

Trouble délirant

I Introduction

L'Ecole psychiatrique française reconnaît trois types de troubles délirants persistants non schizophréniques différenciés selon leur mécanisme principal :

- * les psychoses paranoïaques (mécanisme interprétatif et intuitif),
- * la psychose hallucinatoire chronique (mécanisme hallucinatoire),
- * les paraphrénies (mécanisme imaginatif).

Ces différents types de troubles délirants décrits par les psychiatres français au début du XXe siècle apparaissent donc sous une autre terminologie dans cet item. La psychose hallucinatoire chronique n'ayant pas de reconnaissance nosographique dans les classifications internationales, elle sera évoquée dans le chapitre sur la schizophrénie.

DSM 5 et CIM-10 regroupent les différentes formes de troubles délirants chroniques non-schizophréniques sous le diagnostic trouble délirant et considère différents sous-types en fonction du thème des idées délirantes (érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution et de type somatique).

Les idées délirantes lorsqu'elles sont systématisées ont été décrites comme s'organisant en secteur, c'est-à-dire que les idées délirantes n'envahissent qu'un champ de la vie du sujet en réseau, c'est-à-dire que les idées délirantes envahissent plusieurs champs de la vie du sujet.

II Contexte épidémiologique

La prévalence vie entière des troubles délirants persistants est estimée à 0,2 % et l'incidence annuelle entre 1 et 3 pour 100 000. Le sex-ratio est proche de 1 même si l'on retrouve une prédominance masculine pour le sous-type de jalousie. L'entrée dans la pathologie se fait à l'âge adulte, le plus souvent entre 40 et 50 ans et le sous-type le plus fréquent est le sous-type de persécution. 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.

III Sémiologie psychiatrique

1. Rappel sur les idées délirantes

Une idée délirante correspond à une altération du contenu de la pensée, entraînant une perte du contact avec la réalité. 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.

2. Caractérisation des idées délirantes dans le trouble délirant persistant

Thème

Les thèmes les plus fréquemment retrouvés sont l'érotomanie, la grandeur (ou mégalomanie), la jalousie, la persécution, et les thématiques somatiques.

Mécanisme

Les mécanismes rencontrés sont principalement interprétatif, l'intuitif, et imaginatif. Le mécanisme hallucinatoire n'est en général pas prédominant.

Systématisation

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

Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéro-agressif.

IV Le trouble délirant persistant

1. Diagnostic positif

Pour poser le diagnostic de trouble délirant persistant...

Le diagnostic sera posé devant

- ✓ la présence d'idées délirantes évoluant depuis **plus d'un mois**.
- ✓ Ces idées délirantes n'apparaissent pas comme **bizarres**, c'est-à-dire que le contenu des idées délirantes apparaît relativement plausible même si la conviction délirante constitue une idée fixe et est inébranlable.
- ✓ il ne doit **pas exister de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif ni d'hallucinations**. Si des hallucinations sont présentes elles ne sont pas au premier plan et sont en rapport avec le contenu des idées délirantes.
- ✓ De plus, les idées délirantes ne doivent pas être attribuables à une pathologie non-psychiatrique ou à un trouble lié à l'usage d'une substance psycho active.

Du fait de l'absence de syndrome de désorganisation ou négatif, le trouble délirant persistant n'est généralement pas associé à une altération marquée du fonctionnement.

2. Les différentes formes cliniques

Les différentes formes ou sous types de troubles délirants persistants sont définies en fonction du thème des idées délirantes.

1. Le trouble délirant persistant de type **érotomaniaque** 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.

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.

2. Le trouble délirant persistant de type **mégalo-maniaque** 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.

3. 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.

4. Le trouble délirant persistant de type **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 ».

5. 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'Ekbom), que certaines parties du corps sont difformes ou encore que certains organes ne fonctionnent pas.

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

7. ou **indifférenciées** si elles ne correspondent à aucun des sous-types décrits.

V Diagnostics différentiels

Pathologies non-psychiatriques

- Troubles neuro dégénératifs.
- Intoxication par une substance psycho active Cannabis Traitements par L-Dopa ou d'autres agonistes dopaminergiques.

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.

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).

VI La prise en charge psychiatrique

1. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation d'un patient souffrant d'idées délirantes de persécution pose de nombreux problèmes sur le plan thérapeutique car elle accentue le sentiment de persécution et peut aggraver les comportements de revendication, c'est-à-dire la réclamation d'une réparation disproportionnée d'un préjudice délirant.

En cas d'hospitalisation sans consentement, la modalité **des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (SDRE)** est le plus souvent indispensable puisque le tiers qui serait à l'origine d'une SPDT (soins psychiatriques à la demande d'un tiers) pourrait être désigné comme persécuteur par la suite.

Les indications d'hospitalisation sont le **danger pour la sécurité des personnes et les troubles à l'ordre public**.

2. Traitement pharmacologique

Le recours à un **traitement antipsychotique** est recommandé dans les troubles délirants persistants. Les mêmes précautions d'emploi que chez les patients souffrant de schizophrénie sont nécessaires. Cependant les traitements antipsychotiques sont souvent moins efficaces dans les troubles délirants persistants que dans le traitement des idées délirantes des patients schizophrènes. L'association à un traitement **antidépresseur** est parfois nécessaire pour traiter une comorbidité de type épisode dépressif caractérisé ou troubles anxieux.

3. 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.