

Cours intitulé :

## DÉLIRES CHRONIQUES

Pr TEFAHI.B

Faculté de médecine de Batna

- Objectifs pédagogiques

-Savoir diagnostiquer un délire chronique.

-Connaître les signes de gravité et le pronostic.

-Connaître les principes de l'analyse sémiologique d'un délire chronique.

-Connaître les différentes formes de délire chronique.

-Connaître les principes du traitement des délires chroniques.

- Introduction

- Les délires chroniques constituent un groupe de maladies mentales important par leur fréquence, leur gravité, pose de difficiles problèmes théoriques et pratiques.

- Les auteurs de langue allemande et anglaise les classent généralement dans le cadre de schizophrénie paranoïde (à l'exception de la paranoïa).

- Les auteurs français les séparent de la schizophrénie en se fondant sur 03 arguments:

- leur tendance à la systématisation.

- le fait que la fonction mentale est intacte pour tout ce qui ne touche pas au délire.

- l'absence d'une évolution déficitaire terminale.

- Définitions

Le délire ?

Est un trouble du contenu de la pensée caractérisé par la permanence d'idées délirantes. Celles-ci sont en rapport avec une réalité propre au patient, réalité différente de la réalité commune, idées auxquelles le sujet attache une conviction absolue, non soumise à la preuve et à la démonstration, non rectifiable par le raisonnement

- Délires chroniques ?

Selon Henri Ey

« Ce sont des psychoses caractérisées par des idées délirantes permanentes qui reposent sur des arguments et sur des phénomènes idéo-affectifs (c'est-à-dire des mécanismes). Il faut les différencier des délires aigus (qui surviennent pendant un laps de temps bien défini) ».

Elles se caractérisent par :

- Début tardif

- Absence de dissociation
- Absence d'évolution déficitaire
- Évolution chronique ,parfois une intégration sociale est maintenue même sans traitement

Sept étapes précisant les caractéristiques du syndrome délirant :

1-Début du délire,

2-Thèmes délirants,

3-Mécanismes,

4-Degré de systématisation,

5-Mode d'extension,

6-Degré de conviction,

7-Participation émotionnelle

- I- Les délires paranoïaques

Para: « à coté » ,noia: « penser »

Les délires paranoïaques sont des états délirants chroniques, de mécanisme interprétatif et systématisé.

La systématisation du délire lui confère un caractère extrêmement cohérent qui peut entraîner l'adhésion de tiers.

Ils se développent plus volontiers chez des patients présentant un trouble de personnalité pré morbide de type paranoïaque

Les principaux traits sont: l'hypertrophie du moi, la fausseté du jugement, la méfiance, la psychorigidité et l'orgueil.

### 1. Les délires passionnels :

Ces états ont en commun d'être des états délirants chroniques débutant généralement brusquement par une interprétation ou par une intuition délirante avec 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.

### 1-1-L'érotomanie :

L'illusion délirante d'être aimé

- Elle touche plus fréquemment des femmes et l'objet de l'érotomanie tient souvent une position sociale élevée et enviée (médecins, wali, président...).
- L'évolution se fait en trois stades successifs : espoir, dépit, rancune
- Au cours de ces deux derniers stades, des actes auto et surtout hétéro agressifs sont à craindre

#### 1.2-Le délire de jalousie :

- Il 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.

#### 1.3-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.

#### 1.4. 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.

#### 1.5. Le délire de relation des sensitifs de Kretschmer :

- Ce délire, décrit par Kretschmer en 1919, se développe chez des sujets présentant une personnalité pré morbide de type sensitive (sensibles).

- ❑ Ces personnalités 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.
- ❑ 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 systématiser peu et s'étend rarement au-delà du cercle relationnel proche du sujet (collègues, famille, voisins).
- ❑ Il peut se compliquer d'évolution dépressive.

### Principes de traitement des délires paranoïaques :

#### 1-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.

#### 2- Les traitements médicamenteux :

Ils reposent essentiellement sur l'utilisation des neuroleptiques:

- ◆ Les neuroleptiques sédatifs sont des traitements à court terme indiqués en cas d'agitation ou de menace de passage à l'acte
- ◆ Les neuroleptiques incisifs à des doses les plus faibles possibles afin de concilier effets attendus et effets indésirables.
- ◆ Les antidépresseurs peuvent être indiqués en cas de décompensation dépressive utiliser avec prudence
- ◆ Les benzodiazépines trouvent leur indication dans les traitements d'appoint et de courte durée des troubles anxieux associés.

#### 3-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.
- ◆ 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.

- **II- 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 est hallucinatoire, sans dissociation mentale et d'évolution chronique.

**1-Description clinique :**

- Il est possible de retrouver un facteur déclenchant dans les semaines précédant l'écllosion 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, on note 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
- 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

**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 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.
- Les traitements pharmacologiques reposent sur la prescription de neuroleptiques incisifs à faible posologie.
- 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.

- **III-Les paraphrénies**

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.

**1. Description clinique :**

- 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 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.

**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.
- **Diagnostics différentiels des délires chroniques**

**1-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
- ◆ Les bouffées délirantes aiguës.
- ◆ Les troubles thymiques

**2- Diagnostics différentiels organiques :**

- En présence d'hallucinations :
- ◆ On éliminera un syndrome confusionnel

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

♦ Devant la présence d'hallucinations visuelles (confusion mentale) une pathologie neurodégénérative à type de démence à corps de Lewy, une thyroïdite d'Hashimoto ou une tumeur cérébrale.

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

♦ Chez les sujets âgés, un début de pathologie neurodégénérative.

♦ Les encéphalopathies alcooliques telles que le syndrome de Korsakoff.

♦ Des tumeurs cérébrales frontales