DEUXIEME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Question 278 – **PSYCHOSES ET DELIRES CHRONIQUES**

2. Les délires chroniques non schizophréniques

Rédaction : G. Fouldrin, R. Gourevitch, F. Baylé, F. Thibaut

Objectifs Généraux :

- *Savoir diagnostiquer une psychose et un délire chronique*
- *Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient*
-

Objectifs Spécifiques :

- *Connaître les principes de l'analyse sémiologique d'un délire chronique*
- *Connaître les différentes formes de délire paranoïaque*
- *Connaître les principes du traitement des délires chroniques*

La nosographie française distingue au sein de ces états délirants trois entités pathologiques principales : les délires paranoïaques, les psychoses hallucinatoires chroniques et les paraphrénies. Cette classification a été proposée en se référant aux travaux nosographiques, réalisés essentiellement au cours du siècle dernier, par l'Ecole de Psychiatrie Française. Il n'est cependant pas certain que chacun de ces troubles corresponde à une entité pathologique distincte et de nombreux pays n'ont pas adopté cette classification.

Il existe d'autres pathologies délirantes à évolution chronique telles que l'illusion des sosies de Capgras, le délire de négation d'organes de Cotard, les délires à deux ou encore le syndrome d'Ekbom. Ces pathologies, beaucoup plus rares, ne seront pas traitées dans ce chapitre.

Ces trois états délirants ont en commun un âge de survenue tardif (début en général après 35 ans), un mécanisme délirant prépondérant caractérisant chacun d'eux (interprétation délirante pour les délires paranoïaques, hallucinatoire pour la psychose hallucinatoire chronique, imagination délirante pour la paraphrénie), une évolution chronique sans traitement contrastant parfois avec un maintien prolongé de l'intégration sociale et une absence de dissociation mentale.

1. Les délires paranoïaques

Le terme de paranoïaque qualifie à la fois un trouble de la personnalité et une pathologie délirante. Il convient donc de toujours en préciser l'attribution en terme de délire ou de trouble de la personnalité.

Les délires paranoïaques sont des états délirants chroniques, de mécanisme interprétatif et systématisé. La systématisation du délire lui confère un caractère extrêmement cohérent qui, associé à la conviction absolue et inébranlable du patient, peut entraîner l'adhésion de tiers.

Ils se développent plus volontiers chez des patients présentant un trouble de personnalité prémorbide de type paranoïaque dont les principaux traits sont représentés par l'hypertrophie du moi, la fausseté du jugement, la méfiance, la psychorigidité et l'orgueil.

Il est habituel d'identifier au sein des délires paranoïaques les délires passionnels, les délires d'interprétation et les délires de relation des sensitifs de Kretschmer.

1.1. Les délires passionnels

Les délires passionnels regroupent l'érotomanie, les délires de jalousie et les délires de revendication. Ils ont été regroupés et qualifiés de passionnels du fait de la nature des sentiments et des thèmes qui les inspirent. Ces états ont en commun d'être des états délirants chroniques débutant généralement brusquement par une interprétation ou par une intuition délirante. Ils peuvent secondairement s'enrichir de nombreuses interprétations délirantes et comportent en général une forte participation affective pouvant être à l'origine de passages à l'acte.

Les délires passionnels ont une construction dite "en secteur" car ils ne s'étendent pas à l'ensemble de la vie psychique, affective ou relationnelle du sujet et les idées délirantes restent centrées sur l'objet et la thématique quasi unique du délire.

- L'érotomanie ou l'illusion délirante d'être aimé :

La description clinique définitive de ce trouble a été réalisée en 1921 par Clérambault.

Le délire érotomaniaque touche plus fréquemment des femmes et l'objet de l'érotomanie tient souvent une position sociale élevée et enviée (prêtres, médecins…). Ce trouble débute par un postulat fondamental, formé par une intuition délirante, au cours duquel l'objet de l'érotomanie déclarerait son amour.

L'évolution de l'érotomanie se fait en trois stades successifs : espoir, dépit, rancune. Au cours de ces deux derniers stades, des actes auto et surtout hétéroagressifs sont à craindre.

- Le délire de jalousie :

Le délire de jalousie touche essentiellement des hommes. Il s'installe le plus souvent de façon insidieuse et va se nourrir et se développer aux dépens d'évènements anodins qui feront l'objet d'interprétations délirantes.

Il s'associe régulièrement à un alcoolisme chronique qui peut dans certains cas favoriser la survenue d'un passage à l'acte.

- Les délires de revendication :

Ce type de délire passionnel regroupe :
- les « inventeurs méconnus » qui cherchent au travers d'innombrables démarches à obtenir la reconnaissance que la société leur refuse,
- les « quérulents processifs » qui multiplient les procédures judiciaires,
- les « idéalistes passionnés » qui cherchent à transmettre leurs convictions.

1.2. Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras

Les délires d'interprétation se développent le plus souvent chez des patients présentant une personnalité pathologique de type paranoïaque. Ils peuvent survenir brutalement, faisant suite à un facteur déclenchant, ou s'installer de façon insidieuse. Ce type de délire peut se structurer et évoluer durant des années. Les interprétations délirantes sont nombreuses et tous les évènements rencontrés par le sujet seront rattachés au système délirant. Il n'y a plus de hasard dans la vie du sujet. La structure de ce type de délire est dite « en réseau » puisque tous les domaines (affectif, relationnel et psychique) de la vie du sujet sont envahis par les idées délirantes.
Les thématiques les plus régulièrement rencontrées sont celles de persécution et de préjudice.

1.3. Le délire de relation des sensitifs de Kretschmer

Ce délire, décrit par Kretschmer en 1919, se développe chez des sujets présentant une personnalité prémorbide de type sensitive. On ne retrouve pas dans les personnalités qualifiées de sensitives ou sensibles l'hyperestime de soi ou la quérulence qui caractérisent les autres types de personnalités paranoïaques. Elles présentent par contre orgueil, sens des valeurs et de la morale, vulnérabilité et tendance à intérioriser douloureusement les échecs relationnels et affectifs qu'elles rencontrent.

Sur ce type de personnalité, le délire émerge en général progressivement dans les suites de déceptions. Il se construit sur des interprétations délirantes et les thématiques les plus fréquemment rencontrées sont celles de persécution, de préjudice, de mépris ou d'atteinte des valeurs morales. Ce délire se systématise peu et s'étend rarement au-delà du cercle relationnel proche du sujet (collègues, famille, voisins). Il peut se compliquer d'évolution dépressive.

1.4. Principes de traitement des délires paranoïaques

Il n'est pas aisé de traiter un patient atteint d'un délire paranoïaque. Ces organisations délirantes font rarement l'objet de remise en question par le sujet qui en souffre et il va falloir savoir amener un patient, qui ne se considère pas comme malade mais plus comme victime, à accepter des soins.

- Problème de l'hospitalisation :

L'hospitalisation de ces patients est en général assez rare, les soins ambulatoires étant à privilégier au maximum, et en général dans deux types de situations particulières :

♦ lors d'une exacerbation anxieuse ou d'une décompensation dépressive.

♦ lorsque la dangerosité du patient est importante. Il est toujours important d'évaluer chez ces patients le potentiel de dangerosité (présence d'un persécuteur désigné, imminence d'un passage à l'acte, impossibilité de différer l'acte auto ou hétéro agressif et d'envisager des solutions alternatives). Dans ce cas, l'hospitalisation se fait plutôt selon le mode de l'Hospitalisation d'Office puisque les troubles mentaux présentés constituent un danger imminent pour la sûreté des personnes. L'Hospitalisation Sur Demande d'un Tiers n'est pas recommandée dans ce cas puisque le tiers pourra faire l'objet de toute l'attention du patient et devenir le persécuteur désigné.

- Les traitements médicamenteux :

Les traitements pharmacologiques reposent essentiellement, comme dans toutes les pathologies délirantes, sur l'utilisation des neuroleptiques. A titre d'exemple :

♦ Les neuroleptiques sédatifs sont des traitements à court terme indiqués en cas d'agitation ou de menace de passage à l'acte. On utilise principalement la cyamémazine (Tercian® 50 à 200 mg par jour), la lévopromazine (Nozinan® 50 à 200 mg par jour) ou encore la chlorpromazine (Largactil® 100 à 300 mg par jour)

♦ Le traitement de fond repose sur les neuroleptiques incisifs dont l'action est inconstante sur ce type de délire. Il faut par ailleurs savoir que la tolérance de ces médicaments par ces patients est en général assez mauvaise et il est recommandé d'employer les doses les plus faibles possibles afin de concilier effets attendus et effets indésirables. A titre indicatif, on peut utiliser des neuroleptiques classiques, tels que l'halopéridol (Haldol 1 à 5 mg par jour), dont certains disposent de formes à action prolongée garantes d'une meilleure observance. Les molécules de nouvelle génération, appelées neuroleptiques à profil atypique ou antipsychotiques, sont souvent employées en première intention du fait de leur meilleure tolérance sur le plan

neurologique. Il s'agit de la rispéridone (Risperdal® 1 à 3 mg par jour), de l'amisulpride (Solian® 100 à 400 mg par jour) ou encore de l'olanzapine (Zyprexa® 2,5 à 5 mg par jour).

♦ Les antidépresseurs peuvent être indiqués en cas de décompensation dépressive lorsque le délire a été réduit par le traitement neuroleptique. Il faut les utiliser avec prudence car il est toujours possible de favoriser la réactivation de la construction délirante. Leur usage doit rester une décision du psychiatre.

♦ Les benzodiazépines trouvent leur indication dans les traitements d'appoint et de courte durée des troubles anxieux associés.

Place des psychothérapies :

Face à un patient souffrant de délire paranoïaque, il est conseillé au médecin de savoir garder des distances et de faire preuve d'honnêteté dans les soins proposés afin d'établir un climat de confiance, préalable indispensable à l'acceptation d'un traitement.

Il faut éviter d'affronter le patient et d'avoir des attitudes de rejet.

La place des psychothérapies chez ces patients est restreinte du fait de leur faible capacité de remise en question et d'introspection.

L'indication du type de thérapie dépend de la nature du délire, de l'existence de troubles de l'humeur associés, de la structure de personnalité, des capacités de remise en question et ne peut être prise que par un psychiatre.

2. La Psychose Hallucinatoire Chronique

La psychose hallucinatoire chronique a été individualisée par Ballet en 1911. Il s'agit d'un délire chronique survenant le plus souvent chez une femme (7 femmes pour 1 homme) âgée et vivant seule, de mécanisme principal hallucinatoire, sans dissociation mentale et d'évolution chronique.

Cette terminologie n'est utilisée qu'en France et on retrouve, dans les classifications internationales, une partie de ces pathologies sous le terme de schizophrénie d'apparition tardive.

2.1. Description clinique

Il est possible de retrouver un facteur déclenchant dans les semaines précédant l'éclosion du délire ainsi que des prodromes à type de troubles de l'humeur, de modifications comportementales ou caractérielles. Le début peut être brutal ou progressif.

Dans sa phase d'état, la psychose hallucinatoire chronique est caractérisée par un état délirant richement hallucinatoire. Les hallucinations peuvent toucher les cinq sens. Les hallucinations cénesthésiques (ondes, courant électrique, attouchements sexuels) et olfactives seraient plus fréquentes que dans les autres pathologies délirantes. Les thématiques les plus fréquemment rencontrées sont à contenu de persécution, sexuelle, mystique ou d'influence. Si les hallucinations représentent le mécanisme délirant principal de cette pathologie, les autres mécanismes notamment interprétatif et intuitif peuvent être retrouvés.
Le tableau clinique comporte également un automatisme mental pouvant être idéo-verbal, idéo-moteur ou idéo-sensitif.

L'évolution est en général chronique marquée par des périodes de rémission partielle ou totale du délire alternant avec des périodes de recrudescence délirante. Il a été habituel de dire que cette riche pathologie délirante s'accompagnait d'un maintien longtemps préservé de l'intégration sociale. Il faut relativiser cette affirmation. En effet, si ces patients ne connaissent pas d'évolution aussi déficitaire que les schizophrènes, ils ont le plus souvent une vie sociale ou affective très pauvre.

2.2. Principes de traitement des psychoses hallucinatoires chroniques

Il faut aménager et privilégier une relation thérapeutique basée sur la confiance afin d'amener le patient à accepter les soins.

- Place de l'hospitalisation :

La place de l'hospitalisation est marginale dans le traitement des psychoses hallucinatoires chroniques. Elle peut se faire à l'occasion d'une exacerbation délirante, d'une décompensation dépressive ou encore à l'occasion d'un bilan réalisé pour éliminer une organicité. Il faut privilégier les hospitalisations en service libre.

- Les traitements pharmacologiques :

Les psychoses hallucinatoires chroniques sont améliorées par la prescription de neuroleptiques incisifs à faible posologie. Le délire peut entièrement régresser ou persister sous une forme atténuée, mieux tolérée par le malade. Il faudra, surtout si le sujet est âgé, privilégier l'emploi de molécules peu anticholinergiques , réduire au minimum la posologie et

fractionner les prises dans la journée afin d'améliorer la tolérance.

Quelques exemples de traitements sont donnés à titre indicatif ci-dessous :

♦ halopéridol (Haldol 1 à 5 mg par jour) avec éventuellement relais par la forme à action prolongée (Haldol Décanoas®).
♦ rispéridone (Risperdal® 1 à 3 mg par jour)
♦ amisulpride (Solian® 100 à 400 mg par jour)
♦ olanzapine (Zyprexa® 2,5 à 5 mg par jour).

- Place des psychothérapies :

♦ Les thérapies de soutien visent à encourager le patient à gérer des conflits présents, à mieux connaître les facteurs responsables d'aggravation délirante (arrêt du traitement, stress important…) et à tolérer les symptômes délirants résiduels.

♦ Les thérapies cognitives ont pour but de permettre au patient de mieux contrôler et comprendre son expression délirante.

♦ Les thérapies d'orientation analytique ne trouvent habituellement aucune indication dans ce type de pathologie.

3. Les paraphrénies

3.1. Description clinique

Les paraphrénies sont des délires rares dont le mécanisme délirant prédominant est l'imagination délirante. Il s'agit de délires sans dissociation mentale, d'évolution chronique et survenant chez des sujets âgés.

Le début est le plus souvent progressif, marqué par l'apparition de troubles du comportement, de bizarreries ou de troubles affectifs.
Le délire, dont le mécanisme est imaginatif, prend l'aspect de rêveries, de contes ou encore de fiction. Les thématiques cosmiques et fantastiques seraient plus fréquentes. Ce système délirant coexiste le plus souvent avec une pensée normale et les fonctions intellectuelles du patient sont préservées.

Deux formes sémiologiques avaient été individualisées :

♦ la paraphrénie imaginative de mécanisme imaginatif exclusif.

♦ la paraphrénie fantastique qui associe au mécanisme délirant principal imaginatif d'autres mécanismes notamment hallucinatoire et parfois un automatisme mental.

3.2. Principes de traitement des paraphrénies

Les délires imaginatifs sont peu sensibles aux traitements neuroleptiques. Les principes de traitement sont les mêmes que ceux des psychoses hallucinatoires chroniques.

Les principaux diagnostics différentiels des délires chroniques à envisager :

- Diagnostics différentiels psychiatriques :

♦ les délires chroniques du sujet âgé se différencient entre eux essentiellement par le type de mécanisme délirant prédominant (interprétatif, hallucinatoire ou imaginatif).

♦ La schizophrénie est une pathologie hallucinatoire avec automatisme mental, d'évolution chronique, qui survient chez des patients plus jeunes. Elle peut comporter des interprétations délirantes mais le délire est alors flou, peu cohérent et non systématisé. Les patients peuvent de plus présenter des troubles affectant le comportement, le langage et l'affectivité rentrant dans le cadre de la dissociation mentale.

♦ les bouffées délirantes aiguës sont principalement des pathologies hallucinatoires avec automatisme mental survenant chez des sujets jeunes dont l'évolution se fait le plus souvent vers la guérison sans séquelle en quelques semaines.

♦ Les troubles thymiques peuvent comporter des éléments délirants de mécanisme interprétatif. Le diagnostic sera posé sur la présence initial d'un trouble thymique et sur le fait que la thématique délirante sera congruente à la tonalité de l'humeur.

- Diagnostics différentiels organiques :

En présence d'hallucinations :

♦ On éliminera un syndrome confusionnel et ses principales étiologies.

♦ Devant la présence d'hallucinations olfactives, on recherchera une épilepsie partielle temporale, ainsi qu'une tumeur osseuse de la lame criblée de l'ethmoïde.

♦ Devant la présence d'hallucinations visuelles on cherchera (en plus des causes de confusion mentale) une pathologie neurodégénérative à type de démence à corps de Lewy (surtout en cas d'association d'une symptomatologie extrapyramidale en l'absence de traitement neuroleptique et de signes de

détérioration cognitive), une thyroïdite d'Hashimoto (très rare) ou encore une tumeur cérébrale.

Lorsqu'il s'agit d'un délire interprétatif :

♦ Il faudra songer à chercher principalement, notamment chez les sujets âgés, un début de pathologie neurodégénérative. Les interprétations délirantes accompagnent fréquemment l'apparition de troubles mnésiques ou de la compréhension.

♦ Les encéphalopathies alcooliques telles que le syndrome de Korsakoff peuvent comporter quelques interprétations.

♦ Des tumeurs cérébrales, notamment de localisation frontale, peuvent donner des tableaux cliniques de délire paranoïaque à type d'érotomanie

POUR EN SAVOIR PLUS

Lanteri-Laura G et Tevissen R, EMC de Psychiatrie, Les psychoses délirantes chroniques en dehors de la schizophrénie. 1997, 37-299 D10.