

Trouble délirant

Sommaire

[Caractéristiques diagnostiques](#)

[Sous-types](#)

[Caractéristiques et troubles associés](#)

[Caractéristiques liées à la culture et au sexe](#)

[Prévalence](#)

[Evolution](#)

[Aspects familiaux](#)

[Diagnostic différentiel](#)

Caractéristiques diagnostiques

Critère A

La caractéristique essentielle d'un trouble délirant est la présence d'une ou de plusieurs [idées délirantes](#) non [bizarres](#) qui persistent pendant au moins 1 mois.

Critère B

On ne fera pas le diagnostic de trouble délirant si le sujet a déjà présenté un tableau symptomatique qui répond au Critère A de la [schizophrénie](#).

Critère C

S'il existe des [hallucinations](#) auditives ou visuelles, elles ne sont pas au premier plan. Des hallucinations tactiles ou olfactives peuvent être présentes (et au premier plan) si elles sont reliées au thème délirant (p. ex., la sensation d'être infesté par des insectes, associée à des idées délirantes d'infestation, ou la perception d'une odeur nauséabonde dégagée par un orifice du sujet lui-même, associée à des [idées délirantes de référence](#)). Mis à part l'impact direct des idées délirantes, le fonctionnement psychosocial n'est pas altéré de façon marquée, et le comportement n'est ni manifestement singulier ni bizarre.

Critère D

Si des épisodes [thymiques](#) surviennent en même temps que des idées délirantes, la durée totale de ces épisodes thymiques est relativement brève par rapport à la durée totale des périodes délirantes.

Critère E

Les idées délirantes ne sont pas dues aux [effets physiologiques directs](#) d'une substance (p. ex., la cocaïne) ou d'une affection médicale générale (p. ex., [maladie d'Alzheimer](#), lupus érythémateux disséminé).

Bien que la détermination du caractère [bizarre](#) des idées délirantes soit considérée comme particulièrement importante pour distinguer le trouble délirant d'une [Schizophrénie](#), la "bizarrerie" peut être difficile à estimer, spécialement dans des cultures différentes. Les idées délirantes sont considérées comme bizarres si elles sont nettement invraisemblables et incompréhensibles et ne proviennent pas d'expériences ordinaires de la vie (p. ex., un individu qui croit qu'un étranger a enlevé ses organes internes et les a remplacés par ceux de quelqu'un d'autre, sans laisser de plaies ni de cicatrices). En revanche, les idées délirantes non bizarres impliquent des situations susceptibles de survenir dans la vie réelle (p. ex., être suivi, empoisonné, contaminé, aimé à distance, ou trompé par son conjoint ou partenaire).

Le fonctionnement psychosocial est variable. Certains individus peuvent paraître relativement préservés au sein de leurs activités et dans leurs relations interpersonnelles et occupationnelles. Chez d'autres, l'altération peut être manifeste et impliquer des activités réduites ou nulles et un isolement social. Quand le fonctionnement psychosocial est mauvais dans le trouble délirant, cela découle directement des croyances délirantes elles-mêmes. Par exemple, un sujet qui est convaincu qu'il sera assassiné par des "tueurs de la Mafia" peut abandonner son emploi et refuser de sortir de sa maison sauf tard le soir et uniquement s'il revêt des habits très différents de sa tenue habituelle. Dans tout ce comportement, il y a la tentative compréhensible d'éviter d'être identifié et tué par ses assassins présumés. En revanche, un mauvais fonctionnement dans la schizophrénie peut être dû à la fois à des symptômes positifs et négatifs (particulièrement la perte de volonté). De même, les personnes souffrant d'un trouble délirant se caractérisent fréquemment par l'apparente normalité de leur aspect et de leur comportement, tant que leurs idées

déliirantes ne sont pas en question ou tant qu'elles n'agissent pas en fonction de celles-ci. En général, le fonctionnement social et conjugal est plus souvent perturbé que le fonctionnement intellectuel et les activités.

Sous-types

Le type de trouble délirant peut être spécifié sur la base du thème délirant prédominant :

Type érotomaniac

Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central est la conviction d'être aimé par une autre personne. L'[idée délirante](#) se rapporte habituellement à un amour romantique et à une union spirituelle idéalisée plutôt qu'à une attirance de type sexuel.

La personne qui est l'objet de cette conviction est habituellement d'un niveau social plus élevé que le sujet (p. ex., un personnage célèbre ou un supérieur hiérarchique), mais il peut s'agir d'un sujet que le patient n'a jamais rencontré. Habituellement, le patient s'efforce d'entrer en contact avec l'objet de son délire (par l'intermédiaire d'appels téléphoniques, de lettres, de cadeaux, de visites, voire en l'épianant et en le traquant), bien qu'il puisse, dans certains cas, cacher son délire. La majorité des cas rencontrés en clinique concernent des femmes, la majorité des cas médico-légaux sont des hommes. Certaines personnes souffrant de ce trouble, surtout des hommes, entrent en conflit avec la loi, soit du fait de leurs efforts pour poursuivre l'objet de leur délire, soit en raison de tentatives malencontreuses pour « sauver » ce dernier d'un danger imaginaire.

Type mégalomaniac

Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central est la conviction de posséder (de façon méconnue), soit un don supérieur, soit une grande capacité de clairvoyance ou d'avoir fait une importante découverte. Moins couramment, le délire a pour thème l'existence d'une relation exceptionnelle avec une personne très en vue (p. ex., un conseiller du président), ou l'identification à un personnage éminent (auquel cas, ce personnage, s'il est en vie, est considéré comme un imposteur). Ces idées délirantes mégalomaniacques peuvent avoir un contenu religieux (p. ex., le sujet pense qu'une divinité lui a confié une mission exceptionnelle).

À type de jalousie

Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central est la conviction que son conjoint ou sa partenaire est infidèle. Le sujet en vient à cette conclusion sans raison valable et il se fonde sur des déductions erronées appuyées sur des éléments mineurs servant de « preuves » (p. ex., des vêtements en désordre ou des taches sur les draps) qui sont rassemblés ou utilisés pour justifier l'idée délirante. Le sujet qui délire entre habituellement en conflit avec son conjoint ou partenaire et entreprend des actions à propos de l'infidélité qu'il imagine (p. ex., en restreignant l'autonomie du conjoint, en le prenant en filature, en l'agressant physiquement).

À type de persécution

Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central comporte la conviction qu'on complotte contre le sujet, qu'il est trompé, espionné, poursuivi, empoisonné ou drogué, diffamé avec méchanceté, harcelé ou entravé dans la poursuite de ses buts à long terme. Des problèmes mineurs peuvent être exagérés et former le noyau d'un système délirant. Souvent, le délire est centré sur une injustice à laquelle il doit être porté remède grâce à la loi (« paranoïa [quérulente](#) ») et la personne atteinte entreprend souvent des démarches répétées pour obtenir réparation en se pourvoyant en appel auprès des tribunaux ou en faisant des réclamations auprès d'autres services publics. Les personnes présentant des idées délirantes de persécution éprouvent souvent du ressentiment et de la colère et peuvent recourir à la violence contre ceux qu'ils croient coupables de malveillance à leur égard.

Type somatique

Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central implique des fonctions ou des sensations corporelles. Les idées délirantes somatiques se présentent sous plusieurs aspects. Elles concernent le plus souvent l'une ou l'autre des convictions délirantes suivantes : la peau, la bouche, le rectum ou le vagin du patient dégagent une odeur nauséabonde ; il est infesté par des insectes qui sont sur ou sous la peau ; il a un parasite à l'intérieur de son corps ; certaines parties de son corps sont (contre toute apparence) laides ou difformes ; certaines parties de son corps (p. ex., le côlon) ne fonctionnent pas.

Type mixte

Ce sous-type s'applique quand aucun thème délirant ne prédomine.

Type non spécifié

Ce sous-type s'applique quand la conviction délirante prédominante ne peut pas être clairement déterminée ou quand elle n'est pas décrite dans l'un ou l'autre des types spécifiques (p. ex., idées délirantes [de référence](#), sans composante persécutoire ou mégalomaniacque prononcée).

Caractéristiques et troubles associés

Des problèmes sociaux, conjugaux ou professionnels peuvent résulter des convictions délirantes du trouble délirant. Des [idées de référence](#) (c.-à-d. l'attribution d'une signification particulière à des événements fortuits) sont courantes chez les sujets atteints de ce trouble. L'interprétation qu'ils font de ces événements concorde généralement avec le contenu de leurs convictions délirantes.

Des colères marquées et des comportements violents peuvent se produire, tout particulièrement dans les formes à type de persécution et à type de jalousie. Le sujet peut adopter un comportement procédurier, le conduisant parfois à adresser des centaines de lettres de réclamation aux responsables des services publics, aux autorités judiciaires, et à comparaître à de nombreuses reprises devant les tribunaux. Des problèmes légaux peuvent survenir dans le trouble délirant à type de jalousie et érotomaniaque.

Les sujets atteints d'un trouble délirant, de type somatique, peuvent être soumis à des tests et investigations médicales inutiles.

La surdité, des stress psychosociaux sévères (p. ex., l'immigration) et un statut socioéconomique bas peuvent prédisposer au développement de certains types de trouble délirant (p. ex., à type de persécution).

Des [épisodes dépressifs majeurs](#) surviennent probablement plus fréquemment chez les sujets atteints d'un trouble délirant que dans la population générale. Typiquement, la dépression est relativement légère et débute après l'installation de convictions délirantes prononcées.

Le trouble délirant peut être associé au [trouble obsessionnel-compulsif](#), à la [peur d'une dysmorphie corporelle](#) et aux Personnalités [paranoïaque](#), [schizoïde](#) ou [évitante](#).

Caractéristiques liées à la culture et au sexe

On doit tenir compte du contexte culturel et religieux du sujet quand on évalue la possibilité de l'existence d'un trouble délirant. Des croyances largement répandues et cautionnées par une culture donnée peuvent être considérées comme délirantes dans d'autres cultures. Le contenu des idées délirantes est également variable dans des cultures et subcultures différentes.

Le trouble délirant à type de jalousie est probablement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes mais il semble qu'il n'y ait pas de différence majeure selon les sexes pour la fréquence globale du trouble délirant.

[Revenir au début de l'article](#)

Prévalence

Le trouble délirant est relativement peu fréquent dans les échantillons cliniques, la plupart des études suggérant que le trouble rend compte de 1 à 2 % des admissions dans les unités psychiatriques hospitalières. On manque d'informations précises sur la prévalence de ce trouble dans la population, mais la meilleure estimation est d'environ 0,03 %. Du fait de son âge de début habituellement tardif, le risque [morbide](#) pour la vie entière pourrait être situé entre 0,05 % et 0,1 %.

Evolution

L'âge de début du trouble délirant est variable, depuis l'adolescence jusqu'à un âge tardif de la vie.

Le type persécution est le sous-type le plus courant.

L'évolution est très variable. Le trouble peut être chronique, tout particulièrement dans le type persécution, bien que la préoccupation par les idées délirantes connaisse souvent des hauts et des bas. Dans d'autres cas, des périodes de rémission complète peuvent être suivies de rechutes ultérieures. Dans d'autres cas encore, le trouble s'amende en quelques mois, souvent sans rechute ultérieure. Certaines données suggèrent que le trouble délirant à type de jalousie pourrait avoir un meilleur pronostic que celui à type de persécution. Quand le type persécutif est associé à un événement précipitant ou à un facteur de stress, son pronostic pourrait être meilleur.

Aspects familiaux

D'après certaines études, le trouble délirant est plus fréquent chez les parents de sujets présentant une [schizophrénie](#) que ne le voudrait le hasard, alors que d'après d'autres études, il n'y a pas de corrélation familiale entre le trouble délirant et la schizophrénie. Des données en nombre limité suggèrent que les personnalités évitantes et paranoïaques seraient particulièrement fréquentes parmi les parents biologiques du premier degré des personnes présentant un trouble délirant.

[Revenir au début de l'article](#)

Diagnostic différentiel

- Le diagnostic de trouble délirant n'est porté que si les idées délirantes ne sont pas dues aux [effets physiologiques directs](#) d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- Un [delirium](#), une [démence](#), et un [trouble psychotique dû à une affection médicale générale](#) peuvent comporter des symptômes faisant évoquer un trouble délirant. Par exemple, des idées délirantes de persécution peu élaborées (p. ex., « quelqu'un pénètre dans ma chambre la nuit et me vole mes vêtements ») présentes dans la phase précoce d'une [démence de type Alzheimer](#) seraient diagnostiquées comme démence de type Alzheimer, avec idées délirantes.
- Un [trouble psychotique induit par une substance](#), en particulier quand il est dû à des stimulants tels que les amphétamines ou la [cocaïne](#), peut avoir une symptomatologie identique, à un moment donné, à celle du trouble délirant, mais peut généralement en être distingué par la relation temporelle qui existe entre l'utilisation de la substance et l'installation et la rémission des croyances délirantes.
- Le trouble délirant peut être distingué de la [schizophrénie](#) et du [trouble schizophréniforme](#) par l'absence des autres symptômes caractéristiques de la phase active de la Schizophrénie (p. ex., [hallucinations](#) auditives ou visuelles prononcées, idées délirantes [bizarres](#), discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou [catatonique](#), symptômes négatifs). Par rapport à la Schizophrénie, le trouble délirant provoque une altération moindre du fonctionnement social et dans les différents domaines d'activité.
- Le diagnostic différentiel avec les [troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques](#) peut être difficile, étant donné que les caractéristiques psychotiques associées aux troubles de l'humeur concernent le plus souvent des idées délirantes non bizarres sans hallucinations prononcées et que le trouble délirant comporte souvent des symptômes thymiques associés. La distinction repose sur la relation chronologique entre la perturbation de l'humeur et les idées délirantes et sur la sévérité des symptômes thymiques. Si les idées délirantes surviennent exclusivement au cours des épisodes thymiques, le diagnostic sera celui de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Même si des symptômes dépressifs sont courants dans un trouble délirant, ils sont généralement légers, s'amendent, alors que les symptômes délirants persistent et ne justifient pas un diagnostic indépendant de trouble de l'humeur. Des symptômes thymiques qui remplissent tous les critères d'un épisode thymique peuvent à l'occasion se surajouter à la perturbation délirante. Le diagnostic de trouble délirant ne peut être posé que si la durée totale de tous les épisodes thymiques demeure brève par rapport à la durée totale de la perturbation délirante. Si des symptômes remplissant les critères d'un épisode thymique sont présents pendant une partie conséquente de la perturbation délirante (c.-à-d., l'équivalent pour le trouble délirant du [trouble schizo-affectif](#)), alors, il est approprié de porter un diagnostic de [trouble psychotique non spécifié](#) accompagné, soit d'un [trouble dépressif non spécifié](#), soit d'un [trouble bipolaire non spécifié](#).

- Les sujets atteints d'un **trouble psychotique partagé** peuvent présenter des symptômes semblables à ceux que l'on rencontre dans le trouble délirant, mais l'affection a une **étiologie** et une évolution caractéristiques. Dans le trouble psychotique partagé, les idées délirantes se développent dans le cadre d'une relation proche avec une autre personne, ont une forme identique aux idées délirantes de cette personne, et régressent ou disparaissent quand le sujet atteint d'un trouble psychotique partagé est séparé de la personne atteinte du trouble psychotique primaire.
- Le **trouble psychotique bref** se différencie du trouble délirant par le fait que les symptômes délirants durent moins d'1 mois.
- Un diagnostic de **trouble psychotique non spécifié** peut être porté si on ne dispose pas d'informations suffisantes pour trancher entre le trouble délirant et d'autres troubles psychotiques ou pour déterminer si les symptômes présentés sont induits par une substance ou résultent d'une affection médicale générale.
- Il peut être difficile de faire le diagnostic différentiel entre l'**hypocondrie** (en particulier avec peu d'insight) et le trouble délirant. Dans l'hypocondrie, la peur d'être atteint d'une maladie grave ou la préoccupation par le fait d'avoir une telle maladie grave est exprimée avec une intensité qui n'atteint pas un degré délirant (c.-à-d., le sujet peut admettre la possibilité que la maladie redoutée ne soit pas présente).
- La **peur d'une dysmorphie corporelle** implique la présence d'une préoccupation par une imperfection physique imaginaire. De nombreux sujets atteints de ce trouble expriment leurs croyances avec une intensité qui n'atteint pas un degré délirant et reconnaissent qu'ils ont une vision faussée de leur aspect physique. Cependant, une proportion significative des sujets dont les symptômes remplissent les critères d'une Peur d'une dysmorphie corporelle expriment leur conviction avec une intensité délirante. Quand les critères des deux troubles sont remplis, on peut porter les deux diagnostics de Peur d'une dysmorphie corporelle et de trouble délirant, de type somatique.
- Il peut être parfois difficile de délimiter un **trouble obsessionnel-compulsif** (particulièrement avec peu d'insight) et un trouble délirant. La faculté qu'ont des sujets atteints d'un trouble obsessionnel-compulsif de reconnaître le caractère excessif de leurs obsessions et compulsions se répartit selon un continuum. Chez certains sujets qui ont perdu l'appréhension de la réalité, les obsessions peuvent atteindre des proportions délirantes (p. ex., la conviction d'avoir provoqué la mort d'une autre personne par le simple fait de l'avoir désiré). Si les obsessions se transforment en convictions délirantes inébranlables qui occupent la plus grande part du tableau clinique, il peut être approprié de porter un diagnostic additionnel de trouble délirant.
- Contrairement au trouble délirant, il n'y a pas de convictions délirantes nettes ou persistantes dans la **personnalité paranoïaque**.
- Quand un individu présentant un trouble délirant a un **trouble de la personnalité** préexistant, le trouble de la personnalité doit être coté sur l'Axe II, suivi du terme « **prémorbide** » entre parenthèses.