

7^e Congrès

Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée

La Psychiatrie de la Personne Âgée en mouvement

Jeudi 4 et vendredi 5 JUIN 2026

Université Catholique de Lyon - UCLy - LYON



SF3PA

www.sf3pa-congres.com

CO2E - Entre nihilisme thérapeutique et prise en compte du faible niveau de preuve, comment prendre en soins le trouble délirant tardif primaire ?

Gabriela STEFAN

Lyon

Sommaire

1. Introduction
2. Niveau de preuves
3. Recommandations de traitement issues de la littérature
4. Rationnel du traitement
5. La TCC du délire de persécution
6. Conclusions : Etapes de la prise en charge

INTRODUCTION

TROUBLE DELIRANT (DSM 5)

Trouble psychotique

- A. Une ou plusieurs idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus
- B. Critère A de la schizophrénie jamais rempli et pas d'hallucinations non congruentes
- C. Sans altération marquée du fonctionnement (en dehors de l'impact des idées délirantes), ni de bizarreries manifestes du comportement
- D. Tout épisode affectif, s'il est présent, est bref par rapport à la durée du délire
- E. **N'est pas secondaire à une autre cause organique ou mentale ou TLU**

Spécifie :

- *Le contenu* des idées délirantes : jugées bizarres si invraisemblables, non compréhensibles, ne dérivant pas d'expériences de la vie ordinaire
- *Le type* : **Persécution** Érotomaniaque Mégalomaniaque Jalousie Somatique Mixte Non spécifié

Le diagnostic de trouble délirant tardif primaire (TDTP)

- Ni le DSM 5, ni la CIM 10 ne font référence directe au trouble délirant du sujet âgé sauf pour *l'association à des déficits sensoriels plus fréquents*.
- Tandis qu'il y a des consensus sur un âge seuil dans d'autres troubles psychotiques du sujet âgé, aucune distinction n'est faite dans la littérature entre début à l'âge moyen et début à l'âge avancé (*Kendler, 2017*).
- Un **seuil de 65 ans** a été utilisé dans certaines études (étude prévalence de Copeland et al., 1995; revue de Nagendra et Snowden, 2020) et par l'OMS.
- Les seuils d'âge restent flexibles, le TD apparaît pour la première fois au milieu à la fin de vie, un pourcentage important de patients étant diagnostiqués pour la première fois à un âge avancé (*González-Rodríguez et al., 2022*).

Fréquence des types délirants dans le TDTP

- Délires persécutatoires (n = 48 ; 87,3 %)
- Délires de jalousie (n = 6 ; 11 %)
- Délires somatiques (n = 1 ; 1,8 %)

Nagendra et Snowden, 2020

Neurobiologie

Délires somatiques :

- Contenu délirant spécifique/corps ou santé
- Dysfonctionnement des régions impliquées dans la **planification motrice et l'intégration sensorimotrice**
- CCA (cortex cingulaire antérieur) (rôle dans la détection des erreurs) plus étroitement lié aux **signaux corporels internes** et à leur évaluation émotionnelle

Délires non somatiques :

- Contenu délirant principalement paranoïaque et persécutoire
- Associés à des lésions de la substance blanche dans des régions impliquées dans la **régulation du danger et de l'anxiété**
- CCA plus étroitement lié aux **signaux externes**, aux distorsions cognitives et affectives externalisées

Wolf et al, 2025

Le Trouble délirant est difficile à traiter

- Méfiance des patients (faible insight)
- Ne cherchent pas d'aide
- Faible adhésion des patients au traitement, parfois faible réponse, voire résistance au traitement
- Pessimisme thérapeutique : vision nihiliste des professionnels de santé concernant le traitement de ce trouble qualifié souvent « d'intraitable » (*Goodwin et al., 2020*)
- **Absence de données probantes solides** pour formuler des recommandations spécifiques de traitement
 - Pas d'ECR (sauf pour les TCC)
 - Pas de méta analyse
 - Etudes surtout rétrospectives sur dossiers : rapports de cas et séries de cas
 - Quelques revues systématiques et narratives

NIVEAU DE PREUVES

TD tardif primaire

Auteur	Preuves principales : Revue spécifique au sujet âgé	Résultats
Nagendra et Snowden, 2020	<p>Étude rétrospective sur 12 ans portant sur 55 patients atteints de TD de plus de 65 ans afin d'étudier l'effet du traitement</p> <p>Suivi moyen de 36,6 mois</p> <p>32 patients ont reçu un AP2G (RIS, RIS retard, PAL, ARI, QTP, AMI, CZP)</p>	<p>La réponse au traitement était de 55 %.</p> <p>Parmi les patients atteints de TD persécutoire (44 soit 87%) et traités par A2PG (27 cas) pendant 2 à 8 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 % <i>récupération</i> (définie comme la résolution des symptômes) • 35 % <i>amélioration</i> (réduction de la détresse induite par les délires) <p>Faible pourcentage de patients atteints de TD qui ont développé la démence par la suite (4 cas).</p>

Auteur	Preuves principales : Rapports de cas	Résultats
Machado et al., 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Homme de 76 ans TD jalousie • <i>PALI</i> 50 mg/mois • <i>Sertraline</i> 100 mg/j (dépression) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des symptômes après 3 semaines de traitement • Pas d'amélioration de l'insight • Mais acceptation du traitement
Goodwin et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Homme de 71 ans (dg TD à 58 ans) • <i>Traitement biopsychosocial</i> pendant 3 mois : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pharmacologique (<i>PALI</i>) ○ Psychosocial (alliance thérapeutique ; rétablissement des réseaux sociaux et des relations de soutien) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du niveau de préoccupation pour les croyances délirantes • Amélioration de l'humeur dysphorique
Novak, 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Femme de 74 ans • TD persécutoire (dg à 71 ans) • <i>Traitement homéopathique sous-cutané</i> combinant, à faibles doses, sulpiride + olanzapine (20 mg et 0,4 mg respectivement), et Coenzyme Compositum • Choix des AP/voies différentes d'action 	<ul style="list-style-type: none"> • Résolution du délire en 2 semaines • Rémission persistante après 4 mois de traitement et sans EI • Les composantes homéopathiques du Coenzyme Compositum sont des activateurs métaboliques non spécifiques qui agissent en synergie avec le sulpiride et l'olanzapine pour améliorer leur efficacité à des doses plus faibles
Townend M., 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Homme de 71 ans avec TD somatique • <i>TCC avec exposition + restructuration cognitive</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des symptômes et des croyances
Brown et Crabtree, 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Homme de 67 ans avec TD de persécution • <i>TCC Worry intervention (pour délire de persécution)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des scores sur toutes les mesures à un degré cliniquement significatif

Auteur	Preuves principales : <i>Rapports de cas de TD somatique traité par antidépresseurs</i>	Dépression secondaire au TD	Traitements	Résultats
Sato et Imai, 2024	Homme de 77 ans ATCD d'ischémie cérébrale	-	<i>Vortioxétine</i> 5 mg/j	Diminution de la gêne délirante, sans effets indésirables. Lors de son suivi, persistance de légers symptômes
Ukai et al., 2013	Femme de 70 ans Début du TD vers 60 ans Hyperlipidémie et HTA Exclusion aux examens de TNC	-	<i>Milnacipran</i> 25 mg/j	Rémission des symptômes après ajout de Milnacipran au traitement antérieur par acide valproïque et tandospirone
Otani et al., 2010	Homme de 73 ans	+	<i>Milnacipran</i> 50 mg/j	Amélioration « considérable », sans effet indésirable
Hayashi et al., 2004	Femme de 73 ans	-	<i>Paroxétine</i> 20 mg/j	Rémission du délire délire après 8 semaines
Wada et al., 1999	Femme de 78 ans	-	<i>Clomipramine</i> 100 mg/j	La clomipramine est efficace au moins pour certains patients atteints de TD, de type somatique, y compris les cas résistants au pimozide. L'auteur suggère une certaine association entre le TD, le type somatique et le dysfonctionnement sérotoninergique.
Mizuno et al., 2025	Femme de 62 ans avec délire somatique	-	<i>Escitalopram</i> 10 mg/j, augmenté à 20 mg/j	Symptômes « presque résolus » ~5 semaines après Amélioration du rCBF (flux sanguin cérébral régional) dans les lobes temporal et pariétal corrélée à la récupération clinique

NIVEAU DE PREUVES

TD précoce

Auteur	Preuves principales : Revues	Résultats	
Munro et Mok, 1995	209 patients sous AP1G <ul style="list-style-type: none"> 74% délires somatiques 19 % délires non somatiques Suivi moyen 22 mois	Rémission complète : <ul style="list-style-type: none"> Pimozide : 68,5% Autres AP1G : 22,6% 	Rémission partielle <ul style="list-style-type: none"> Pimozide : 22,4 % Autres AP1G : 45,3 %
Manshreck et Khan, 2006	134 patients sous AP1G (dont Pimozide 45%) et AP2G <ul style="list-style-type: none"> 38% délire de persécution 35,7% délire somatique 	<ul style="list-style-type: none"> Rémission complète : 49,3% Rémission partielle : 40,3% - Efficacité Pimozide > autres AP Aucune amélioration : 10,4% 	
Skelton et al., 2015 (Cochrane)	Evaluer l'efficacité des tous les traitements <ul style="list-style-type: none"> pharmacologiques (AP, AD, TR) et psychothérapiques (TCC) 	Pas d'ECR sur les traitements pharmacologiques 1 ECR pour la TCC : efficacité sur l'estime de soi (avec traitements pharmacologiques associés)	
Munoz-Negro et al., 2016	385 patients <ul style="list-style-type: none"> Evaluer les preuves pour les traitements pharmacologiques (AP et AD) Comparer AP1G et AP2G 	Bonne réponse : 33,6% <ul style="list-style-type: none"> AP1G (39%) > AP2G (28%) AD : 50% Aucun AP n'apparaît plus efficace que les autres	
Gonzalez-Rodriguez et al., 2014	Etude observationnelle, longitudinale/6 mois 45 patients TD avec hallu non prédominantes ou sans AP retard (RSP ou PAL) vs AP2G oral	AP retard : <ul style="list-style-type: none"> ↓ Scores symptômes positifs de la PANSS ↓ Scores symptômes négatifs de la PANSS 	

TCC « CLASSIQUE »	ETUDE	PREUVE PRINCIPALE	RESULTATS
O'Connor et al., 2007	<ul style="list-style-type: none">• TCC vs placebo control• 24 patients avec TD traités par TCC pendant 24 semaines	ECR	<ul style="list-style-type: none">• Diminution de la conviction délirante• Diminution de l'affect lié• Amélioration de l'insight

TCC spécifique pour le délire de persécution	PROGRAMME	PREUVES PRINCIPALES	RESULTATS
Raisonnement	SlowMo	ECR (Garety et al., 2021)	↓ délire, effet indirect, modéré
Raisonnement	Thinking Well	ECR (Waller et al. 2015)	↓ délire, effet indirect (↓ biais cognitifs)
Inquiétude	Worry Intervention	ECR (Freeman et al., 2015) ECR (Foster. et al. 2010)	↓ délire, effet direct
Insomnie	CBT-I for persecutory delusions	ECR (Freeman et al. 2013) ECR (Freeman et al. 2015)	↓ délire, effet indirect
Cauchemars	Nightmare intervention	ECR (Sheaves et al., 2019)	
Estime de soi	CBT for negative cognitions about the self	ECR (Freeman et al. 2014)	↓ délire, effet indirect
Inquiétude	Feeling Safe	ECR (Freeman, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • ~64% de “rémission” partielle • Amélioration du fonctionnement global • Effets maintenus à 12 mois • Taille d’effet très élevée :d ≈ -1.20 sur sévérité délirante
Croyances négatives sur soi	Feeling Safer		
Comportements de sécurité			
Biais de raisonnement			
Troubles du sommeil			
Hypervigilance			

Pour résumer le niveau de preuve

- **Les preuves pour les traitements pharmacologiques sont faibles** tant dans le TDTP que dans le TD précoce (*les preuves émergentes suggèrent que les médicaments antipsychotiques peuvent être bénéfiques*).
- Par contre, **les preuves pour les TCC spécifiques pour le délire de persécution (le type le plus fréquent des TD) sont solides dans le TD précoce.**
- **Et on sait qu'on peut adapter les TCC chez le sujet âgé avec ajustements** (*Ishikawa et Mace, 202*); *Herrmann et al, 2019*).
- Mais
 - Il est difficile de généraliser les résultats.**

**RECOMMANDATIONS
ISSUES DE LA LITTERATURE**

Recommandations issues de la littérature psychogériatrique pour le TDTP

- Extrapolation des recommandations à partir de cas de TD précoce (Nagendra et Snowden, 2019)
- Surveillance de l'efficacité et des effets secondaires (Gardijan et Szucs, 2016; Colijn et al., 2015)
- Proposition de principes de prescription des AP chez le sujet âgé (Colijn et al., 2015)
- Réévaluation périodique de la pertinence du traitement (Gardijan et Szucs, 2016)
- Recommandations à partir de cas de psychose tardive (Munoz-Negro et Cervilla, 2016 ; Gardijan et Szucs, 2016) : Combinaison d'interventions psychosociales et pharmacologiques

Recommandations à partir de cas de TD précoce

- Lapid M, Ho J., 2020 : La **psychothérapie de soutien** pour instaurer l'alliance thérapeutique et la **TCC** pour réduire la détresse émotionnelle.
- Freeman, 2016; Freeman et Garety, 2014; Freeman et Waite, 2017 : **Evaluation complète** pour écarter les étiologies médicales, explorer les facteurs psychologiques sous-jacents et évaluer les facteurs situationnels persistants.
- Gonzalez-Rodriguez et Seeman, 2020 : **Enseignement de stratégies d'adaptation pour gérer les émotions associées aux délires.**

González-Rodríguez, 2013 ; Munoz-Negro et al., 2016 :

AD + AP : comorbidité dépressive, anxieuse

AD seuls +/- AP : TD somatique (souvent associé à une comorbidité dépressive)

González-Rodríguez, 2014 :

AP retard pour améliorer l'insight

De Diego, González-Rodríguez et Díaz-Caneja, 2021 :

Remédiation cognitive : comorbidité cognitive

Pedrero, González-Rodríguez, Guàrdia, t al., 2021; Gonzalez-Rodriguez, 2023 :

Anxiolytiques (BZD) : comorbidité anxieuse ou troubles du comportement (agitation, agressivité)

González-Rodríguez, 2023 :

Hospitalisation : trouble du comportement (agitation, agressivité)

Recommandations par extrapolation de la littérature pour la psychose tardive

Approche environnementale

Cadre de vie sécurisant et prévisible

Réduction des facteurs anxiogènes / Correction des facteurs sensoriels et sociaux

Soutien des aidants / Limitation des conflits familiaux autour du délire

Approche psychologique/TCC

Traitement pharmacologique

Indications :

- symptômes modérés à sévères
- détresse importante
- retentissement fonctionnel
- échec des mesures non pharmacologiques

Principes :

- “start low, go slow”
- évaluation toutes les 2–4 semaines
- arrêt progressif possible après 6–12 mois de stabilité et faible risque de rechute
- Prise en considération des EI

*Munoz-Negro et Cervilla, 2016
Gardjian et Szucs, 2016
Colijn et al., 2015*

Organisation de la prise en charge

Priorité : Alliance thérapeutique

L'attitude du patient délirant envers tout professionnel de santé est souvent la **méfiance**.

Construire une **relation de confiance** avec le patient avant de tenter toute intervention est ainsi déterminante :

- Essayer de **comprendre le monde de la personne selon ses propres termes**.
- **Valider ses émotions** : reconnaître que les croyances “font souffrir”, reconnaître la détresse, prendre au sérieux ce que c'est que de vivre avec un tel niveau d'incertitude et de menace.
- **Comprendre la fonction psychologique que la croyance remplit**, avant de tenter de la démanteler.
- Proposer une aide disponible indépendamment si la personne accepte ou non le diagnostic.

Sheffield et al, 2024

Rationnel du Traitement : Modèle bio psychosocial

Facteurs biologiques

- Génétiques
- Cérébraux
- Neurochimiques

> Traitement :

Interventions pharmacologiques

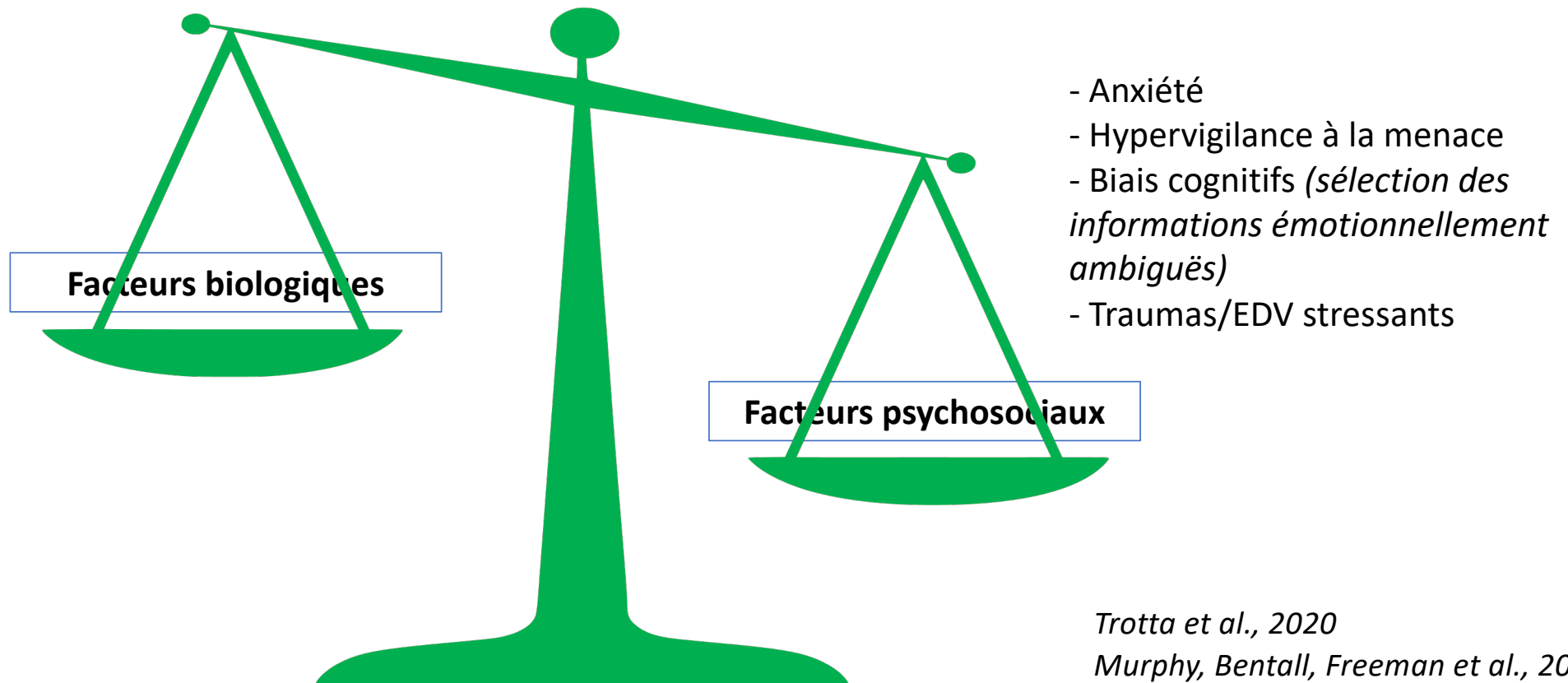
Facteurs psychosociaux

- Traumatismes et adversité
- Isolement social
- Stress chronique

> Traitement :

Interventions psychosociales

Le poids des facteurs psychologiques est plus important dans le délire de persécution



Trotta et al., 2020
Murphy, Bentall, Freeman et al., 2018
Freeman et al., 2016
Garety et al., 2005, 2001

Facteurs psychologiques

- l'inquiétude chronique
- les croyances négatives sur soi-même (faible estime de soi)
- les comportements de sécurité (évitement, hypervigilance, vérifications)
- les biais cognitifs : d'intentionnalité (d'interprétation des intentions d'autrui) ; de confirmation (la persistance des croyances malgré les contre-arguments)
- la sensibilité interpersonnelle (peur, méfiance chronique)
- les croyances négatives sur soi
- les expériences internes anormales
- les troubles du sommeil

Freeman, 2014

Rationnel de la TCC pour le délire de persécution

Modèle d'anticipation de la menace

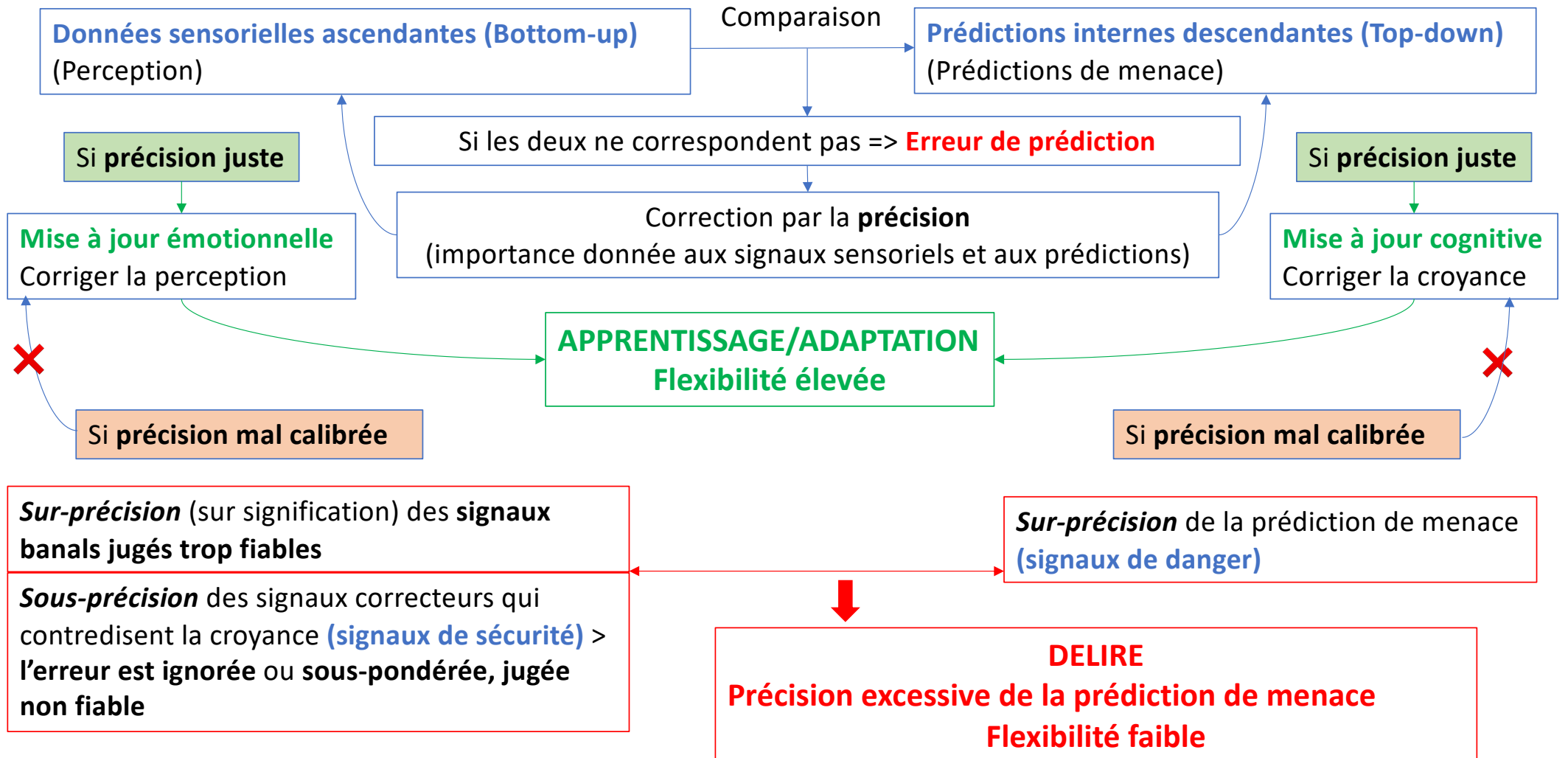
Freeman, 2021 (The Lancet Psychiatry Review)

Le délire persécutoire = conséquence d'un système de menace continuellement activé qui prédit constamment le danger

> le délire persiste parce que **la personne ne se sent jamais en sécurité.**

Ce modèle est expliqué par la théorie du **Codage prédictif**

Le codage prédictif : le délire = erreur de prédiction



Apports du modèle

- Est l'un des **mieux validés scientifiquement pour comprendre et traiter le délire de persécution** > sert de **base aux TCC modernes** (« nouvelle génération ») : par ex « *Feeling Safe Programme* »
- Montre qu'on peut agir psychologiquement sur un symptôme longtemps considéré comme purement biologique = **met l'accent sur des mécanismes modifiables** :
- **Correction des erreurs de prédictions** : mise à jour des prédictions de menace par des expériences de sécurité.

“Feeling Safe Programme” (2021)

Etude de cohorte, puis ECR

- Programme de TCC basée sur le modèle de Freeman
- Comparée à une simple relation de soutien

Freeman et al., 2021

Mécanismes

Pas d'action directe et première sur les croyances de menace infondées (délirantes) mais sur les **facteurs psychologiques qui les maintiennent** :

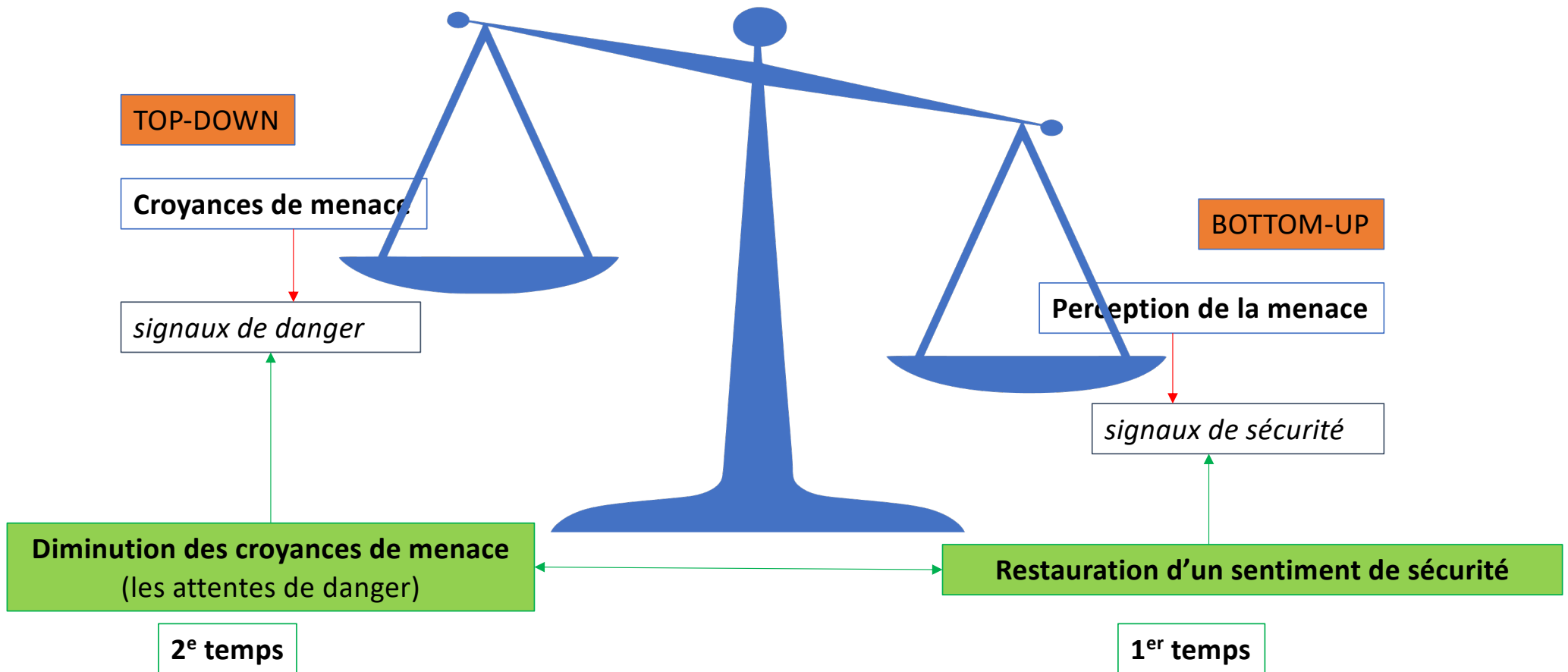
Facteurs qui bloquent ou entravent l'apprentissage de la sécurité :

1. Inquiétude
2. Biais cognitifs
3. Croyances négatives sur soi
4. Hypervigilance
5. Comportements de sécurité
6. Troubles du sommeil

> 6 modules thérapeutiques

Trois à quatre modules sont sélectionnés en fonction de la détresse et des préférences du patient

REENTRAINER LE CERVEAU A NE PLUS PREDIRE LA MENACE



CONCLUSIONS

L'objectif clinique doit rester réaliste : stabilisation + réduction de l'impact du délire, plus qu'une régression complète du délire

Les antipsychotiques :

- efficacité variable, incomplètement démontrée
- à risque non négligeable chez le sujet âgé

Associer des interventions sur l'environnement (y compris familial)

Les nouvelles approches TCC du délire de persécution :

- disposent de *preuves solides* pour diminuer la conviction délirante et la détresse psychologique associée (ECR chez l'adulte)
- et on sait qu'elles peuvent être adaptées avec ajustements au sujet âgé

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN SOINS DU TDTP

pourrait être proposée en 6 étapes

1. CONFIRMER LE DIAGNOSTIC : EXCLURE une cause secondaire somatique ou cognitive (TNC, delirium, iatrogénie, etc)



2. ÉVALUER le **type de délire**, la **gravité** (risque suicidaire ou hétéro-agressivité) et les **facteurs psychologiques** (niveau d'inquiétude, perception négative de soi, biais de raisonnement et mécanismes de défense)



3. TRAITEMENT NON-PHARMACOLOGIQUE en première ligne (sauf formes sévères):
approche environnementale et psychologique/TCC



4. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE : ANTIPSYCHOTIQUE si gravité modérée ou sévère (+/-
HOSPITALISATION)



+ traitement des comorbidités

5. RÉÉVALUER la prise en charge globale à 4–8 semaines



6. ESTIMER si MAINTIEN / AJUSTEMENT / ARRÊT

MERCI POUR VOTRE ATTENTION