

Université Ferhat Abbas – Sétif

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5^{ème} année de médecine

Année universitaire : 2023-2024

Le délire

Pr ALOUANI (Professeur de psychiatrie)

Le délire s'organise à partir de rationalisation des idées délirantes qui sont des idées subjectives, non partagées par l'entourage, entraînant une conviction inébranlable de leur réalité.

Même les démonstrations répétées et les tentatives de prouver sa fausseté, n'en modifie pas l'évolution.

Le délire est caractérisé par ses thèmes, ses mécanismes et sa structure.

- Le début
 - Caractère brutal ou progressif.
 - Evaluer l'ancienneté.
 - Existence possible d'un facteur déclenchant.

Inaugural ou rechute.

- Mécanismes

Modalité de l'objectivation délirante à partir d'altérations psychologiques qui interfèrent avec l'appréhension de la réalité.

Le délire est souvent sous-tendu par plusieurs mécanismes à la fois :

1- Interprétatif

« Jugement faux porté par une perception exacte ».

- Attribution d'un sens univoque à la réalité.
- Négation du hasard.
- Interprétation exogène (sensorielle) ou endogène (corporelle).

2- Imaginatif

- Fabulation.
- Croit à la réalité du contenu imaginatif.
- Délire fantastique: production luxuriante d'idées extraordinaires.
- Délire mythomane: le sujet se construit un personnage.

3- Intuitif

- Brusque prise de conscience ne reposant sur aucune déduction, ni aucun support objectif.
- Idée qui s'impose au sujet comme une évidence.

4- Hallucinations: (*perception sans objet*)

A- Psychosensorielles (objectivées dans l'espace):

- Auditives : acoustico-verbales (voix), non verbales (musique, mélodie, cloches...).
- Visuelles: élémentaires (point lumineux...), complexes (visages, zoopsies...).
- Olfactives et gustatives.
- Tactiles : épidermiques (sensations de brûlure, piqure, reptation...), hypodermiques (parasitose hallucinatoire).
- Cénesthésiques: générales (réalisant le syndrome de dépersonnalisation), partielles (sensibilité viscérale), génitales (sensation d'orgasme, d'attouchement, de viol à distance...).
- Kinesthésique : sensation de mouvements des membres, impression de chutes...

B- Psychiques: (hallucinations intérieures)

- Visuelles : hallucinations aperceptives (images mentales involontaires).
- Acoustico-verbales: voix intérieures, murmures intrapsychiques, écho de la pensée...
- Psychomotrices: actes que le sujet doit exécuter ou paroles que le sujet doit prononcer.

C- Automatisme mental

- Thèmes

- Varient à l'infini; souvent associés entre eux (délire polythématique).
- Les plus fréquents :
 - Persécution.
 - Thème mystique (religieux).
 - Mégalomanie et grandeur.
 - Influence.
 - Hypochondrie.
 - Thèmes passionnels (jalousie, érotomanie, revendication...).
 - Négation.
 - Organisation

Délire systématisé ou non systématisé.

- Adhésion
 - Evaluer l'adhésion ou la conviction délirante.
 - Parfois, le sujet est critique envers son propre délire.
- Comportements associés
 - Auto ou hétéro-agressivité, évaluer la dangerosité.
 - Conduites médico-légales (passages à l'acte).
 - Participation affective, thymique.
 - Attitudes pathologiques (attitudes d'écoute, poursuites oculaires, conduites de défense...).
 - Dialogue hallucinatoire.
 - Angoisse, souffrance.
- Les organisations des délires
 - L'organisation ou la structure d'un délire correspond à la cohérence de la construction délirante, à l'agencement et l'enchaînement des idées délirantes.
 - On distingue :

1- Les délires systématisés ou paranoïaques

- Le délire est cohérent, construit sur des interprétations.

- Persistance d'un même thème prévalent.
- Les réactions affectives et les comportements sont directement en rapport avec le thème délirant.
- L'extension du délire peut se faire en *réseau* intégrant de façon logique de nouvelles interprétations, n'excluant à priori aucun domaine de la vie du sujet.
- Lorsque l'organisation délirante se fait sans tendance à l'extension, que le délire s'exerce dans un seul domaine, celui où le sujet investit toute sa charge affective, on parle de délire en *secteur* : « le malade ne délire que dans le domaine de son désir ».

2- Les délires non systématisés ou paranoïdes

- Délire mal organisé, flou.
- Construction délirante à partir d'hallucinations, d'interprétations, d'intuitions.
- Thèmes multiples et imprécis.
- Réactions affectives et comportements imprévisibles.
- Classification en fonction de l'organisation

A- Délires systématisés (paranoïaques)

1- En réseau

- Interprétations exogènes (fondées sur des perceptions sensorielles).
- Interprétations endogènes (fondées sur des perceptions corporelles).

2- En secteur

- Délires de revendication : Quérulents processifs, Idéalistes passionnés, Inventeurs méconnus, Hypochondriaques, Sinistrose délirante.
- Délires passionnels : Délire de jalousie, Erotomanie.
- Délire de relation des sensitifs.

B- Délires non systématisés (non paranoïaques)

- Délire paranoïde (schizophrénique).
- Psychose hallucinatoire chronique (PHC).
- Paraphrénie.

Université Ferhat Abbas – Sétif

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5^{ème} année de médecine

Année universitaire : 2023-2024

Le trouble délirant persistant

Pr ALOUANI (Professeur de psychiatrie)

I / Introduction

On entend par troubles délirants persistants, des états caractérisés par la présence d'idées délirantes depuis au moins un mois, qui se différencient des schizophrénies par l'absence de désorganisation et de symptômes négatifs.

Les hallucinations peuvent être présentes, mais ne sont pas au premier plan. Le diagnostic ne peut être retenu, qu'après avoir éliminé une cause toxique et une affection organique.

Ces troubles délirants débutent en général après la quarantaine. La prévalence est estimée à 0,2%.

II / Le délire

Il s'organise à partir de rationalisation des idées délirantes qui sont des idées subjectives non partagées par l'entourage, entraînant une conviction inébranlable de leur réalité.

Un délire est caractérisé par un ou plusieurs thèmes, par un ou plusieurs mécanismes et par sa structure.

1. Le thème

C'est le contenu du délire : persécution (le thème le plus fréquent), mystique, politique, grandeur, empoisonnement, jalousie, hypochondriaque, filiation...

2. Le mécanisme

Un délire est caractérisé par un ou plusieurs mécanismes, au maximum quatre :

- Interprétation.
- Intuition.
- Imagination.
- Hallucination : perception sans objet à percevoir (à différencier de l'illusion où l'objet existe, mais il est déformé).

* Hallucination psychosensorielle : spatialité + sensorialité + conviction inébranlable.

* Hallucination psychiques : pas de spatialité, ni d'intervention d'un organe de sens.

3. La structure

Un délire peut évoluer en secteur ou en réseau :

- a. En secteur : délire limité (1 ou 2 persécuteurs par exemple).
- b. En réseau : délire en tâche d'huile, délire grave (exemple : délire d'interprétation de Sérieux et Capgras où existe plusieurs persécuteurs à la fois).

III / Le délire paranoïaque

Il se développe chez une personnalité paranoïaque.

La personnalité paranoïaque (de combat) est caractérisée par 4 traits essentiels (classification classique) :

- *L'hypertrophie du moi* : illustré par l'orgueil excessif, par l'autophilie et la surestime de soi. A cette mégalomanie s'ajoute la méfiance.
- *La méfiance* : se caractérise par la tendance à suspecter autrui, même les amis et les proches peuvent être soupçonnés de manque de loyauté et de malhonnêteté. Le sujet paranoïaque ne fait confiance à personne, il adapte une attitude hostile et méprisante.
- *La psychorigidité* : se caractérise par la froideur affective, l'entêtement et l'intolérance avec le refus de pardonner.
- *La fausseté du jugement* : caractérisée par un jugement et un raisonnement erroné. On ne peut pas remettre en cause ses propos et ses jugements.
- Certains auteurs soulignent que la résultante de ces quatre traits pathologiques aboutit à « *l'inadaptabilité sociale* ».

Notons que les mécanismes de défense utilisés chez le paranoïaque sont *le déni* et *la projection*.

• Personnalité paranoïaque selon le DSM-5

- A- Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
- 1- Le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent.
 - 2- Est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés.
 - 3- Est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui.
 - 4- Discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins.
 - 5- Garde rancune (c.-à-d. ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné).

- 6- Perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère.
- 7- Met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.
- B- Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique non imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale.

C- Le délire d'interprétation de sérieux et Capgras (Classification classique)

→ *Clinique* : plusieurs années avant l'apparition d'un délire s'installent une méfiance et des troubles du caractère.

C'est généralement après la quarantaine et après un événement traumatisant (deuil, conflit professionnel, abandon, ...) que se développe un délire aigu ou subaigu. A partir de sensations réelles s'organise un délire systématisé en réseau. Les thèmes les plus fréquents du délire sont la persécution, mais peuvent s'ajouter des thèmes mystique, de grandeur ou hypochondriaque.

L'interprétation est le mécanisme délirant prédominant.

Le délire va se développer en s'enrichissant de faits et de gestes en rapport avec la réalité et va s'étendre en tâche d'huile.

A partir d'un persécuteur désigné, le délire va englober ensuite plusieurs persécuteurs désignés.

→ *Evolution* :

* Le délire peut se limiter à un secteur et permettre au patient de mener une activité familiale et/ou professionnelle

* Le délire peut s'aggraver par des manifestations agressives avec un risque de passage à des actes médico-légaux.

D- Les délires passionnels

Ce sont des délires en secteur développés à partir d'un postulat initial.

La participation affective et émotionnelle est intense pouvant mener à des passages à l'acte.

1. Erotomanie

C'est l'illusion délirante d'être aimé, généralement par une personne de rang social élevé. Cette forme délirante est le plus souvent retrouvée chez les femmes. Celles-ci développent, à la suite d'un regard, d'un mouvement, d'une intonation de la voix émanant d'une personne généralement d'un rang social élevé la conviction qu'elles sont aimées. Ce délire se développe en 3 phases :

* *Phase d'espoir* : tous les signes, toutes les paroles, même les plus anodins vont renforcer l'intuition d'être aimée ; ainsi les coups de téléphone, les cadeaux, les lettres ne cessent de relancer l'objet (la personne de rang social élevé).

* *Phase de dépit* : des doutes commencent à apparaître, mais l'espoir est toujours présent.

* *Phase de rancune* : les menaces sont apparentes et les revendications sont plus directes (au travail, dans la rue...) et les risques de passage à l'acte sont possibles.

2. Le délire de la jalousie

Le début peut être brutal. La preuve de l'infidélité du conjoint va s'appuyer sur un geste, une parole ou un regard.

La conviction inébranlable d'être trahi va s'enrichir de preuves que le délirant va accumuler par des fouilles de sacs, de tiroirs, de vêtements, par l'examen des papiers, par des visites inattendues et des interrogations incessantes qui vont se succéder au fil des jours afin de prouver la réalité de ses doutes. Des harcèlements incessants peuvent amener le conjoint à avouer des faits non réalisés ; cet aveu va aggraver la situation et augmenter les menaces. Les risques de passage à l'acte médico-légal sont possibles aussi bien sur le conjoint que sur l'amant imaginaire.

Le délire de jalousie doit être différencié :

1. Du délire de jalousie des alcooliques.
2. De la jalousie habituelle qui accompagne un amour passionné.
3. Du délire de jalousie accompagnant les autres psychoses chroniques.

3. Les délires de revendication

Ce sont des délires fréquents qui se déclenchent généralement après la quarantaine et sont compatibles avec l'insertion dans une activité professionnelle. Les formes cliniques rencontrées sont :

- a. Les querulents processifs : ils se ruinent en procès interminables pour obtenir réparation et rétablissement de leurs droits qu'ils estiment bafoués. Ils refusent toute réconciliation et se relancent dans des procès même contre les magistrats qu'ils accusent d'être complices.
- b. Les inventeurs méconnus : ils accusent les autres de les avoir dépossédés d'inventions dont ils auraient la priorité et de leur avoir volés des secrets.
- c. Les idéalistes passionnés : ils élaborent des doctrines dans les domaines économique, religieux, politique, social avec des réformes sociales qu'ils propagent. Ils se retrouvent souvent à la tête de sectes.
- d. Les hypochondriaques délirants : ils persécutent le corps médical pour obtenir réparation pour des préjudices subis ; des passages à l'acte médico-légal sont possibles, surtout à l'égard des chirurgiens.
- e. La sinistrose délirante : les patients sont souvent victimes d'accidents de travail ; ils se fixent sur le préjudice subi et ne cessent de revendiquer de nouveaux soins ou réparation sous forme de pension d'invalidité. Ils peuvent persécuter le corps médical entier (médecin traitant, médecin des assurances, médecin expert...).

4. Le délire de relation des sensitifs

Ce sont des sujets d'une grande sensibilité, hyposthéniques et présentant des inhibitions importantes ; ils sont souvent scrupuleux et timides. On ne retrouve pas chez ces patients les traits habituels de la personnalité paranoïaque de combat (mégalomanie, rigidité, sthénicité...). Ces sujets peuvent décompenser en mode dépressif à l'occasion d'une humiliation ou d'une frustration émanant du milieu familial ou professionnel.

L'anxiété est souvent importante ; ces sujets peuvent passer à l'acte sur eux-mêmes (automutilations, conduites suicidaires,...).

Sous antidépresseurs, la guérison est de règle. En outre, sans traitement, on peut avoir des conduites suicidaires.

- **Diagnostic positif selon le DSM-5**

Le diagnostic sera posé devant la présence d'idées délirantes évoluant depuis plus d'un mois. Ces idées délirantes n'apparaissent pas comme bizarres. Leur contenu est plausible.

Il ne doit pas y avoir de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif. De plus, ce syndrome n'est pas associé à une altération marquée du fonctionnement.

- **Les différentes formes cliniques selon le DSM-5**

- 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.
- 2- Le trouble délirant persistant de type *mégalomaniaque* est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction d'être doué d'un pouvoir méconnu, d'un talent, ou d'avoir effectué une découverte 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.
- 4- Le trouble délirant persistant de type de *persécution* est caractérisé par des idées délirantes centrées sur la conviction d'être victime d'un complot, d'un espionnage, d'une tentative d'empoisonnement ou d'une conspiration visant à empêcher l'aboutissement des projets personnels de l'individu.
- 5- Le trouble délirant persistant de type *somatique* est caractérisé par des idées délirantes centrées sur les sensations ou les fonctions corporelles. Par exemple : la sensation d'émettre une odeur nauséabonde, d'être infesté par des insectes ou des parasites (syndrome d'Ekbom).
- 6- Il peut exister des formes *mixtes* avec des associations de plusieurs thèmes sans la prédominance de l'un sur l'autre.

- **Critères diagnostiques du trouble délirant selon le DSM-5**

- 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.
- C- En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement, ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
- D- Si des épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés sont survenus concomitamment, ils ont été de durée brève comparativement à la durée globale de la période délirante.
- E- La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle ou un trouble obsessionnel-compulsif.

IV / La psychose hallucinatoire chronique (classification classique)

C'est une psychose chronique avec une grande richesse hallucinatoire qui se déclenche généralement après la quarantaine. Cette entité nosographique est propre à l'école française.

Dans le DSM-5, cette forme est classée dans le trouble délirant persistant.

A / Clinique

Dans certains cas, des événements traumatisants peuvent être à l'origine du déclenchement des troubles, le début peut être brutal ou progressif...

- *Les hallucinations auditives* : sont les plus fréquentes, peuvent être uni ou bilatérales, simples (bruits, bourdonnement, ...) ou complexes (voix, discours, ...). On peut avoir des attitudes d'écoute et/ou des mesures de protection (coton, écouteur dans les oreilles).
- *Les hallucinations visuelles* : uni ou bilatérales, colorées ou non, simples (point lumineux, flamme de bougie, ...) ou complexes (paysages, zoopsies,...). On peut avoir des poursuites oculaires.
- *Les hallucinations olfactives et gustatives* : elles sont généralement désagréables (odeurs nauséabondes).
- *Les hallucinations tactiles* : concernent la sensibilité profonde et superficielle : sensation du chaud, du froid, de décharge électrique, de brûlure, d'attouchement, d'infestation par des parasites.
- *L'automatisme mental* : automatisations de la vie psychique vol de la pensée, écho de la pensée, devinement de la pensée, commentaire des actes, commandement des actes.

B / Evolution

- Sous traitement, on assiste chez la plupart des patients à l'extinction des phénomènes hallucinatoires. Un délire enkysté peut persister mais permet de mener une vie « normale ».
- Sans traitement, on assiste à une détérioration relationnelle importante avec un isolement progressif et un affaiblissement intellectuel.

V / Les paraphrénies (classification classique)

Ce sont des affections qui se déclenchent généralement après la quarantaine, caractérisées par un délire fantastique à un mécanisme imaginative. L'adaptation sociologique est bonne.

Dans le DSM-5, cette forme clinique est classée dans le trouble délirant persistant.

A / Clinique

- Paraphrénie fantastique : caractérisée par une fantastique production imaginative avec une humeur exaltée. Le sujet délire sur le cosmique, les grossesses par milliers, des fortunes interminables, une vie de milliers d'années, une familiarité avec des prophètes.

- Paraphrénie confabulante : la fabulation s'enrichit de lectures, de films, d'actualité et les idées de grandeur font préférence à un thème central : héritage fantastique, filiation...

B / Evolution

Certains délires s'appauvrissent avec le temps et permettent une bonne adaptation professionnelle et sociale, d'autres délires évoluent vers une dissociation schizophrénique.

C / Diagnostic différentiel

- Troubles neurovégétatifs.
- Intoxication par une substance psychoactive (cannabis...).
- Autres troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizo-affectifs).
- Troubles de l'humeur.

D / Traitement

On doit adopter une attitude de neutralité bienveillante à l'égard du patient paranoïaque : éviter de trop se rapprocher pour ne pas le réconforter dans son délire, et éviter de le contredire ou de remettre en cause ses propos (risque d'hostilité et d'agressivité).

- La chimiothérapie

* Traitement antidépresseur est parfois nécessaire pour traiter une comorbidité en cas d'épisode dépressif caractérisé ou de troubles anxieux.

* Les antipsychotiques sont peu efficaces dans le délire paranoïaque compte tenu de la présence d'une personnalité paranoïaque.

* Souvent on a recours à la prescription de neuroleptiques à action prolongée (NAP) ou des antipsychotiques atypiques à action prolongée (APAP) chez des sujets ayant un faible niveau d'insight (ayant un faible niveau de conscience de leur trouble) : Décanoate de fluphénazine (Modécate®), Halopéridol retard (Haldol décanoas®) ou Palipéridone (Xeplion).

* Traitement antipsychotique dans la paraphrénie et les psychoses hallucinations chroniques.

- La psychothérapie consiste à reconstituer la parole tout en gardant une distance avec le paranoïaque (neutralité bienveillante).
- La sociothérapie en cas d'hospitalisation (Elle est difficile chez le paranoïaque en raison de sa personnalité peu sociable).
- La plupart des psychothérapies sont contre-indiquées chez le paranoïaque délirant comme les thérapies de groupe, les thérapies analytiques, l'hypnose...
- La thérapie individuelle semble être plus efficace que la thérapie de groupe.