

The background is a dark blue gradient with faint, light blue technical diagrams. On the left, there is a large circular scale with markings from 150 to 260. To the right, there are several circular diagrams with arrows indicating clockwise or counter-clockwise rotation. The overall aesthetic is technical and scientific.

# PARANOÏA, ALCOOL ET HOMICIDE

Emmanuel MERCELAT

Séance de bibliographie du 8 avril 2013

# QUELQUES RAPPELS !

- Le terme paranoïa, en grec, « para », à côté et « noos », bon sens, exprime la façon de penser à côté du bon sens, de la raison.
- Il définit en psychiatrie un trouble du jugement sans altération des capacités intellectuelles qui caractérise les délires partiels interprétatifs, systématisés, ou paranoïa.

# QUELQUES RAPPELS !

- Le système paranoïaque :
  - l'orgueil tangible ou retenu
  - la méfiance
  - la fausseté du jugement avec des interprétations plus ou moins actives ou extensives
  - l'inadaptation variable
- 3 groupes dans la classification française :
  - le délire interprétatif
  - le délire sensitif de relation
  - les délires passionnels

# HISTORIQUE

- Le traité de Pinel (1800) apporte les prémices du délire paranoïaque, distinguant la *manie avec délire général* (différents aspects du monde), de la *mélancolie avec délire exclusif*, s'attachant seulement à certains objets et annonçant la description des délires partiels.
- Esquirol (1810) parle de monomanies affectives, caractérisées par l'expansivité de l'humeur (manie sans délire de Pinel) et y inclut une forme où les troubles intellectuels se développent sans phénomène hallucinatoire. Ceci préfigure la paranoïa.

# HISTORIQUE

- Magnan (1882) décrit le « délire des dégénérés »
  - Une forme où les interprétations systématisées dominent le tableau clinique au détriment des hallucinations
  - Celle-ci évoque le futur délire d'interprétation de Sérieux et Capgras.
- Seglas (1887) utilise le terme germanique de « paranoïa » comme un équivalent de délire systématisé dans son ouvrage « Diagnostic des délires de persécution systématisés »
- Kraepelin (1899) :
  - insiste sur la « conservation absolue de la clarté, de l'ordre de la pensée, du vouloir et de l'action ».
  - la paranoïa interprétative est un délire chronique, endogène, systématisé.

# HISTORIQUE

- Sérieux et Capgras (1909) réaffirment l'importance du raisonnement sans atteinte intellectuelle, l'organisation systématisée du délire dans la paranoïa et insistent sur le rôle majeur des mécanismes interprétatifs.
  - *(le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras)*
- Gatien de Clérambault (1921) retient deux aspects des délires paranoïaques : le délire d'interprétation et les délires passionnels.

# EPIDÉMIOLOGIE

- Les troubles délirants paranoïaques
  - La prévalence est de 1 % à 2 % chez les patients hospitalisés en psychiatrie (personnalités paranoïaques : 10 % à 30 %).
  - La prévalence en population générale est estimée à 0,03 % (personnalités : 0,4 % à 4,4 %).
- La personnalité paranoïaque apparaît plus fréquemment dans une famille dont un membre est schizophrène
- La parenté d'un patient souffrant de paranoïa est plus souvent le siège de personnalités paranoïaques (4,8 %) que dans les familles dont un membre est atteint de schizophrénie (0,8 %).
- Ceci rapprocherait donc davantage personnalité paranoïaque et paranoïa.

# CLASSIFICATION

- Dans le DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III) de 1980 :
  - *paranoid disorders* : regroupant les délires sans hallucination distingués selon leur thème : persécution et jalousie.
- Dans le DSM IV :
  - *delusional disorder* : ou trouble délirant, classification par thème prévalent
- Classification française :
  - la paranoïa est intégrée aux délires chroniques (psychoses non dissociatives)

# CLASSIFICATION

- La paranoïa regroupe, dans la classification française, les délires interprétatifs systématisés où sont distingués :
  - le délire d'interprétation
  - le délire sensitif de relation
  - les délires passionnels qui comprennent :
    - les délires de revendication
    - le délire de jalousie
    - l'érotomanie

# CLINIQUE DU DÉLIRE INTERPRÉTATIF

- **Forme habituelle**
  - Délire d'interprétation systématisé dont la thématique prévalente persécutrice se développe progressivement en réseau sans atteinte intellectuelle.
  - L'interprétation : « un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle ».
- **Début** généralement difficile à préciser
  - Période d'incubation (5 à 10 ans, voire 20 ans), marquée par des troubles reconnus souvent rétrospectivement à la période d'état.
  - Propos curieux, parfois bizarres, pour expliquer des faits banals, des doutes concernant des paroles anodines entendues, une certaine circonspection dans les relations sociales, sans véritable retrait.
  - Humeur à tonalité triste.
  - Anxiété et susceptibilité sont fonction des interrogations et des pressentiments.
- Traumatismes affectifs, situations de stress, de conflits professionnels et sociaux seraient des facteurs favorisant l'émergence du délire.
- Possible éclosion bruyante lors d'un épisode subaigu ou aigu, notamment des attitudes agressives témoignant d'une thématique persécutrice active pouvant engendrer des actes médicolégaux

# CLINIQUE DU DÉLIRE INTERPRÉTATIF

- Période d'état
  - Troubles constitués en délire d'interprétation systématisé, en réseau à partir d'une idée prévalente,
  - Thématique dominante persécutrice.
  - Des idées de grandeur et mystiques peuvent être présentes.
  - Le délire tient du besoin d'expliquer le monde et la négation de sa contingence.
  - Le patient ne perçoit plus le caractère habituel, familier, sécurisant, protecteur de l'environnement mais au contraire, il y reconnaît l'inconnu, l'étrangeté au détriment de l'évidence, du fortuit.
  - Il sollicite essentiellement les interprétations, les intuitions, mais aussi les déductions de tonalité habituellement malveillante.
  - → En fonction de l'idée prévalente, le délire s'enrichit d'un faisceau d'indices, de preuves, de convictions délirantes à l'origine du délire d'interprétation. Ce dernier est extensif, s'organisant en un réseau, un maillage diffus, qui envahit les différents domaines de la vie du patient.

# CLINIQUE DU DÉLIRE INTERPRÉTATIF

- Mécanismes
  - Interprétations exogènes : qui se rapporte à l'interprétation de tout élément susceptible d'alimenter le délire (signes distinctifs, comportements, paroles, évènement)
  - Interprétations endogènes : qui se rapporte à l'interprétation de son mode de fonctionnement pouvant être considéré comme des interventions maléfiques d'empoisonnement par des persécuteurs nommés ou inconnus (difficultés cognitives, troubles de la mémoire, de la concentration, ralentissement idéiques, symptômes thymiques, dépressifs ou anxieux)
  - Des interprétations rétrospectives de souvenirs, tant à l'état de veille qu'à l'état hypnagogique ou lors de rêves, enrichissent le thème délirant prévalent.

# CLINIQUE DU DÉLIRE INTERPRÉTATIF

- Thématiques délirantes :
  - Les idées de persécution (suspicion, hostilité, menace, manipulation) peuvent aboutir à des agissements délictueux ou meurtriers,
    - La dangerosité est maximale lorsqu'un persécuteur est nommé.
  - Les idées de grandeur peuvent tendre vers la mégalomanie.
    - conviction d'une destinée prestigieuse
  - Le délire de filiation (s'attribuant des ascendants prestigieux)
  - Les idées mystiques se rapportent à des missions divines.

# CLINIQUE DU DÉLIRE PASSIONNEL

- Les délires de revendication
  - Recherche de la vérité et de réparation du préjudice (législation+)
  - Forte charge affective, passionnelle, tonalité sthénique, véhémence aux revendications.
  - Le patient, victime non reconnue, élabore une thématique passionnelle persécutrice selon les différents aspects de la revendication délirante.

# • CLINIQUE DU DÉLIRE PASSIONNEL

- Différentes types de revendications (thème):
- Quérulents processifs
  - demande la réparation d'un dommage mineur exagéré, surinvestissement du domaine judiciaire
- Idéalistes passionnés
  - dominés par la lutte, le combat, organisant des actions publiques spectaculaires pour faire connaître et partager leur idéal de justice. Ces actions sont parfois délictueuses, exceptionnellement criminelles, voire régicides
- Inventeurs méconnus
  - souvent autodidactes, les auteurs méconnus revendiquent leur découverte
- Délires à expression corporelle
  - Délire hypocondriaque de préjudice
    - délire passionnel et procédurier envers les médecins
  - Hypochondrie paranoïaque
    - empreinte une identité de malade somatique, remise en cause du savoir médical qui le passionne
  - Dysmorphesthésie délirante
    - demande de prise en charge esthétique avec possible éclosion d'un délire de préjudice devant une intervention jugée insatisfaisante

# CLINIQUE DU DÉLIRE PASSIONNEL

- Délire de jalousie (syndrome d'Othello)
- Forme habituelle :
  - Délire interprétatif systématisé, organisé en secteur constitué d'idées délirantes d'infidélité et de rivalité
  - Prévalence + chez l'homme
- Début le plus souvent soudain
  - Intuition et interprétation de gestes, du choix vestimentaire...
  - Ces faits, ces attitudes renforcent la suspicion d'infidélité du conjoint et l'idée prévalente

# CLINIQUE DU DÉLIRE PASSIONNEL

- Période d'état :
  - Recherche incessante de preuves d'infidélité, qui mobilise l'énergie du jaloux paranoïaque.
  - Rarement confirmé d'emblée, jusqu'à l'obtention d'indices reconnus comme preuve irréfutable(→ conviction délirante)
  - La passion engendre de multiples interprétations (faits anodins → preuves évidentes)
  - Le délire se construit, systématisé, s'organise en secteur dans une pseudologie
  - Mise en place d'une relation triangulaire (tiers introduit dans le couple)
  - Perversion de la relation, tension morale et physique, d'agressivité constante, de vexations répétées.
  - Tout retentissement psychique et physique chez la victime sont autant de preuve de sa culpabilité.
- L'évolution tend à la pérennité du délire,
  - +/- périodes de régression et de paroxysme
  - Possible passage à l'acte violent envers son conjoint ou son rival

# CLINIQUE DU DÉLIRE PASSIONNEL

- Érotomanie typique
  - « illusion délirante d'être aimé »
  - Prévalence + chez la femme
- Début des troubles
  - Classiquement lors d'une situation particulière, un détail comportemental ou vestimentaire.
  - Mis en rapport avec l'intuition immédiate du sujet, révèle des attitudes explicite signifiant son amour.
  - Habituellement en rapport avec une personne à haut rang social.
  - Les attitudes de retrait de la personne désignée sont maintenant reliées à la timidité, nouvelle preuve de cet amour.
- Évolution en trois phases successives :
  - L'espoir, la prise de contact de multiples manières ( téléphone, courrier...).
    - Concurrent désigné, il sera la cible de l'agressivité.
  - Le dépit, rupture de l'engagement que la victime aurait elle-même déclaré.
    - Demande véhémement de réparation, d'indemnisation, de remboursement.
  - La rancune, la trahison
    - Volonté de se faire justice devant ce parjure (vengeance, menace, dénonciation calomnieuse)
    - Risque de passage à l'acte hétéroagressif important devant la fréquence des troubles du comportement

# ALCOOL

- La littérature rapporte un lien étroit entre jalousie morbide et alcoolisme
- A la fin du XIXe, Krafft-Ebing voyait l'alcool comme la cause du développement de la jalousie morbide
  - 80% de ses cas de patients alcooliques présentaient une jalousie morbide.
- Délire de jalousie des alcooliques :
  - Presque exclusivement masculin
  - Débute dans les intoxications aiguës
  - Rencontré de façon plus ou moins intense et durable dans toutes les manifestations de l'alcoolisme.
  - Les états confusonniers avec délire de jalousie ne peuvent constituer parfois qu'une étape préliminaire vers un délire permanent plus ou moins systématisé

# ALCOOL

- Influence de l'alcool à court terme :
  - Les abus d'alcool aigus favorisent aussi le sentiment d'infidélité.
  - Difficultés sexuelles, impuissance et raréfaction des relations intimes avec le conjoint → suspicion.
  - les cauchemars, l'onirisme, → images de relations intimes des amants enrichissant la suspicion d'infidélité.
- Rappel des 3 formes d'ivresse pathologique :
  - Forme excito-motrice : hyperproduction gestuelle et verbale désordonnée et agressive susceptible de conduire à des actes médico-légaux.
  - Forme délirante : centrée sur la jalousie ou la persécution.
  - Forme hallucinatoire : délire onirique entraînant des réactions violentes.

# ALCOOL

- Influence de l'alcool à long terme :
  - Délire de jalousie serait plus fréquent dans l'alcoolisme chronique
  - survivant même à l'intoxication aigue
  - Etude de Michael et al., l'alcoolisme semble avoir un rôle étiologique dans le développement de la jalousie morbide
    - La jalousie morbide est évaluée chez 207 hommes présentant une alcoolodépendance.
    - Dans cette étude, 71 patients remplissent ces critères de jalousie morbide (prévalence de 34%)
    - Parmi ces 71 patients jaloux morbides, 28% présentent une jalousie morbide uniquement durant l'intoxication alcoolique
    - 72% la présente même quand ils sont sobres

# ALCOOL

- Parmi les 71 patients présentant une jalousie morbide, 7 étaient déjà porteurs d'un trouble délirant de type jaloux.
- 65 patients auraient développé une jalousie morbide dans les suites de l'alcoolisme et probablement secondairement à celui-ci,
- ➔ rôle étiologique de l'alcool dans le développement de la jalousie morbide.

# CAS CLINIQUE

- Monsieur F, né en 1939
- Vu pour la première fois dans le cadre de la garde à vue le 10 décembre 2012.
- Il aurait donné un coup de couteau à son épouse.
- Lors de la garde à vue, il aurait indiqué que son épouse l'aurait énervé, et qu'il craignait un partage des biens en cas de divorce.

# CAS CLINIQUE

- Les faits :
  - Le 10 décembre 2012, l'épouse serait sortie dans la matinée et revenue vers midi.
  - Il lui aurait demandé si elle était allée voir son amant. Celle-ci l'aurait alors insulté, réponse à quoi il lui aurait donné un coup de couteau.
  - Il confirmait qu'il voulait tuer son épouse, celle-ci l'ayant déjà fait interner plusieurs fois sur Novillars.

# CAS CLINIQUE

- Aux vues des dossiers médicaux saisis pour l'expertise :
  - Monsieur F né le 15 mars 1939 en Algérie n'a pas été scolarisé.
  - Arrivé en France à l'âge de 16 ans, dans la région parisienne.
  - Impliqué ultérieurement dans les événements de la guerre d'Algérie, il se serait installé en Franche-Comté
  - Il aurait travaillé comme maçon.
  - Il s'est marié au début de l'âge adulte avec une femme d'origine algérienne dont il a eu 11 enfants.
  - Il a cessé toute activité professionnelle dix ans plus tard pour troubles psychiatriques pour lesquels il a été mis en invalidité en 1976, à l'âge de 37 ans.

# CAS CLINIQUE

- Les troubles psychiatriques :
  - Alcoolisme sévère avec passages à l'acte agressifs, pris en charge au CHU dans le service de psychiatrie pendant une dizaine d'années puis au centre hospitalier de Novillars depuis 1985.
  - Souvent hospitalisé sous la contrainte, l'alcoolisme est dénié et persiste, il existe des troubles de l'humeur plutôt dépressive mais surtout des troubles du caractère avec agressivité en rapport avec une conjugopathie. (→ neuroleptique)
  - Monsieur F aurait bénéficié d'une curatelle, permettant un meilleur contrôle de l'addiction à l'alcool pendant 10 ans, mais après la main levée, l'état s'aggrave à nouveau avec une nouvelle hospitalisation (→ association de neuroleptiques à partir de 2002).

# CAS CLINIQUE

- Des idées délirantes sont repérées pour la première fois en 2008, à l'âge de 69 ans (NAP relativement inefficace).
  - Idées délirantes, mécanisme intuitif ou interprétatif, thématique centrée par des idées de jalousie, de complot avec une tonalité persécutive.
- Novembre 2009 : une IRM révèle un méningiome frontal droit
  - Clinique : ralentissement psycho-moteur, trouble cognitif et hémiparésie gauche, résolutif à l'exérèse.
- Aucune modification du délire, demeuré similaire et continuant à s'aggraver ( syndrome frontal relativement modéré, trouble psychiatrique manifeste).

# CAS CLINIQUE

- 2012: aggravation de l'état mental suite à l'arrêt du traitement psychotrope à la suite d'une deuxième hospitalisation dans le service de neurochirurgie (exérèse de la récidence du méningiome).
- → Hospitalisé sans consentement de manière quasi continue de février à octobre 2012,
- Recrudescence délirante avec passages à l'acte agressifs et épisodes d'agitation.
- Levée de l'hospitalisation complète le 19 octobre 2012
- Des permissions antérieures de courtes durées dans le milieu familial s'étaient apparemment déroulées sans problème.
- Le cadre de soins ambulatoires sans consentement était maintenu.
- Un suivi très rapproché, contrôle de l'observance du traitement.

# CAS CLINIQUE

- Malgré ces précautions, les faits survenus le 10 décembre 2012 s'inscrivent manifestement dans un passage à l'acte délirant :
  - Monsieur F faisait référence au fait que son épouse serait allée voir son amant.
  - Le psychiatre des urgences fait état d'une conviction délirante vis-à-vis des idées de jalousie.
  - Admission sur Novillars
  - Monsieur F a la conviction inébranlable que sa femme le trompe, l'adhésion au délire est totale.
  - Ce délire persiste jusqu'à l'expertise, avec des propos similaires à ceux énoncés antérieurement.
  - Aucune critique du délire
  - Interprétations manifestement délirantes
  - Il n'exprime aucune culpabilité vis-à-vis des faits.

# CAS CLINIQUE

- En conclusion:
  - L'examen psychiatrique de Monsieur F révèle l'existence d'une psychose chronique délirante de type paranoïaque, évoluant depuis au moins 2008, centrée sur des thèmes de jalousie. Il s'agit d'un délire passionnel, reposant sur l'idée prévalente d'être trompé par un rival nommé désigné, alimenté par des intuitions et des interprétations délirantes.
  - L'infraction qui est reprochée à Monsieur F est directement en lien avec cette activité délirante, et le coup de couteau qui a été infligé avait manifestement pour objet de punir l'infidélité supposée de l'épouse.

# CAS CLINIQUE

- Monsieur F présente un état dangereux psychiatrique qui s'est manifesté de manière évidente à l'occasion du passage à l'acte. Cet état dangereux persiste, car le geste agressif n'est aucunement critiqué et la conviction délirante d'être trompé demeure absolue.
- Monsieur F n'est pas accessible à une sanction pénale dans la mesure où il légitime implicitement son geste par sa conviction délirante, sans pouvoir aborder le caractère évidemment répréhensible de son acte.

# CAS CLINIQUE

- Cette psychose délirante paraît peu accessible à un traitement. En effet, les faits se sont déroulés alors que la prise en charge était poursuivie, les différents neuroleptiques qui ont été essayés n'ont eu qu'un effet modéré sur le délire.
- De plus il existe un contexte de conflit conjugal très ancien susceptible de déclencher des réactions impulsives, et les essais de réadaptation dans le milieu familial qui ont été tentés à ce jour se sont globalement soldés par des échecs. Dans ces conditions, il semble que Monsieur F doit être hospitalisé de manière très prolongée sous le régime d'une hospitalisation sans consentement à la demande du Représentant de l'Etat. Au cas où les troubles mentaux s'amélioreraient suffisamment pour que soient envisagés des soins ambulatoires sans consentement, il me paraît a priori exclu qu'il puisse retourner vivre avec son épouse.
- Monsieur F était atteint au moment des faits d'un trouble psychique ayant aboli son discernement au sens de l'article 122-1 du Code Pénal.