

Le malade délirant: évaluation et conduite à tenir

Pr JM Vanelle

CHU de NANTES

Le 24.11.06

PLAN

- Pertinence du sujet
- Examen d'un délirant
- Evaluation clinique
- Conduite à tenir

Introduction

- Le délire: un symptôme (ou un groupement de symptômes) suffisamment important pour justifier un cours spécifique, même si à rechercher systématiquement
- Diversité des situations cliniques
- Diversité des pathologies concernées

Définition

- Delirare= sortir du sillon
- Délirer= avoir le délire, déraisonner.
- Notion de développement d'une idée délirante: « humeur » délirante → perception délirante → idée délirante déclarée (Lopez-Ibor)

Diversité des situations cliniques

- Tableau délirant manifeste: BDA, « bad trip », décompensation paranoïde, manie délirante
- Tableau plus insidieux ou caché : dépression délirante, délire sensitif de relation, délire paranoïaque, onirisme du confus
- Symptôme suspecté en présence de réticence, mutisme...

Recherche et mise en évidence du délire

- Suspecté face à certains comportements ou attitudes: d'écoute, moyens de protection, colifichets → présentation générale
- Suspecté si discours évasif, méfiant voire opposant

Le délire: ses caractéristiques

- Survenue: aiguë ou progressive, voire insidieuse
- Intensité et durée
- Ses thèmes et mécanismes
- Les symptômes d'accompagnement et leur chronologie d'apparition: niveau de vigilance, participation thymique, discordance
- Systématisation
- Degré d'adhésion et de conviction
- Terrain: ATCDS personnels et familiaux, personnalité, niveau intellectuel et cognitif, état général, niveau global de fonctionnement

Les incontournables

- Examen prudent sans risques inutiles +++:
présence de tiers à discuter
- Recherche d' un Automatisme Mental, actes
imposés +++
- Systématisation du délire avec persécuteur désigné
++
- Facteurs toxiques associés: à évoquer
systématiquement ++
- Risque d' un délire agi = auto ou hétéro-agressivité
- contexte particulier : puerpéralité p ex

Arbre décisionnel

- Eliminer une cause organique: niveau de vigilance, état général, hallucinations visuelles
- Penser aux toxiques
- Penser au trouble thymique
- Délire au centre du tableau clinique

Echelles d'évaluation de la pathologie

- Echelle de psychopathologie générale: BPRS
- Echelle de psychose: Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) de Kay
- Echelle d'appréciation des symptômes positifs= Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) de N Andreasen

Diagnostic différentiel

- La simulation: comportements ostentatoires
- Les conversions délirantes: rares, terrain et sémiologie « plaquée », paucisymptomatique, avec vécu distancé...

CAT

- La question de l'hospitalisation, y compris sans consentement
- La chimiothérapie et les mesures d'accompagnement
- L'alliance thérapeutique et l'accès à l'information

L'hospitalisation?

- Réaction globale du patient: importance des troubles du comportement, dangerosité potentielle, degré d'observance prévisible
- Réaction de l'entourage: par rapport aux troubles, capacités de mobilisation et de surveillance
- Importance de la symptomatologie: intensité du délire, auto et hétérodangerosité

CAT: le choix de la chimiothérapie I

- Histoire de la maladie et de ses modalités thérapeutiques si réalisable: notion de traitement déjà efficace ou mal toléré...
- Terrain: état somatique, autres médicaments absorbés
- Degré d'urgence et **autres** symptômes cibles: sédation, anxiolyse, respect de la vigilance..
- Voie d'administration (à l'hôpital): gouttes ou velotab; IM si nécessaire

CAT: le choix de la chimiothérapie II

- NLP atypique surtout si début de traitement
- NLP conventionnel: si traitement en cours ou notion de traitement déjà prescrit en fonction du rapport efficacité/tolérance: Loxapac*, Haldol*, clopixol*, Tercian*
- Prudence pour la posologie
- Association de NLPs: pas d'emblée, sauf état d'agitation
- Traitement associé: thymorégulateur ou anxiolytique en fonction des symptômes associés

Conclusion

- Evaluation et CAT face à un patient et non un symptôme, mais l'analyse sémiologique est indispensable dans les limites du possible
- Arbre décisionnel avec les incontournables, être rigoureux et systématique
- Dimension thérapeutique: ici et maintenant, mais aussi la relation thérapeutique à instaurer.

Recommandations & Consensus en psychiatrie

Pr JM Vanelle
CHU de NANTES

Contexte

- **Evidence Based Medicine:** médecine basée sur les preuves= « usage consciencieux, explicite et judicieux des preuves actuellement les meilleures pour prendre les décisions dans les soins aux patients » Bourgeois
- Notion d'efficacité et d'efficience
- Loi du 4 mars 2002: relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé information du patient
- Diffusion du savoir: internet...
- Une médecine des symptômes, du malade plus que du sujet ?

Diversité des documents disponibles

- Conférences de Consensus
- Référence Médicales Opposables
- Recommandations et références Professionnelles
- Guidelines anglosaxons: uniquement élaborés par des experts avec souvent des aspects pratiques

Les organismes

- Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- Haute Autorité de Santé (**HAS**):site **www.has-sante.fr**
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (**AFSSPS**)

Les Conférences de Consensus

- Principe: un comité d'organisation, des experts, un jury et un promoteur
- Ex Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques 1994
- La première en psychiatrie, à l'initiative de la Fédération Française de Psychiatrie, avec l'objectif de « définir une position dans une controverse portant sur une procédure médicale dans le but d'améliorer la pratique clinique »
- Principe de la multidisciplinarité du CO et du jury pour un abord le + complet du problème posé »: un journaliste, un AS, un membre de famille de malade...

Les Conférences de Consensus (suite)

- Q 1: Quels sont les critères et les méthodes d'évaluation dans les stratégies thérapeutiques à long terme dans les S ?
- Q 2: Quelle est la place des NLPs ?
- Q 3: Quelle est la place des autres médicaments?
- Q 4: Quelle est la place des stratégies non médicamenteuses actuellement employées et évaluées, et leurs interactions ?

Caractère très général des recommandations , avec un impact modeste sur les pratiques.

Les Conférences de Consensus (suite III)

- Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques 2003
- La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge octobre 2000.

Recommandations et références professionnelles

- Ex: Prise en charge d'un premier épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire
- Principe: comité d'organisation, groupe de travail et groupe de lecture composés quasi exclusivement de médecins
- Autres ex: recommandations professionnelles: modalités de prise en charge de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux (avril 05)
- Mais aussi évaluation des technologies de santé: TOC résistants: prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle (juillet 05)

RMO

- Prescription de NLPs

- Suivi des psychotiques:

Il n'y a pas lieu d'entreprendre un traitement prophylactique par le lithium en dehors des malades avec PMD uni ou bipolaire

- indice de gravité ou d'inutilité médicale: 0,5;
incidence financière: 1

- Prescription des hypnotiques et anxiolytiques

Les NLPs: bonnes pratiques cliniques

Pr JM Vanelle
CHU de NANTES

Les neuroleptiques: définition

Delay & Deniker 1957

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice spéciale: neutralité émotionnelle et affective, hypersomnie
- Efficacité sur les états d'excitation et d'agitation
- Réduction des états psychotiques aigus et chroniques: action délirante et désinhibitrice
- Production d'effets EP et végétatifs
- Effets sous-corticaux dominants

Quid des atypiques ou antipsychotiques?

- Groupe hétérogène avec PPDC: moins d'effets EP, mais mêmes effets secondaires par ailleurs (SMN pex)
- Efficacité: idem à quelques nuances près, pas de profil bipolaire sauf amisulpride: symptômes positifs, négatifs, excitation et hostilité, désorganisation, anxiété et humeur
- Latence d'action: séquence thérapeutique de 3 semaines à 3 mois sauf pb de tolérance+++

NLPs

- Posologie à respecter, plutôt à la baisse
- Zyprexa: 20 mg/j
- Risperdal: 4 à 6 mg/j
- Attention association: les justifier et les évaluer régulièrement; pas d'emblée
- Intérêt des retard, mais leur particularités d'utilisation +++

Les atypiques

- NLPa: première intention, mais peu sédatifs
- Leur intérêt dans les troubles de l'humeur
- Prudence avec l'aripriprazole: produit intéressant, mais de maniement difficile , surtout si terrain « neuroleptisé ».
- Tolérance: problème d'actualité +++ avec pb ECG, risque métabolique, bénéfice « cognitif »

Syndrome métabolique

- Périmètre abdominal > 94 cms
- HTA $> 130/85$
- Glycémie $> 6,1$ mmol/l
- Lipides