

Faculté de médecine d'Annaba
Cours module de psychiatrie,
5eme année médecine

Troubles délirants

Dr Mokhtari. Alia
Maitre-assistante en psychiatrie
EHS ER-RAZI ANNABA

TROUBLE DÉLIRANT PERSISTANT

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. La prise en charge psychiatrique

Plan du cours

- Etablir le diagnostic des troubles délirants selon les classifications actuelles;
- Discuter les aspects médico-légaux des troubles délirants;
- Citer les principes directeurs de la prise en charge d'un trouble délirant.

Objectifs pédagogiques



- La plupart des troubles psychotiques ont été décrits en Europe au début du xxe siècle.
- Les troubles délirants chroniques non schizophréniques comprenaient alors classiquement la psychose paranoïaque, la psychose hallucinatoire chronique, la paraphrénie et les psychoses passionnelles.
- Aujourd'hui, les classifications internationales (DSM 5 et CIM-10) regroupent les différentes formes de troubles délirants chroniques non-schizophréniques sous le diagnostic trouble délirant.

Introduction



- Ils sont définis par la présence d'idées délirantes évoluant depuis au moins un mois, sans désorganisation ni symptômes négatifs. Les hallucinations peuvent être présentes mais ne sont pas au premier plan. Le diagnostic ne peut être posé qu'après avoir éliminé une cause toxique ou liée à une pathologie non-psychiatrique.
- On distingue différentes formes cliniques en fonction du thème des idées délirantes : trouble délirant de type érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, de type somatique.

Introduction

- La prévalence de vie des troubles délirants persistants est estimée à 0,2%.
- Le sex-ratio est proche de 1 même si l'on retrouve une prédominance masculine pour le sous-type de jalousie.
- Les troubles délirants persistants débutent le plus souvent entre 40 et 50 ans.
- **Les facteurs de risque associés** au trouble délirant persistant sont l'âge avancé, l'isolement ou les déficits sensoriels, des antécédents familiaux de troubles délirants, les troubles de personnalité, l'immigration et l'isolement social.

Contexte épidémiologique



- **Rappel sur les idées délirantes :**

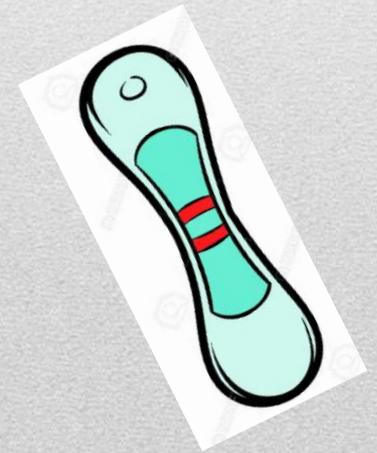
□ Les idées délirantes sont fréquemment l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne » qui peut paraître plausible, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socioculturel du sujet.

Sémiologie psychiatrique

Thème	L'érotomanie, la grandeur (ou mégalomanie), la jalousie, la persécution, et les thématiques somatiques.
Mécanisme	Interprétatif, l'intuitif, et imaginaire.
Systematisation	<ul style="list-style-type: none"> - Les idées délirantes sont bien systématisées, c'est-à-dire qu'elles se déroulent de façon logique et cohérente. - De plus, elles comportent généralement un thème unique.
Adhésion	Le sujet adhère totalement à ses idées délirantes.
Retentissement émotionnel et comportemental	<p>Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le niveau d'anxiété, souvent majeur, - le risque suicidaire, - le risque de passage à l'acte hétéroagressif.

Sémiologie psychiatrique

- **Le diagnostic sera posé devant :**
- La présence d'idées délirantes évoluant depuis plus d'un mois,
- Ces idées délirantes n'apparaissent pas comme bizarres (le contenu des idées délirantes apparaît relativement plausible),
- Absence du syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif,
- Si des hallucinations sont présentes elles ne sont pas au premier plan et sont en rapport avec le contenu des idées délirantes.



Diagnostic positif

Critères diagnostiques du trouble délirant

- A.** Présence d'une (ou de plusieurs) idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus.
- B.** Le critère A de la schizophrénie n'a jamais été rempli (les hallucinations peuvent exister à bas bruit et elles sont en rapport avec le thème du délire).
- C.** Le fonctionnement n'est pas altéré et le comportement n'est pas bizarre en dehors du domaine du délire.
- D.** Si des épisodes maniaques ou dépressifs ont lieu, ils ont été brève par rapport à la durée du délire.
- F.** Le n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.



- **Le trouble délirant persistant de type érotomaniacque :**
- Est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction erronée d'être aimé(e) par un individu, le plus souvent d'un haut niveau social. Il découle d'un mécanisme intuitif au départ, puis interprétatif et est plus fréquent chez les femmes.



Les différentes formes cliniques

- **Le trouble délirant persistant de type érotomaniacal :**
- Dans sa description initiale, il évolue en trois phases : d'abord une phase longue d'espoir, à laquelle succède une phase de dépit, puis de rancune durant laquelle les sollicitations deviennent injures et menaces. **Le risque de passage à l'acte** est alors important et peut justifier une hospitalisation sans consentement.

Les différentes formes cliniques



- **Le trouble délirant persistant de type mégalomaniaque :**
- Est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction d'être doué d'un talent ou d'un pouvoir méconnu, ou d'avoir fait une découverte importante. Il peut aussi porter sur le fait d'avoir des relations haut-placées ou d'être soi-même une personnalité importante.



Les différentes formes cliniques

- **Le trouble délirant persistant de type de jalousie :**
- Est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction que son partenaire est infidèle. Cette forme est plus fréquente chez les hommes et les idées délirantes sont fréquemment associées à un trouble lié à l'usage d'alcool.



Les différentes formes cliniques

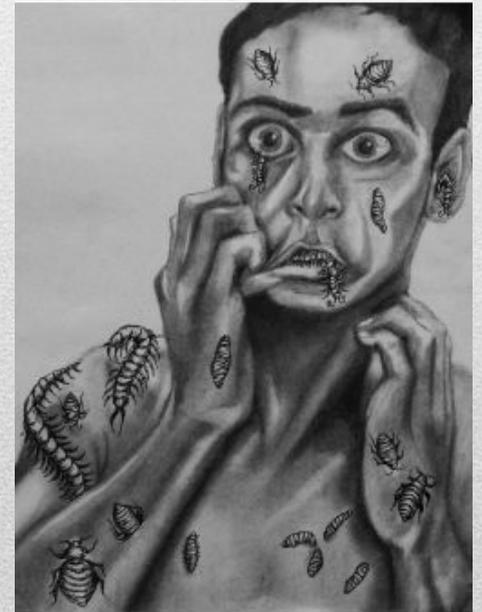
- **Le trouble délirant persistant de type de de persécution (nommé délire paranoïaque dans la CIM-10) :**
- Est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction d'être victime d'un complot, d'un espionnage, de tentatives d'empoisonnement ou d'être victime d'une conspiration visant à empêcher l'aboutissement des projets personnels de l'individu.
- Ce sous-type peut fréquemment être associé à des recours en justice ou aboutir à des passages à l'acte violents sur la personne désignée comme « persécuteur ».

Les différentes formes cliniques



- **Le trouble délirant persistant de type somatique :**
- Est caractérisé par des idées délirantes centrées sur les sensations ou les fonctions corporelles. Les plus fréquentes concernent la sensation d'émettre une odeur nauséabonde, d'être infesté par des insectes ou des parasites internes (syndrome d'Ekblom), que certaines parties du corps sont difformes ou encore que certains organes ne fonctionnent pas.

Les différentes formes cliniques



- **De plus, il peut exister des formes mixtes :** avec des associations de plusieurs thèmes sans qu'aucun ne soit prédominant.

Les différentes formes cliniques

1) Pathologies non-psychiatriques :

- Troubles neurodégénératifs.

2) Intoxication par une substance psychoactive :

- Cannabis.
- Traitements par L-Dopa ou d'autres agonistes dopaminergiques.

Diagnostics différentiels

3) Pathologies psychiatriques :

- Autres troubles psychotiques : schizophrénie, troubles schizo-affectifs.
- Troubles de l'humeur (manie délirante, mélancolie délirante).
- Troubles de personnalité (notamment les troubles de personnalité paranoïaque, borderline et antisociale).
- Dans certains cas les troubles obsessionnels-compulsifs.

Diagnostics différentiels

- Ces diagnostics différentiels rendent nécessaire la réalisation d'un examen clinique complet et des examens complémentaires à réaliser systématiquement devant tout trouble psychotique (hémogramme, ionogramme, glycémie, calcémie, TSH, bilan hépatique, ECG et imagerie cérébrale).

Bilan para-clinique

• EXPERTISES PSYCHIATRIQUES PÉNALES: LA RESPONSABILITÉ

- ✓ La question centrale de l'expertise psychiatrique pénale est celle de la responsabilité.
- ✓ Cette notion se définit, au sens pénal, par deux facultés qui doivent être cumulativement présentes: la faculté cognitive et la faculté volitive

Les aspects médico-légaux des troubles délirants

- La **faculté cognitive** consiste pour un individu à comprendre une situation, un événement ou un acte, dans son sens concret aussi bien que symbolique.
- La **faculté volitive** concerne quant à elle la capacité d'agir conformément à sa volonté. C'est elle qui pose le plus souvent problème pour ce qui est de la distinction entre le normal et le pathologique.



Les aspects médico-légaux des troubles délirants

• MÉTHODOLOGIE ACTUELLE DE L'EXPERTISE EN DANGÉROSITÉ

- les questions posées à l'expert dans le cadre de l'expertise en responsabilité s'étendent au domaine **de la dangerosité**, puisque l'expert doit évaluer, en plus de la responsabilité, le risque de récurrence lié soit à un trouble mental grave, soit à «des caractéristiques de la personnalité de l'auteur, des circonstances dans lesquelles il a commis l'infraction et de son vécu».

Les aspects médico-légaux des troubles délirants

• L'hospitalisation en psychiatrie:

• L'hospitalisation de ces patients est en général assez rare, 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.

La prise en charge psychiatrique



• L'hospitalisation en psychiatrie:

- Persécuteur désigné,
- Verbalisation de la menace,
- Aspect sthénique de la revendication,
- ATCD de passage à l'acte.

La prise en charge psychiatrique



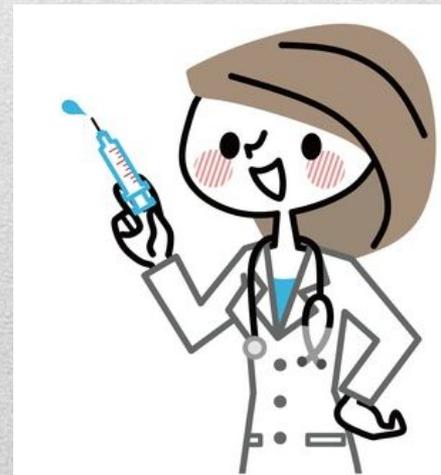
- **L'hospitalisation en psychiatrie :**
- L'Hospitalisation Sur Demande d'un Tiers n'est pas recommandée dans ce cas puisque le tiers pourra faire l'objet de toute l'attention du patient et devenir le persécuteur désigné.
- En cas d'hospitalisation sans consentement, la modalité des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (mode de l'Hospitalisation d'Office).

La prise en charge psychiatrique



- **Traitement pharmacologique :**
- Le recours à un traitement antipsychotique est recommandé dans les troubles délirants persistants.
- Cependant les traitements antipsychotiques sont souvent moins efficaces dans les troubles délirants persistants que dans le traitement des idées délirantes des patients schizophrènes.

La prise en charge psychiatrique



- Traitement pharmacologique :
- L'association à un **traitement antidépresseur** est parfois nécessaire pour traiter une comorbidité de type épisode dépressif caractérisé ou troubles anxieux.

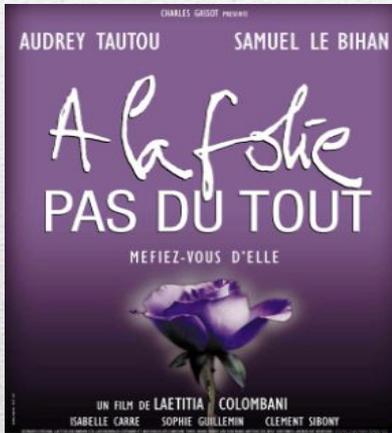
La prise en charge psychiatrique



- **Traitement non pharmacologique : la psychothérapie**
- Dans ce cadre, la thérapie individuelle semble plus efficace que la thérapie de groupe.
- Une psychothérapie de soutien ou cognitivo-comportementale doit systématiquement être proposée en association au traitement médicamenteux.

La prise en charge psychiatrique





- Référentiel de Psychiatrie et Addictologie, 2017.
- Traitement pharmacologique des délires chroniques non-schizophréniques. L'Information psychiatrique, 2018.
- Nouveaux enjeux de la psychiatrie médico-légale. Rev Med Suisse, 2008.

Références
