Freud est que le conflit initial des psychoses s'origine dans les stades précédispiens du développement libidinal de l'enfant (stade de l'autoérotisme, du narcissisme et de l'homosexualité). Il distingue alors la libido d'objet (un objet extérieur à l'enfant) de la libido narcissique, et suppose que chez le psychotique il y a disparition de la libido d'objet au profit d'un surinvestissement du Moi ; le délire serait donc une tentative pour ramener la libido à l'objet. Le mécanisme de défense qui sera mis en place pour lutter contre ce « *næud* » infantile ne sera pas le refoulement (comme dans les névroses) mais une cascade de dénégations (*Verneinung*).

En suivant pas à pas l'évolution du délire de Schreber au travers de ses écrits, Freud démontre la finalité même de l'œuvre délirante du Président : rendre acceptable l'idée de la transformation sexuelle. Freud explique la survenue de cette pensée ainsi : « *La cause*

occasionnelle de cette maladie fut donc une poussée de libido homosexuelle ; l'objet sur lequel cette libido se portait était sans doute, dès l'origine, le médecin Flechsig, et la lutte contre cette pulsion libidinale produisit le conflit générateur des phénomènes morbides ». Il faut savoir que Mme Schreber avait, depuis le premier épisode morbide de son mari, conservé un portrait du Pr Flechsig posé sur sa table. L'hypothèse de Freud est que Schreber, pour lutter contre une tendance homosexuelle déniée (et non refoulée), va produire une vaste construction par laquelle il n'hésite pas à reformuler les relations qu'entretient Dieu avec les hommes. Ainsi, un peu plus loin dans son analyse, Freud nous énonce : « *Nous serions enclins à dire que ce qui est essentiellement paranoïaque dans ce cas c'est que le malade, pour se défendre d'un fantasme de désir homosexuel, ait réagi précisément au moyen d'un délire de persécution de cet ordre.* » Le délire du Président Schreber a donc un sens, une finalité. Par ailleurs, Freud pose ici un des concepts psychanalytiques qui voit dans l'origine de la psychose paranoïaque des « *fantasmes de désir homosexuels* ». Chez le patient, ce fantasme s'annonce à lui par ce rêve troublant mettant en scène son émasculatation et l'accouplement, auxquels il répondra en déclenchant son délire. Ainsi, devenu la « *putain de Dieu* », Schreber rend supportable cette idée de transformation en femme par l'affirmation d'être l' élu qui sera à l'origine d'une nouvelle race d'êtres humains. Cette dynamique historique du vécu délirant de Schreber apparaît bien comme une tentative de résolution de son profond manque à être.

Dans son analyse du cas Schreber, Freud insiste également sur le complexe paternel, sans cesse présent dans le délire schrébérien (Dieu en position de père castrateur). Ce complexe traduit les rapports conflictuels infantiles précoces que connaît le petit garçon à l'égard de son père et qui trouveront une forme de résolution plus tard dans le complexe d'Œdipe (triangulation entre la dyade mère-enfant et le père).

Reprenant ce complexe paternel freudien dans la genèse des psychoses, Jacques Lacan impose le concept du « *Nom du Père* » (*Séminaire sur les psychoses, 1955-1956*, aux éditions Seuil, col. Le Champ freudien). Ce fameux Nom du Père rassemble en fait tout ce qui s'entend du côté de la fonction paternelle symbolique (son rôle de tiers, sa place dans la famille, la société, l'autorité...) comme élément structurant nécessaire pour rendre opérante la triangulation œdipienne. L'idée est alors que la métaphore paternelle (qui traduit donc l'intériorisation symbolique du nom du père par l'enfant) est mise en échec, comme si l'enfant restait enfermé dans le seul désir de la mère. Lacan qualifie l'absence de la métaphore paternelle par le terme suivant : « *la forclusion du nom du père* ». La béance que laisse cette forclusion place le psychotique en face d'une énigme difficile à résoudre pour lui lorsqu'il sera confronté à la nécessité « *d'être père* ». Ainsi, chez Schreber, la pensée initiale (transformation sexuelle) intervient-elle aux lendemains d'une nomination à un poste à haute responsabilité, à un poste du côté de la loi, de l'autorité..., du côté du nom du père. Cette simple (et conséquente) éruption dans la réalité d'un « *pendant paternel* » à assumer, impose au Président un combat pour lui énigmatique et inaccessible : ce que c'est qu'être père sans le nom du père. S'instaure alors une quête de sens à donner à cet irrésolu, quête qui prend le formidable trajet du

délire schrébérien et qui trouve son point de déclenchement dans la troublante idée que « *ce doit être beau d'être une femme en train de subir l'accouplement* ».

## « L'APPAREIL À INFLUENCER » AU COURS DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Nous souhaitons ici présenter un texte de Victor Tausk écrit en 1919 et tiré de ses *Œuvres psychanalytiques* (Paris, 2000, éditions Payot). Victor Tausk était un psychiatre psychanalyste contemporain de S. Freud, dont il fut l'élève. Il acheva sa vie de manière tragique par un suicide, ce qui donna lieu à une abondante littérature sur sa biographie (écrits de Lou Andrea Salomé).

Ce texte nous apparaît fondamental à deux titres : le premier d'un point de vue purement clinique, car V. Tausk nous livre le récit d'une de ses patientes, qui décrit « *un appareil à influencer* » dans une véritable démarche d'expliquer, de rationaliser les hallucinations dont elle est victime. Le second, d'un point de vue psychanalytique, car ce texte théorico-clinique, extrêmement dense et riche, permet une autre lecture des symptômes psychotiques.

Il ne s'agit pas ici d'explicitier tous les concepts psychanalytiques cités ou élaborés au cours de ce récit, mais plutôt de présenter le texte avec le souci d'en extraire quelques conceptions clés et d'encourager le lecteur à faire la démarche de lire cet exposé de V. Tausk. Après avoir résumé l'histoire clinique de Mlle A. et décrit en détail « *l'appareil à influencer* », nous extrairons du texte les principaux concepts psychanalytiques qui se rapportent aux mécanismes inconscients à l'œuvre dans le délire schizophrénique.

### L'histoire de Mlle A.

Ancienne étudiante en philosophie et souffrant d'une surdité organique, Mlle A. est réduite depuis plusieurs années à communiquer avec son entourage par écrit. Sa plainte essentielle se centre autour des effets d'un appareil électrique, fabriqué à Berlin. Elle est sous l'influence maléfique de cet appareil depuis plus de six ans et est devenue capable d'en fournir une description précise. Cette machine a une forme humaine assez similaire à la sienne. Le tronc ressemble à un couvercle bombé qui évoque celui d'un cercueil ordinaire, des membres y sont rattachés. La tête n'est pas visible par la patiente. L'appareil possède également des organes génitaux et sera amené à subir quelques transformations au cours de l'évolution de la maladie : disparition des membres dans leur aspect tridimensionnel (ils ne sont ensuite que dessinés le long du tronc) et surtout disparition des organes génitaux. À l'intérieur de l'appareil se trouvent des batteries dont la forme est proche de celle des organes internes de l'homme. La patiente ignore exactement comment l'appareil est activé et comment elle s'y trouve reliée (elle suppose que des phénomènes de télépathie sont impliqués). Elle est certaine que lorsqu'on manipule l'appareil tous les effets produits sur celui-ci sont transposés sur son propre corps. Ainsi, un lupus apparu sur son nez avait d'abord été produit sur le nez de l'appareil. Cette machine manipulée par des malfaiteurs provoque chez elle des sécrétions

nasales, son corps dégage des odeurs répugnantes. Elle a même perçu des sensations sexuelles, qui ont cessé lors de la disparition des organes génitaux de l'appareil. La machine perturbe aussi ses pensées, ses rêves, ses propos. Progressivement, elle s'est familiarisée avec cet appareil dont elle avait déjà entendu parler (elle fait ici allusion à des hallucinations verbales) et sait maintenant qu'il est manipulé par un ancien de ses prétendants, professeur d'université, qu'elle a éconduit par le passé. Devant la mise en échec de ses tentatives de séduction et de persuasion, le prétendant n'a pas hésité à user de l'appareil à influencer non seulement sur la jeune fille, mais également sur ses proches : sa mère, ses amis et même les médecins. Ces derniers en furent réduits à poser de faux diagnostics concernant la maladie dont souffrait la patiente et celle-ci se brouilla avec beaucoup de ses amis. Après trois consultations avec le Dr Tausk, Mlle A. acquit la conviction que celui-ci était à son tour sous l'influence de la machine. Elle s'enferma dans une réticence et refusa de lui livrer tout détail supplémentaire.

Cette patiente, atteinte de schizophrénie (démence précoce de l'époque), présente un délire de persécution chronique dont elle dénie en partie le caractère pathologique. Toutes les hallucinations cénesthésiques dont elle souffre sont expliquées par la manipulation d'une machine qui produit des effets directs sur son propre corps. Par un mécanisme intuitif et imaginatif, elle a pu progressivement se faire une représentation de cette machine dont elle est désormais convaincue de l'existence. Cette machine la dépossède de toute pensée propre, de son corps, de ses désirs et perturbe également ses relations affectives. Ainsi se trouvent expliqués les principaux symptômes de la schizophrénie ; vol de la pensée, syndrome d'influence, émoussement des affects, sensation de transformations corporelles, de manipulation par une force extérieure.

Le persécuteur est un élément extérieur à la famille dont la demande en mariage a été vécue avec ambivalence par la patiente. L'auteur suppose que cette relation venait menacer, par l'éloignement familial qu'elle impliquait, le caractère fusionnel du lien entre la malade et sa famille, et plus particulièrement sa mère. Ainsi, tous les membres proches se retrouvent du côté des persécutés. *« Ce qui apparaît ici comme une suggestion du prétendant n'est que la projection de la tendance inconsciente de la malade elle-même d'accepter la proposition de mariage, la malade n'avait pas décliné la demande sans que cela provoqua chez elle un conflit : elle avait hésité entre l'acceptation et le refus. »* Dans l'incapacité de reconnaître des sentiments contradictoires comme les siens, de se les approprier, elle met en place un mécanisme (la projection) qui consiste à attribuer ses propres contradictions à une machine qui veut influencer ses pensées et créer des sensations corporelles. Pour Freud, *« c'est l'ambivalence qui provoque le mécanisme de projection »*.

### **Présentation de « l'appareil à influencer »**

Cette description de « l'appareil à influencer », remarquable ici par la forme humaine qui lui est attribuée, a été repérée par V. Tausk chez bon nombre de patients schizophrènes. L'auteur a ainsi répertorié certaines caractéristiques communes. Cette machine est le plus

souvent de nature mystique et les malades se réfèrent à leurs connaissances techniques pour tenter d'en donner la composition : boîtes, leviers, manivelles... sans pour autant réussir à trouver une explication exacte et scientifique des effets de cette machine par laquelle ils se sentent persécutés.

- L'appareil produit des images de manière assez similaire à une lanterne magique.
- Il dérobe les pensées, les sentiments au moyen d'ondes ou de rayons ou de forces occultes.
- Il est responsable d'actions motrices sur le corps (érection, pollution), qui visent en règle générale à supprimer la virilité du patient.
- Les sensations produites par l'appareil sont en principe désagréables (courant électrique) ou responsables d'éruptions cutanées et autres phénomènes pathologiques. Cet appareil aux effets hostiles et persécutants est manipulé par des ennemis, mais les malades ne s'expliquent jamais précisément le mode de fonctionnement de l'appareil ni la façon dont ils y sont reliés. Parmi les ennemis, les médecins qui ont à s'occuper du malade sont fréquemment cités.

Bien évidemment, tous les patients schizophrènes ne sont pas amenés à imaginer ou à décrire une telle machine à influencer. « *L'appareil est une manifestation tardive de la maladie. Son apparition viserait, selon divers auteurs, à chercher et à trouver une cause aux transformations pathologiques qui dominent la vie affective et sensorielle du malade et sont manifestement éprouvées comme étranges et désagréables. D'après cette conception la machine à influencer est créée par le besoin de causalité imminent à l'homme.* » Ainsi, certains patients se plaignent de phénomènes d'étrangeté sans ressentir le besoin d'en identifier la source, d'autres se contentent de les attribuer à une puissance étrangère et hostile, et seulement un petit nombre en arrivent à la construction rationalisante de l'appareil à influencer.

Mlle A. fait partie de cette dernière catégorie de malades. La forme humaine qu'elle prête à la machine nous indique bien la tentative d'expliquer de manière rationnelle des sensations corporelles perçues comme étrangères à elle-même. Pour l'auteur, les détails de construction de cette machine vont être le point de départ permettant d'approcher « *quelques explications psychanalytiques de l'origine et du but psychique de cet instrument construit par le délire* ».

### Le point de vue psychanalytique

La démarche originale de V. Tausk (dans la ligne directe de celle de S. Freud) consiste à se distinguer de la psychiatrie classique de l'époque, préoccupée uniquement à décrire et classer les symptômes sans chercher à comprendre les mécanismes inconscients à l'œuvre. Ce texte s'articule essentiellement autour de la notion de formation du moi et des mécanismes d'identification et de projection.

À l'époque où il a été écrit, il faut entendre le concept de moi comme celui d'une instance de la personnalité qui permettrait, en quelque sorte, de distinguer l'intérieur de l'extérieur « *Le moi doit être considéré comme un grand réservoir de libido d'où la libido est envoyée vers les objets et qui est toujours prêt à absorber de la libido qui reflue à partir des objets.* » (S. Freud) (NB : libido = énergie psychique)

Au tout début de son développement, le nourrisson est dans l'incapacité de distinguer, parmi les sensations ressenties, celles qui viennent de l'intérieur de son corps de celles provoquées par une stimulation extérieure. Ce n'est que progressivement qu'il arrive à attribuer certaines excitations sensorielles à un objet externe identifié et à ne plus confondre les sensations internes avec les objets stimulants. Le nourrisson découvre son corps de façon morcelée et pense que celui-ci fait partie du monde extérieur. Ainsi, il cherche à saisir ses mains, ses pieds auxquels il porte un intérêt au même titre que les objets extérieurs qui pourraient lui être présentés. Progressivement, par le biais des interactions avec son entourage, il acquiert le sentiment d'une unification de son corps et perçoit les limites entre le dedans et le dehors. Il est alors en mesure d'identifier les objets externes, qu'il perçoit comme « bons » ou « mauvais » en fonction de la satisfaction obtenue de ses besoins (le mot objet doit être considéré au sens large, il s'agit aussi des personnes qui interagissent avec le nourrisson).

Chaque découverte d'un nouvel objet, d'une nouvelle source d'excitation est, selon une instance morale, le surmoi, intégrée au moi (mécanisme d'identification) ou rejetée à l'extérieur (mécanisme de projection).

*« L'identification est un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » « La projection est une opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire "des objets" qu'il méconnaît ou qu'il refuse en lui. » (Vocabulaire de psychanalyse, Laplanche et Pontalis).*

À partir de ces notions, V. Tausk émet l'hypothèse que des symptômes tels la catalepsie (conservation des attitudes) ou le sentiment qu'éprouvent certains patients de mouvements qui leur sont imposés pourraient correspondre à un retour « *au stade où l'homme ne ressent plus ses organes comme les siens propres et, ne les reconnaissant pas comme lui appartenant, les abandonnerait à la puissance d'une volonté étrangère* ».

La schizophrénie peut se comprendre comme une perte des limites du moi, c'est-à-dire que le malade perd la conscience de la frontière qui existe entre son espace psychique et l'extérieur. Ainsi, il est possible de lui imposer des pensées et, à l'inverse, ses pensées sont lisibles par tous. Selon le même principe, les sensations internes, les transformations de la personnalité sont ressenties comme étrangères. Elles sont alors projetées à l'extérieur et attribuées soit à une puissance étrangère, soit, au maximum de l'élaboration du délire d'influence, à un appareil à influencer. Cet appareil n'est donc autre chose que la projection du corps propre du malade.

Dans le cas de Mlle A., l'appareil a une forme humaine et a pris peu à peu l'apparence de la malade. Les distorsions et transformations de l'appareil que rapporte la patiente ont pour objectif de supprimer l'apparence humaine de cette machine et d'éviter à Mlle A. de se reconnaître elle-même dans cet appareil. À terme, l'appareil à influencer devrait posséder les caractéristiques communes de l'appareil typique, à savoir une construction et un

emboîtement de différentes machines dont le patient ne peut plus se faire une représentation précise et dont il ignore le mécanisme exact d'activation.

D'un point de vue psychanalytique, ce texte est à souligner, dans la lignée des travaux de S. Freud, comme un des textes fondateurs sur l'élaboration des concepts d'identification et de projection qui seront repris ensuite par l'école anglaise (M. Klein, D. W. Winnicott...).

S. Freud entreprit de caractériser la psychopathologie des psychoses en fonction de ses théories successives de l'appareil psychique et de l'échec de la mise en place du complexe d'Œdipe. J. Lacan, en élaborant le concept de forclusion du nom du père et partant de l'idée que l'inconscient est structuré comme un langage, participa à la théorisation des mécanismes spécifiques à l'origine des psychoses. Les psychiatres se référant à la psychanalyse retiennent comme dénominateur commun à l'origine de la psychose, une perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité. C'est après l'échec des défenses névrotiques qu'éclate, dans le moi, un conflit propre à modifier sa structure. La plupart des symptômes manifestes, et notamment le délire, apparaissent comme des tentatives de réaménagement du lien objectal et de la réalité, rendus ainsi plus tolérables au sujet délirant.

## 9 – LA FOLIE À TRAVERS L'ART

**I**l y a de ces productions artistiques qui interrogent la frontière entre le génie et la folie et qui deviennent de véritables expiatoires d'un monde intérieur torturé. On trouve aussi des hommes de l'art qui se font les témoins de la folie, qu'ils ont voulu illustrer au travers de romans ou de films mettant en scène le délire comme une tentative de représentation du fou mythique.

Dans ce chapitre, nous explorerons d'abord le lien entre l'artiste et sa folie (ou son génie), dans ce qu'il cherche à dire ou à montrer. Par la suite, nous nous intéresserons au délire comme simple sujet d'inspiration de l'artiste. Nous proposerons ainsi de parcourir, avec un regard clinique, une nouvelle littéraire, *Le Journal d'un fou*, de Gogol, et un film de Claude Chabrol, *L'Enfer*.

Quoi qu'il en soit, les émotions reçues lors de cette rencontre avec l'art nous renvoient toujours à notre propre monde intérieur, à la maîtrise ou au réveil de nos sens, et nous rappellent que le sujet délirant reste du genre humain.

### L'ART DE DÉLIRER OU DÉLIRER AVEC ART

**Si la « folie » se concentre dans l'asile, elle se croise aussi au hasard des rencontres qui ont laissé leurs empreintes dans les œuvres d'art.**

Le délire, trouble de la communication, modification du rapport de l'autre au monde réel, n'en demeure pas moins pour certains un élargissement de la conscience de soi, une hypertrophie des sens. Si toutes les productions des patients délirants ne sont pas des œuvres d'art, le génie de l'artiste possède une frontière avec la folie et ses œuvres font toujours, d'une manière ou d'une autre, référence à ce dérèglement des sens et de la conscience, à ce décalage que l'auteur vit en permanence.

Muré dans son monde, prenant la folie comme alibi de ses pensées désordonnées ou de ses angoisses existentielles, l'artiste se déplace sur le fil étroit qui dessine les frontières avec la raison. Le monde intérieur de l'artiste, comme celui du fou, est habité de perceptions incommunicables dont seuls quelques fragments paraissent au travers des toiles ou des écrits. Angoisse de la solitude, culture active de la différence ou refus provocateur de parler le langage de l'autre, l'écrivain, le peintre ou le sculpteur restent définitivement à l'écart. Est-ce cet écart qui leur vaut le même regard suspicieux que la société réserve à l'aliéné ?

Edgard Poe se défendait de tout lien avec la folie (« *les hommes m'ont appelé fou, mais la science ne nous a pas appris si la folie est ou n'est pas le sublime de l'intelligence* ») ; tandis qu'Edward Munch, à propos de son tableau *Le Cri*, nous livrait le hurlement des couleurs, le sang des nuages et ce grand cri de la nature qu'il fut un jour persuadé d'avoir entendu.

On peut aisément comprendre que l'artiste soit tenté d'emprunter le masque du fou, de se dissimuler derrière ce personnage hors du commun, pour gagner une certaine liberté d'expression, revendiquer son délire verbal et sa vision tourmentée de la vie. Mais certains, telle Camille Claudel, peuvent basculer de l'autre côté du miroir. De refuge, la folie devient carcan, camisole ou prison et arrête toute production artistique.

Pour Antonin Artaud, l'aliéné a préféré devenir fou, de même les surréalistes valorisaient la folie, et un marché de « l'art brut » produit par les internés a pu se développer à une époque. Mais si la révolte des aliénés bouleversa la société au travers de leurs couleurs criantes et de leurs dessins déstructurés, c'est avant tout de souffrance dont il s'agissait. Cette même souffrance, qui fit sombrer dans la folie nombre d'écrivains (Rimbaud, Nietzsche, Höderlin...) de peintres (Bacon, Van Gogh, Schiele...), reste le moteur de la création artistique.

Mais lorsque folie et génie se côtoient à se confondre, l'issue fatale est toujours à craindre. À trop s'approcher des expériences de rupture, à modifier les repères de l'espace et du temps, à morceler le corps, à disloquer les visages, à tordre les formes, certains finissent par se perdre. Leur génie se fige, ils restent cette fois-ci enfermés dans leur monde intérieur, qui devient une prison, enchaînés comme les aliénés à une souffrance morale indicible.

## **LE DÉLIRE ROMANCÉ : *Le Journal d'un fou* de N. V. Gogol**

**À travers ce texte, monologue devenu un grand classique de la littérature russe, l'auteur nous donne à voir un vaste délire. Après avoir situé quelques repères biographiques suivis d'un résumé du récit, nous tenterons une analyse de ce texte tout en gardant à l'esprit que « ce tableau clinique exemplaire » tient aussi du génie littéraire de l'auteur.**

### **Repères biographiques : N. V. Gogol (1809-1852).**

La biographie de Gogol reflète une vie tout intérieure. Il s'est gardé de participer activement aux grands événements de son époque, comme pour préserver sa perception originale de la condition humaine.

Il est né le 20 mars 1809 à Sorotchintsy, dans une province ukrainienne. Aîné de 12 enfants (dont seulement un frère et quatre sœurs survivront), il grandit dans une famille récemment anoblie vivant de l'exploitation de ses terres. Enfant chétif et maladif, il a été choyé par une mère pieuse qui marqua à jamais son fils de l'idée du jugement dernier. Orphelin de père à l'âge de 16 ans, il occupa une place privilégiée auprès de sa mère, qu'il conseilla et entoura.

Au lycée, il fut remarqué pour son goût de la caricature. Très tôt, il eut le sentiment d'être différent des autres et d'avoir à répondre à une destinée. Il quitte donc sa petite province pour faire carrière à Saint-Petersbourg. Il y reçoit un choc marqué de déception. Petersbourg n'est pas la ville magnifique et mythique qu'il s'était représentée; elle grouille de petits fonctionnaires n'arrivant pas à se situer sur l'échelle de la hiérarchie sociale et,

surtout, elle le renvoie à un immense sentiment de solitude. En 1829, il publie son premier poème romantique sous un pseudonyme. La critique acerbe lui fait prendre la fuite vers l'Allemagne. À partir de cet événement, son schéma réactionnel est fixé : chaque période de conflit intérieur trouve une solution dans la fuite en avant et les voyages à travers l'Europe. En 1830, il accepte des emplois successifs au ministère de l'Intérieur.

C'est à partir de 1831, après la publication de quelques articles anonymes et la rencontre avec Pouchkine, que Gogol fait son entrée dans le monde littéraire. Il commence par composer quelques contes ukrainiens dans lesquels il mêle décors réalistes, situations comiques et personnages fantastiques. Il obtient un succès quasi immédiat et décide de mettre ses dons d'écrivain au service de l'humanité. La littérature devient pour lui un sacerdoce.

Après une crise de conscience en 1833, qui lui fera arrêter toute production littéraire pour une courte carrière d'historien, il reprend, en 1835, ses écrits et publie un recueil de nouvelles (*Arabesques*) dans lequel figure *Le Journal d'un fou*. Les autres temps forts de son œuvre seront marqués par une pièce de théâtre *Le Révizor* (1836), et la composition des *Âmes mortes* qui l'occupera des années. Son parcours littéraire, étroitement lié à sa vie intérieure, aura à subir la censure et déclenchera des prises de positions passionnelles.

Retenons, chez l'auteur, de fréquentes périodes dépressives. Rongé par le mal de vivre, il ressentait souvent le besoin impérieux de voyages, au cours desquels il tentait de se rassembler, se nourrissant de pensées mystiques et d'une foi qu'il fit sans cesse grandir. Il croyait aussi au surnaturel et au diable.

Il meurt le 21 février 1852 après une longue période de jeûne pieux et dans le refus de toute assistance médicale.

### ***Le Journal d'un fou : l'histoire***

*Le Journal d'un fou* est l'unique récit de Gogol écrit à la première personne du singulier. Le héros de ce texte est un petit fonctionnaire au narcissisme blessé qui consigne dans son journal ses rapports conflictuels avec son supérieur hiérarchique direct et surtout l'amour grandissant qu'il éprouve pour la fille du directeur, Sophie, femme inaccessible au regard de l'étroite condition sociale du narrateur. Mais Proprichtchine, tout petit fonctionnaire qu'il soit, n'en demeure pas moins habité de révolte et de désir de grandeur. Sa revendication, sa soif de reconnaissance vont lui permettre de construire et d'élaborer minutieusement un délire paranoïaque qui n'aura de cesse de s'enrichir.

Tout commence le jour où il surprend Sophie en train d'entrer dans un magasin. Sa petite chienne Medji restée à l'extérieur se met à discuter avec un autre chien du quartier, Fidèle. Ils font référence à des lettres que tous deux se sont échangées. Intrigué et fasciné par la vie du directeur et de sa fille, Proprichtchine décide d'intercepter la correspondance des deux chiens afin d'en savoir un peu plus. Agi par sa conviction, il se rend au domicile du chien Fidèle et demande, sans aucune distance, à ce que les lettres lui soient remises. Fouillant dans le panier du chien, il en extirpe une liasse de papiers qu'il rapporte chez lui triomphalement. Au travers des lettres, notre personnage principal découvre par le menu la vie de Sophie et celle de son père. Il échafaude espoirs et hypothèses jusqu'au

moment où il découvre un passage faisant directement allusion à sa personne ; désigné comme un être ridicule et sans consistance, il se voit supplanter par un rival anobli aux yeux de sa bien-aimée.

L'intense blessure narcissique ressentie inaugure une seconde phase du récit et plonge notre héros dans un délire sans limites. C'est alors qu'il apprend la vacance du trône d'Espagne et la difficulté des hauts dignitaires à désigner un successeur, au point qu'ils songent à y installer une dame.

Il acquiert rapidement la conviction que l'Espagne a bien un roi, qui ne peut être autre que lui-même. Il décide cependant de ne point trop s'en vanter et, jouant d'humilité, se contente de quelques allusions auprès de son entourage proche. Impatient de jouir de la reconnaissance qui lui est due, il attend que les hauts dignitaires espagnols viennent le chercher pour l'introduire à la cour. L'événement tant attendu se produit enfin. Un beau matin, le voilà mandé par plusieurs hommes qui le conduisent en un temps record à la Cour d'Espagne. Les gens y ont le crâne rasé, le chancelier le roue de coups, l'assigne à demeurer enfermé dans sa chambre et à renoncer à se faire appeler Ferdinand VIII.

On l'aura compris, notre étrange héros s'est retrouvé interné à l'asile. Ses efforts pour accepter et intégrer dans sa logique délirante le manque d'égard que devrait pourtant lui conférer son rang royal font place en quelques semaines à un cri de désespoir qu'il adresse à sa mère. La fantastique ascension du petit fonctionnaire se termine finalement au fond d'un cachot asilaire.

### Repérages sémiologiques

Ce récit met en scène l'éclosion d'un vaste délire de type paranoïaque que l'on peut tenter d'analyser comme un tableau clinique.

Chaque perception de la réalité va être interprétée selon la logique délirante du personnage. Le point de départ du délire est sans doute ce sentiment de frustration intense que génère la situation de fonctionnaire de seconde catégorie. Ce sentiment va venir nourrir une revendication pathologique, jusqu'à l'ultime conviction d'être le roi d'Espagne.

Dès le début du récit, il nous indique les brimades reçues de son chef de bureau et sa fascination pour le directeur, qu'il dépeint comme un être au-dessus de tous (et donc de lui-même) : « *Et quand on le regarde : quelle gravité brille dans ses yeux ! Je ne l'ai jamais entendu prononcer une parole inutile.* » Le premier signe d'alerte, de glissement vers le délire s'exprime au travers du dialogue qu'il surprend entre deux chiens. L'auteur est encore perplexe au début de son récit : « *Je fus donc étonné. J'avoue que, depuis quelque temps, il m'arrive parfois d'entendre et de voir des choses que personne n'a jamais entendues.* » Mais il rationalise son expérience hallucinatoire : « *Il paraît qu'en Angleterre on a vu sortir de l'eau un poisson qui a dit deux mots dans une langue si étrange que depuis trois ans déjà les savants se penchent sur le problème sans avoir rien découvert.* » La banalité de la rencontre avec Sophie, l'être aimé, contraste avec l'intensité du sentiment amoureux qu'il nourrit en retour. Tout au long du récit, chaque évocation de la jeune fille est avortée par un « *c'est bon, c'est bon... je me tais* » traduisant l'énorme culpabilité que ressent Proprichtchine dans ses élans amoureux.

Le décor est planté : sentiment d'infériorité, culpabilité et fascination pour les hauts fonctionnaires vont faire le lit du délire.

Ainsi, l'attitude méprisante de son chef de bureau trouve-t-elle une explication logique : *« Je comprends fort bien pourquoi il m'en veut. Il est jaloux ; il a peut-être surpris les marques de bienveillance toutes particulières qu'on m'a octroyées »,* ce qui du même coup le rassure sur la place privilégiée qu'il occupe auprès de Sophie et de son père. La conviction délirante grandissante devient inentamable et notre personnage va se trouver agi par celle-ci sans aucune distance. Inconscient du caractère anormal de sa démarche, il s'approprie la correspondance des deux chiens et y projette tous les éléments de sa pensée délirante. On y retrouve la suspicion et l'idée d'un complot naissant, des préoccupations autour du diable, une réticence ou un dégoût pour les relations sexuelles, la jalousie et la rivalité, le tout dans une atmosphère propice à la critique de la haute bourgeoisie de Saint-Petersbourg. C'est après avoir découvert dans les lettres son propre portrait, qui le décrit comme un être sans valeur et risible, que tout bascule jusqu'au point de non-retour où même son identité est remise en cause : *« Peut-être que j'ignore moi-même qui je suis. Il y a de nombreux exemples dans l'histoire : un homme ordinaire, sans parler d'un noble, un simple bourgeois ou un paysan, découvre subitement qu'il est un grand seigneur, ou un baron, ou quelque chose d'approchant. »*

À compter de ce moment, le temps se dérègle et les dates du *Journal* deviennent anachroniques (an 2000, 43<sup>e</sup> jour d'avril, janvier de la même année qui a succédé à février). Par un mécanisme intuitif (proche de la révélation divine), Proprichtchine comprend qu'il est roi d'Espagne : *« Aujourd'hui est un jour de grande solennité ! L'Espagne a un roi. On l'a trouvé. Ce roi, c'est moi. Ce n'est qu'aujourd'hui que je l'ai appris. J'avoue que j'ai été brusquement inondé de lumière. Je ne comprends pas comment j'ai pu penser, m'imaginer que j'étais conseiller titulaire. Comment cette pensée extravagante a-t-elle pu pénétrer dans mon cerveau ? Il est encore heureux que personne n'ait songé alors de me faire enfermer dans une maison de santé. Maintenant tout m'est révélé. Maintenant, tout est clair ; avant, je ne comprenais pas, avant tout était devant moi dans une espèce de brouillard. »*

Ce passage est remarquable à plus d'un titre. Il s'agit bien d'une révélation, et qui de surcroît se fait par la lumière divine, donc indiscutable. Dans le même temps, l'auteur a bien comme une préconscience, une intuition profonde du dérèglement psychique dont il est victime. Mais cette crainte, il l'inverse, la projette à l'extérieur de lui, se rassurant qu'on ne l'ait pas enfermé alors qu'il se prenait pour un petit fonctionnaire. Tous les événements s'enchaînent ensuite avec logique : si la bonne s'effraie de cette révélation, c'est qu'elle craint que le nouveau roi d'Espagne Ferdinand VIII ne ressemble à Philippe II, si on ne s'incline pas dans la rue, c'est parce qu'il ne porte pas encore l'habit royal... (notons au passage l'importance des apparences). Notre nouveau roi d'Espagne se garde bien de trop se confronter à sa nouvelle réalité et affiche une pseudo-réticence, par exemple en s'adressant à Sophie : *« Mais je ne lui ai pas dit que j'étais le roi d'Espagne. Je lui ai dit seulement qu'elle ne pouvait même pas s'imaginer le bonheur qui l'attendait, et que nous serions réunis, malgré les machinations de nos ennemis. Je n'ai*

*rien voulu ajouter de plus et j'ai quitté la pièce. » Cette pseudo-réticence préserve finalement sa capacité à délirer et lui permet de se comporter comme le véritable roi d'Espagne : « Ce qui m'a amusé plus que tout, c'est quand ils m'ont glissé des papiers, pour que je les signe. Ils s'imaginaient que j'allais écrire tout en bas de la feuille : chef de bureau Untel. Allons donc ! J'ai gribouillé, bien en vue, là où signe le directeur du département : "Ferdinand VIII". Il fallait voir le silence respectueux qui a régné alors ! Mais j'ai fait seulement un petit geste de la main, en disant : "Je ne veux aucun témoignage de soumission !" et je suis sorti. »*

Les interprétations délirantes s'enchaînent ensuite avec une constance impressionnante permettant un déni total de la réalité et surtout celle de son douloureux internement à l'asile. Les infirmiers psychiatriques deviennent les députés d'Espagne, l'asile se confond avec la cour royale, le médecin est d'abord le chancelier puis le Grand Inquisiteur : *« Alors le chancelier m'a donné deux coups de bâton sur le dos, si douloureux que j'ai failli pousser un cri, mais je me suis dominé, me rappelant que c'était un rite de la chevalerie, lors de l'entrée en charge d'un haut dignitaire : en Espagne, ils observent encore les coutumes de la chevalerie », et plus loin : « Je suppose, selon toute vraisemblance, que je suis tombé entre les mains de l'Inquisition, et celui que j'ai pris pour le chancelier est sans doute le Grand Inquisiteur en personne. Mais je ne peux toujours pas comprendre comment il est possible qu'un roi soit soumis à l'Inquisition. »*

Devant l'intensité du vécu persécutif et la réelle maltraitance dont il fait l'objet, la conviction délirante fait place à la perplexité anxieuse, qui va grandissante jusqu'à prendre le masque d'un profond désespoir et d'un abattement. Le délire se déstructure progressivement et les propos deviennent de plus en plus incohérents. Les mécanismes imaginatif et intuitif prédominent avec les thèmes fantastiques donnant une allure paraphrénique au délire final : *« J'ai découvert que la Chine et l'Espagne ne sont qu'une seule et même terre (...). Demain, à sept heures, s'accomplira un étrange phénomène : la Terre s'assiéra sur la Lune (...) On sait que la Lune se fait habituellement à Hambourg (...) c'est un tonnelier boiteux qui la fabrique (...) Pour l'instant elle n'est habitée que par des nez et voilà pourquoi nous ne pouvons voir nos nez : ils se trouvent tous dans la Lune. »*

### **Au-delà du récit clinique**

Ainsi, sur un plan très technique, peut-on résumer ce récit à un délire paranoïaque dont le postulat de base serait une injustice : l'amour de Sophie lui est barré, interdit car il n'est qu'un petit fonctionnaire, le mécanisme principal : l'interprétation, et le thème central : les idées de grandeurs. On retrouve la conviction délirante des délires paranoïaques responsable d'une mise en acte de la pensée délirante. L'évolution d'un tel délire est souvent marquée par la dépression (que l'on sent très présente à la fin du récit) et sur plusieurs années on peut assister à une paraphrénisation du délire qui s'enrichit de thèmes fantastiques.

Mais, bien sûr, ce récit tient aussi du génie de romancier de l'auteur. On peut y relever quelques anomalies cliniques qui ne s'incluent pas normalement dans le tableau d'un

délire paranoïaque pur : présence d'hallucinations auditives, atteinte de l'ensemble de la personnalité avec perte totale des repères, apparition de propos totalement incohérents... Il faut donc bien garder à l'esprit qu'il s'agit d'un délire romancé et qu'un tel tableau ne pourrait se rencontrer à l'identique dans nos services de psychiatrie. Trouver des lettres écrites par des chiens reste bien évidemment de la pure fiction. Mais ce qu'il importe de saisir ici est le message que l'auteur a voulu nous faire passer avec sa sensibilité hors du commun et son goût pour les histoires fantastiques. Le héros du *Journal d'un fou* reste un petit fonctionnaire de seconde classe dont le portrait servira de modèle stéréotypé pour la littérature russe sous l'appellation de « *l'homme de petite envergure* ». Proprichtchine veut dire celui qui cherche « *son emplacement* », « *sa carrière* ». Banni de la vie dont il rêve, il n'a d'autre porte de sortie que celle du délire. Beaucoup ont tenté d'interpréter l'œuvre de Gogol au regard d'une homosexualité qu'il n'a jamais pu assumer et qu'il livre en filigrane en peignant le désarroi du sexe mâle, toujours abandonné et obligé de fuir devant les femmes.

L'art de Gogol reste celui de concilier le normal et le pathologique, l'humain et le délire pour nous amener à rencontrer un être attachant, blessé, délirant, mais en quête de réparation et de reconnaissance.

La satire sociale de Saint-Petersbourg apparaît en second plan et reste le point commun des cinq nouvelles de ce recueil. On doit à Gogol la vision de Saint-Petersbourg telle une ville mythique et maléfique, ville de l'exil et de l'absence qui inspirera plus tard Dostoïevski.

## LE DÉLIRE MIS EN SCÈNE : *L'Enfer* de Claude Chabrol (1993)

Thriller implacable, *L'Enfer*, le film de Claude Chabrol, met en scène un délire de jalousie dont l'illustration se déroule sous nos yeux avec une précision déconcertante.

Après avoir rapidement situé l'œuvre cinématographique de C. Chabrol, nous résumerons l'histoire de ce film pour en donner ensuite une analyse sémiologique détaillée.

### Claude Chabrol

Fils de pharmacien, né à Paris le 24 juin 1930, Claude Chabrol fait de brèves études de lettres et de droit. C'est en fréquentant le ciné-club du Quartier latin qu'il rencontre le groupe du noyau actif des *Cahiers du cinéma* et de la Nouvelle Vague. Il est d'abord critique, avec une volonté farouche de communiquer son enthousiasme au lecteur et son intérêt particulier pour le scénario. Il publie également un livre, en collaboration avec Éric Rohmer, sur Alfred Hitchcock, dont l'œuvre influence pour une part importante non seulement la façon de filmer de Claude Chabrol mais également une certaine vision de la société. La filmographie de Chabrol demeure aussi prolixe que diverse, avec pour fil conducteur des préoccupations d'ordre moral et métaphysique. De nos jours, l'image d'un observateur ironique de la bourgeoisie française reste caractéristique de la personnalité de Chabrol.

## L'histoire

Dans une petite ville de province, Paul Prieur, la trentaine, rencontre une jeune femme, Nelly, pulpeuse et charmeuse à souhait. Le couple se marie rapidement dans l'allégresse et la légèreté des sentiments naissants. Paul s'endette pour acheter un hôtel qu'il va faire fructifier au prix d'un travail soutenu et harassant. Sa jeune épouse partage ses journées entre leur petit garçon et l'accueil des clients de l'hôtel. L'histoire se déroule sur trois ou quatre années dans le huis clos du décor de l'hôtel et dépeint, avec la précision d'une horloge, les relations affectives de ce couple qui vont se dégrader jusqu'au drame final.

Car Paul est rongé par un mal : la jalousie. Ce sentiment banal, d'abord perçu comme une preuve d'intérêt et d'amour pour l'autre, s'amplifie jusqu'à prendre le masque d'une folie destructrice et ravageuse.

L'atmosphère paisible et tranquille d'une « belle » histoire d'amour se transforme en une chronique angoissante, avec montée en puissance d'une passion persécutrice, jusqu'aux portes de l'enfer.

## Analyse sémiologique

Il s'agit avant tout d'une fiction relatée avec tout le talent de Chabrol, qui dépeint le tableau d'un délire passionnel : le délire de jalousie, avec une précision sémiologique remarquable. Ainsi, ce film illustre les principales caractéristiques du délire paranoïaque : à partir d'un postulat initial, toute une série d'interprétations secondaires construisent la trame du délire. Le sujet, de plus en plus convaincu et agi par les éléments de la réalité qu'il interprète dans sa logique délirante, met en acte ses fantasmes jusqu'au drame passionnel.

Après avoir répertorié les principales scènes illustratives de cette clinique, nous nous arrêterons sur celles qui s'écartent du tableau classique pour laisser la fiction reprendre sa place.

### ■ La personnalité de Paul Prieur

Filmée par petites touches, elle comporte certains traits caractéristiques de la personnalité dite paranoïaque. Paul Prieur est montré dès le début du film comme un personnage suspicieux et soupçonneux. Il a donc tendance à mettre en doute les paroles de l'autre. Ainsi, par exemple, ira-t-il vérifier le prix d'achat du sac de sa femme (persuadé qu'elle lui dissimule une dépense excessive).

Ses tendances à l'interprétation sont également clairement signalées : lorsqu'il apprend que d'autres hôtels s'ouvrent dans la région, il ne peut s'empêcher de penser que ceci est dirigé contre lui, dans le but de profiter de l'endroit auquel il a rendu son attrait touristique. Il apparaît rapidement comme un homme anxieux, nerveux, peu sûr de lui et se laissant envahir par des interrogations perpétuelles et propres à le ronger d'angoisse. Tout au long du film, son malaise ira grandissant, traduit par une nervosité croissante, des insomnies, des crises d'angoisse nocturnes et une consommation de plus en plus excessive de tabac et d'alcool.

## ■ Le postulat initial

Il est représenté par l'idée fixe d'être trompé par sa femme et dont le corollaire est une jalousie exacerbée. Guidé par une brusque intuition, Paul Prieur fait intrusion dans une pièce de l'hôtel alors que sa femme assiste, dans le noir, à une projection de photos faites par un client. (Ce client a une réputation de séducteur.) Cette scène vient tout à coup éclairer une période de doute et d'interrogations sur la fidélité de sa femme et initie une série d'interprétations qui renforceront la conviction d'être trompé.

## ■ Les interprétations

Chaque événement minime va être considéré comme significatif par notre personnage en proie à sa jalousie : un regard échangé entre le client de l'hôtel et sa femme, une sortie en ville imprévue de son épouse. De plus en plus soupçonneux, il soumet celle-ci à des interrogatoires répétés sur son emploi du temps, entame des filatures et interprète les faits et gestes de Nelly :

« — N. : *Tu me suïs, Paul !*

— P. : *Pourquoi, j'aurais des raisons de te suivre ?*

— N. : *Non, mais si tu continues je pourrais bien t'en donner. »*

Ainsi, au lieu de reconnaître le caractère outrancier de sa filature, il demande à sa femme de lui fournir les raisons qu'il aurait de la suivre. Lorsque, dans l'espoir de faire cesser cette suspicion permanente, Nelly demande au client, jaloux par son mari, de ne plus fréquenter l'hôtel, sa décision est interprétée une fois de plus comme une manipulation :

« — P. : *C'est trop dangereux. Vous vous voyez en ville. C'est logique ça ?*

— N. : *Oui, c'est logique mais c'est pas vrai. »*

Quand, à bout d'argument, elle décide de ne plus quitter l'hôtel, la logique délirante de Paul s'accroît encore : si elle ne veut plus sortir, c'est pour prendre un amant sur place et c'est au tour du serveur de devenir le suspect numéro un.

Le mari finit par perdre toute capacité de jugement et toute objectivité. Tout fait sens autour de lui : les grommellements d'une serveuse, « *Tous les clients sont des cochons, il y a des mains qui traînent* » ; le bracelet de sa femme trouvé au grenier devient la preuve irréfutable qu'elle vient de le tromper ; la nuit, réveillé par l'angoisse, il tâte les pieds de Nelly qui sont froids, et en déduit qu'elle s'est levée pour aller coucher avec un client. Paul Prieur est en proie à une suspicion permanente. Les interrogatoires dans le but de vérifier ses soupçons ne lui suffisent plus. Agi par son idée fixe, son obsession, il va mettre en acte son délire.

## ■ La mise en acte du délire

Torturé par le doute, Paul Prieur ne peut lutter contre ses impulsions incontrôlables dont l'intensité va crescendo jusqu'à la fin du film. Il fouille le sac de sa femme avec frénésie à la recherche d'une preuve de son infidélité, s'empare d'une enveloppe qu'elle a négligemment jetée à la poubelle. La lettre a été envoyée par le frère de Nelly, mais l'adresse est dactylographiée et le timbre a été enlevé. Que cherche donc à lui dissimuler sa

femme? Accentuant ses filatures, il l'aperçoit faisant du ski nautique. Reconnaisant le client séducteur à bord du bateau, il n'hésite pas à courir « *comme un fou* » le long de la berge, s'égratignant aux arbres, pour ne pas les perdre de vue. Alors que le bateau marque un arrêt sur une petite île, Paul Prieur est cette fois-ci convaincu de la liaison qui existe entre sa femme et le client. Il est brutalement saisi d'une angoisse, perd tout repère temporel et rentre hagard au milieu de la nuit, profondément désespéré.

La conviction délirante est définitivement ancrée et inaccessible aux tentatives de démenti ou de réassurance de sa femme. On assiste alors à une escalade comportementale. Inconscient du caractère pathologique de ses actes, Paul Prieur soupçonne chaque client, qu'il n'hésite pas à persécuter de ses questions lancinantes. Il fait irruption la nuit dans les chambres pour vérifier si sa femme y est, se contient tout juste d'agresser le serveur, fait scandale devant tout le monde. Petit à petit l'hôtel perd sa fidèle clientèle, mais ceci n'est rien en regard du mal qui ronge Paul.

Agi par des scènes fantasmatiques de tromperies où il imagine sa femme se donner à chaque client telle une prostituée, il lui demande des comptes lors de scènes de ménage de plus en plus violentes. Une nuit il va jusqu'à la rouer de coups et la prendre physiquement de force. Apeurée elle s'enfuit et se réfugie chez leur médecin traitant.

### ■ Mécanisme de défense projectif avec déni complet des troubles

La scène de confrontation du couple chez le médecin traitant est une des scènes les plus fortes du film. Nelly, à bout de nerfs ne sait plus que penser, ni comment faire avec la peur que lui inspire la folie de son mari. Celui-ci, après avoir laissé entendre que le médecin avait lui aussi profité de sa femme, abaisse ses défenses et livre sans réticence son délire. Il accuse sa femme de prostitution, c'est elle qui est malade, elle est hystérique et possédée par un appétit sexuel jamais assouvi. Lorsque le médecin lui pointe qu'il a besoin d'aide, Paul le menace d'un procès pour internement arbitraire : « *C'est elle qui est malade et c'est moi qu'on devrait boucler.* » Dans un déni complet de la réalité, il projette ses propres pulsions incontrôlées sur sa femme : « *Elle m'aime, mais elle ne peut pas s'empêcher de faire ça.* » C'est donc l'autre qui est malade, pas lui, c'est l'autre qui est responsable de cette situation. Paul Prieur ne peut se situer autrement qu'en tant que victime d'une machination.

### ■ Le passage à l'acte

La scène finale se déroule durant la nuit au terme de laquelle une ambulance doit venir chercher Paul pour le conduire en clinique. Celui-ci est persuadé que c'est sa femme qui va être internée. Très tendu, anxieux, il se saoule toute la nuit. Il séquestre sa femme dans leur chambre pour être sûr qu'elle n'ira rejoindre aucun client, puis, à moitié rassuré, l'attache au lit. Nelly a pris deux somnifères et ne se rend compte de rien. Les images se bousculent dans la tête de Paul, il voit sa femme se prostituer, entend une sirène d'ambulance, panique, réveille Nelly et lui propose de tout recommencer à zéro. Dans une confusion des images, du sang jaillit d'une lame de rasoir, Nelly tombe inanimée. Paul se

demande ce qu'il a fait, s'il a rêvé. Il est fortement suggéré qu'il dénie une fois de plus la réalité, cette réalité devenue insoutenable : le meurtre de sa femme.

### ■ Les relations au sein du couple

Le délire de jalousie appartient au registre des délires passionnels, c'est-à-dire qu'il s'organise avant tout autour de sentiments exacerbés à en devenir pathologiques. La relation se fait à deux et le drame concerne le couple, même si un seul des partenaires est aux prises avec le démon de la jalousie.

La femme, au tout début, ne peut percevoir le caractère maladif du comportement de son mari, car celui-ci s'installe de manière insidieuse. Devant les premiers soupçons, elle ne se départit ni de sa gaminerie, ni de son insouciance. Elle se sent même en quelque sorte flattée de la jalousie naissante de son mari : s'il est jaloux, c'est donc qu'il tient à elle. Mais rapidement cette jalousie devient le seul mode d'expression de l'attachement de Paul. Nelly est tentée d'y répondre dans la réalité et en miroir des soupçons de son mari, persuadée qu'elle est de le convaincre de son amour pour lui. Mais qu'elle se soumette ou se révolte à la tyrannie de celui-ci, rien ne peut venir enrayer la machine paranoïaque mise en route. Il est très clairement démontré que chaque tentative de réassurance est repoussée, que chaque comportement est interprété dans le sens de renforcer la logique délirante voire de la nourrir. Ignorer la persécution d'un paranoïaque, la contrôler, la modifier est chose impossible.

Seule la violence de Paul finit par alerter Nelly et la contraindre à se rendre à l'évidence de la folie de son mari. Le déni du partenaire est extrêmement fréquent et rend compte du pouvoir de conviction du paranoïaque. De plus, cette folie en secteur qui préserve longtemps les autres pôles d'investissements du sujet délirant reste difficile à cerner.

### ■ Ce qui relève de la fiction

Bien que ce film permette une illustration précise de la sémiologie du délire de jalousie, il ne se réduit pas à la simple présentation d'un tableau clinique. Ainsi, retrouve-t-on des éléments qu'on peut attribuer à l'imagination de l'auteur et aux besoins du film. Paul Prieur est à plusieurs reprises victime d'hallucinations auditives. Même si celles-ci n'ont pas de caractère xénopathique, c'est-à-dire que ce n'est pas un autre qui s'adresse véritablement à Paul, ce dernier entretient plusieurs fois un dialogue hallucinatoire et répond aux voix qui viennent nourrir sa logique délirante.

De la même façon, certaines scènes issues de l'imagination de Paul, dans lesquelles sa femme est filmée en train de le tromper, sont proches des hallucinations visuelles, mais rendent compte de l'imagination délirante de Paul. Rappelons simplement ici que les mécanismes hallucinatoires ne font pas partie des délires paranoïaques.

Ce film nous est donc apparu à plus d'un titre intéressant pour illustrer notre propos sur le délire. Il en donne une mise en scène plus que représentative en même temps qu'il pointe les abords relationnels toujours difficiles avec un sujet en rupture avec la réalité.

On peut donc être écrivain, cinéaste, poète ou peintre et ne pas délirer tout en s'inspirant des personnages que la folie a façonnés. Parfois, c'est une expérience délirante vécue

par l'artiste lui-même qui lui fournit des thèmes et de nouvelles modalités d'expression de son art, pour peu que sa personnalité reste cohérente et non profondément remaniée. De temps en temps, certains artistes basculent dans la folie et perdent pied avec la réalité. Par quel mécanisme ? Quelle frontière ont-ils franchie ?

## CONCLUSION

**L**es codes relationnels à l'œuvre avec les patients délirants sont complexes, parfois déroutants, pour les soignants comme pour tout individu qui se frotte de près ou de loin à la « logique délirante ». La rencontre avec « l'autre délirant » peut s'envisager comme un accompagnement qui suit le cheminement propre du soignant dans les méandres de la folie.

Pour éclairer ces méandres, nous avons d'abord précisé leurs aspects cliniques : mieux connaître la dialectique délirante, la repérer à l'aide du jargon psychiatrique afin d'y mettre du sens est une étape incontournable pour mieux saisir ce qui peut d'abord nous échapper. Nous avons insisté également sur l'originalité du lieu psychiatrique qui se doit de proposer une écoute différente de celles que le malade trouve dans son entourage habituel. Soulignons enfin la dimension éminemment humaine de notre spécialité, où les symptômes s'organisent certes en syndromes et autres diagnostics, mais sont intimement liés à l'existence du patient, son histoire, ses affects, ses croyances, sa culture, sa famille... On ne peut donc envisager l'accompagnement soignant qu'au travers de la prise en compte globale de la personne délirante.

Il a été, par ailleurs, question de la place inconfortable du soignant, souvent malmené par l'orage psychique (et parfois physique) du patient délirant, et donc de l'absolue nécessité de « faire avec » en s'impliquant à l'aide d'outils pratiques et théoriques sans cesse remaniés. Cette remarque renvoie à un constat récurrent en psychiatrie : la psyché des patients n'est pas figée ; en mouvement perpétuel, elle bouscule souvent l'ordre établi et repousse régulièrement certaines de nos limites. Cet aspect dynamique fait de notre pratique une formidable aventure humaine nourrie du savoir et des méthodes que nos aînés nous ont laissés en héritage.

À une époque où la clinique psychodynamique se trouve au second plan des projets de service, eux-mêmes soumis à des impératifs budgétaires et à des directives administratives parfois aveugles, rappelons que notre travail aux côtés des malades mentaux doit s'appuyer sur les quelques principes soignants évoqués plus haut. Ne pas en tenir compte (et il en existe bien d'autres) reviendrait à nous écarter de notre position thérapeutique « au plus près du délire » pour laisser le malade à ses propres questions existentielles ; pour le laisser en errance psychique.

## BIBLIOGRAPHIE

- **Albernhé T., Tyrode Y.** : *Législation en santé mentale*, tome III, Sédip Médical, 1994.
- **Chemana R., Vandermersch B.** : *Dictionnaire de psychanalyse*, Larousse, Paris, 1998.
- **De Sivry S., Meyer P.** : *L'Art et la folie*, éditions Synthélabo pour le progrès de la connaissance, col. Les empêcheurs de penser en rond.
- **Ey H., Bernard P.** : *Manuel de psychiatrie*, sixième édition, Masson.
- **Freud S.** : *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa*, in *Cinq psychanalyses*, PUF.
- **Gogol N.** : *Le Journal d'un fou*, in *Nouvelles de Petersbourg*, Folio.
- **Guelfi, Boyer** : *Psychiatrie*, Puf-Fondamental.
- **Kapsambélis V.** : *Classification des idées délirantes*, in *Santé Mentale* n° 33, déc. 1998.
- **Laplanche J., Pontalis J.-B.** : *Vocabulaire de la psychanalyse*, Puf, 1994.
- **Lavoine P. L.** : *Le Malade mental dangereux*, éditions Hospitalières, Paris 1998.
- **Lavoine P. L., Bouehentouf L.** : *À propos des expériences délirantes*, in *Santé Mentale* n° 33, déc. 1998.
- **Lelong S.** : *Le Délire : paroles sans histoires ?*, in *Revue française de psychiatrie et psychologie médicale*, n° 18, mai 1998.
- **Masseix F.** : *Guide de soins infirmiers en santé mentale*, éditions hospitalières, Paris 1998.
- **Samuelian J. C.** : *Les « faux » psychiatriques en questions*, document réalisé sous le patronage de Sanofi Winthrop, col. Regards d'aujourd'hui.
- **Schreber D.-P.** : *Les Mémoires d'un névropathe*, éditions du Seuil.
- **Tausk V.** : *Œuvres psychanalytiques*, chap. 13, Payot, Paris 1976.
- **Tribolet S.** : *1 000 mots-clés pour la santé mentale*, EDS éditeur, 1993.
- **Tribolet S., Paradas C.** : *Guide pratique de psychiatrie*, éditions Heures de France, 1993.
- **Weisbrot C.** : *À propos d'un CAC*, *Synapse*, n° 115, avril 1995.

# ANNEXES

# Fiches diagnostiques

- L'accès maniaque
- L'accès mélancolique
- La paraphrénie
- La schizophrénie
- Les délires paranoïaques
- Les bouffées délirantes aiguës
- La psychose hallucinatoire chronique (PHC)

NB : Les fiches suivantes proposent une synthèse des principaux diagnostics évoqués dans cet ouvrage.

# L'ACCÈS MANIAQUE

C'est une des phases de la psychose maniaco-dépressive (ou trouble bipolaire), maladie évoluant de façon périodique avec intervalle libre entre les accès maniaques ou mélancoliques (retour à la normale du psychisme). L'accès maniaque entre dans la catégorie des troubles de l'humeur, auxquels s'associent des idées délirantes congruentes.

## Le diagnostic positif

### ■ Le terrain

- L'âge de début se situe en moyenne vers 30 ans.
- Des antécédents familiaux sont fréquemment retrouvés.
- Une périodicité saisonnière est généralement admise (printemps, automne).
- Absence de sex-ratio.

Le diagnostic repose sur la coexistence d'un trouble de l'humeur expansif et d'idées mégalomaniaques en rapport avec l'exaltation thymique.

### ■ Les troubles de l'humeur

- Le début est brutal : hyperactivité inhabituelle et insomnie sans fatigue ressentie.
- Présentation : tenue débraillée, gesticulation théâtrale, hypersyntonie à l'ambiance, ludisme, familiarité inhabituelle.
- Excitation psychomotrice : accélération de la pensée, fuite des idées, saut du coq à l'âne, perturbation majeure de l'attention et de la concentration.

L'excitation motrice se traduit par une hyperactivité improductrice, des déambulations fréquentes...

- La thymie est expansive : euphorie souvent labile : passage du rire aux larmes, attitudes familières, ironie agressive.

### ■ Les idées délirantes

Elles sont congruentes à l'humeur, c'est-à-dire en rapport avec l'euphorie et le sentiment de toute-puissance. Le contexte ludique et l'absence de conviction ne permettent pas de parler de délire authentique.

Les idées regroupent des thèmes variables : projet grandiose, sentiment de toute-puissance, d'infaillibilité, intuition prophétique, filiation illustre, thèmes érotiques...

## Les formes cliniques

### ■ Fonction de l'intensité des troubles

- Hypomanie : il s'agit plutôt d'un tempérament hyperthymique.

- Manie suraiguë ou fureur maniaque : très rare.

L'aspect ludique laisse place à une dimension agressive avec dangerosité extrême.

- Manie délirante : les thèmes délirants sont plus marqués.

La présence d'hallucinations ou d'automatisme mental est un caractère d'atypicité.

- Manie confuse : désorganisation de la pensée et des actes allant jusqu'à l'obnubilation.

**L'évolution de l'accès maniaque n'excède pas six mois et est moindre avec un traitement adapté.**

**En revanche, les rechutes sont fréquentes et font partie intégrante de l'évolution cyclique de la maladie.**

# L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE

C'est une des phases de la psychose maniaco-dépressive (ou trouble bipolaire), maladie évoluant de façon périodique avec intervalle libre entre les accès maniaques ou mélancoliques (retour à la normale du psychisme). L'accès mélancolique rentre dans la catégorie des troubles de l'humeur auxquels s'associent des idées délirantes congruentes.

## Le diagnostic positif

### ■ Le terrain

- L'âge de début se situe en moyenne vers 30 ans.
- Des antécédents familiaux sont fréquemment retrouvés.
- Une périodicité saisonnière est généralement admise (printemps, automne).
- Absence de sex-ratio.

Le diagnostic repose sur la coexistence d'un trouble de l'humeur expansif du registre dépressif et d'une idéation délirante en rapport avec l'état mélancolique.

### ■ Les troubles de l'humeur

- Le début : le plus souvent insidieux avec installation progressive d'un syndrome dépressif avec diminution du rendement intellectuel.
- Présentation : visage triste, amimique, hypotonique, regard fixe, ralentissement extrême, fuite du contact.
- Inhibition psychomotrice intense : lenteur et rareté gestuelle, voire immobilisme, discours pauvre, troubles instinctuels fréquents (insomnie, constipation, amaigrissement).
- Thymie triste avec profonde douleur morale, indifférence affective, dévalorisation avec auto-dépréciation.

### ■ Les idées délirantes

Dans la forme typique, il s'agit surtout d'une exacerbation des thèmes dépressifs. Ainsi, le sentiment de culpabilité se transforme en auto-accusation pour des actes minimes, le désespoir est perçu comme une incurabilité avec désir de mort, des châtiments sont craints ou demandés...

## Les formes cliniques

Elles sont fonction de la prédominance d'un des pôles du tableau clinique :

- anxieuse : l'anxiété est alors responsable d'agitation ;
- stuporeuse : l'inhibition psychomotrice est à son paroxysme, le sujet est quasi statufié ;

- délirante : les thèmes délirants sont prédominants : ruine, indignité, damnation avec parfois délire hypocondriaque (négation d'organe, transformation corporelle). Des hallucinations peuvent se rencontrer (acoustico-verbales, cénesthésiques) sans qu'il y ait un caractère d'atypicité ;
- confusionnelle : rare ; plutôt chez les personnes âgées.

**L'accès mélancolique se résout en six mois. Les thérapeutiques accélèrent l'évolution vers une disparition des symptômes.**

**Les rechutes sont fréquentes, en lien avec le caractère cyclique de la maladie. Les risques de passages à l'acte suicidaire sont majeurs au cours des accès mélancoliques et imposent quasi systématiquement une hospitalisation.**

# LA PARAPHRÉNIE

Les paraphrénies (ou psychoses fantastiques) sont caractérisées, d'une part, par leur évolution chronique, mais sans profonde détérioration de la vie psychique et, d'autre part, par la prédominance des mécanismes imaginatifs et la richesse des thèmes qui en découlent. Elles sont rares et leur autonomie n'est reconnue que dans la nosographie française.

## Le diagnostic positif

### ■ Le terrain

- L'âge du début se situe entre 30 et 45 ans, mais il est souvent difficile à dater.
- Pas de sex-ratio.
- On peut retrouver des antécédents psychiatriques familiaux très variables.
- Il n'existe pas de personnalité prémorbide type.

### ■ Le délire

- S'installe progressivement et demeure chronique.
- Il est non systématisé, riche, très imaginaire et sans cohérence.
- Les thèmes sont multiples, caractérisés par leur aspect de fiction, d'histoire fantastique qui s'enrichit au fur et à mesure de l'évolution, sans aucun souci de clarté, prenant une forme séduisante et poétique.
- L'humeur est souvent exaltée, mais le délire n'envahit pas totalement la vie psychique du sujet et coexiste souvent avec une pensée « normale » qui permet au patient une relative adaptation sociale.
- Le mécanisme est soit purement imaginatif, soit enrichi de phénomènes hallucinatoires. Il détermine deux formes cliniques.

## Les formes cliniques

### ■ La forme imaginative

Le mécanisme est imaginatif pur. Le délire se construit progressivement, intégrant les faits de la réalité, qui sont romancés. Les thèmes sont en rapport avec des idées de puissance, de filiation illustre, avec destin romanesque à la clé. On note un relatif manque de conviction et une complaisance narcissique à livrer un délire de plus en plus riche d'actions et d'événements hors du commun que le sujet s'attribue.

### ■ La forme fantastique

Le mécanisme imaginatif est complété par des hallucinations auditives, un automatisme

mental et des hallucinations corporelles. Les thèmes sont franchement déréels (véritables contes de fées) ou ont trait à la science-fiction (expérience avec les extraterrestres). La pensée est grandiose, affranchie de toutes les contingences réelles, et la thymie est souvent exaltée.

**Les passages à l'acte médico-légaux sont très rares. On décrit une évolution possible vers la dissociation de la pensée et la constitution d'une schizophrénie.**

# LA SCHIZOPHRÉNIE

C'est une psychose chronique, dont il existe un grand nombre de formes sémiologiques. Elles ont cependant toutes en commun la dissociation et une évolution déficitaire qui en fait une maladie au pronostic sombre. Son étiologie reste multifactorielle.

## Le diagnostic positif

### ■ Le terrain

- Touche l'adulte jeune.
- Sex-ratio homme/femme équivalent.
- Pathologie fréquente (1 % de la population générale).
- Des facteurs héréditaires sont impliqués (existence d'antécédents familiaux).

### ■ Le diagnostic sémiologique repose sur une triade symptomatique

#### 1) Un syndrome dissociatif

La dissociation consiste en une perte de l'unité de la personnalité du sujet et entraîne des perturbations de la pensée, de l'affectivité et des comportements.

- La pensée n'est pas fluide, avec suspension du cours des idées (barrages), répétitions stéréotypées d'une même idée, associations absurdes.

Le sens des mots est souvent détourné, avec apparition de néologismes.

- La dissociation affective se traduit par une froideur du contact, une neutralité affective, des réactions de colère brutale et des rires immotivés. L'ambivalence affective est au premier plan.

- Les troubles du comportement peuvent s'observer au niveau de perturbations de la psychomotricité (maniérisme, stéréotypie gestuelle), d'un syndrome catatonique (négativisme, inertie, suspension des gestes...). L'impression générale reste celle d'une étrangeté, d'une bizarrerie.

#### 2) Un syndrome délirant paranoïde

- Délire flou, non systématisé, sans cohérence (donc paranoïde).
- Tous les mécanismes peuvent être observés, avec prédominance des phénomènes hallucinatoires et d'un automatisme mental.
- Les thèmes sont variables, abstraits, hermétiques, centrés sur des idées de persécution, de menace, d'influence ou de toute-puissance.
- Le vécu délirant traduit souvent une forte angoisse avec perception hostile de l'ambiance.

- La conviction délirante est totale, laissant peu de place à la perplexité.

### 3) Un syndrome autistique

Il s'exprime au travers d'un repli sur soi, d'une indifférence pour le monde extérieur. Les relations sociales sont très appauvries et « le monde » du schizophrène apparaît comme impénétrable.

La prédominance d'un de ces trois pôles détermine les différentes formes cliniques.

## Formes cliniques

### ■ La schizophrénie paranoïde : la plus fréquente

- Le délire est au premier plan (symptôme positif).
- La dissociation est plus ou moins marquée.
- Apparition plus tardive des symptômes.
- Évolution discontinue, avec réaménagement sur un mode pseudo-névrotique ou caractériel possible.

### ■ L'hébéphrénie

- Le caractère déficitaire est prédominant, avec fréquence des symptômes dits négatifs : émoussement des affects, baisse du rendement social ou professionnel, inertie, apathie...
- Apparition classiquement plus précoce et progressive (fin de l'adolescence).
- Importance du pôle dissociatif.

### ■ La forme catatonique : rare

- Prédominance des troubles psychomoteurs et du négativisme.
- Accès de fureur catatonique possibles.
- Une des formes au pronostic le plus sombre.

### ■ La schizophrénie simple

- Absence de délire et de troubles importants de la pensée.
- Retrait affectif, ambivalence.
- Handicap social important.
- Les patients sont classiquement mieux acceptés dans des groupes sociaux dits marginalisés.

**La schizophrénie reste une des psychoses les plus fréquentes et dont le pronostic à terme est réservé. Le diagnostic doit en être posé avec prudence et après plusieurs mois d'évolution, ce d'autant que les modes d'entrée dans la schizophrénie sont très variables (bouffée délirante aiguë, épisode d'allure maniaque ou dépressive, début insidieux et progressif...).**

# LES DÉLIRES PARANOÏAQUES

Individualisés dans leurs différentes formes cliniques au début du XX<sup>e</sup> siècle, les délires paranoïaques regroupent actuellement dans la classification française trois types :

- les délires d'interprétation systématisés (paranoïa) ;
- les délires de relation des sensitifs ;
- les délires passionnels.

Ils ont des caractéristiques communes : un début tardif, la prévalence des mécanismes interprétatifs, la cohérence et la systématisation du délire, qui reste inaccessible au doute.

## Le diagnostic positif

### ■ Le terrain

- L'âge de début se situe entre 35 et 45 ans.
- Il n'existe pas de sex-ratio global.
- On leur reconnaît, mais de manière non systématique, une personnalité prémorbide dite personnalité paranoïaque : méfiance, rigidité psychique, orgueil et fausseté de jugement.

### ■ Le délire

- Il est chronique (> 6 mois) et s'installe insidieusement.
- Systématisé et cohérent, il s'appuie sur un postulat initial faux (lié à un trouble de jugement) pour s'enrichir au fil des années selon une logique implacable.
- Le mécanisme central est l'interprétation (les hallucinations sont rares voire absentes).
- Les thèmes sont variables et définissent les différentes formes cliniques.
- L'adhésion au délire est toujours totale avec conviction délirante inébranlable.

## Les formes cliniques

### ■ Le délire d'interprétation (la paranoïa, ou délire de Sérieux et Capgras)

- Le mécanisme principal reste celui de l'interprétation délirante d'un événement réel, la réalité extérieure est bien perçue mais interprétée selon une logique délirante.
- Le délire s'étend en réseau sur plusieurs années, touchant a priori tous les domaines de la vie du sujet.
- Le thème du délire est le plus souvent la persécution, le préjudice ou la malveillance.
- La conviction est totale : il ne sert à rien de tenter de convaincre un paranoïaque.

### ■ Le délire de relation (paranoïa sensitive ou délire de Kretschmer)

- Il se développe chez des personnalités dites sensibles : l'orgueil et l'obstination se mêlent à une vulnérabilité et une susceptibilité.
- On retrouve souvent un événement déclenchant : échec social, frustration...
- Le délire touche surtout le domaine de la vie relationnelle, avec sentiment de honte, de brimades et d'humiliation.
- Le mécanisme central est là encore celui de l'interprétation.
- L'évolution est fréquemment ponctuée d'épisodes dépressifs et de manifestations hypochondriaques.

### ■ Les délires passionnels

- Ils ont tous en commun une structure et des mécanismes constants.
- Ils sont dits en secteur, c'est-à-dire qu'ils ne touchent qu'un seul domaine de la vie du sujet.
- À partir d'un postulat initial, toute une série d'interprétations va construire la trame du délire, renforçant parfois sa vraisemblance.
- Des mécanismes imaginatifs ou intuitifs peuvent s'ajouter.
- L'idée délirante prévalente définit des sous-types :
  - l'érotomanie : « illusion délirante d'être aimé » ;
  - délire de jalousie : « conviction d'être trompé sans motif précis » ;
  - délire de revendication : « idée de préjudice, d'injustice ».

**Les délires paranoïaques, remarquables par leur chronicité et leur extension permanente sans évolution vers une dissociation de la personnalité, sont fréquemment à l'origine de passages à l'acte médico-légaux souvent gravissimes.**

# LES BOUFFÉES DÉLIRANTES AIGÜES

Il s'agit d'un état psychotique d'installation brutale, caractérisé à la fois par la richesse et le polymorphisme des thèmes délirants et par la fréquence des troubles de l'humeur. Par définition, le trouble est de durée brève (quelques semaines) et apparaît classiquement comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein ».

## Le diagnostic positif

### ■ Le terrain

- L'âge de début se situe entre 20 et 40 ans.
- Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.
- Il n'existe pas de personnalité prémorbide particulière, au contraire, l'expérience délirante apparaît en rupture totale et brutale avec l'état émotionnel et les comportements habituels du sujet.
- L'importance d'un facteur déclenchant est variable (événement stressant, choc affectif).

### ■ Le délire

- Il est aigu, donc d'une durée inférieure à 6 mois.
- Le début est toujours brutal : l'état délirant proprement dit s'installant en quelques heures.
- Polymorphisme des mécanismes qui se succèdent ou s'associent : hallucinations idéo-verbales et automatisme mental sont les plus fréquents (vol de la pensée, commentaire des actes, syndrome d'influence).
- Polymorphisme des thèmes, qui peuvent alterner : soit expérience de toute-puissance, de grandeur dans une ambiance d'élévation, soit expérience catastrophique et angoissante de persécution, de possession ou de menace avec sentiment de dépersonnalisation.
- Absence de systématisation et d'organisation du délire.
- L'humeur est modifiée et labile, toujours très exaltée.
- Une note confusionnelle est fréquente, avec modification de la conscience de soi et de la perception de l'environnement.
- Adhésion complète au délire qui est agi (fugues, bagarres, voyages pathologiques).

## Les formes cliniques

Elles sont fonction de la prédominance d'un thème ou d'un mécanisme, de l'intensité des troubles de l'humeur et de la présence de troubles de la conscience et de manifestations de dépersonnalisation.

### Les formes évolutives

C'est classiquement la règle des « un tiers » qui s'applique :

- épisode unique de la vie du sujet;
- ou répétition des épisodes aigus sur un mode toujours intermittent avec restitution ad integrum de la personnalité. À long terme, il est fréquent qu'une psychose maniaco-dépressive se révèle;
- ou évolution chronique, après quelques accès délirants, vers une schizophrénie paranoïde.

# LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE (PHC)

Psychose chronique d'apparition tardive, caractérisée par un syndrome délirant ancien (plus de six mois) mal systématisé dont le mécanisme est principalement hallucinatoire.

G. G. de Clérambault (psychiatre français du milieu du XX<sup>e</sup> siècle) en donne la synthèse suivante : « *Psychose délirante basée sur le syndrome d'automatisme mental qui en constitue le noyau et dont la superstructure délirante constitue une idéation surajoutée.* »

## Le diagnostic positif

### ■ Le terrain

Femme de plus de 35 ans (ménopause +++), présentant une personnalité prémorbide de type sensitive, ayant tendance à l'isolement social.

## Description du syndrome délirant : (à la phase d'état)

### ■ Le délire

- Chronique (> 6 mois).
- Mal systématisé.
- De mécanisme essentiellement hallucinatoire.

On retrouve des hallucinations :

- auditives;
- cénesthésiques (tactiles);
- psycho-sensorielles (gustatives et olfactives).

Au début de la maladie, on isole très fréquemment un syndrome d'automatisme mental (devinement, écho et vol de la pensée, commentaires des actes).

- Thèmes :
  - persécution +++;
  - influence (syndrome d'influence) ++;
  - grandeur, jalousie.
- Participation affective = très présente.
- Participation thymique = fréquente (exaltation+++).
- Adhésion au délire = très importante.

## Évolution

On retrouve quatre critères diagnostics évolutifs

■ **Au début** : le patient découvre avec doute et passivité un parasitisme hallucinatoire de sa propre pensée prenant la forme d'un automatisme mental, véritable noyau basal de la future histoire délirante du patient.

■ **Puis** : délire surajouté au syndrome d'automatisme mental et édifié à partir du vécu hallucinatoire entraînant de nombreux troubles du comportement (isolement, plainte au commissariat...).

■ **Après traitement** :

- soit enkystement du délire (extinction +/- complète, sans critique);
- soit mise en place d'une complicité entre le patient et ses interlocuteurs hallucinatoires.

■ **Jamais d'évolution déficitaire** (pas de déficit des processus de la pensée) expliquant, en partie, la bonne adaptation sociale de ces patients.

# Illustrations cliniques

- Histoire de Pascal
- Histoire de Valérie
- Histoire de Monsieur C.
- Histoire de Madame P.
- Histoire de Monsieur F.
- Histoire de Madame K.

# PASCAL

## L'histoire

Pascal, 23 ans, gaillard solide, vêtu de manière classique, étudiant en économie, se présente aux urgences pour un état qui s'est brutalement constitué et évolue depuis dix jours. Après une période de surmenage liée à la préparation de ses examens, Pascal est devenu de plus en plus confus. Tournant en rond, incapable de fixer son attention sur une tâche précise, il est à la fois agité et improductif. Lors de l'entretien, le dialogue s'instaure difficilement. Pascal paraît préoccupé, son esprit est lent, sa pensée hésitante et ses idées peu claires. Il finit par nous livrer en vrac et avec une certaine perplexité les pensées confuses qui le préoccupent depuis quelques jours. Il a l'impression que ses parents ne sont plus les siens, qu'ils ont été remplacés par des sosies. Certain d'avoir commis une faute grave depuis que la voix des prophètes lui murmure des reproches à l'oreille, il se sent responsable des malheurs de tous. Cette faute va modifier l'ordre religieux du monde et plonger tout le pays dans une grande agitation politique. Il en tient pour preuve désormais le fait d'être suivi dans la rue. Au début, il ne prêtait pas attention aux regards hostiles et méfiants de certains passants, mais il peut maintenant les identifier comme des agents secrets qui veulent le supprimer. Tout son récit se déroule sur un ton triste et angoissé, perdu et désemparé, Pascal n'est cependant pas désorienté dans le temps. Bien que lent et confus, il s'exprime avec une certaine fluidité. Il n'apparaît ni discordant ni dissocié et semble finalement s'en remettre aux conseils de son interlocuteur.

Après quelques jours d'hospitalisation, Pascal peut mettre à distance ses idées délirantes. Ses parents nous apprennent qu'il a eu jusqu'ici une existence tout à fait normale et qu'il a régulièrement progressé dans ses études supérieures. Une de ses tantes a présenté il y a quelques années un état mélancolique typique.

## Ce que l'on peut en dire

Pascal présente un tableau délirant aigu polymorphe. La symptomatologie s'est installée brutalement en quelques jours, marquant une rupture avec l'état antérieur. Les thèmes du délire sont multiples : culpabilité, comme en atteste la conviction d'avoir commis une faute grave, persécution (les agents secrets veulent le supprimer), idées de référence (il devient l'objet de l'intérêt des passants), dépersonnalisation (évoquée sur la modification des repères familiaux), mystique (il est en relation avec les prophètes).

Les mécanismes qui sous-tendent le tableau délirant sont variés : intuitif (il a commis une faute non objective), interprétatif (les passants sont hostiles et le suivent dans la rue) et hallucinatoire (une voix lui parle).

Le polymorphisme des thèmes et des mécanismes rend compte d'un délire non systématisé et non structuré.

L'adhésion aux idées délirantes est massive. Elle génère une vive anxiété, qui a envahi l'espace psychique, interdisant toute activité constructive.

En marge des idées délirantes, on repère une note confusionnelle traduite par la viscosité intellectuelle, l'incapacité à poursuivre ou à développer une idée et un ralentissement de la pensée.

L'humeur est triste.

Sur le plan diagnostic, il convient donc d'évoquer une bouffée délirante aiguë devant le caractère brutal et limité dans le temps de l'épisode, la multiplicité des thèmes et des mécanismes.

L'évolution à court terme est favorable. Les antécédents familiaux et la participation thy-mique au délire peuvent faire discuter une évolution vers une psychose maniaco-dépressive. L'absence de bizarrerie et d'éléments dissociatifs n'oriente pas le diagnostic vers un mode d'entrée dans la schizophrénie.

# VALÉRIE

## L'histoire

Valérie, 27 ans, est amenée dans le service par la police après que l'alerte a été donnée par des voisins qui ne supportaient plus le tapage nocturne dont elle était coutumière depuis plusieurs jours. Échevelée, dépenaillée, elle se présente en robe de soirée pailletée, pieds nus, une chaussure à la main. Elle explique qu'elle est, telle Cendrillon, conduite par ses valets avec leurs beaux uniformes et qu'il faut faire vite car les douze coups de minuit comme les trois coups de théâtre vont bientôt retentir.

Elle accueille le psychiatre d'un grand éclat de rire, tente de l'embrasser et lui propose de s'asseoir auprès d'elle sur le canapé qui meuble le bureau. Durant tout l'entretien, ses propos sont intarissables et s'enchaînent avec une telle rapidité qu'il devient impossible de suivre le déroulement de ses idées. *« Je suis responsable d'une agence immobilière, ils vont savoir que j'ai été chez les fous, ils ne me reprendront plus, pourtant j'ai lu tout Molière, j'écris aussi des vers pour ma mère, qui est tombée par terre à cause de Rousseau. »* Elle s'arrête brusquement pour demander un verre d'eau. La bouteille minérale de la marque Ondine la fait tout à coup changer de figure, l'œil coquin, elle réajuste sa robe, fixe le psychiatre et lui annonce que c'est d'accord, elle accepte de dîner avec lui ce soir.

Hospitalisée, elle ne tient plus en place, se promène à moitié nue dans les couloirs, haranguant à tue-tête les autres malades, à qui elle veut apprendre des chansons qu'elle vient de composer. Elle éclate de rire puis soudain se met à pleurer. Sa chambre est dans le plus grand désordre. La nuit, elle perturbe le service, réveillant chaque malade, prétextant qu'elle a besoin de compagnie.

La famille nous apprendra qu'avant d'entrer dans le service elle avait adressé un chèque d'un montant élevé au directeur du théâtre de la ville afin qu'il y fasse jouer la pièce qu'elle avait récemment écrite et traduite en plusieurs langues. Valérie est habituellement une jeune fille sérieuse et réservée. Elle doit prochainement épouser le directeur de l'agence dans laquelle elle travaille et où elle donne entière satisfaction.

## Ce que l'on peut en dire

Valérie présente un tableau associant une agitation psychomotrice avec exaltation de l'humeur et des idées délirantes congruentes à son état psychique. L'excitation psychique est évidente, sa présentation débraillée et voyante va de pair avec l'accueil bruyant et excessif qu'elle réserve au psychiatre. Le contact est facile mais superficiel, dominé par une familiarité déplacée.

L'exaltation euphorique de l'humeur reste l'élément diagnostic central. Toutes les expériences sont vécues avec un optimisme forcené permettant l'établissement de projets grandioses (écriture d'une pièce de théâtre en plusieurs langues). Mais l'humeur reste labile, avec passage fréquent du rire aux larmes. L'excitation psychomotrice s'accompagne d'un relâchement des censures morales et sociales, ce qui contraste avec le caractère habituel du sujet.

L'hyperactivité (déambulation, insomnie, déménagement de la chambre) avec trouble du comportement allant du tapage nocturne à l'invective des malades sur un mode ludique complète le tableau d'agitation.

Les troubles de l'idéation sont congruents à l'humeur avec fabulation délirante et idées de grandeur (Cendrillon, écrivain de théâtre, compositeur de chansons...). Les processus psychiques sont accélérés (tachypsychie avec fuite des idées), la pensée restant inconsistante et stérile malgré son apparente richesse. Calembours, jeux de mots et sauts du coq à l'âne traduisent l'incapacité de maintenir l'attention. L'adhésion aux idées délirantes est complète, sans mise à distance possible et conduit à des passages à l'acte avec dépenses inconsidérées (chèque adressé au directeur de théâtre).

L'ensemble du tableau clinique fait poser le diagnostic d'accès maniaque typique. Il conviendra de rechercher dans les antécédents personnels ou familiaux d'autres accès maniaques ou mélancoliques permettant d'inclure cet épisode dans l'évolution d'une psychose maniaco-dépressive (trouble bipolaire).

# MONSIEUR C.

## L'histoire

Monsieur C., 28 ans, est hospitalisé à la demande du maire, à la suite d'un coup de ciseaux donné à son frère aîné.

Le visage pâle, les traits tirés, il dégage une sorte d'anxiété fébrile mal contenue. Les vêtements tâchés, les cheveux gras et mal rasés, d'énormes rangiers aux pieds, il donne l'impression d'un personnage tout droit sorti d'un mauvais film d'aventure.

Il refuse de s'asseoir, demande à ce que la porte du bureau reste ouverte et s'irrite d'avoir à serrer la main du psychiatre : *« Je vais très bien, d'ailleurs tout va très bien et il n'y a plus rien à dire sur rien puisque vous savez déjà tout. »* Encouragé à poursuivre et à s'expliquer sur le geste qui l'a conduit à l'hôpital, il se défend en criant : *« Je n'ai pas voulu tuer mon frère, il m'a regardé bizarrement puis s'est jeté le ventre en avant sur la paire de ciseaux que je tenais par hasard. De toute façon il est de mèche avec la secte des éclaireurs du Mont Lunaire. Depuis qu'ils savent que Dieu m'a élu entre tous les hommes, ils n'ont de cesse de m'électriser le cerveau. Ils pensent en moi, m'ont forcé à me défendre. Cela a commencé à mon retour de l'armée, j'ai reçu un coup sur la nuque comme la marque du destin et depuis mes muscles sont griffés par un peigne en fer pour exciter mes nerfs. »* Il s'interrompt brutalement, semblant à l'écoute de quelque chose, puis reprend en souriant, comme détendu : *« Je ne vous dirai plus rien, vous êtes un faux médecin qui cherchez à empoisonner le plus grand artiste que cette Terre ait jamais porté. Je suis tire-poussé entre le bien et le mal, mais je vaincrai. »*

Étudiant en histoire de l'art, Monsieur C. n'a jamais eu de travail durable. Il vit seul dans un studio mal entretenu et attendant à la propriété de ses parents. Il leur réclamait sans cesse de l'argent, ce qui occasionnait ces derniers temps de violentes disputes.

Monsieur C. a déjà été hospitalisé sous la contrainte il y a un an, pour des motifs qu'il refuse de communiquer.

## Ce que l'on peut en dire

Il s'agit d'un homme jeune, potentiellement dangereux (cas de péril imminent), hospitalisé au décours d'un passage à l'acte hétéro-agressif sur la personne de son frère. Le tableau clinique associe au syndrome délirant un syndrome dissociatif majeur et un pôle autistique qu'il conviendra de préciser.

Le syndrome dissociatif : sur le plan idéique, on note un hermétisme du discours, des néo ou paralogismes (*« électriser, tire-poussé »*) et de probables barrages (arrêt brutal de la pensée). La discordance idéo-affective est marquée (sourire alors qu'il se sent menacé d'empoisonnement) et se double d'une ambivalence (il vit dans une grande proximité familiale tout en étant revendiquant, il pense ne rien avoir à dire à ce faux médecin et livre finalement un vaste discours délirant).

Il reste dans une indifférence émotionnelle avec absence de culpabilité vis-à-vis de

l'agression de son frère, qu'il rationalise de façon morbide (« *Ils m'ont dit de me défendre* »). L'ensemble de son comportement est emprunt de négativisme (refus de s'asseoir, de serrer la main).

Le syndrome délirant est de type paranoïde, non structuré, sans cohérence apparente.

Les thèmes sont multiples : syndrome d'influence (« *ils pensent en moi* »), idée de persécution, idée de grandeur messianique (« *Dieu m'a élu, je suis le plus grand artiste* »).

Les mécanismes sous-tendant le délire sont également variés : automatisme mental (« *Ils pensent en moi* »), hallucinations cénesthésiques (électricité dans le cerveau et le long des muscles). L'attitude d'écoute doit faire évoquer des hallucinations auditives.

La présentation quasi incurique, le relatif laisser-aller du lieu d'habitation, l'isolement et une vie sociale appauvrie font évoquer un repli sur soi avec un syndrome autistique partiellement compensé par une vie marginalisée. Enfin le déni des troubles est manifeste, l'adhésion au délire complète, sans distance possible.

Le diagnostic d'un moment fécond d'une schizophrénie paranoïde s'impose. On s'attachera à faire préciser les motifs de l'hospitalisation précédente, très probablement en lien avec un épisode délirant de même type.

Le polymorphisme des thèmes et des mécanismes aurait pu faire évoquer une bouffée délirante aiguë, mais le pôle dissociatif reste prédominant.

# MADAME P.

## L'histoire

Madame P., 44 ans, est hospitalisée à la demande de son médecin généraliste, qui a constaté une lente mais authentique dégradation de son état général.

Elle vit seule depuis plusieurs années dans un appartement de la région parisienne que sa mère lui a laissé en héritage. Elle subvient difficilement à ses besoins en faisant de petits ménages et du repassage. Il y a un peu moins d'un an, de nouveaux locataires sont venus s'installer à l'étage supérieur, resté longtemps inoccupé. Quelques semaines plus tard, d'étranges phénomènes ont commencé à se produire chez Madame P. : elle entendait clairement ricaner derrière son dos chaque fois qu'elle descendait l'escalier, puis ces ricanelements se sont transformés en voix chaque jour de plus en plus insultantes. Même enfermée à double tour dans son appartement, les voix continuaient à la poursuivre, commentant chacun de ses actes, devinant à l'avance ses pensées.

Elle en est venue progressivement à soupçonner ses nouveaux voisins de tenter de l'influencer par des ondes envoyées par l'intermédiaire de son transistor. « *C'est comme si j'avais des écouteurs ou une sorte de robot électrique dans la tête.* » Les voix l'insultent, la traite de « *vierge bisexuée* » et lui intimement l'ordre de quitter l'appartement dont elle a hérité à tort.

Puis de mauvaises odeurs ont commencé à envahir l'appartement. Madame P. pense qu'elles proviennent d'un poison volatil que les voisins du dessus diffusent afin d'empoisonner l'air et la nourriture qu'elle consomme. D'ailleurs, cela fait plusieurs jours qu'elle ne s'alimente plus. Elle a perdu le sommeil et, durant ses longues nuits d'insomnie, elle ressent des douleurs électriques au niveau de ses organes génitaux.

Madame P. termine l'entretien en s'effondrant en larmes, épuisée et à bout de force ; elle est prête à vendre son appartement aux voisins pour une « *bouchée de pain* ».

## Ce que l'on peut en dire

Madame P. présente une symptomatologie délirante évoluant depuis plus de six mois. On repère deux types de mécanismes structurant le délire ; un mécanisme hallucinatoire avec deux sortes d'hallucinations psychosensorielles : olfactives (perception de mauvaises odeurs) et cénesthésiques (douleurs électriques au niveau des organes génitaux), et des hallucinations acoustico-verbales (ricanements, voix).

Le second mécanisme est un automatisme mental (commentaire des actes, devinement de la pensée) dont le contenu est malveillant.

On repère un thème central de type persécutif (les voisins lui en veulent et mettent tout en œuvre pour récupérer son appartement) associé à une thématique sexuelle plus accessoire (vierge bisexuée, sensations au niveau des organes génitaux).

La tonalité du discours est triste, l'adhésion au délire est totale, avec retentissement sur l'état général (insomnie, anorexie).

La richesse et la constance de la symptomatologie hallucinatoire survenant sur un terrain classique (femme d'une quarantaine d'années avec relatif isolement social) font porter le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique.

# MONSIEUR F.

## L'histoire

M. F., 42 ans, est artisan charcutier. Marié, il vit à l'écart de la ville où il a acquis, avec sa femme, une maison et un hangar attenant, qu'il a aménagé pour entreposer, saler et traiter la charcuterie qu'il vend sur les marchés.

En raison d'un projet de construction d'une grande surface, M. et Mme F. se voient expropriés de leur maison. Grâce à l'indemnité perçue et avec l'aide d'un petit emprunt, ils peuvent se réinstaller de l'autre côté de la ville et reprendre leur activité commerciale. Mais rapidement M. F. se met à se plaindre qu'il n'a pas été suffisamment indemnisé. Il passe des nuits entières à faire ses comptes, prenant sa femme à témoin pour la convaincre de leur bon droit. Il en vient à penser et à répandre autour de lui l'idée que *« certains ne se sont pas gênés pour faire des affaires sur son dos »*, visant en particulier le maire de sa commune, dont il connaît les affinités politiques, proches de celle du gérant du supermarché. Il entame alors une série de démarches, fait procéder à plusieurs expertises de son ancienne maison, qui toutes concluent à la même et juste évaluation de son ancien bien. Persuadé que le maire est de mèche avec les experts, il harcèle la mairie, puis la préfecture, la chambre de commerce et va jusqu'à saisir le ministre de l'Économie et des Finances. Ses démarches restent vaines, M. F. délaisse de plus en plus son commerce et les difficultés financières commencent à s'accumuler.

Chaque fois que sa femme tente de le raisonner, elle essuie de véhémentes colères au cours desquelles il finit par affirmer *« qu'elle est donc de leur côté »*. Il se montre de plus en plus méfiant à son égard, la fait surveiller, exige d'avoir son emploi du temps précis, jusqu'au jour où il tente de l'étrangler après qu'elle a quitté la maison sans le prévenir et qu'il l'ait vu discuter à la boulangerie avec une femme dont il est certain qu'il s'agissait de la femme du maire.

Madame nous relatara que son mari s'est toujours montré extrêmement méfiant et suspicieux en affaires et qu'il était coutumier de violentes scènes de ménage chaque fois qu'il la surprenait à discuter un peu trop longtemps ou un peu trop aimablement avec un client.

## Ce que l'on peut en dire

Les éléments sémiologiques guidant la démarche diagnostique sont ici de trois ordres : un passage à l'acte hétéro-agressif, des troubles de la personnalité et un syndrome délirant en secteur.

On retrouve en effet un délire systématisé dont le mécanisme de base est la « distorsion de jugement » permettant que se développe une série d'interprétations délirantes. Le facteur déclenchant ou « cristallisateur » est, dans la réalité, l'expropriation. À partir de cet événement, M. F. va construire une revendication cohérente mais délirante qu'il nourrit de ses différentes interprétations : le maire a fomenté toute cette affaire, acheté

les experts et devient le persécuteur désigné de M. F. qui se sent victime d'un complot. L'envahissement de la sphère intellectuelle par le processus délirant persécutif entraîne une mise en acte des convictions délirantes avec multiplication des procès et des démarches revendicatrices, d'une part, et déplacement du vécu persécutif sur sa femme, d'autre part.

L'escalade aboutit au passage à l'acte hétéro-agressif sur cette dernière, dont le comportement est interprété, dans la logique délirante du mari, comme une preuve irréfutable « *qu'elle est de leur côté* ».

Le délire survient chez un homme d'une quarantaine d'années présentant une personnalité de type paranoïaque, comme en témoignent sa méfiance, sa suspicion et une jalousie exacerbée.

Il s'agit donc d'un délire paranoïaque de revendication de type quérulent processif (multiplication des procès). Le passage à l'acte violent rend compte du caractère de dangerosité de ce type de délire.

# MADAME K.

## L'histoire

Mme K., 62 ans, est adressée à l'hôpital à la suite de l'intervention de SOS psychiatrie à Paris. Son fils, au cours de la visite hebdomadaire qu'il rend à sa mère, l'a trouvée prosternée sur son lit, les mains jointes. Après un long temps d'hésitation, elle a murmuré quelques idées confuses et incohérentes évoquant sa mort prochaine.

Dans le bureau du psychiatre, elle s'assoit grimaçante et avec peine sur la chaise la plus éloignée et fixe la fenêtre le regard vide. Son visage est pâle, son corps frêle. Elle paraît amaigrie. Après de longues minutes de silence, elle accepte le dialogue sans rien modifier à la rigidité de son visage. Le discours est lent, laconique. Elle parle à voix basse par brides décousues. Elle va mourir du sida et c'est le juste châtement de Dieu. Elle a commis il y a quarante ans le crime le plus abject en avortant d'un enfant pour de l'argent. Les démons ne la lâchent plus, lui envoient des ondes électriques afin qu'elle dérègle à distance le pacemaker de son frère atteint d'une grave maladie cardiaque. Elle est ici pour qu'on l'enferme dans une chambre et qu'on lui donne la mort en faisant couler lentement le poison dans ses veines.

Mme K. vit seule à son domicile depuis quelques années après le divorce d'avec son deuxième mari. Il s'agirait du quatrième épisode en vingt-cinq ans. Le premier est survenu peu de temps après la naissance de sa fille aînée, le suivant à la naissance de l'aîné de ses petits-enfants, le troisième au mariage de son fils.

La fête donnée en l'honneur de la communion d'un de ses petits-fils est le dernier événement familial marquant. Elle y a d'ailleurs participé avec beaucoup de plaisir.

Durant les premiers jours de sa prise en charge à l'hôpital, elle refusera de s'alimenter autrement qu'à la petite cuillère, réclamant un nursing infirmier intense et l'aide de la kinésithérapeute pour faire quelques pas dans le couloir. Elle n'aura de cesse de nous enjoindre de la laisser mourir, plus personne ne pouvant plus rien pour elle. Les sollicitations de son entourage la laissent d'ailleurs indifférente.

## Ce que l'on peut en dire

Le tableau présenté par Mme K. associe une dépression intense et marquée et des idées délirantes congruentes à l'humeur.

Les signes du registre de la dépression : le contact est distant, figé, le visage porte le masque de la tristesse en lien avec une douleur morale intense.

Le discours spontané est quasi inexistant et lorsqu'on interroge la patiente, on constate une idéation lente avec bradypsychie. Murée dans sa douleur psychique, elle ne prête guère attention aux sollicitations extérieures et reste inaccessible aux tentatives de réconfort. L'inhibition motrice est intense, avec régression et perte complète de l'autonomie. La douleur morale, caractéristique de la mélancolie, s'exprime ici sur un mode délirant fait d'interprétations. Les thèmes d'incurabilité, de culpabilité et d'indignité sont ici à leur

paroxysme. La culpabilité s'exprime au travers d'un acte très ancien dont on ne peut faire préciser le contexte : responsable de la mort d'un enfant, elle pourrait tout aussi bien l'être de celle de son frère. Elle mérite le châtement voire la damnation tant sa faute est grande. Les thèmes hypocondriaques sont présents, comme en témoigne la conviction d'être atteinte du sida. L'infection par le virus vient ici renforcer l'idée de punition et d'incurabilité. La mort est réclamée comme seule solution envisageable.

Le tableau délirant est complété par des hallucinations cénesthésiques (ondes électriques). Enfin, il faut tenir compte des antécédents de la patiente, puisqu'il s'agit d'un quatrième épisode avec période intercritique (absence de signes pathologiques entre les épisodes). On remarquera qu'à chaque fois un événement familial marquant, centré sur les étapes importantes jalonnant l'existence (naissance, mariage, communion), initie la décompensation. Des facteurs déclenchants sont en effet fréquemment retrouvés qu'ils soient heureux ou malheureux.

L'association d'une dépression intense (mélancolie), d'idées délirantes en lien avec l'humeur et les antécédents de la patiente font porter le diagnostic d'accès de mélancolie délirante à intégrer dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive (ou trouble bipolaire).

## LEXIQUE SÉMIOLOGIQUE

■ **AMBIVALENCE** : dans la symptomatologie schizophrénique (Bleuler, 1911), l'ambivalence traduit l'émergence simultanée et contradictoire de deux tendances opposées (haine-amour/collage-rupture...). Elle participe à la discordance affective retrouvée auprès des patients schizophrènes. En dehors de ce contexte clinique, elle se retrouve dans d'autres champs psychiques notamment névrotiques (le deuil, la jalousie, l'obsession...).

■ **AUTOMATISME MENTAL (syndrome d')** : syndrome décrit par Gaëtan Gatien de Clérambault (première moitié du XX<sup>e</sup> siècle) qui associe divers troubles dans le fonctionnement intellectuel. Le déroulement de la pensée est marqué par des arrêts ou des à-coups (intuitions) pour s'enrichir ensuite du devinement (ou vol) de la pensée, de l'énonciation des actes à venir et des commentaires des actes. Considéré comme le noyau central du délire des psychoses hallucinatoires chroniques (PHC), l'automatisme mental se retrouve en totalité ou en partie dans d'autres cas de psychoses (notamment schizophréniques).

■ **CAPGRAS (syndrome de)** : ou délire des « sosies ». Le patient a la conviction délirante que ses proches ont été remplacés par des doubles. Évoluant dans un climat persécutif, ce vécu délirant se retrouve aussi bien dans les cas de bouffées délirantes aiguës que dans les délires chroniques de persécution (formes paranoïdes de schizophrénie notamment).

■ **BARRAGE** : très spécifique du processus dissociatif opérant dans la schizophrénie, le barrage consiste en un arrêt brutal et soudain du discours du patient avec reprise de ce discours le plus souvent sur une autre idée. Avec d'autres symptômes, le barrage traduit le trouble du cours de la pensée propre aux patients schizophrènes : la dissociation.

■ **CLAUSTRATION** : trouble du comportement qui se définit comme un isolement pathologique, le plus souvent au domicile, sous-tendu essentiellement par un vécu délirant persécutif et l'immobilité mélancolique. Dans le cadre de la persécution délirante, c'est un symptôme qui signe l'importance de l'adhésion du patient à ses troubles.

■ **CONVICTION DÉLIRANTE** : le degré de conviction évalue le niveau d'adhésion du patient envers ses idées délirantes. C'est un bon témoin de l'importance du vécu délirant et de la perte du libre arbitre du patient.

■ **COTARD (syndrome de)** : syndrome délirant constitué autour de la négation d'organe. Le patient a la double conviction d'être immortel et en même temps de posséder des organes internes morts ou pourris (le foie...). Forme délirante évolutive de certains cas de mélancolie grave.

■ **CULPABILITÉ DÉLIRANTE (idées de)** : sentiment qui trouve sa place dans la culture judéo-chrétienne, traduisant l'idée d'une faute commise, la culpabilité peut devenir délirante (dans les cas de mélancolie). Il s'agit alors de la mise en avant par le patient d'un sentiment d'indignité ou de remords insurmontable qui trouverait sa résolution dans le châtement (la mort).

■ **DÉCOMPENSATION (délirante)** : dans le jargon psychiatrique, la décompensation d'une maladie signifie l'émergence de symptômes consécutive à un affaiblissement ou à un effondrement des défenses psychiques habituellement opérantes. Cette émergence de symptômes peut constituer un syndrome délirant, on parle de décompensation délirante.

■ **DÉPERSONNALISATION** : parfois simple malaise passager, la dépersonnalisation peut devenir délirante. Véritable perte de repères, le patient a la conviction d'avoir perdu son identité, que ses proches ont été changés par d'autres... Un sentiment de déréalisation (perte du sentiment de réalité) participe à ce tableau qui évolue le plus souvent dans un contexte délirant de persécution.

■ **DEVINEMENT DE LA PENSÉE** : très caractéristique du syndrome d'automatisme mental, le devinement de la pensée est exprimé par le patient comme un phénomène extérieur à lui qui fait intrusion dans son psychisme, pour, entre autres, deviner ses propres pensées.

■ **DIFFLUENCE (de la pensée ou du discours)** : souvent du registre de la dissociation, la pensée diffluyente provoque une atteinte de la chaîne des associations idéiques. Les propos (diffluyents) sont alors marqués par de multiples digressions qui donnent au discours un certain hermétisme.

■ **DISCORDANCE (affective)** : élément constitutif de la dissociation du patient schizophrène. Elle traduit le décalage qui s'opère entre le contenu du discours et la tonalité affective qui s'en dégage.

■ **DISSOCIATION** : considérée en France comme le noyau central de la psychose schizophrénique, la dissociation traduit les phénomènes de ruptures intrapsychiques que peut traverser le patient. Ces phénomènes se retrouvent au niveau d'une pensée perturbée qui se ressent comme disloquée, perdant son unité habituelle. Ces phénomènes ont pour conséquence l'apparition de divers symptômes : bizarrerie comportementale, étrangeté du contact, barrage, discordance affective, maniérisme, diffluence...

■ **ÉCHO DE LA PENSÉE** : phénomène hallucinatoire constitutif du syndrome d'automatisme mental, l'écho de la pensée exprime la perception d'une pensée répétée, voire commentée par une force (ou une voix) extérieure au patient lui-même.

■ **ÉROTOMANIE** : le délire érotomaniaque appartient aux délires passionnels paranoïaques en secteur et se définit comme la conviction (délirante) d'être aimé. À partir de ce postulat fondamental, le patient développera diverses phases (énamoration, harcèlement, dépit...) dans lesquelles l'élaboration délirante sera de mieux en mieux construite. À terme, l'objet aimé peut être un danger (classique passage à l'acte du patient érotomane en phase de dépit).

■ **ÉTRANGETÉ (sentiment d')** : impression d'un changement des rapports avec l'environnement qui paraît alors distant, bizarre ou franchement hostile. Participe au syndrome de dépersonnalisation que décrivent les patients schizophrènes, mais se retrouve également dans les cas de confusion mentale.

■ **FANTASTIQUE (délire)** : délire dont les thèmes évoquent le fantastique (thèmes cosmiques, féeriques, interplanétaires...) avec intervention de pouvoirs surnaturels. Se retrouve dans les cas de délire paraphrénique (dont le mécanisme prévalent est imaginaire).

■ **GLOSSOLALIE** : néologisme propre aux formes évoluées de schizophrénie délirante, avec son propre vocabulaire et sa propre syntaxe.

■ **GRANDEUR (idées de)** : idées délirantes traduisant une surestimation pathologique des capacités ou de la situation socio-professionnelle du patient. Véritable expansion d'un moi délirant, les idées de grandeur se retrouvent fréquemment dans les cas de manie délirante.

■ **HALLUCINATION** : pathologie de l'acte perceptif, l'hallucination se définit comme une perception sans objet qui peut être visuelle, gustative, olfactive, tactile et bien sûr auditive (si fréquente dans les syndromes délirants). En clinique, l'hallucination auditive peut se traduire par une attitude d'écoute de la part du patient, dont le discours ou la pensée paraissent « parasité ». L'hallucination peut servir de mécanisme à certains délires.

■ **HUMEUR (ou thymie)** : l'humeur rassemble les dispositions affectives de tout un chacun dans un fonctionnement habituel. Elle peut présenter des écarts importants en pathologie mentale (manie et mélancolie) et participe parfois au vécu délirant du patient. La participation thymique au délire est un des critères sémiologiques importants, car elle induit des rapports affectifs pas toujours faciles à gérer dans la prise en charge.

■ **IDÉE DÉLIRANTE** : c'est une croyance sans fondement dans la réalité extérieure et vécue pleinement dans le psychisme du patient. Cette dimension subjective de l'idée délirante explique en partie l'existence des autres symptômes du délire, comme la conviction délirante...

■ **ILLUSION** : c'est une perception déformée d'un objet réel. Elle se retrouve fréquemment dans les cas de confusion mentale.

■ **IMAGINATIF (mécanisme)** : en tant que mécanisme des idées délirantes, l'imagination est un processus psychique produisant des fictions plus ou moins riches qui provoque une entière conviction délirante. C'est le mécanisme prévalent des cas de paraphrénie, mais on le retrouve dans d'autres délires chroniques (paranoïde, PHC...).

■ **INDIGNITÉ (idées délirantes d')** : sentiment de honte, de bassesse en regard d'un jugement moral que porte le patient à ses idées délirantes. Le sentiment d'indignité accompagne fréquemment la culpabilité délirante des cas de mélancolie.

■ **INFLUENCE (syndrome d')** : le syndrome d'influence est une forme aboutie de processus hallucinatoire. Véritable expérience psychosensorielle par laquelle le patient se dit téléguidé, poussé par une force ou une voix extérieure à lui : il est comme agi par des ordres hallucinatoires (on parle d'injonctions hallucinatoires) auxquels il se soumet plus ou moins. Très envahissant, ce vécu délirant emporte la conviction totale du patient et lui enlève tout libre arbitre.

■ **INTERPRÉTATION (délirante)** : phénomène de pensée qui consiste à produire un raisonnement faux ou erroné à partir d'une perception réelle. En tant que mécanisme du délire, l'interprétation délirante aboutit à une vaste construction rigoureuse dans laquelle le sujet « déchiffre » les éléments de réalité en fonction de sa conviction délirante.

■ **JALOUSIE (délire de)** : si la jalousie traduit un sentiment banal de duperie ou d'abandon possible vis-à-vis d'une relation amoureuse investie, elle peut devenir délirante selon les modalités du délire passionnel. Ainsi, partant du postulat d'être trompé, le sujet va déployer des conduites d'inquisition et de soupçon qui lui permettront de formuler les « preuves » de son postulat. Ce type de délire se retrouve souvent dans le cadre d'un alcoolisme chronique évolué et des délires paranoïaques de type passionnels.

■ **MÉCANISME (du délire)** : se définit comme une élaboration psychique servant de support aux thématiques du délire. On distingue quatre mécanismes : l'hallucination, l'interprétation, l'intuition et l'imagination.

■ **MÉFIANCE** : traduit la disposition du patient à mettre en doute ce qu'il perçoit de son interlocuteur. Ce doute s'intègre le plus souvent dans un climat de persécution : le patient ne peut faire confiance aux gens de son entourage. La méfiance se repère dans le contact avec le malade (regard fuyant...) et dans son discours (remet en question les affirmations de l'interlocuteur).

■ **MÉGALOMANIE** : synonyme des idées de grandeur, la mégalomanie traduit bien le phénomène d'expansion du moi délirant dans ses rapports avec le monde. Comme le mot l'indique, la mégalomanie pure se retrouve dans certains cas de manie délirante ; mais bon nombre de délires produisent des thèmes mégalomaniacques.

■ **MOMENT FÉCOND (du délire)** : appartient au jargon psychiatrique : la fécondité délirante (ou moment fécond) traduit une exacerbation symptomatique d'un délire chronique (quel qu'en soit le diagnostic schizophrénie, paranoïa...).

■ **NÉGATION (délire de)** : certains états délirants conduisent le patient à nier « l'existence de la réalité ». Cette négation concerne le plus souvent le corps et les organes, pour parfois réaliser le syndrome de Cottard.

■ **NÉGATIVISME** : symptôme qui traduit le refus plus ou moins systématique d'entrer en relation avec l'interlocuteur. Le patient ne répond pas aux sollicitations et aux questions qui lui sont posées jusqu'à s'enfermer parfois dans un mutisme ou une opposition mettant en échec l'abord relationnel. Dans sa forme la plus aboutie, la négation se trouve dans certains cas de schizophrénie et de mélancolie grave.

■ **NÉOLOGISMES** : dans le langage courant, c'est l'invention d'un nouveau mot. En pathologie, les néologismes font partie des troubles sémantiques du langage du patient schizophrène, au même titre que les métaphores hermétiques ou les procédés qui rendent le discours abstrait et impénétrable. Très souvent, le patient utilise ce nouveau mot avec aplomb, convaincu du sens qu'il lui a donné.

■ **PARANOÏDE (délire)** : se définit comme un délire non systématisé, sans cohérence ni lien logique entre les différentes idées qui le constituent. Le délire paranoïde est la forme clinique délirante de la schizophrénie ; à ce titre, il s'accompagne fréquemment de bizarreries comportementales et de troubles du cours de la pensée (dissociation). Il évolue par phases successives, alternant moments féconds et phases d'accalmie.

■ **PARANOÏAQUE (délire)** : définit un délire bien systématisé, très cohérent, centré autour d'une persécution. La logique du délire paranoïaque explique en grande partie l'importante conviction délirante qui anime le patient. En fonction des caractéristiques de la persécution du délire paranoïaque, on définit différentes formes cliniques (délire en secteur ou en réseau, délire passionnel...).

■ **PASSIONNEL (délire)** : délire paranoïaque affectant un seul secteur de la vie psychique, les autres domaines étant habituellement respectés. Selon le secteur délirant, on distingue les idéalistes passionnés (inventeurs géniaux, procéduriers revendiquant) des délires passionnels amoureux (érotomanie et délire de jalousie).

■ **PERSÉCUTION (idées de)** : ce sont les idées délirantes le plus souvent retrouvées en pathologie psychiatrique. Elles peuvent être sous-tendues par différents mécanismes (interprétation, intuition, hallucination) et se déclinent en fonction des avatars humains (persécution amoureuse, mystique, politique...). Cliniquement, la persécution délirante se repère dans le contact avec le patient (méfiance, réticence...), dans son discours (histoire délirante) et dans ses troubles du comportement (patient agi par sa persécution).

■ **POSSESSION (délire de)** : idées délirantes d'être « habité » par un esprit malin qui influence le patient. Appartient aux délires mystiques.

■ **PROCESSUELLES (phases)** : dans le jargon psychiatrique, la phase processuelle traduit une poussée de la maladie psychotique (schizophrénie). Divers symptômes peuvent marquer cette reprise processuelle, leur caractéristique est qu'ils sont d'apparition récente ou qu'ils évoquent une répétition plus ou moins à l'identique d'un épisode ancien.

■ **QUÉRULENCE** : disposition psychique qui amène à revendiquer avec vigueur ou ténacité contre un vécu ou un sentiment délirant de préjudice. Cette quérulence se retrouve classiquement dans des états de persécution délirante et peut parfois prendre la forme de démarches procédurières sans cesse répétées (« manie des procès »).

■ **RATIONALISATION** : mise en avant d'une « explication » certes cohérente et logique mais qui vise à se justifier d'un comportement ou d'une conduite culpabilisante. En pathologie mentale, bon nombre de patients délirants utilisent ce procédé, qui leur permet de se rassurer sur le bien fondé de leur croyance ou de leur acte en les référant à leur propre système de valeur (le délire).

■ **RÉFÉRENCE (idées de)** : le patient est convaincu que sa problématique ou son vécu est connu des médias ou des passants qu'il croise dans la rue (patient se vivant comme un objet d'intérêt pour les autres). Participe souvent à l'élaboration d'une anxiété majorant l'intensité de l'expérience délirante.

■ **RELATION (délire de)** : ou délire des sensitifs (ou délire paranoïaque de Kretschmer). Délire de persécution touchant des patients présentant une personnalité dite sensitive (tendance à l'humiliation, à la vexation). L'aura délirante se limite en général au voisinage ou à l'entourage professionnel.

■ **RÉTICENCE (délirante)** : par la réticence, le patient nous oppose un refus plus ou moins complet de communiquer sur son délire ou sur lui-même. Ce refus peut être exprimé de plusieurs façons (méfiance, mutisme, hostilité, canalisation des troubles...) et se retrouve très souvent dans les états de persécution délirante.

■ **THÈME (du délire)** : se définit comme le sujet de l'histoire délirante. Le patient organise ses idées autour de cette direction prévalente, de façon plus ou moins logique et cohérente. Les thèmes reprennent les différents attributs de la condition humaine (persécution, mysticisme, passion, jalousie...).

■ **XÉNOPATHIQUE (caractère)** : le caractère xénopathique des troubles délirants signe l'origine étrangère ou extérieure prêtée à ces perceptions (notamment hallucinatoires) par le patient. Le malade reconnaît alors aux phénomènes morbides un caractère intrusif qui participe au climat persécutif général et habituel qui entoure un tel ressenti.

# AU PLUS PRÈS DU DÉLIRE,

**Éditions Santé mentale**

Première édition 1999, version PDF réédition 2012.

124 pages, 18 euros, ISBN 978-2-9514510-2-5.

**Les e-book de *Santé mentale***  
**[www.santementale.fr/boutique/](http://www.santementale.fr/boutique/)**

**Au plus près du délire**, de Pierre-Ludovic Lavoine et Leïla Bouchentouf, psychiatres.

Expérience psychique subjective, avec sa propre logique, son langage et sa sémiologie, le délire est l'expression d'un puissant conflit interne vécu par le sujet. Le soignant doit être à l'écoute de la parole délirante, dans sa dimension signifiante. Une écoute qui se travaille car elle fait appel à la fois à des connaissances théoriques et à une recherche personnelle.

Ce livre est avant tout un outil d'accompagnement du soignant dans son périlleux chemin auprès du malade psychotique et délirant. Il a aussi la prétention naïve de désigner les pièges et embûches pour parvenir « au plus près du délire ».

À vocation pédagogique, sa forme didactique cherche à en faire un ouvrage clinico-pratique, qui relègue au second plan les tableaux théoriques et diagnostics ainsi que les conduites à tenir et autres protocoles de soins, certes rigoureux, mais parfois très éloignés du malade. En matière de souffrance psychique, il n'y a pas de « prêt à penser », il existe seulement des rencontres qui rythment le quotidien.

**À télécharger ou commander sur le même sujet**

- **Le travail du délire**, *Santé mentale* n° 142, novembre 2009.
- **Les hallucinations**, *Santé mentale*, n° 80, septembre 2003.
- **Accueillir le délire**, *Santé mentale*, n° 33, décembre 1998.