

Psychose et délire chronique

D^r Anne-Laure Pontonnier, P^r Isabelle Jalenques

Université Clermont-1, UFR médecine, EA 3845, 63001 Clermont-Ferrand,
et CHU Clermont-Ferrand, psychiatrie et psychologie médicale, 63003 Clermont-Ferrand
ijalenques@chu-clermontferrand.fr

Objectifs

- Diagnostiquer une psychose et un délire chronique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

INTRODUCTION

La psychose se caractérise par la perte de contact avec la réalité (modification des perceptions, interprétations, repli sur soi), l'altération du fonctionnement mental (troubles de la pensée, troubles du jugement), la méconnaissance de l'état morbide (anosognosie) et le pronostic relativement sombre de la maladie (dysfonctionnement social). La nosographie européenne a longtemps opposé les psychoses aux névroses, dans lesquelles le patient garde la notion du réel, même si parfois il en maîtrise mal l'interprétation.

Au sein des psychoses et délires chroniques, la nosographie française distingue :

- la schizophrénie (psychose chronique dissociative),
- les délires chroniques non dissociatifs, regroupant les délires paranoïaques, la psychose hallucinatoire chronique, les paraphrénies.

De nombreux pays n'adoptent pas cette classification. Par exemple, les classifications nord-américaines placent les délires chroniques non dissociatifs dans le groupe des schizophrénies.

Enfin, il existe d'autres pathologies délirantes à évolution chronique, comme le syndrome d'Ekblom ou les délires associés aux démences, qui ne seront pas traitées dans le cadre de cet exposé.

SCHIZOPHRÉNIE

Définition

Maladie propre à l'Homme, la schizophrénie est caractérisée par la présence d'une dissociation (intellectuelle, affective et comportementale), d'hallucinations et de délire. En résultent des troubles du comportement importants (bizarrerie et inadaptation du sujet atteint) à l'origine d'un dysfonctionnement social.

Les critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-IV sont présentés dans l'encadré 1.

Épidémiologie

La prévalence de la schizophrénie est d'environ 1% dans tous les pays.

Il s'agit d'une maladie qui débute essentiellement chez l'adolescent et l'adulte jeune, avec une incidence maximale entre 15 et 35 ans. Le début est plus précoce chez l'homme (pic entre 15 et 25 ans) que chez la femme (pic entre 25 et 35 ans).

Le sex-ratio est proche de 1.

Il est fréquent d'observer une comorbidité schizophrénie-abus de substances (cannabis, alcool...).

Enfin, il existe une surmortalité chez les patients atteints de schizophrénie par rapport à la population générale. La principale cause de surmortalité dans cette population est le suicide (entre 10 et 15 % des patients concernés meurent par suicide), mais on constate également une surmortalité liée aux pathologies somatiques (cancers, pathologies cardiovasculaires...).

Signes cliniques

La sémiologie schizophrénique comporte :

- un syndrome dissociatif,
- un syndrome délirant paranoïde ou non systématisé,
- un repli ou syndrome autistique,
- d'autres symptômes associés.

1. Syndrome dissociatif

La sémiologie du syndrome dissociatif est décrite dans le tableau 1.

2. Syndrome délirant paranoïde ou non systématisé

Il est fréquent, mais pas toujours manifeste, le sujet pouvant être réticent à l'exprimer. Certains comportements du patient peuvent alors le laisser suspecter (attitudes d'écoute...). Ses principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 2.

3. Repli ou syndrome autistique

Il se manifeste par un retrait social (isolement social, apragmatisme) conduisant parfois à l'incurie.

4. Symptômes associés

Ce sont :

- l'angoisse de morcellement, de néantisation : dépersonnalisation, déréalisation ;
- les troubles de l'humeur : excitation pseudomaniaque, dépression, schizophrénie dysthymique ou troubles schizo-affectifs ;
- les phobies, obsessions atypiques ;
- les troubles des conduites sociales ;
- les conduites addictives : toxicomanie, alcool ;
- les troubles cognitifs : difficultés de concentration, troubles attentionnels, difficultés de traitement du contexte, atteintes de la mémoire à long terme, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives.

Formes cliniques

1. Formes de début

✓ **Les formes à début aigu** sont :

- la bouffée délirante aiguë (environ 30 % des bouffées délirantes aiguës évoluent vers une schizophrénie) ;
- la manie et la dépression atypique ;
- les troubles du comportement : tentative de suicide, fugue, voyage pathologique, acte médico-légal...

Tableau 1 Sémiologie du syndrome dissociatif dans la schizophrénie

Sphère intellectuelle

- **troubles du cours de la pensée** : barrages, fading, pensée diffluent
- **troubles du contenu de la pensée** : appauvrissement des idées, rationalisme morbide, altération des capacités d'abstraction
- **troubles du langage** : maniérisme (préciosité), néologismes, altération de la syntaxe, paralogisme, mutisme ou semi-mutisme

Sphère affective

- **ambivalence**, se traduisant par des attitudes et des propos bizarres ou incongrus
- **émoussement affectif** : froideur du contact, indifférence, insensibilité aux réactions d'autrui
- **athymhormie** : désintérêt, inertie, perte de la motivation parfois négativisme : refus du contact

Sphère motrice

- **comportements étranges, bizarres**, avec parfois des actes dangereux hétéro- ou auto-agressifs
- **apragmatisme** : réduction d'activité, perte d'initiative
- **comportement discordant** : maniérisme gestuel, sourires immotivés, négativisme ou comportement d'opposition, parakinésies, stéréotypies motrices ou gestuelles
- **troubles du tonus** : catalepsie, catatonie

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Les 6 ou 7 questions d'un cas clinique sur les psychoses et délires chroniques pourront aborder différents thèmes :

- démarche diagnostique, avec analyse sémiologique du texte aboutissant à la classification du type de délire (dissociatif ou non) ainsi qu'à la détermination de la pathologie en cause (le plus souvent, il s'agira d'une **schizophrénie paranoïde** ou **hébéphrénique**, d'un **délire paranoïaque** ou d'une **psychose hallucinatoire chronique**) ;
- troubles du comportement : un dossier pourrait aborder ce sujet sur un trouble du comportement initial, type tentative de suicide, passage à l'acte hétéro-agressif... ;
- étiopathogénie des troubles (troubles de la personnalité, facteurs génétiques...) ;
- facteurs pronostiques du devenir des patients souffrant de schizophrénie ;
- implications médico-légales de ces troubles : critères de gravité et de dangerosité (critères de risque de passage à l'acte auto-

- ou hétéro-agressif), conditions nécessaires et modalités de réalisation d'une HDT et d'une HO ;
 - prise en charge thérapeutique de ces troubles : prescription et surveillance d'un traitement psychotrope, psychothérapies, mesures rééducatives dans la schizophrénie ;
 - implications sociales et socio-professionnelles de ces pathologies, notamment pour les schizophrénies (l'enseignement du module IV sur le handicap mental peut se retrouver dans ces domaines) : question de la réorientation professionnelle (centre d'aide par le travail, foyer occupationnel...), intérêt d'une mesure de protection, demande **d'AAH**, demande de prise en charge à **100 %**...
- Ainsi, ce thème peut être l'objet d'un dossier de type transversal, avec principalement l'abord des modules et items suivants :

- **module I :**

- ▶ item 8 (Certificats médicaux – Décès et législation – Prélèvements d'organes et législation) ;
- ▶ item 9 (Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office) ;

- **module III :**

- ▶ item 44 (Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge) ;

- **module IV :**

- ▶ item 52 (Le handicap mental – Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) ;

- **module XI :**

- ▶ item 177 (Prescription et surveillance des psychotropes) ;
- ▶ item 184 (Agitation et délire aigus) ;
- ▶ item 189 (Conduite suicidaire chez l'adolescent et chez l'adulte) ;

- **maladies et grands syndromes :**

- ▶ item 278 (Psychose et délires chroniques) ;
- ▶ item 286 (Troubles de la personnalité).

Tableau 2 Sémiologie du syndrome délirant dans la schizophrénie

<p>Mécanismes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>hallucinoïre psycho-sensoriel</i> +++ : hallucinations auditives, intra-psychiques, olfactives, cénesthésiques, visuelles... ■ <i>syndrome d'automatisme mental</i> : vol et devinement de la pensée, commentaires de la pensée, écho de la pensée, pensées ou actes imposés ■ <i>souvent, présence d'autres mécanismes</i> : <ul style="list-style-type: none"> → intuition → interprétation → imagination
<p>Thèmes très polymorphes avec fréquence des thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ persécutifs ■ mystiques ■ d'influence ■ de référence ■ de transformation corporelle
<p>Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Non-systématisation du délire</i>, caractéristique de la schizophrénie ■ <i>Délire flou et incohérent qualifié de paranoïde</i> (par opposition au délire paranoïaque, qui est structuré)

✓ **Le début est souvent progressif, insidieux :**

- fléchissement scolaire inexplicé ;
- engouement récent pour les phénomènes paranormaux ;
- retrait social, modification de l'affectivité, froideur du contact, indifférence ;
- troubles du comportement inhabituels et bizarres ;
- conduites addictives ;
- symptômes pseudonévrotiques (phobies atypiques) ;
- sentiment de dépersonnalisation, de déréalisation.

2. Formes cliniques symptomatiques

Les formes cliniques sont nombreuses ; elles confèrent une certaine hétérogénéité au tableau de schizophrénie. L'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement diffèrent entre les formes cliniques. Leurs principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 3.

À noter que le passage d'une forme à une autre est possible.

Diagnostic positif et différentiel

1. Diagnostic positif

Le diagnostic positif est souvent difficile à établir au début de la maladie du fait de la diversité des tableaux cliniques rencontrés. Il se fait sur un ensemble de critères symptomatiques et évolutifs. Habituellement, on considère que l'évolution doit être supérieure à 6 mois pour porter le diagnostic de schizophrénie.

Tableau 3 Différentes formes cliniques de schizophrénie

<p>Schizophrénie paranoïde</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ forme la plus fréquente ■ prédominance de la dimension positive, délirante ■ réponse au traitement neuroleptique généralement satisfaisante ■ moindre appauvrissement de la vie psychique ■ évolution par poussées entrecoupées de périodes de rémission plus ou moins complète du délire
<p>Schizophrénie hébéphrénique</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ environ 20 % des cas ■ début généralement insidieux ■ prédominance de la dissociation et du retrait autistique ■ délire pauvre ou parfois absent ■ pronostic évolutif souvent défavorable malgré le traitement, désinsertion socio-professionnelle habituelle
<p>Schizophrénie simple</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ à rapprocher des troubles de la personnalité (forme a minima avec schizoïdie et schizotypie) ■ désinsertion sociale ou vagabondage indispensable pour parler de pathologie
<p>Schizophrénie catatonique</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ prédominance du syndrome dissociatif au niveau psychomoteur (perte de l'initiative motrice pouvant évoluer jusqu'à la catalepsie) ■ intérêt principalement historique
<p>Schizophrénie dysthymique (ou schizo-affective)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ poussées processuelles associant syndrome délirant (au 1^{er} plan), non congruent à l'humeur, et troubles de l'humeur (manie, dépression ou état mixte) ■ évolution périodique, symptômes mineurs entre les crises ■ caractérisées par leur sensibilité aux traitements thymorégulateurs et leur pronostic plus favorable
<p>Schizophrénie héboïdophrénique (ou pseudopsychopathique)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ caractérisée par des troubles du comportement : impulsivité, instabilité, conduites antisociales ou addictives, délinquance ■ évolution parfois compliquée par des actes hétéro-agressifs graves
<p>Schizophrénie pseudonévrotique</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ symptômes d'allure névrotique (obsessionnels, phobiques, anxieux, hystériques...) ■ fréquence des errances diagnostiques
<p>Schizophrénie résiduelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ forme de schizophrénie stabilisée ■ absence de symptômes positifs actifs (hallucinations, délire, comportement et discours désorganisé) ■ présence de certains éléments atténués (croyances étranges) ou de symptômes négatifs (apathie, isolement social, perte de plaisir et d'intérêt...)

1 / CRITÈRES DSM-IV DE LA SCHIZOPHRÉNIE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. ÉD. MASSON

A – Symptômes caractéristiques

Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune durant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

- (1) Idées délirantes
- (2) Hallucinations
- (3) Discours désorganisé (c'est-à-dire, coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- (4) Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) Symptômes négatifs, par exemple émoussement affectif, alogie ou perte de volonté

NB : un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B – Dysfonctionnement social ou des activités

Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou,

en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

C – Durée

Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c'est-à-dire symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduelles.

Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le critère A présents sous une forme atténuée (par exemple, croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D – Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur

Un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés :

(1) soit parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active,

(2) soit parce que, si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E – Exclusion d'une affection médicale générale ou due à une substance

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c'est-à-dire d'une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou à une affection médicale générale.

F – Relation avec un trouble envahissant du développement (TED)

En cas d'antécédent de trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois ou moins quand elles répondent favorablement au traitement. ●

2. Diagnostic différentiel

- ✓ **Devant un état délirant aigu non systématisé**, il faut évoquer une bouffée délirante aiguë, un trouble de l'humeur délirant (manie ou dépression), une confusion mentale.
- ✓ **Devant un état délirant chronique**, il faut évoquer un délire d'interprétation, une psychose hallucinatoire chronique, une paranoïa, un trouble bipolaire, une psychose infantile et certaines anomalies chromosomiques qui peuvent être associées à l'apparition de symptômes schizophréniques (par exemple : syndrome de Di George).
- ✓ **Devant une catatonie**, il faut évoquer une mélancolie et un syndrome malin aux neuroleptiques.
- ✓ **Dans tous les cas, penser à éliminer systématiquement une origine somatique** : la prise de toxiques (notamment l'intoxication chronique au cannabis et ses conséquences amotivationnelles), une épilepsie, une tumeur cérébrale, des troubles endocriniens thyroïdiens...

Évolution et pronostic**1. Évolution**

La schizophrénie est une maladie chronique dont l'évolution est très variable d'un individu à l'autre et d'une forme à l'autre. L'évolution peut se faire par poussées, avec des périodes de rémission, ou être progressive vers un état déficitaire (environ 25 % de formes déficitaires).

La forme clinique initiale évolue souvent vers un tableau complexe où différentes formes sont intriquées (notamment paranoïde et hétéro-psychose).

La schizophrénie est une maladie grave, tout d'abord en raison de la prévalence des troubles du comportement qu'elle implique. Environ 10 % des patients décèdent par suicide (risque de suicide multiplié par 12 par rapport à la population générale), les conduites addictives sont fréquentes (40 à 50 % des patients consomment régulièrement du haschich), de même que les comportements hétéro-agressifs. Enfin, elle engendre un handicap fonctionnel important.

2. Facteurs pronostiques

Ils sont résumés dans le tableau 4.

Traitement

Le traitement des décompensations aiguës est une urgence thérapeutique.

1. L'hospitalisation en milieu spécialisé

Elle est souvent la règle à la phase aiguë. Elle permet la réalisation d'une évaluation initiale complète, de faciliter la mise en route du traitement ainsi que la surveillance. Si nécessaire, on a recours à une hospitalisation sous contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers la plupart du temps, hospitalisation d'office en cas de dangerosité pour autrui).

2. Traitement pharmacologique

✓ **Les neuroleptiques antiproductifs** constituent le traitement de fond, permettant de traiter l'épisode aigu et de prévenir les rechutes.

Les recommandations actuelles préconisent, en 1^{re} intention, la prescription d'un neuroleptique atypique, de préférence en monothérapie, pour plusieurs raisons :

- efficacité spécifique des antipsychotiques atypiques, par rapport aux neuroleptiques classiques, sur les symptômes négatifs, cognitifs et affectifs de la schizophrénie ;
- efficacité identique sur les symptômes positifs ;
- plus faible prévalence des effets secondaires de type extrapyramidal et moins de dyskinésies tardives à 1 an ;
- diminution de la tendance au suicide pour la clozapine ;
- amélioration de l'observance et du fonctionnement social.

À noter cependant qu'ils ne sont pas dénués d'effets indésirables, les principaux étant les effets métaboliques, la prise de poids et l'allongement du QT. La mise en place d'une surveillance spécifique est donc indispensable (v. encadré 2).

Les neuroleptiques classiques deviennent peu à peu des traitements de 2^e ou de 3^e intention, notamment en cas de résistance.

En cas de schizophrénie résistante, il est possible de faire appel à la clozapine, dont les modalités de prescription sont particulièrement réglementées en raison du risque d'agranulocytose.

POINTS FORTS

à retenir

- **Savoir reconnaître les signes cliniques de la schizophrénie et savoir les classer dans les trois grands syndromes : dissociatif, délirant, syndrome autistique.**
- **Connaître les différentes modalités évolutives de la schizophrénie : formes de début, risque suicidaire, pronostic social, facteurs de bon ou mauvais pronostic.**
- **Connaître les principes de prise en charge des patients souffrant de schizophrénie (traitement pharmacologique et modalités de surveillance, modalités d'hospitalisation, psychothérapies, mesures rééducatives, réseau de soins).**
- **Connaître les principes de l'analyse sémiologique d'un délire chronique (thèmes, mécanismes, structure, adhésion).**
- **Connaître les différentes formes cliniques de délires chroniques non dissociatifs et leurs principes de traitement.**

Quelle que soit la molécule prescrite, il s'agit de traitements à long terme. En effet, les antipsychotiques semblent réduire le risque de rechute, dans la phase stable de la maladie, à moins de 30 % par an, alors que, sans traitement de maintenance, 60 à 70 % des patients rechuteraient à 1 an et 90 % à 2 ans. Ainsi, sur le plan de la durée, les recommandations classiques favorisent un maintien pour au minimum 1 an après un premier épisode, 5 ans après plusieurs épisodes et au très long cours lors de comportements violents ou auto-agressifs. Cependant, de nombreux auteurs vont dans le sens d'un maintien des traitements au plus long cours avec une négociation extrêmement précise et une explication du rapport bénéfice/risque de l'arrêt au patient lors de la mise en œuvre du plan de traitement.

✓ **Les traitements anxiolytiques** : neuroleptiques sédatifs, benzodiazépines ou anxiolytiques non benzodiazépiniques peuvent être prescrits en association au traitement antipsychotique, notamment en début de traitement.

2 / MODALITÉS DE SURVEILLANCE DES ANTIPSYCHOTIQUES DE NOUVELLE GÉNÉRATION

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN, N° 7849, 24 NOV. 2005

Évaluation initiale

- ▶ **IMC** : poids (kg) / taille (m)², **tour de taille**, pression artérielle, pouls.
- ▶ Datant de moins de 6 mois : **ECC**, dosages sanguins (**glycémie à jeun**, lipides).
- ▶ Facteurs hygiéno-diététiques : **tabagisme**, consommation de **substances**, habitudes **alimentaires**, **activité physique**.
- ▶ S'assurer de la prise en charge conjointe par un médecin généraliste.

Tous les 6 mois :

- ▶ **IMC** : poids (kg) / taille (m)², tour de taille, pression artérielle, pouls.
- ▶ Prise de contact avec le médecin généraliste.

Chaque année :

- ▶ **Glycémie à jeun**.

En cas de traitement antipsychotique atypique en cours :

- ▶ pression artérielle, glycémie à jeun et taux sanguins de lipides 12 semaines après son instauration.

Tous les 5 ans

Patients âgés de moins de 65 ans et dont le bilan lipidique initial ne montrait pas d'anomalies :

- ▶ des taux sanguins de lipides

✓ **Les thymorégulateurs** peuvent être prescrits en association aux neuroleptiques dans la prévention des schizophrénies dysthymiques. Une extrême prudence est de rigueur lors de l'association entre certains thymorégulateurs et certains neuroleptiques en raison de la potentialisation du risque d'agranulocytose (ex : association Tégrétol-Leponex).

✓ **Les antidépresseurs** peuvent être prescrits en cas de comorbidité dépressive. Ils doivent être associés au traitement antipsychotique. Les doses prescrites sont, en règle générale, inférieures à celles habituellement utilisées dans le traitement des dépressions. Ce type de prescription doit être réservé aux psychiatres.

3. Psychothérapies

Différents types de psychothérapies peuvent être associés au traitement antipsychotique :

- approche psycho-sociale,
- psychothérapie de soutien, indispensable tout au long de la maladie,
- psychothérapies cognitives et/ou comportementales (jeux de rôle, résolution de problèmes, entraînement aux habiletés sociales...),
- thérapies familiales (éducation des familles, gestion de l'expression émotionnelle familiale).

Plusieurs études ont montré que l'utilisation des psychothérapies permet une meilleure éducation à la maladie, une meilleure observance du traitement et l'amélioration de la gestion des événements de vie stressants.

Tableau 4 Facteurs pronostiques dans la schizophrénie

	BON PRONOSTIC	MAUVAIS PRONOSTIC
Âge de début	tardif	précoce
Mode de début	brutal	insidieux
Sexe	féminin	masculin
Forme clinique	paranoïde	hébéphrénique
Début de la prise en charge (notamment traitement neuroleptique)	rapide	retardée
Réponse au traitement	bonne	mauvaise
Coopération du patient et de la famille (notamment observance du traitement)	bonne	mauvaise
Adaptation prémorbide	bonne	mauvaise
Symptômes thymiques	présents	absents
Comorbidités psychiatriques (notamment addictives)	absentes	présentes
Antécédents familiaux de schizophrénie	absents	présents

4. Remédiation cognitive

Cette technique s'apparente aux méthodes thérapeutiques rééducatives. Son utilisation est justifiée par le fait que les symptômes négatifs, la désorganisation, les troubles attentionnels et mnésiques, ainsi que certains symptômes positifs résistent fréquemment aux traitements pharmacologiques. Or, ces troubles sont à l'origine d'un handicap résiduel.

Ainsi la remédiation cognitive a pour objectif de corriger les déficits neurocognitifs conduisant aux difficultés d'adaptation sociale. Si les premières études portant sur cette approche n'ont montré que peu d'efficacité, le développement récent de nouveaux modèles de remédiation cognitive, plus spécifiques des déficits neurocognitifs observés dans la schizophrénie, laisse espérer de meilleurs résultats dans l'avenir. En effet, des exercices de remédiation cognitive visant spécifiquement la résolution des problèmes (formulation d'un objectif, planification, prise de décision, déduction...) et la mémoire (exercice améliorant la mémoire, stratégies d'apprentissage...) se sont développés. En utilisant ces techniques, plusieurs auteurs ont obtenu des résultats encourageants.

5. Réhabilitation psychosociale

Le terme anglo-saxon « réhabilitation » fait référence au processus permettant à un individu de retrouver une fonction ou pallier un déficit. Dans la schizophrénie, cet aspect est représenté par le travail autour de la réinsertion sociale et professionnelle. Il va, par exemple, s'agir de mettre en place des programmes psychothérapeutiques d'entraînement aux habiletés sociales, de réorienter les patients sur le plan professionnel (atelier protégé, centre d'aide par le travail...), d'effectuer des demandes d'allocation adulte handicapé, d'organiser des prises en charge en hôpital de jour ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), d'effectuer des demandes de tutelle ou de curatelle...

DÉLIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRÉNIQUES

Les délires paranoïques, la psychose hallucinatoire chronique et les paraphrénies sont caractérisés par leur durée supérieure à 6 mois, l'absence de syndrome dissociatif ou de désorganisation, leur apparition en général après 30 ans et un mécanisme délirant prépondérant spécifique pour chacun d'eux :

- interprétation délirante pour les délires paranoïques,
- hallucinations pour la psychose hallucinatoire chronique,
- imagination délirante pour la paraphrénie.

Ces trois états délirants ont une évolution chronique sans traitement contrastant parfois avec un maintien prolongé de l'intégration sociale.

Délires paranoïques

1. Épidémiologie

Une évaluation exacte de l'épidémiologie des délires paranoïques est difficile en raison de leur rareté relative et du fait que les patients atteints recherchent rarement une aide psychiatrique.

Leur prévalence est estimée entre 0,025 et 0,03 %. Leur incidence annuelle est de 1 à 3 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants. Ils représentent environ 4 % des premières admissions dans les hôpitaux psychiatriques pour psychoses non dues à une affection médicale générale ou à une substance.

Concernant le sex-ratio, on note une légère prépondérance des sujets féminins.

2. Différents tableaux cliniques

Les différents tableaux cliniques des délires paranoïaques sont présentés dans le tableau 5.

3. Principes de traitement des délires paranoïaques

Il est souvent difficile de traiter les patients présentant un délire paranoïaque, car ces organisations délirantes font rarement l'objet d'une remise en question de la part du sujet qui en souffre.

✓ **L'hospitalisation** est assez rare et survient en général dans deux types de situations :

- lors de décompensations anxieuses et/ou dépressives, périodes pendant lesquelles il est plus facile d'obtenir un lien thérapeutique, le patient ressentant plus sa souffrance psychique ;
- lorsque la dangerosité du patient est importante (risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif), l'hospitalisation se faisant alors le plus souvent selon le mode de l'hospitalisation d'office. À noter que l'hospitalisation sur demande d'un tiers n'est pas recommandée dans ce contexte, puisque le tiers est susceptible de devenir le persécuteur désigné.

✓ **Le traitement pharmacologique** repose essentiellement sur l'utilisation des neuroleptiques :

- neuroleptiques antiproductifs, constituant le traitement de fond. À noter cependant que leur efficacité n'est pas constante dans ce type de délire. Les antipsychotiques de nouvelle génération sont indiqués en première intention, du fait de leur meilleure tolérance ;
- neuroleptiques sédatifs, indiqués à court terme en cas d'agitation ou de menace de passage à l'acte.

Les antidépresseurs peuvent être indiqués lors de décompensations dépressives. Ils seront cependant utilisés avec prudence, car ils peuvent réactiver la construction délirante. Leur prescription doit donc être réservée au psychiatre.

✓ **La place des psychothérapies** est restreinte en raison de la faible capacité de remise en question et d'introspection de ces patients. L'indication du type de thérapie dépend de différents facteurs :

- nature du délire ;
- existence de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux associés ;
- structure de personnalité sous-jacente ;
- capacités de remise en question et d'introspection.

Quel que soit le type de thérapie choisi, il est conseillé au médecin de savoir garder des distances par rapport au patient. D'autre part, il faut faire preuve d'honnêteté dans les soins afin de tenter d'établir un climat de confiance, prérequis nécessaire à l'acceptation des soins.

Tableau 5 Classification et sémiologie des délires paranoïaques

Délires passionnels

Caractéristiques communes

- états délirants chroniques débutant généralement brusquement par une interprétation ou par une intuition délirante
- peuvent par la suite s'enrichir de nombreuses interprétations délirantes
- forte participation affective pouvant être à l'origine de passages à l'acte

Érotomanie ou illusion délirante d'être aimé

- délire passionnel décrit par Clérambault en 1921
- touche plus fréquemment des femmes
- l'objet de l'érotomanie tient souvent une position sociale élevée et enviée
- évolution en 3 phases : espoir, dépit, rancune
- actes auto- et surtout hétéro-agressifs à craindre au cours des deux derniers stades

Délire de jalousie

- touche essentiellement les hommes
- début le plus souvent insidieux
- se nourrit et se développe aux dépens d'événements anodins qui font l'objet d'interprétations délirantes
- comorbidité fréquente avec l'alcoolisme chronique, pouvant favoriser la survenue d'un passage à l'acte

Délire de revendication

- « inventeurs méconnus », cherchant au travers d'innombrables démarches à obtenir la reconnaissance que la société leur refuse
- « querulents processifs », multipliant les procédures judiciaires
- « idéalistes passionnés », cherchant à transmettre une idéologie généreuse mais utopique

Délire d'interprétation de Sérieux et Capgras ou folie raisonnante

- le plus souvent chez des patients présentant une personnalité pathologique de type paranoïaque
- début brutal (à la suite d'un facteur déclenchant) ou insidieux
- touche tous les domaines de la vie du sujet : affectif, relationnel et psychique (délire en réseau)
- thèmes les plus fréquents : persécution et préjudice

Délire de relation des sensitifs de Kretschmer

- personnalité prémorbide de type sensitive :
 - absence de l'hyperestime de soi et de la querulence caractérisant les autres types de personnalités paranoïaques
 - orgueil, sens des valeurs et de la morale, vulnérabilité et tendance à intérioriser douloureusement les échecs relationnels et affectifs que le sujet rencontre
- délire émergeant progressivement dans les suites de déceptions
- thèmes : persécution, préjudice, mépris ou atteinte des valeurs morales
- s'étend rarement au-delà du cercle relationnel proche du sujet (collègues, famille, voisins)
- évolution dépressive possible

Tableau 6 Psychose hallucinatoire chronique et paraphrénie : tableau clinique

	PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE	PARAPHRÉNIE
Historique	■ individualisée par Ballet en 1911	
Définition	■ délire chronique survenant le plus souvent chez une femme (7 femmes/1 homme) âgée et vivant seule, de mécanisme principal hallucinatoire, sans dissociation mentale et d'évolution chronique	■ délires riches, luxuriants, plus ou moins systématisés, contrastant avec des capacités intellectuelles intactes et une bonne adaptation à la réalité
Début	■ brutal ou progressif ■ possibilité de retrouver un facteur déclenchant ou des prodromes (troubles de l'humeur, modifications comportementales ou caractérielles)	■ début le plus souvent progressif, marqué par l'apparition de troubles du comportement, bizarreries ou troubles affectifs
Mécanismes	■ hallucinations pouvant toucher les 5 sens (auditives, olfactives, visuelles, gustatives, cénesthésiques, psychomotrices, psychomotrices verbales) ■ automatisme mental pouvant être idéo-verbal, idéo-moteur ou idéo-sensitif (devinement de la pensée, commentaire des actes, écho de la pensée, vol de la pensée, pensée imposée) ■ on peut également retrouver des interprétations et des intuitions (mais phénomènes moins importants)	■ paraphrénie imaginative : mécanisme imaginatif exclusif (rêveries, contes, fictions) ■ paraphrénie fantastique : → mécanisme imaginatif prédominant → mais également : → mécanisme hallucinatoire → parfois automatisme mental
Thèmes	■ persécution +++ (notamment sexuelle) ■ mysticisme ■ hypochondrie ■ mégalomanie ■ influence	■ fantastiques ■ cosmiques
Évolution	■ chronique, marquée par des périodes de rémission partielle ou totale du délire alternant avec des périodes de recrudescence délirante ; évolution globale vers un enkystement du délire avec moments féconds ■ maintien longtemps relativement préservé de l'intégration sociale (vie sociale et/ou affective souvent très pauvre)	■ adaptation à la réalité préservée à long terme, ce système délirant coexistant le plus souvent avec une pensée normale ■ préservation des fonctions intellectuelles

Psychose hallucinatoire chronique et paraphrénie

1. Tableau clinique

Le tableau clinique de la psychose hallucinatoire chronique et celui de la paraphrénie sont présentés dans le tableau 6.

2. Principes de traitement des psychoses hallucinatoires chroniques

Une relation thérapeutique basée sur la confiance, permettant l'acceptation des soins, doit être privilégiée.

La place de l'hospitalisation en service psychiatrique reste marginale. Elle peut avoir lieu lors d'une décompensation délirante ou dépressive.

Les symptômes délirants de la psychose hallucinatoire chronique sont sensibles aux neuroleptiques antiproductifs. À noter

qu'il faut être extrêmement vigilant lors de la prescription de ces thérapeutiques, car il s'agit de patients âgés, et donc particulièrement sensibles aux effets secondaires liés à ces médicaments. L'utilisation des antipsychotiques de nouvelle génération, plus sûre, doit être privilégiée.

Enfin, les psychothérapies, de soutien et cognitives, peuvent également être utilisées. Elles ont pour but d'aider le patient à gérer les conflits présents, de mieux connaître les facteurs de risque de décompensation (stress, rupture de traitement...), de mieux tolérer et de mieux contrôler les symptômes délirants résiduels.

3. Principes de traitement des paraphrénies

Les principes de traitement sont identiques à ceux de la psychose hallucinatoire chronique. À noter cependant que les délires paraphréniques sont peu sensibles au traitement.

Diagnostiques différentiels des délires chroniques non schizophréniques

1. Diagnostiques différentiels psychiatriques

Ce sont :

- la schizophrénie, pathologie hallucinatoire avec automatisme mental, d'évolution chronique débutant en général chez des patients plus jeunes ;
- les bouffées délirantes aiguës, pathologies hallucinatoires avec automatisme mental survenant chez des sujets jeunes dont l'évolution se fait le plus souvent vers la guérison ;
- les troubles thymiques.

2. Diagnostiques différentiels organiques

Ce sont :

- le syndrome confusionnel et ses principales causes ;
- l'épilepsie partielle temporale (hallucinations olfactives) ;
- les tumeurs osseuses de la lame criblée de l'ethmoïde (hallucinations olfactives) ;
- les pathologies neurodégénératives à type de démence à corps de Lewy (hallucinations visuelles, symptomatologie extrapyramidale, signes de détérioration cognitive) ;
- la thyroïdite d'Hashimoto (hallucinations visuelles) ;
- les tumeurs cérébrales ;
- les pathologies neurodégénératives (délire interprétatif) ;
- les encéphalopathies alcooliques comme le syndrome de Korsakoff (délire interprétatif).

Pour en savoir plus

► Schizophrénies

Monographie (Rev Prat 2002;52[11]:1173-222)

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Un arrêt brusque dans le déroulement et l'énonciation de la pensée s'appelle un coq-à-l'âne.
- 2 Les formes hébéphréniques de schizophrénie se caractérisent par un début précoce entre 15 et 20 ans.
- 3 La présence d'un automatisme mental va à l'encontre du diagnostic de psychose hallucinatoire chronique.
- 4 Le délire paranoïaque passionnel de jalousie se caractérise par sa construction illogique.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Les interprétations délirantes constituent le mécanisme principal des paraphrénies.
- 2 Le rationalisme morbide est évocateur du diagnostic de schizophrénie.
- 3 Les hallucinations olfactives et le commentaire des actes sont des symptômes évocateurs de psychose hallucinatoire chronique.
- 4 Les affects émoussés, les hallucinations auditives et l'apragmatisme appartiennent au registre des manifestations cliniques déficitaires de la schizophrénie.

C / QCM

Parmi les formes cliniques de la schizophrénie, à la période d'état, on distingue :

- 1 l'autisme.
- 2 la catatonie.
- 3 la discordance.
- 4 la forme paranoïde.
- 5 la forme pseudonévrotique.

Réponses : A : F, V, V, F, F, F / B : F, V, V, V, F / C : 2, 4, 5.



Retrouvez tous les articles publiés depuis 7 ans par La Revue du Praticien.

Accessibles en ligne sur :

egora.fr

<<http://www.egora.fr>>
→ Onglet FONDS DOCUMENTAIRE

GRATUIT POUR LES ABONNÉS