



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Définir le caractère délirant d'une croyance relève-t-il d'une compétence médicale?

Présentée et soutenue publiquement le 10 avril à 18h
au Pôle Recherche

Par Alexandra Colin

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Table des matières

RESUME	1
INTRODUCTION	2
ANALYSE SEMIOLOGIQUE	8
I. HISTORIQUE DE LA DEFINITION	8
II. LES ECHELLES D'EVALUATION UTILISEES EN RECHERCHE	12
A. LES ECHELLES DEDIEES A L'EVALUATION DE L'IDEE DELIRANTE	13
B. LES ECHELLES A ITEMS SPECIFIQUES	16
III. LES CONCEPTS LIMITOPHES	19
REVUE DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE	22
I. INSIGHT	22
II. IDEE SURINVESTIE	26
III. IDEE DELIRANTE	29
DISCUSSION	38
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48
ANNEXES	53

RESUME

La caractérisation de l'idée délirante est très complexe. Les définitions des manuels cliniques de psychiatrie sont peu nombreuses, et celle du DSM est vivement critiquée par de nombreux auteurs. Quelle est la place du médecin psychiatre dans la caractérisation et la reconnaissance de l'idée délirante? Notre compétence commence-t-elle à l'étape d'identification de l'idée délirante elle-même ou consiste-t-elle à en rechercher les signes associés? Pour répondre à cette question nous avons procédé à une large analyse de la littérature sur le délire. Les résultats de cette analyse convergent vers des éléments centraux de la définition de l'idée délirante que sont l'impact sur le bien-être et sur le fonctionnement social. De plus, bien que l'examen d'une croyance se fasse automatiquement par l'étude de son contenu, il semble que ce qui caractérise la croyance délirante n'est pas son contenu lui-même mais la façon dont le patient la construit, et le rapport qu'il entretient avec cette croyance. En effet qu'il soit question d'insight, de conviction, d'inférence, de rationalité ou, plus largement, de biais de raisonnement, de nombreux auteurs s'accordent sur le fait qu'une idée délirante est une croyance élaborée à partir de peu de données et résistante aux données contradictoires et à l'avis argumenté d'autrui.

Ainsi la présence d'une souffrance et d'un dysfonctionnement liés à cette croyance irrationnelle justifie par là-même la place de la compétence médicale. Nous proposons enfin quelques remarques sur la définition du DSM et des pistes d'amélioration de la conceptualisation du délire.

INTRODUCTION

En psychiatrie, la notion de délire est retrouvée dans toutes les étapes de la démarche clinique : le symptôme idée délirante, le syndrome délirant, et le trouble délirant.

L'apprentissage de la sémiologie pendant les premières années de médecine se fait via des cours théoriques, appliqués ensuite au chevet des patients. Tous les manuels et les cours décrivent précisément comment caractériser le délire selon une entité syndromique, le qualifiant ainsi de syndrome délirant de persécution, de jalousie, mystique... L'idée délirante quant à elle, classiquement considérée comme une anomalie du contenu de la pensée (tout comme les idées obsessionnelles, les idées phobiques, les idées anxieuses...) n'est que rarement l'objet d'une définition. Quand il y en a, celles-ci sont complexes, nuancées et pointent toute la difficulté d'établir une telle définition :

Selon Lévy-Soussan dans son manuel "Psychiatrie" de 2007 (1),

"L'idée délirante est une croyance, en une idée erronée, conviction inébranlable, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence. L'idée délirante repose non seulement sur des croyances ou des conceptions propres au thème du délire (mégalo manie, persécution...), mais aussi sur des phénomènes "idéo-affectifs" qui sont les mécanismes du délire (intuition, interprétation...).

Même si l'idée n'est pas en opposition totale avec la réalité (un mari ayant un délire de jalousie peut être authentiquement cocu), le caractère inébranlable, la croyance absolue en cette idée s'impose pour le sujet de façon évidente pour lui (évidence interne).

Le vécu affectif du patient en rapport avec cette idée et le remaniement total de la personnalité qui lui est concomitant, sont alors essentiels pour diagnostiquer et caractériser l'idée délirante."

Une autre définition est proposée dans le manuel "Psychiatrie de l'adulte" de Lempérière et collaborateurs en 2006 (2) :

"Productions délirantes : il est plus facile de repérer un délire que de donner une définition du délire. (...) L'idéation délirante est une idéation morbide comportant tout à la fois conviction irréductible, évidence interne et contradiction avec la réalité. La conviction est absolue, inébranlable, inaccessible à la critique et aux preuves contraires. Elle est personnelle au sujet, non partagée par le groupe socio-culturel auquel il appartient. Elle s'impose à lui avec la force de l'évidence et de la nécessité interne. Ce n'est pas l'erreur qui fonde le délire mais les modalités de la connaissance délirante toujours enracinée (au moins à un certain moment) dans l'irrationnel."

Hardy-Baylé et collaborateurs dans "Enseignement de la Psychiatrie" en 2003 (3), expliquent quant à eux que :

"Deux critères sont nécessaires pour parler d'idées délirantes : le sujet émet des idées en opposition évidente avec la réalité ; il est convaincu de leur véracité. Trois types de difficultés peuvent gêner la reconnaissance du caractère délirant d'un propos :

- *les éléments de réalité permettant d'affirmer la fausseté des propos (par exemple certaines idées de jalousie, voire de persécution) sont absents ;*
- *il existe, dans le discours du sujet, un certain degré de critique à l'égard de ses idées fausses (doute quant à leur réalité objective)*
- *la croyance aux idées énoncées est culturellement déterminée. Largement partagée dans certaines cultures elle est inconcevable dans d'autres."*

Ou encore dans un manuel de sémiologie de 2005 de Tribolet et Shahidi (4), les idées délirantes sont :

"des idées en rapport avec une réalité propre au patient, réalité différente de la réalité commune, idées auxquelles le sujet attache une foi absolue, non soumise à la preuve et à la démonstration, non rectifiable par le raisonnement. Il faut tenir compte aussi du contexte culturel, religieux, historique. Par exemple certaines minorités religieuses ou culturelles peuvent être considérées comme délirantes car elles ne partagent pas les mêmes convictions que la majorité. A l'inverse le délire d'un patient peut être considéré comme une pensée normale car acceptable sur le plan culturel par la société."

L'ancien polycopié national du Collège National des Universitaires de Psychiatrie datant de

2007 ne définissait lui-même pas l'idée délirante. Le nouveau, mis à jour en 2014 (5), le fait en donnant deux définitions ; celle-ci :

"Les idées délirantes correspondent à des altérations du contenu de la pensée entraînant une perte du contact avec la réalité. Les idées délirantes font l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne », pouvant être plausible ou invraisemblable, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socio-culturel du sujet."

... et celle du DSM IV-TR (6) :

"Idée délirante : croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement acceptée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (p. ex., il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse).

Quand une croyance erronée implique un jugement de valeur, on ne la considère comme une idée délirante que si le jugement est tellement excessif qu'il dépasse toute crédibilité. (C'est parfois le comportement de l'individu qui vient témoigner de l'existence d'une conviction délirante qui survient sur un continuum.)

Elles sont classées selon leur contenu. "

Dans le DSM 5 (7), en cours de traduction française, la partie traitant du comportement (entre parenthèses ci-dessus) a disparu.

Le DSM est la référence internationale en matière de diagnostic et de classification des troubles mentaux. L'arrivée du DSM 5 a suscité énormément de critiques de toutes parts, pour de multiples raisons que nous n'évoquerons pas ici. Néanmoins, les critiques de la définition de l'idée délirante du DSM n'ont pas attendu la sortie de la cinquième version pour pleuvoir.

Celles-ci viennent surtout de philosophes, de neurologues, mais aussi de psychiatres et de

psychologues. Chaque point de la définition peut ainsi être contre-argumenté, à l'aide d'exemples cliniques ou d'études scientifiques. En voici quelques exemples retrouvés communément dans plusieurs articles (8–10) :

Tout d'abord, l'idée délirante ne serait pas forcément erronée, fausse ou bien il n'est pas toujours possible pour l'examineur d'évaluer cette fausseté. En effet, un paranoïaque jaloux peut tout à fait être trompé et il serait déjà arrivé qu'un patient persécuté soit effectivement surveillé par la CIA. Il ne s'agirait pas toujours de réalité extérieure ; le syndrome de Cotard ou les insertions de pensées sont des phénomènes qui concernent la réalité intérieure au sujet par exemple. La conviction ne serait pas discriminante non plus. Elle varierait au cours du temps et la moitié des patients interrogés sur leurs croyances délirantes accepterait la possibilité qu'ils puissent se tromper. Les preuves contraires évidentes censées contredire la croyance ne sont pas toujours présentes, comme dans le cas d'un délire de jalousie où l'infidélité ne peut être toujours vérifiée, ou lorsqu'aucun argument ne peut nier l'existence d'un agent invisible contrôlant les pensées et les actes.

Enfin, exclure les idées qui touchent une large population ne serait pas pertinent car des groupes culturels peuvent se construire sur la base d'idées délirantes, une étude ayant montré la création de communautés internet sur la base de l'existence d'expériences de contrôle externe de l'esprit (9).

Les auteurs d'articles scientifiques sur les éléments délirants accompagnant les démences, alors même que les manuels de neurologie ne définissent jamais le délire, estiment que la définition du DSM, qui est la seule référence disponible, d'une part n'englobe pas l'ensemble des phénomènes considérés comme délirants (11), et d'autre part ne permet pas de différencier l'idée délirante du syndrome délirant de celle du delirium de l'état confusionnel, ou de la fabulation (12). En effet, le DSM est la seule référence car les manuels de neurologie ne définissent pas le délire. Tout au plus pouvons-nous trouver dans le polycopié du Collège National des Enseignants de Neurologie dans la clinique de l'état confusionnel que :

"des éléments délirants peuvent également s'observer car la réalité extérieure est mal perçue et mal interprétée".

Il est à relever tout de même celle de l'Encyclopedia of Neurological Sciences de 2014 (13), que l'on pourrait traduire comme suit :

"Les idées délirantes sont des fausses croyances fixées, non partagées par les autres membres de la culture, altérant le fonctionnement par augmentation des niveaux de détresse et de préoccupation et induisant souvent des comportements irrationnels et illogiques."

Alors que nombre de cours de sémiologie psychiatrique nous apprennent à caractériser le délire selon une entité syndromique, le symptôme d'idée délirante lui-même ne nous est que très peu voire pas enseigné. En effet comme nous l'avons vu la caractérisation de l'idée délirante est très complexe. Une compétence médicale relève d'un savoir spécifique transmissible par des pairs, et il serait évidemment bien naïf de penser que la médecine ne s'apprend que dans les livres. La reconnaissance d'une idée délirante serait-elle alors une compétence médicale seulement transmissible au lit du malade, non descriptible à l'écrit sous la forme d'une définition regroupant des critères nécessaires et suffisants? Serait-ce un savoir implicite acquis avec l'expérience au fil des entretiens et des patients, sous l'égide d'un professeur validant ou non l'analyse clinique? Ou bien serait-ce une évidence pour tout un chacun de repérer l'existence d'une idée délirante, la compétence médicale concernant le diagnostic syndromique de cette idée, c'est-à-dire la recherche de symptômes associés?

Quand on imagine bien que n'importe quel profane est capable de reconnaître le caractère délirant d'une idée comme celle qu'une force invisible a pris le contrôle d'une personne et lui commande ses actes et pensées, cela s'avère beaucoup moins évident dans de nombreuses autres situations. Face à un patient déprimé sévèrement, comment déterminer si ses idées relèvent d'une auto-dévalorisation liée à l'état dépressif majeur classique ou d'une idée délirante de culpabilité? A partir de quand des plaintes hypocondriaques deviennent-elles délirantes? Quand est-ce que

des obsessions et comportements répétitifs font évoquer l'émergence d'une psychose plutôt que d'un trouble obsessionnel compulsif ? L'homme jaloux de sa femme alors que celle-ci ne le trompe pas, diagnostiqué délirant paranoïaque, est-il guéri le jour où celle-ci le trompe ? Pourquoi la croyance erronée de surpoids chez l'anorexique n'est elle pas diagnostiquée délirante en dépit de la conviction forte qui y est rattachée ?

C'est en tentant de répondre à ces questions que nous pourrions déterminer si oui ou non définir le caractère délirant d'une croyance relève d'une compétence médicale.

L'objectif de notre travail est donc d'essayer d'approcher au plus près la définition de l'idée délirante, afin de déterminer si le repérage des caractéristiques qui la définissent relève d'un apprentissage spécifique ou d'une compétence sociale.

ANALYSE SEMIOLOGIQUE

Afin de répondre à ces questions, nous allons commencer par explorer en profondeur le concept d'idée délirante en tant qu'objet sémiologique de la démarche clinique courante. Pour ce faire, nous avons procédé à deux analyses : une historique à travers les manuels cliniques des deux siècles derniers, une scientifique en dénombrant les diverses échelles d'évaluation du délire utilisées en recherche clinique.

I. Historique de la définition

La problématique de la définition du délire est très ancienne. Il est intéressant de se pencher sur le travail des nos aînés, représentant plus de deux siècles de réflexions cliniques. Brémaud, en 2014 (14), reprend les premières définitions du XIX^e siècle, citant Pinel, Esquirol, Georget et Falret.

Le premier en 1809 dans son *Traité Médico Philosophique sur l'Aliénation Mentale* distinguait deux types de délire : le "délire général" ou "manie", *"délire plus ou moins marqué, quelquefois avec les jugements les plus extravagants, ou même un bouleversement entier de toutes les opérations de l'entendement"* ; et le "délire exclusif" ou "mélancolie", dont les sujets qui en sont atteints sont *"dominés par une idée exclusive qu'ils rappellent sans cesse dans leurs propos, qui semble absorber toutes leurs facultés"*.

Selon Esquirol en 1814 *"Un homme est dans le délire lorsque ses sensations ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont pas en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations, sont indépendants de sa volonté"*.

Six années plus tard Georget explique qu'il ne cherche *"point à définir le délire de l'aliénation mentale; il est extrêmement difficile de le caractériser en peu de mots, il vaut mieux le décrire"*.

En 1839 Falret renchérit : *"Il en est peut-être du délire comme de la lumière : il est souvent plus aisé de le reconnaître que de le définir"*.

Ainsi nous notons dans ces premières définitions les notions de jugement, entendement. Elles ne font pas référence à la notion de croyance, parlent du délire et non pas de l'idée délirante.

Un peu plus tard en 1876, Dagonet (15) définit l'idée délirante selon les signes qui lui sont associés et non selon ses caractéristiques propres : *"les idées délirantes que l'on rencontre chez les aliénés (...) diffèrent essentiellement des idées fausses que l'on peut remarquer chez des individus bien portants, en ce sens qu'elles tiennent à un état pathologique qu'il est ordinairement facile de nettement caractériser; elles sont d'ailleurs en opposition avec la manière d'être et les opinions antérieurs de l'individu; enfin, elles se rattachent à un ensemble de symptômes très variables, qu'il importe au plus haut degré, pour le médecin, de bien connaître"*.

Pour renforcer cette notion de signes associés, il ajoute :

"Comme l'a fort bien remarqué Leuret, l'idée absurde, l'idée fixe, l'idée fausse ne suffit pas pour caractériser l'aliénation mentale et en effet dit ce médecin, il circule de par le monde une

foule d'idées absurdes, et d'autre part on trouve chez des individus parfaitement aliénés, dans leurs écrits, comme dans leurs paroles, les idées les plus sensibles et les raisonnements les plus logiques".

Distinguant bien le symptôme idée délirante du syndrome délire, ce dernier serait caractérisé comme ceci : *"L'homme dans le délire ne s'appartient plus; sa volonté n'est plus libre, il n'a plus conscience de ses actes, ses jugements sont entachés d'erreurs, et ses idées ne peuvent plus s'enchaîner d'après les lois qui déterminent leur association normale".*

Leuret qu'il cite ici est l'auteur d'une boutade datée de 1834, maintes fois reprise : *"J'ai cherché, soit à Charenton, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la plus folle ; puis quand je la comparais à bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence".*

Pour Jaspers en 1913 (repris par Brémaud (14)), les idées délirantes sont des *"jugements faussés qui possèdent à un degré assez élevé (...) la conviction extraordinaire avec laquelle ils sont maintenus, l'imperméabilité à l'expérience et aux réfutations logiques et l'in vraisemblance du contenu".*

Quand il n'y a pas de définition, il est intéressant de relever la catégorie sémiologique dans laquelle sont classés les délires et idées délirantes. C'est ainsi que Laignel-Lavassine, Barbé et Delmas, en 1929 (16), les classent dans les modifications du jugement et du raisonnement.

En 1948, Lévy-Valensi (17) classe également les idées délirantes dans les troubles du jugement, le jugement étant *"cette faculté sans doute essentiellement humaine de discerner le vrai du faux, la vérité de l'erreur".* L'idée délirante quant à elle *"n'est ni l'idée fausse, ni l'erreur,*

ni l'idée fixe (...) l'idée délirante est celle qui paraît inadéquate au temps, à l'individu, à sa situation. (...). C'est le recours au jugement populaire, vox populi, juge qui est loin d'être infaillible, mais dont il faut bien se contenter, oubliant que ce juge, selon les temps, les pays et les circonstances, a brûlé les aliénés comme criminels et possédés où les a considérés comme des inspirés de la divinité". Cette définition est très intéressante, car elle fait référence au jugement populaire comme compétent pour dire d'une idée qu'elle est délirante. Il poursuit dans ce sens : "Entre le normal et l'anormal où est la limite? Le savant qui poursuit son idée n'est certes pas un aliéné même quand sa pensée l'absorbe entièrement. L'homme politique, le mystique, l'amoureux dont la passion est aussi une idée fixe, sont-ils des anormaux, et cependant est-il besoin de dire ici quelles peuvent être les conséquences de la passion, politique, religieuse ou amoureuse.

Ceci dit il n'en existe pas moins que certains malades n'équilibrant pas leurs actes à l'importance de faits sont, de l'avis de tous, des délirants".

Binswanger dans son ouvrage Délire en 1960 (18) le définit comme "une réalité déformée", comme l'opposé d'une "expérience unitaire objectivement valable : une idée non conforme à la raison, non objectivement valable".

La même année, sort la 1^{ère} édition du Manuel de Psychiatrie de Henri Ey (19) au sein duquel nous pouvons remarquer que le concept d'idée délirante a évolué. En effet, nous notons l'apparition d'une distinction entre délire et trouble du jugement, le premier caractérisant l'état psychotique, "l'aliénation de la personne" tandis que le second se retrouve dans l'état démentiel, les "pathologies du système intellectuel". Selon lui "on ne saurait parler en effet de ces idées délirantes comme de simples erreurs de jugement." Les idées délirantes sont des "croyances inébranlables (...), irréductibles, qui forment pour le sujet une sorte de vérité et d'idéal".

Ainsi, dans les années soixante une séparation entre les idées délirantes et les troubles du jugement est constatée, les premières étant considérées comme faisant partie des symptômes psychotiques alors que le trouble du jugement regroupe les atteintes des fonctions cognitives.

Pour Guelfi, Boyer, Consoli et Olivier-Martin dans leur manuel Psychiatrie en 1987 (20), l'idée délirante serait une *"idée erronée affirmée avec une croyance absolue"*, c'est à la fois une *"croyance irrationnelle, une opinion fausse ou une erreur de perception ou de jugement"*, mais ceci étant *"courant dans l'expérience commune"*, ce qui distingue véritablement l'idée délirante d'une idée non délirante est la *"conviction inébranlable, inaccessible à la démonstration ou à la preuve, s'imposant comme une évidence interne et n'étant généralement pas partagée par le groupe socio-culturel du sujet"*.

Du trouble du jugement à la conviction inébranlable, nous constatons qu'au fil des siècles seule l'idée de l'impossibilité de définir la croyance délirante perdure, la caractérisation de la symptomatologie quant à elle évoluant d'un trouble de l'entendement, du jugement, à un trouble du contenu de la pensée distinct du jugement.

II. Les échelles d'évaluation utilisées en recherche

La littérature sur le délire est assez fournie à ce jour, et faire le tour de ces études permet de rendre compte de l'existence d'un certain nombre d'échelles d'évaluation de la symptomatologie. Certaines ont pour vocation d'étudier spécifiquement l'idée délirante, d'autres y consacrent seulement quelques items. Leur analyse a un intérêt sémiologique, puisqu'elles proposent toutes à travers leurs items leur propre description de la symptomatologie.

A. Les échelles dédiées à l'évaluation de l'idée délirante

1. La CDRS (Characteristics of Delusions Rating Scale)

Cet auto-questionnaire, élaboré par Garety et Hemsley en 1987, évalue 11 items caractéristiques d'une croyance anormale, à l'aide d'une échelle visuelle analogique (21). Ces 11 items sont la conviction, la préoccupation, la cohérence avec le système de pensée, la résistance, la contrôlabilité, l'absurdité, l'évidence, le besoin de réassurance, l'inquiétude, la tristesse et l'envahissement (cf Annexe 1). Parmi ces items, la conviction, la résistance, et l'adhésion présentaient les scores les plus hauts chez les patients délirants en comparaison aux sujets sains, mais seule la conviction avait une très faible variation inter-sujets. La différence entre la conviction et l'évidence serait que la conviction concerne la force de croyance (de "j'y crois absolument" à "je n'y crois pas du tout"), alors que l'évidence concerne le jugement du caractère plausible de l'idée (de "ça me semble évident" à "ça me semble complètement étrange, invraisemblable"). La préoccupation, l'interférence, la contrôlabilité, la tristesse et l'envahissement n'étaient pas des critères pertinents car trop variables d'un sujet à l'autre.

2. La BABS (Brown Assessment of Belief Scale)

Cette échelle, présentée en 1998 par Eisen et ses collaborateurs, avait pour vocation initiale d'étudier les idées délirantes dans les diverses pathologies psychiatriques que sont le trouble obsessionnel compulsif, le trouble dysmorphie corporelle, l'anorexie mentale, la dépression avec éléments psychotiques et les troubles délirants (22). Elle est maintenant vendue, par ces mêmes auteurs, comme une échelle de mesure de l'insight d'une croyance dans ces mêmes pathologies (23). L'insight et le délire se trouvent donc entremêlés, l'insight étant dimensionnel et continu, et le caractère délirant d'une croyance correspondant à une absence d'insight.

Ceci est assez déroutant étant donné qu'un item porte lui-même précisément le nom d'insight. Cet item insight est la conscience spécifique de souffrir d'un trouble mental.

L'échelle est composée de 7 items, chacun noté de 0 à 4 en fonction de la sévérité de l'atteinte. Le score total définit le niveau d'insight attaché à la croyance étudiée. Le premier item, qui est l'item évaluant la conviction, a une importance particulière puisque c'est lui qui va être indispensable pour catégoriser la croyance comme délirante. En effet, les catégories d'insight sont excellent / complètement rationnel (score total de 0 à 3), bon (4-7), juste (8-12), pauvre (13-17, ou >18 mais conviction 0-3). Enfin, un score total supérieur ou égal à 18 associé à un score de 4 à l'item conviction définit la croyance comme délirante ou l'insight comme absent. Ainsi, une idée délirante serait une idée tenue avec une conviction maximale, sans insight. Les autres items sont la perception du point de vue des autres sur ses propres croyances, l'explication des points de vue différents, la fixité des idées, les tentatives de réfutation des croyances, la conscience que la croyance a une cause psychiatrique, et les idées d'influence (cf Annexe 2).

Les tests initiaux de l'échelle présentaient de bons taux de validité et fiabilité, et elle n'a pas été testée en population saine lors de sa conception.

3. La PDI (Peters et al. Delusions Inventory)

C'est une échelle présentée en 1999 par Peters, Joseph et Garety comme visant à évaluer les idées délirantes en population générale. Elle fut initialement proposée en version 40 items (24), puis en 21 items en 2004 (25), (cf Annexe 3). Ces items représentent chacun une idée qualifiée de délirante comme par exemple *"Avez-vous déjà eu l'impression que des gens semblaient insinuer des choses à votre sujet ou tenaient des propos avec un double sens?"* ou encore *"Avez-vous déjà eu l'impression qu'il y avait un complot dirigé contre vous?"*. Il s'agit d'un auto-questionnaire dans lequel le sujet doit, pour chaque item, préciser s'il croit à cette idée, et si oui à quelle fréquence, selon quel degré de conviction et quel niveau d'angoisse. Le score obtenu est en 4 dimensions : croyance, fréquence, détresse, conviction. Alors que les sujets sains

croient à beaucoup d'idées, répondant donc oui à des questions comme *"Vous est-il déjà arrivé de penser que les gens peuvent communiquer par télépathie?"* ou *"Avez-vous déjà eu l'impression que des gens semblaient insinuer des choses à votre sujet ou tenaient des propos avec un double sens?"*, ce qui différencie surtout les patients délirants sont les scores plus élevés de conviction, détresse et fréquence.

Ainsi, cette échelle permet d'aborder l'idée délirante comme un phénomène multidimensionnel et continu, retrouvé en population générale mais étant plus sévère en terme de conviction, détresse et fréquence chez les patients.

4. La Delusional Assessment Scale (for Psychotic Major Depression)

Basée sur une échelle préexistante (Dimensions of Delusional Experience Scale de Kendler et al., 1983), et élaborée par Meyers et collaborateurs en 2006 (26), elle évalue le délire à travers 14 items (+ 1 de congruence à l'humeur) chacun coté de 1 à 3 en fonction de leur sévérité (cf Annexe 4). De ces items ont émergé en analyse factorielle cinq dimensions qu'ils ont nommées impact, désorganisation, conviction, bizarrerie et extension. L'impact et la conviction étaient les deux dimensions les mieux construites car présentant de bons taux de fiabilité inter-juge. Cette échelle n'a pas été testée en population saine.

5. La CDBS (Conviction of Delusional Beliefs Scale)

Selon Combs et collaborateurs, la conviction serait la caractéristique centrale de l'idée délirante. Ils proposent alors en 2006 (27) de l'étudier en explorant les dimensions cognitive, émotionnelle et comportementale. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 9 items, cotés chacun sur une échelle de 1 (jamais) à 5 (tout le temps). Plus le score est élevé plus la conviction est forte (cf Annexe 5).

B. Les échelles à items spécifiques

Au delà des échelles purement consacrées à l'évaluation de l'idée délirante, nous trouvons des échelles destinées à l'évaluation des pathologies psychiatriques de manière plus générale, ou de tous les symptômes psychotiques. Ces échelles proposent généralement de ce fait une explication de ce qu'est l'idée délirante. Voici une liste non exhaustive des échelles traduites en français précisant cela.

1. La PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales)

Cet hétéro-questionnaire évalue les hallucinations et les idées délirantes (28,29). Les idées délirantes sont explorées selon 4 dimensions que sont la préoccupation, la détresse, la conviction et l'impact sur la vie journalière, sociale et familiale ; et ce au moyen de 6 items, cotés chacun de 0 à 4 en fonction de leur sévérité.

2. La SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)

Cette hétéro-évaluation (30) note les idées délirantes dans leur globalité en les énumérant selon leur contenu, listant tous les types d'idées et les évaluant uniquement selon leur sévérité. Celle-ci est légère ou moyenne lorsqu'il n'est question que de la dimension de conviction, et importante ou sévère lorsque des conséquences comportementales apparaissent.

3. La PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)

Un seul item cote les idées délirantes dans cette hétéro-évaluation globale des symptômes de la schizophrénie (31). Celles-ci sont définies comme des "*croyances non fondées, irréalistes et idiosyncrasiques*". Selon la cotation de l'item, de 1 à 7, les idées délirantes sont d'intensité légère ou modérée lorsqu'elles ne sont pas tenues avec une conviction tenace, d'intensité

modérément sévère lorsque la conviction est tenace. Enfin, elles sont respectivement sévères ou extrêmes lorsque l'on retrouve une interférence des idées délirantes avec la pensée, les relations sociales et le comportement, ou des *"actions inappropriées ou irresponsables susceptibles de mettre en jeu la sécurité du patient ou celle d'autrui"*.

4. La HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale)

Cette échelle d'évaluation de la dépression en 17 items (32,33), comporte 2 items qui dans leur sévérité évaluent les idées de culpabilité et d'hypocondrie comme délirantes. Ici l'analyse est laissée à l'examineur qui doit déterminer si l'idée atteint un niveau délirant ou pas. Evoquant encore une fois l'idée d'un continuum, le curseur va de l'absence d'idée (de culpabilité ou d'hypocondrie) à l'idée délirante, en passant par un intermédiaire que sont les ruminations anxieuses.

5. La NPI (Neuropsychiatric Inventory)

Utilisée en neurologie et gériatrie pour l'évaluation des démences (34), cette échelle d'hétéro-évaluation comporte un item idées délirantes, coté en terme de fréquence, gravité et retentissement. Selon la définition du manuel, l'idée délirante est celle que l'examineur sait ne pas être vraie, et dont le patient est vraiment convaincu :

"Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses".

La gravité évalue la pénibilité et les troubles du comportement tandis que le retentissement évalue la réaction émotionnelle de l'entourage et des soignants liée à cette symptomatologie délirante.

6. La BEHAVE - AD (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale)

Echelle d'évaluation comportementale dans la maladie d'Alzheimer (35), elle définit le délire comme une *"fausse conviction, pas une mauvaise identification"*. Chaque type d'idée délirante (au nombre de 7) est coté de 0 à 3, avec pour la plupart cet ordre : 0 = absence, 1 = conviction, 2 = colère, 3 = violence. Ceci témoigne donc à nouveau de l'apparition d'une dimension comportementale de l'idée délirante quand celle-ci est sévère.

En résumé, il est intéressant de constater que toutes les échelles, sans exception, évaluent la conviction de l'idée délirante. C'est la seule caractéristique commune retrouvée. Nombreuses sont également celles qui s'intéressent à la question de l'impact de ces idées, qu'il soit personnel à titre de détresse, de préoccupation, ou social. Enfin, considérés comme un facteur de gravité plus que comme une caractéristique générale, les passages à l'acte ou les troubles du comportement sont également évalués par plusieurs échelles. L'analyse du contenu de l'idée délirante en tant que telle, de sa bizarrerie, n'est pas très développée.

Ainsi, explorer ces échelles nous fait nous rendre compte que bien que l'idée délirante soit une anomalie du contenu de la pensée, ce contenu en lui-même n'est que très peu étudié. Seule la PDI base son existence sur le fait même que certains contenus d'idées en font d'emblée des idées délirantes. Malgré tout le résultat en est que les sujets délirants se démarquent en fait des autres par les degrés de conviction, de détresse et de préoccupation attachés à ces idées. Le contenu ne semble donc pas pertinent dans la définition du caractère délirant d'une idée. La conviction, l'impact émotionnel et l'impact social semblent quant à eux beaucoup plus pertinents dans la caractérisation du symptôme. De plus, une échelle se consacre à l'étude de l'insight et postule que le délire correspond à une absence d'insight.

III. Les concepts limitrophes

Une autre façon d'approcher une définition est d'en explorer ses limites, ses recouvrements nosologiques. Lorsque l'on applique cette méthode au DSM, qu'on cherche les concepts limitrophes de l'idée délirante, du délire, c'est un autre aspect de ce phénomène que l'on observe.

Pour commencer, nous retrouvons dans la définition de l'idée délirante ce passage :

"Il est souvent difficile de distinguer une idée délirante d'une idée surinvestie (dans laquelle une croyance ou une idée déraisonnable existe mais sans être aussi fermement soutenue que dans le cas d'une idée délirante)."

La définition de l'idée surinvestie est alors celle-ci :

"Croyance ou idée déraisonnable et soutenue que le sujet défend avec une intensité moindre que dans le cas d'une idée délirante (c.-à-d. la personne est capable de reconnaître que sa croyance peut ne pas être vraie). La croyance ne fait pas partie de celles qui sont habituellement acceptées par d'autres membres de la culture ou de la sous-culture du sujet."

L'idée surinvestie serait alors une version allégée de l'idée délirante et se différencierait de cette dernière par une conviction plus faible, une capacité de reconnaître le caractère potentiellement déraisonnable de sa croyance.

Ensuite, dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC) du DSM IV-TR, il existe une spécification *"avec peu de prise de conscience"* qui *"peut être utile dans les situations où l'on se trouve à la limite entre l'obsession et l'idée délirante"*. Où là, ce qui fait la différence est la justification de l'obsession, la reconnaissance du caractère excessif ou déraisonnable des obsessions ou compulsions, et la préoccupation - moins intense dans l'obsession.

Cela évolue dans le DSM 5. En effet, il est clairement expliqué que le TOC peut être caractérisé selon le niveau d'insight du patient, et que lorsque l'insight est considéré comme absent, la croyance devient délirante. Ainsi une obsession dans le TOC serait considérée comme délirante dès lors qu'il n'y a plus d'insight (ce qui rejoint le postulat des auteurs de la BABS (22)).

Cette spécification de l'insight est retrouvée pour le TOC et les troubles apparentés que sont la syllogomanie (hoarding disorder) et le trouble dysmorphie corporelle. A chaque fois, la spécification la plus sévère est : avec insight absent - croyances délirantes, où l'individu est complètement convaincu que : ses croyances sont vraies pour le TOC et le trouble dysmorphie corporelle ; ses croyances et comportements ne sont pas problématiques malgré les preuves du contraire pour la syllogomanie.

Cette précision du niveau d'insight ne concerne que ces troubles. En effet l'anorexie mentale par exemple n'est pas décrite comme cela, bien qu'il soit spécifié à un moment que *"les individus atteints d'anorexie mentale manquent fréquemment d'insight ou présentent un déni des troubles"*.

Les autres maladies pour lesquelles sont décrits des défauts d'insight sont la Maladie d'Alzheimer, le Trouble neurocognitif fronto-temporal, la Maladie de Huntington et l'intoxication à la phénylcyclidine. Pour cette dernière l'insight équivaut à l'appréciation de la réalité (prise de conscience des anomalies perceptives) tandis que pour les autres ils font le lien avec l'anosognosie.

Enfin, dans le trouble délirant deux points sont à relever concernant l'insight. En effet, il est d'une part décrit un insight factuel, qui est la capacité d'accepter que les autres puissent voir leurs croyances comme irrationnelles, mais sans capacité d'accepter eux-mêmes le caractère irrationnel de leurs croyances. Et peu après, il est question d'un insight - conscience du trouble, avec un insight écrit entre guillemets et comparé à la notion d'anosognosie utilisée en neurologie.

Ainsi, l'insight dans le DSM est tantôt un élément en faveur du caractère délirant d'une croyance, tantôt un manque de prise de conscience de la maladie en général. Ce terme unique regroupe plusieurs phénomènes parmi lesquels il est difficile de s'y retrouver. En effet, il fait référence à la conviction, à la reconnaissance du caractère problématique de ses comportements, à la résistance aux preuves contraires, à la non acceptation de la maladie. Il n'est étudié que dans les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés lorsqu'il s'agit de point de vue sur la croyance, décrit comme équivalent de l'anosognosie dans les maladies démentielles.

Cela renforce les notions de point de vue sur les croyances, et de conviction dans l'idée délirante. En conséquence, nous allons poursuivre l'exploration de ces concepts d'insight, d'idée surinvestie et de lien avec le délire à travers une analyse de la littérature sur le sujet.

REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Ainsi si l'on en croit le DSM, insight, idée surinvestie et idée délirante partagent des caractéristiques communes. Pour mieux comprendre ces similarités, mais également leurs différences, nous avons procédé à une analyse de la littérature scientifique, retenant les articles proposant soit des modèles étiologiques d'intérêt clinique, soit des discussions nosologiques.

I. Insight

La difficulté majeure de l'insight, c'est qu'il est un seul mot représentant plusieurs phénomènes. (36) En effet, l'insight est le plus souvent défini comme la conscience de la maladie mentale, mais aussi et plus précisément comme l'attribution de ses propres symptômes à la maladie et la conscience de la nécessité de prendre un traitement (37). Ce concept de conscience de la maladie est à ce jour considéré comme multidimensionnel et continu. Au delà de ces 3 pivots de la définition cités ci-dessus, Beck et ses collaborateurs approfondissent les recherches et distinguent deux types d'insight : l'insight clinique, permettant tout ce qui a trait directement à la conscience de souffrir d'un trouble mental, et l'insight cognitif, capacité d'évaluation et de correction des distorsions de croyances ou de mauvaises interprétations (38). Selon eux, la différence entre les anxieux, les déprimés et les schizophrènes qui ont tous trois des distorsions des expériences, est la capacité de réfléchir sur ses propres expériences et de reconnaître le caractère incorrect de ses conclusions.

Les psychotiques présenteraient une :

- diminution de l'objectivité par rapport aux distorsions cognitives
- perte de la capacité de les mettre en perspective
- résistance à l'information correctrice venant des autres
- confiance supérieure en leurs conclusions

Ils ont alors créé une échelle spécifique : la Beck Cognitive Insight Scale (BCIS). Cet auto-questionnaire a pour vocation d'étudier l'insight cognitif chez les patients psychotiques, et comporte 15 items dont 6 concernent une sous-échelle "auto-certitude" et 9 une sous-échelle "auto-réflexivité" (introspection et volonté de reconnaître la faillibilité de ses croyances). Mettre en lumière des défauts d'insight cognitif chez les patients délirants pourrait permettre d'identifier et corriger les croyances erronées et les mauvaises interprétations. Pour nous cette échelle apporte surtout des éléments supplémentaires pour mieux définir le délire.

Warman et Martin (39) étudient à l'aide de cette BCIS et de la PDI-40 (24) la propension à délirer en population générale, et retrouvent que la dimension d'auto-certitude est significativement corrélée aux idées délirantes, alors que pour l'auto-réflexivité ce n'est pas si clair car étonnamment elle est retrouvée plus élevée que chez les contrôles, ce qui est contraire à l'hypothèse de départ. Ils définissent l'insight cognitif comme la flexibilité de la croyance, l'évaluation de son propre jugement ; et l'auto-réflexivité comme l'ouverture aux feedbacks, l'introspection et la volonté de reconnaître la possibilité de se tromper.

Les items de la sous-échelle auto-certitude de la BCIS sont (traduction) :

- *Mes interprétations de mes expériences sont définitivement vraies.*
- *Si quelque chose semble vraie, cela veut dire que c'est vrai.*
- *Je connais mieux que quiconque ce que sont mes problèmes.*
- *Quand les gens ne sont pas d'accord avec moi, ils ont généralement faux.*
- *Je ne peux pas croire l'opinion des autres à propos des mes expériences.*
- *Je peux tout le temps faire confiance à mon propre jugement.*

Une revue de la littérature a été publiée en 2012 sur les résultats de l'utilisation de la BCIS chez les patients (40). Elle confirme les résultats de l'étude précédente, retrouvant un bon pouvoir discriminant du score d'auto-certitude mais pas de celui d'auto-réflexivité. Il est à noter cependant que la majorité des patients testés sont schizophrènes, seulement certaines études ayant inclus des patients bipolaires avec idées délirantes et des délirants non schizophrènes.

En 2013 Carse et Langdon (41), toujours avec la PDI et la BCIS, reproduisent les résultats de Warman et Martin (39) chez des sujets ayant une propension à délirer en population générale. Dans la même veine, l'intérêt de l'étude de l'insight par la BCIS est également testé dans l'évaluation des états mentaux à risque. Des études récentes mettent en évidence l'existence de scores d'auto-certitude plus élevés chez les patients présentant des états mentaux à risque que chez les contrôles, et une corrélation entre le score d'auto-certitude et les symptômes délirants atténués (42,43). Quant à la question de la différence réelle entre auto-certitude et auto-réflexivité, une étude de Cooke et collaborateurs en 2010 montrait que ces deux sous-échelles semblent bien relever de deux phénomènes distincts, aux corrélats neuropsychologiques différents (44). Ainsi, une réelle distinction existerait entre la dimension d'auto-certitude liée à la croyance - qui est la certitude élevée avec laquelle la conviction est soutenue et la non prise en compte de l'avis des autres - et l'auto-réflexivité qui correspond plutôt à la capacité de réfléchir sur ses propres croyances et mécanismes de raisonnement.

D'autres études utilisent la BABS (22) pour tester l'insight dans le TOC et le trouble dysmorphie corporelle, et son rapport avec le délire (23,45,46). Comme expliqué dans la partie précédente, la BABS établit un score d'insight, de très bon à absent. Quand l'insight est absent la croyance est délirante. Dans le TOC et le trouble dysmorphie corporelle, sont retrouvés des scores de croyances de niveau délirant. Ils trouvent alors que seulement 2 à 3% des patients souffrant de TOC présentent des croyances délirantes, alors qu'elles sont retrouvées chez 32 à 39% de ceux atteints de trouble dysmorphie corporelle. De plus, globalement, l'insight est bon

dans le TOC et pauvre dans le trouble dysmorphie corporelle, et les scores de BABS sont significativement plus élevés dans le trouble dysmorphie corporelle pour tous les items sans exception.

Oulis et collaborateurs en 2013 (47) ont proposé une analyse phénoménologique de l'obsession-compulsion du TOC et des obsessions délirantes. Ils en concluent que les marqueurs discriminant l'obsession du TOC de celle de la psychose sont la source de la détresse (interne dans l'obsession, externe dans le délire), le soulagement de la détresse (par la compulsion ou par rien), et la congruence au système de pensée (égo-dystonie ou égo-syntonie). Le niveau d'insight ne serait pas utilisable car la nature de ce phénomène reste controversée.

Enfin, certains s'intéressent à l'anorexie mentale et se questionnent sur les raisons de l'absence de spécification de l'insight dans le DSM 5, alors même qu'il y en a une dans le trouble dysmorphie corporelle et que ces deux maladies partagent de nombreux symptômes. Konstantakopoulos et collaborateurs en 2012 se servent de la BABS et retrouvent des idées délirantes chez presque 30% de leurs patients anorexiques (48). Toujours avec la BABS, Hartmann et collaborateurs en 2013 différencient trois éléments sur une échelle continue d'insight : bon insight, insight pauvre/ idée surinvestie, insight absent/ idée délirante (49). Leurs résultats retrouvent autant d'idées surinvesties dans l'anorexie mentale que dans le trouble dysmorphie corporelle, mais moins d'idées délirantes dans l'anorexie mentale.

Ainsi, le terme insight englobe plusieurs processus, et pourrait être séparé en deux phénomènes distincts mais reliés : la conscience de souffrir d'une maladie mentale (insight clinique) d'une part et la capacité de réfléchir sur ses expériences et croyances et d'en reconnaître le caractère erroné (insight cognitif) d'autre part.

C'est bien le concept d'insight cognitif qui est intéressant pour répondre à notre question, en ce sens qu'il semblerait signer la présence d'un délire lorsqu'il est complètement aboli.

Néanmoins, si l'on s'en tient aux résultats de la BCIS, c'est surtout la partie auto-certitude de l'insight, en tant que non acceptation du caractère erroné de la croyance et du point de vue des autres, qui paraît discriminante entre idée normale et délirante. L'auto-réflexivité en tant que capacité à réfléchir sur ses croyances, leur genèse et à accepter l'existence d'explications alternatives à ses propres expériences, n'a pas fait les preuves de sa pertinence clinique pour distinguer les personnes délirantes des autres.

II. Idée surinvestie

L'idée obsessionnelle du TOC est toujours décrite selon ce critère : "reconnait le caractère excessif ou erroné de ses pensées". Pourtant, depuis plusieurs dizaines d'années maintenant il est clairement établi que TOC et non reconnaissance du caractère déraisonnable de ses croyances ne sont pas forcément antinomiques.

Kozak et Foa en 1994 (50) décrivent dans ce contexte ce qu'est une idée surinvestie et comment on la retrouve dans différentes pathologies psychiatriques et notamment le TOC. L'idée surinvestie se distinguerait de l'obsession parce qu'elle est non intrusive, qu'il n'y a pas de résistance, et qu'elle n'est pas vue comme insensée. D'un autre côté, elle se distingue de l'idée délirante par l'intensité moindre avec laquelle elle est soutenue. Ils rappellent également les travaux de Jaspers en 1959, selon qui l'idée délirante comme l'idée surinvestie ne le sont pas seulement pour leur adhésion, mais également pour la voie anormale qui est engagée et par laquelle les événements prennent sens (sans définir précisément cette voie). Autrement dit, le délire n'est pas seulement faux mais aussi irrationnel. Nous reviendrons là-dessus dans la prochaine partie. Toujours selon Kozak et Foa les idées surinvesties seraient retrouvées dans les paranoïas quérulentes, les jalousies morbides, l'hypocondrie et l'anorexie. Néanmoins, en conclusion ils critiquent cette notion même d'idée surinvestie, qui serait une tentative vaine de

"couper la poire en deux", simple proposition d'un intermédiaire entre l'obsession non délirante et l'obsession délirante, ou entre la croyance rationnelle et la croyance délirante, renforçant l'hypothèse du continuum entre idée normale et délirante mais ne résolvant pas le problème conceptuel de la limite à partir de laquelle une idée doit être considérée comme délirante.

Suite à ces travaux Neziroglu et collaborateurs ont créé en 1999 une échelle d'idée surinvestie dans le TOC (Overvalued Idea Scale) (51), évaluant les domaines de processus de pensée relatifs à la bizarrerie, la précision de la croyance, la rigidité, la rationalité, l'efficacité des compulsions, la force de persuasion de la croyance, la prise en compte des raisons pour lesquelles les autres ne partagent pas la croyance et la stabilité de la croyance. Le facteur principal d'évaluation de la symptomatologie avancé par les auteurs est la capacité de reconnaître le caractère irrationnel, injustifié des obsessions et compulsions. Un continuum existe alors, de l'obsession classique avec bonne identification de ses symptômes, au délire, absence totale de reconnaissance du caractère irrationnel et injustifié des obsessions et compulsions. Deux extrêmes entre lesquels nous retrouvons l'idée surinvestie, caractérisée par des difficultés à reconnaître le caractère irrationnel des obsessions et compulsions.

Veale en 2002 (52) donne un autre sens à l'idée surinvestie. En effet, il distingue la croyance de la valeur. Une idée surinvestie (en anglais overvalued idea) serait une croyance sous-tendue par une valeur fortement identifiée au self. Une croyance est une inférence, pensée comme vraie à partir d'observations ou de preuves. Elle est accessible aux tests empiriques ou logiques et tend à être objective ou universellement acceptée. Une valeur est quelque chose de pensé comme bon ou important pour un individu. Elle n'est pas testable selon les lois empiriques et ne peut pas être abandonnée. Il explique que c'est pour cela que des idées racistes extrêmes ne sont pas considérées comme délirantes car elles ne sont pas sous-tendues par des croyances mais des valeurs. Néanmoins derrière chaque croyance se trouve une valeur, et l'une est influencée par l'autre et vice versa. De plus, la force de conviction d'une croyance est corrélée à la rigidité de la valeur et au degré d'identification au self. Plus la valeur est identifiée au self de la personne, plus

la probabilité de production de croyance délirante est forte. Ceci étant basé bien sûr sur l'idée que ce qui fait le caractère délirant d'une croyance est la conviction avec laquelle elle est soutenue.

Kitis et collaborateurs en 2007 (53) ont testé la mémoire et les fonctions exécutives de patients atteints de TOC avec idées surinvesties et de schizophrénie. Ils ont retrouvé des altérations de la mémoire de travail, de la mémoire verbale et des fonctions exécutives chez les patients schizophrènes et les patients avec TOC et idées surinvesties. Ceci appuie l'hypothèse que l'idée délirante et l'idée surinvestie relèveraient de mécanismes similaires. Brakoulias et Starcevic en 2011 proposent de distinguer l'obsession, l'idée surinvestie et l'idée délirante selon 6 critères : la conviction, la fixité, la fluctuation, la résistance, et deux critères d'insight que sont la reconnaissance du caractère incorrect de la croyance et l'attribution du symptôme à la maladie (54). La fixité est la résistance aux preuves contraires mises en évidence par un tiers alors que la conviction est le degré de certitude que la croyance est vraie avant intervention d'un tiers. Ainsi, selon ces auteurs une obsession est une idée tenue avec une conviction faible à modérée, une fixité faible, une fluctuation et une résistance modérées à fortes, une conscience modérée du caractère erroné de l'obsession et une attribution forte des symptômes à la maladie. A contrario, l'idée délirante est tenue avec une conviction et une fixité fortes et présente une fluctuation, une résistance et les deux types d'insight faibles. Enfin, l'idée surinvestie ressemble beaucoup plus à une idée délirante, seule la conviction et la fixité étant modérées plutôt que fortes et l'insight - attribution des symptômes à la maladie - faible à modéré plutôt que faible. Ce qui distinguerait donc pertinemment l'idée délirante du reste serait la conviction et la fixité fortes, et la non-attribution du symptôme à la maladie.

Au total l'idée surinvestie serait une sorte d'intermédiaire entre une croyance non délirante et une croyance délirante, mais ne permet pas réellement de faire progresser la question de la définition de l'idée délirante. En effet, l'idée surinvestie semblerait assez proche de l'idée

délirante en ce sens qu'elles partageraient des niveaux de conviction assez élevés, un insight assez faible, l'idée délirante étant la version sévère de l'idée surinvestie.

III. Idée délirante

Les théories psycho- ou physio-pathologiques du délire sont nombreuses et la littérature, contrairement à celle centrée sur la définition clinique de l'idée délirante, est très riche. Le débat est depuis longtemps lancé sur les participations de mécanismes top-down et bottom-up dans la genèse du délire, avec comme hypothèses et sujets de recherche les plus répandus, l'existence d'anomalies perceptives, de biais de raisonnement, de déficit en théorie de l'esprit, de facteurs motivationnels... Ce qui est intéressant pour répondre à notre question initiale est que ces théories nous apportent parfois des éléments sur la clinique de l'idée délirante, nous permettant de retenir des marqueurs cliniques pertinents, c'est à dire des caractéristiques attribuées à l'idée délirante, que nous pourrions réutiliser en pratique clinique quotidienne pour évaluer la symptomatologie de nos patients.

En 1986, Hemsley et Garety (55) pointent toute la difficulté de trouver une définition de l'expérience délirante, et proposent alors de voir les croyances délirantes à travers une analyse bayésienne. Partant du modèle normal de formation d'une croyance, les idées délirantes témoigneraient d'une altération de la capacité à évaluer ou réévaluer la probabilité d'une hypothèse en fonction des données disponibles. Il s'agirait donc d'une mauvaise inférence sur la réalité extérieure, notion que l'on retrouve d'ailleurs dans le DSM, mais dont on peut questionner la validité de la traduction française.

En effet une inférence est, selon la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Langagières, une *"opération qui consiste à admettre une proposition en raison de son lien avec une proposition préalable tenue pour vraie"*. Classiquement, il est admis qu'il existe trois

types d'inférence : l'induction, l'abduction, et la déduction. La déduction est le raisonnement qui suit les lois logiques pures. Il n'y a qu'une seule explication possible au problème posé, toutes les données nécessaires au raisonnement étant disponibles. L'exemple classique est celui-ci : si tous les hommes sont mortels, et que Socrate est un homme, alors Socrate est mortel. En partant du principe que les deux assertions "tous les hommes sont mortels", et "Socrate est un homme" sont vraies, la conclusion issue de la déduction est forcément vraie. Ce n'est pas une hypothèse dans ce cas mais une vérité. L'induction et l'abduction sont à l'inverse des raisonnements hypothétiques. Ils ont pour but de trouver l'hypothèse la plus probable sachant les données disponibles, ces données n'étant pas complètes et ne permettant donc pas d'atteindre une conclusion parfaitement fiable. Dans l'induction, c'est la répétition des expériences qui permet leur généralisation par augmentation progressive de leur probabilité (par exemple le soleil s'est toujours levé donc il se lèvera demain), tandis que l'abduction permet d'exclure les solutions les moins probables en fonction des données disponibles à un moment t et donc d'émettre une hypothèse la plus probable pour expliquer un fait observé. Un exemple est la démarche diagnostique médicale. Face à un patient se présentant avec une série de symptômes, le rôle du médecin est de mettre en lien ces symptômes avec le contexte tel l'âge du patient, ses antécédents, la saison... Et d'émettre une ou deux hypothèses diagnostiques les plus probables pour les expliquer, proposer un traitement ou guider des examens complémentaires.

Ces inférences inductives et déductives peuvent être modélisées grâce à la théorie bayésienne. Le théorème de Bayes est un outil de calcul de probabilités, visant à évaluer la plausibilité d'une hypothèse par rapport à une autre, en fonction des données disponibles. Se référer à cet outil de calcul de probabilité permet de modéliser la génération de croyances hypothétiques sur le monde environnant. Celles-ci se forment en fonction des données disponibles qui sont les données sensorielles afférentes, mais également les données a priori qui correspondent grossièrement à ce que le sujet s'attend à percevoir au vu du contexte qui l'entoure et de ses croyances préalablement acquises. Ces inférences bayésiennes peuvent être déclinées à

tous les niveaux, du raisonnement à partir de données de la perception, consciente, au traitement précoce non conscient de l'information sensorielle afférente.

Il est important de relever que dans le langage courant, le mot anglais *inference* est classiquement traduit en français par *déduction*. Nous pouvons nous demander alors à quelle *inference* fait référence le DSM dans sa définition.

Coltheart, Menzies et Sutton en 2010 (56) attestaient que le type d'inférence touché dans le délire est l'abduction, avec comme base théorique l'exploration des délires monothématiques. Ils suspectent l'existence d'anomalies perceptives, affectives ou organiques rendant l'expérience sensorielle inhabituelle (les données disponibles sont donc anormales), le délire consistant en une abduction à la meilleure explication possible de cette anomalie, associée à un déficit des processus de contrôle des croyances.

Corlett et collaborateurs en 2010 (57) rappellent les difficultés actuelles à définir le délire, et à en trouver un modèle théorique cohérent. Parlant des défauts d'inférence, ils expliquent que le cerveau peut être lui-même vu comme une "machine à inférences" et que des déficits pourraient exister à un niveau très précoce de traitement de l'information sensorielle. La perception consciente serait ainsi altérée par des défauts d'inférence situés très précocement dans le traitement non conscient de l'information sensorielle afférente. Quelle que soit la théorie de Corlett, les marqueurs cliniques auxquels elle est raccrochée sont la formation d'idées incohérentes avec les données expérientielles objectivables, l'incapacité d'utiliser les informations antérieurement apprises pour remettre en cause l'expérience actuellement vécue, et la fixité de ces idées incohérentes.

Ainsi ces quelques études nous permettent de relever la complexité d'utilisation du terme *inference* dans la définition du DSM, car il peut être interprété de différentes manières, et de plus être sujet à mauvaise traduction. En effet les inférences peuvent d'une part expliquer des différences de perception visuelle, auditive ou autre par anomalie de l'équilibre entre les données sensorielles afférentes et les attentes a priori à un niveau non conscient, non observable à

l'examen clinique. Mais elles peuvent également représenter la genèse d'idées délirantes selon des données plus observables, explorables en clinique quotidienne comme l'interprétation érotomaniaque du comportement et du discours d'un présentateur de journal télévisé.

En rapport avec ces inférences, le phénomène de "jumping to conclusions" est un biais de raisonnement solidement démontré à ce jour, et nous apporte des marqueurs cliniques intéressants (58–61). Ce phénomène, que l'on peut traduire par raisonnement hâtif, consiste à tirer une conclusion sur la base de l'observation de peu de données, données jugées normalement insuffisantes pour atteindre une conclusion probable. Moritz et collaborateurs ont beaucoup publié sur les biais de raisonnement, attestant de la présence d'inférences irrationnelles chez les patients schizophrènes. Ils ont montré une diminution du seuil de prise de décision (équivalente au raisonnement de type hâtif) et un traitement incomplet des preuves contradictoires une fois la décision prise (62–65). Mc Kay et collaborateurs en 2006 (66) s'étaient intéressés au lien entre raisonnement de type hâtif et besoin de certitude avec comme hypothèse sous-jacente qu'ils soient liés. Leurs résultats ne permettaient pas de mettre en évidence un lien de corrélation entre les deux, ce qui appuie l'idée qu'il y ait d'une part des biais de raisonnement de type hâtif, et d'autre part un rapport à la croyance de type besoin de certitude.

Jolley et collaborateurs en 2014 (61) ont tenu à préciser, dans la même lignée que Moritz et collaborateurs, que le phénomène de jumping to conclusions n'est pas qu'une décision prise hâtivement mais bien une erreur de raisonnement, car l'on pourrait retrouver, malgré le peu de données utilisées pour atteindre la décision, un respect des règles de probabilité. Ils montrent au contraire que celles-ci ne sont pas respectées. En effet, ils retrouvent qu'il n'y aurait pas de prise en compte des données nouvelles dans l'évaluation de la probabilité et donc que la croyance improbable ne serait pas corrigée. Freeman Lister et Evans en 2014 (67) ont, de même, mis en évidence la non correction d'une croyance par les données nouvelles chez des patients présentant des délires paranoïaques, avec un traitement incomplet des preuves contradictoires, et une interprétation négative des événements ambigus.

En 2005, les philosophes Hohwy et Rosenberg (68) avaient consacré un article aux défauts de révision de croyances, explorant l'hypothèse d'un défaut d'inhibition de la réponse doxastique pré-potente. La réponse doxastique pré-potente étant la disposition à prendre une expérience vécue pour un témoin de la réalité, dans ce contexte des expériences perceptives inhabituelles seraient prises pour vraies et seraient à l'origine de croyances inhabituelles. Cette inhibition de la réponse doxastique pré-potente, autrement dit cette capacité d'invalider une expérience vécue du fait de son caractère inhabituel, est médiée par les processus d'appréciation de la réalité. Ceux-ci sont la théorie pure, les croyances antérieurement acquises, ainsi que les explications et les croyances des autres.

Nous pouvons rappeler que Manfred Spitzer en 1990 (8), en s'inspirant des 3 caractéristiques du délire de Jaspers (fausseté, incorrigibilité, conviction), avait défini l'idée délirante comme une croyance clamée sans argument, tenue avec une certitude subjective, et incorrigible par les autres, ce qui résume assez bien les résultats des travaux que nous venons de citer.

Dans la veine de ces biais de raisonnement et incapacité de révision des croyances, quand les philosophes qui critiquent la définition du délire en arrivent à remettre en cause le fait qu'un délire puisse être considéré comme une croyance, sous prétexte qu'une croyance est forcément rationnelle et que le délire ne l'est pas, le débat dépasse de loin notre questionnement clinique (69–71). Néanmoins, il est intéressant de relever qu'il est tout le temps question de rationalité et que celle-ci semble communément considérée comme défaillante dans le délire. La rationalité est ce qui se rapporte à la raison. La raison est un terme à significations multiples. Le Centre National de Ressources Textuelles et Langagières en dénombre plus d'une dizaine, dont la première est *"Faculté qu'a l'esprit humain d'organiser ses relations avec le réel; son activité considérée en général tant dans le domaine pratique que dans le domaine conceptuel"*.

La philosophe Lisa Bortolotti, qui a effectué de nombreux travaux sur les croyances irrationnelles et délirantes, déclare dans son dernier livre, intitulé *Irrationality*, qu'il n'y a pas de définition de l'irrationalité universellement acceptée à ce jour (72). Selon elle parmi les situations qui amènent généralement à un jugement d'irrationalité se trouvent les cas où les croyances sont mal supportées par les preuves et en conflit avec la science d'aujourd'hui, et où le raisonnement échoue à se conformer aux standards du raisonnement définis par des principes basiques de logique et de probabilité.

A ce jour la rationalité est divisée en 3 types. Premièrement la rationalité procédurale est la capacité d'intégration de croyances au sein d'un système de pensées. Elle concerne la façon dont les croyances interagissent entre elles et se lient les unes aux autres. Elle suivrait les lois de la logique déductive. Deuxièmement, la rationalité épistémique est justifiée par et répond aux preuves disponibles. Elle concerne la relation entre des croyances et les données expérientielles disponibles. Elle dépend de la capacité du sujet à former de nouvelles croyances basées sur les données disponibles, et de mettre à jour des croyances existantes lorsque des nouvelles données pertinentes apparaissent. Elle suivrait les lois de la logique inductive et abductive. Enfin la rationalité agentielle est ce que fait un individu de ses croyances. Elle permet un accord entre les contenus de croyances et les actes.

Dans le délire, on retrouverait cinq phénomènes irrationnels, touchant les trois types de rationalité. D'une part le défaut d'intégration de la croyance dans le système de pensée est un témoin de l'atteinte de la rationalité procédurale. Ensuite, lorsque les croyances sont formées sur la base de preuves insuffisantes, et qu'elles résistent aux preuves contraires évidentes, empêchant la révision des croyances malgré les contre-arguments, il y a atteinte de la rationalité épistémique. Enfin, les actions qui ne sont pas corrélées aux croyances et le manque de justification de la non adéquation des actes aux croyances sont deux phénomènes témoins d'irrationalité agentielle (73).

Néanmoins Bortolotti termine en rappelant que bien que les jugements d'irrationalité jouent un rôle important dans la classification et le diagnostic en psychiatrie, l'irrationalité n'est ni nécessaire ni suffisante au diagnostic de maladie mentale (74).

En effet, il apparaît univoque qu'il est nécessaire de retrouver les dimensions de détresse et d'incapacité pour définir l'idée délirante. Bell, Halligan et Ellis en 2006 insistent sur la pertinence de la dimension de détresse dans la distinction entre croyance normale et croyance délirante. Pour eux le délire est systématiquement associé à une détresse et une incapacité (9), ce que reprennent Lincoln et collaborateurs en 2007 (75). Fletcher et Frith en 2009 (59) le rappellent également, prenant l'exemple de croyances pouvant être qualifiées de délirantes mais qui finalement ne le sont pas, comme croire aux OVNI. Ces croyances n'ont pas d'impact négatif sur le bien-être et les relations sociales. Ainsi, s'il est très simple de trouver de nombreuses croyances irrationnelles en population générale, il est plus difficile d'en trouver accompagnées de conséquences négatives sur la vie du sujet. Le même discours est tenu par Lisa Bortolotti en 2010 (76) lorsqu'elle écrit qu'on ne peut pas déterminer le caractère délirant d'une croyance uniquement d'après ses caractéristiques épistémiques de surface (résistance au contre exemple, irrationalité, invraisemblance, rigidité, persistance) car cela ne permet pas de les différencier des croyances irrationnelles non délirantes, des obsessions, des confabulations, et du déni. En revanche, les croyances irrationnelles non délirantes suscitent moins de détresse, et n'épuisent pas les capacités cognitives telles que les idées délirantes le font. Elle donne comme exemple les croyances religieuses. Aujourd'hui lorsqu'un corps disparaît d'une tombe on considère que l'explication la plus probable est qu'il ait été volé. Pourtant certaines personnes croient qu'à une autre époque Jésus a ressuscité. Et tenir cette croyance, somme toute irrationnelle et invraisemblable, pour vraie aujourd'hui n'est pas considéré comme délirant car elle ne cause ni effet négatif sur le bien-être, ni préoccupation.

En 2014 (77) elle poursuit en décrivant l'idée délirante comme une disparition de la réalité partagée, une croyance fausse et irrationnelle compromettant le bon fonctionnement. Cette réalité partagée disparaît quand l'entourage de la personne délirante ne la juge plus digne de confiance concernant le sujet de l'idée délirante. Il en résulte un rejet social, ou une sanction sociale.

Miyazono en 2014 (78) propose également de recentrer la discussion sur la définition du pathologique : une idée délirante est une idée fausse ou irrationnelle, qui cause de la souffrance et une incapacité. Cette définition suit la théorie de Wakefield (79) du pathologique : pour être pathologique un état doit entraîner une souffrance et un dysfonctionnement. Garety et Freeman l'avaient également repris en 2013 (60), attestant que maintenant qu'est établie l'existence d'un biais de raisonnement de type hâtif dans le délire, il reste à se focaliser en clinique sur la détresse et l'impact de ces idées délirantes. Ils poursuivent néanmoins en 2015 (80) l'investigation clinique des caractéristiques épistémiques de l'idée délirante, insistant cette fois sur la persistance de l'idée délirante, liée à la faible flexibilité des croyances. Cette flexibilité diffère de la conviction dans le sens où elle prend en compte la réaction à la contradiction hypothétique, la capacité d'accepter l'existence d'explications alternatives et la possibilité de se tromper. So et collaborateurs en 2014 (81) ont quant à eux mis en évidence un lien entre raisonnement de type hâtif et détresse chez les patients schizophrènes, l'intensité du biais de raisonnement étant inversement prédictive de la réponse au traitement en terme de détresse.

Enfin concernant la conviction, Moutoussis et collaborateurs en 2007 (82) attestent que le critère pertinent dans l'évaluation du caractère délirant est la fixité de la croyance. Mais Lincoln et collaborateurs, en 2007 (75) ont montré, sur la base de la PDI-40, que le degré de conviction n'est pas une caractéristique discriminante du caractère délirant d'une croyance, entre un groupe de schizophrènes et un groupe de sujets sains. De plus, Fine et collaborateurs dans leur revue de

2007 (58) n'ont pas retrouvé d'éléments suffisants pour valider la présence d'une confiance élevée chez les patients délirants, dans les tâches de raisonnement probabiliste.

DISCUSSION

L'analyse historique de la définition de l'idée délirante nous a permis dans un premier temps de relever la distinction progressive des idées délirantes des troubles du jugement.

Ensuite, les échelles d'évaluation clinique du délire proposées et/ou utilisées en recherche reflètent assez bien l'état actuel des avancées sémiologiques sur le sujet. Le délire est un phénomène considéré comme multidimensionnel et continu. La seule caractéristique de l'idée délirante qui fait l'unanimité est la conviction, retrouvée dans toutes les échelles. L'autre élément important est l'impact. Impact émotionnel en terme de détresse, et impact social en terme de retentissement sur l'entourage, altération des relations sociales.

Enfin il est intéressant de relever la place de la BABS, échelle d'évaluation des croyances en population psychiatrique générale qui oscille entre évaluation de l'insight et du caractère délirant de la croyance. Elle atteste que l'idée délirante est une croyance sans insight, et trouve un écho dans la nouvelle classification proposée dans le DSM 5 pour les troubles obsessionnels et apparentés.

L'étude approfondie du délire dans le DSM nous fait alors nous intéresser à deux concepts liés à l'idée délirante que sont le défaut d'insight et l'idée surinvestie.

L'insight est tantôt la capacité de reconnaître que ses croyances puissent ne pas être vraies ou que ses comportements soient problématiques, tantôt la capacité d'appréciation de la réalité, tantôt l'anosognosie. L'insight, qui revient donc incessamment lorsque l'on s'intéresse à l'idée délirante, est problématique car derrière ce mot unique se cachent plusieurs phénomènes. Celui semblant pertinent à évaluer dans notre situation est l'insight - capacité d'évaluer et de corriger ses propres croyances. En somme c'est la capacité d'avoir un point de vue distancié, critique, sur

ses jugements et donc de reconnaître la possibilité de s'être trompé, en prenant notamment en compte le point de vue d'autrui. C'est un concept automatiquement lié à la conviction. Son apport dans la caractérisation clinique du délire serait la résistance à l'information correctrice des autres, et une confiance élevée en ses propres croyances.

L'idée surinvestie quant à elle est un concept dont on peut douter de la pertinence clinique en ce sens qu'elle ne représenterait qu'un point de repère intermédiaire entre la croyance non délirante et délirante. Elle guide néanmoins l'analyse vers la conviction, une fois de plus, et la capacité de reconnaître le caractère irrationnel de ses croyances, ainsi que la notion de fixité. La fixité étant, rappelons-le, la résistance aux preuves contraires alors que la conviction est le degré de certitude attaché la croyance, avant la mise en évidence par un tiers extérieur des faiblesses de celle-ci.

Conviction, fixité, insight, ce qui compte finalement sont les marqueurs cliniques que ces termes représentent et s'il faut mieux les décrire, on pourrait parler de réaction à la contradiction, de capacité d'accepter et l'existence d'explications alternatives, et la possibilité de se tromper. D'ailleurs, lorsque l'on recentre l'exploration sur les articles scientifiques parlant directement du délire, il apparaît clairement que ces mots fixité, conviction, insight, s'entremêlent et que probablement qu'une recherche détachée de ces mots fourre-tout (surtout du mot insight), plus précise, réglerait bien des difficultés. Beaucoup d'auteurs évoquent un raisonnement de type hâtif, associé à une confiance élevée en ses conclusions chez les patients délirants. D'autres parlent d'inférences anormales, terme de plus en plus utilisé pour théoriser la genèse d'une croyance erronée, mais apportant l'idée nouvelle que ces défauts d'inférences pourraient se produire à des niveaux très précoces du traitement de l'information sensorielle. D'autres encore évoquent la présence d'un raisonnement irrationnel dans l'idée délirante. Plus précisément, l'idée délirante serait une idée construite sur peu de preuves, et résistante aux preuves contraires mises en lumière par d'autres. De plus les délirants ne reconnaissent pas le caractère irrationnel, erroné, injustifié de leur(s) croyance(s). Biais de raisonnement, inférence, rationalité, nous voyons bien

qu'il s'agit là de filtres différents appliqués à un même phénomène et qu'en définitive, les éléments cliniques sous-jacents que nous pouvons retenir sont bien que la croyance est construite sur peu de preuves objectivables, et non révisée en cas de preuves contraires évidentes. De plus, concernant les débats sur l'insight, la fixité, la conviction, nous pouvons retenir que cette croyance est tenue avec une conviction ferme et résistante aux avis d'autrui.

Enfin, personne ne vient remettre en cause l'existence d'un dysfonctionnement et d'une souffrance associés à cette idée irrationnelle.

Ainsi pour résumer, si l'on reprend la définition du DSM point par point, ce qui fait consensus est que l'idée délirante est une *"croyance fermement soutenue"*, et ce *"en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire"*. La partie *"il ne s'agit pas d'une croyance habituellement acceptée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (p. ex., il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse)"* est également acceptable bien que pouvant être mieux détaillée.

Le fait que l'idée délirante soit une croyance erronée pourrait être plus précis, et peut-être pourrait-on définir erronée par *"justifiée par peu ou pas de preuves objectivables"*.

La partie *"croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure"* pose plusieurs problèmes. D'une part la traduction française du terme anglais *inference* par déduction est discutable. De plus, le terme inférence pouvant être décliné à différents niveaux, il serait peut-être bénéfique de donner une définition précise de ce qu'il signifie ici, même si cette définition doit être large. Enfin, le *"concernant la réalité extérieure"* entraîne des critiques selon lesquelles on exclue les délires cénesthésiques et les délires d'influence.

Dernier point, la partie *"Quand une croyance erronée implique un jugement de valeur, on ne la considère comme une idée délirante que si le jugement est tellement excessif qu'il dépasse toute crédibilité"* n'est pas reprise dans la littérature et reste assez floue par conséquent.

En dehors de cette définition de base se posent quelques questions. Les dimensions d'impact émotionnel et social doivent-elles apparaître dans cette définition ? En effet, beaucoup d'auteurs pointent qu'il est important de prendre en compte dans la reconnaissance d'une idée délirante la conséquence de cette idée sur le bien-être et le fonctionnement de la personne. Le bien-être et le fonctionnement peuvent être altérés par un vécu émotionnel négatif à type de détresse ou de préoccupation excessive, ou des difficultés sociales. Ceci est particulièrement important dans le cas de croyances culturellement admises comme les croyances religieuses. Ce ne sera plus le caractère invraisemblable de la croyance qui sera évalué mais la détresse, la préoccupation excessive et la perte de la capacité à partager cette croyance avec ses pairs. On voit rapidement que la conceptualisation de l'idée délirante ne peut en aucun cas se détacher de sa composante sociale, en effet l'un des éléments importants est tout de même la perte de la réalité partagée avec les pairs, comme le dit Lisa Bortolotti. Cette notion est très intéressante. En effet, plus que la perte de contact avec la réalité, c'est la perte de contact avec l'autre qui existe bel et bien dans le délire. Etre délirant, c'est avoir une confiance élevée en ses propres conclusions, et inversement c'est ne plus faire confiance au discours de l'autre. Cette croyance résiste à l'avis contraire des pairs et notamment des proches. Sommes-nous alors les représentants de l'opinion générale ? Rappelons que pour Lévy Valensi en 1948 *"l'idée délirante est celle qui paraît inadéquate au temps, à l'individu, à sa situation. (...) C'est le recours au jugement populaire, vox populi, juge qui est loin d'être infaillible, mais dont il faut bien se contenter"* (17).

Disons plutôt que c'est la population générale qui nous envoie les gens qu'elle considère comme délirants (59). En effet, il n'est pas nécessaire d'être médecin pour reconnaître une douleur ou une perte de capacité, mais il le faut pour la définir et la soigner. Ainsi, face à un patient amené par ses proches pour une croyance d'allure irrationnelle, associée ou non à une détresse et/ou une diminution de ses capacités sociales, c'est au médecin d'analyser cette croyance et d'en déterminer le caractère pathologique ou non, délirant ou non.

Cette prise en compte de la dimension de souffrance associée à une perte des capacités ou du fonctionnement, justifie donc par là-même l'existence d'une compétence médicale. De plus, nous avons vu à travers ce travail que l'idée délirante étant un concept multidimensionnel et continu, elle nécessite certainement une formation spécifique pour être reconnue, et spécialement pour les cas limites, peu sévères, peu bruyants et assez isolés sur le plan symptomatique.

Dès lors que l'on postule l'existence d'un continuum, on ne peut attendre d'une définition qu'elle remplisse des critères nécessaires et suffisants (83). Selon Sadegh-Zadeh (84) les maladies, comme tout ce qui touche au vivant, peuvent être considérées comme des ensembles flous. A partir d'un modèle prototypique de la maladie, on classe les autres maladies selon un continuum gradé de similarité au prototype. Ce prototype est une association de différentes caractéristiques, à chacune desquelles est attribuée une probabilité d'occurrence. La même chose peut être faite au niveau symptomatique (83). La définition de l'idée délirante décrivant le cas prototypique, charge au praticien d'analyser la symptomatologie selon son degré de similarité à ce prototype. Les critiques actuelles de la définition seraient dans ce cas plus difficilement recevables car l'on trouvera toujours des contre-exemples ne remplissant pas la totalité des critères du cas prototypique. Ainsi il est illusoire de vouloir trouver des critères nécessaires et suffisants (85), l'idée délirante étant un phénomène complexe, continu et multidimensionnel, résultat probable de l'interaction de différents processus. La question reste de savoir quels niveaux d'importance nous accordons à chacun des critères de la définition. Et c'est bien en ça que c'est une compétence médicale : la compétence médicale est justement la bonne utilisation de la définition théorique par l'apprentissage clinique au lit des patients profitant de l'expérience des aînés, faisant nous-mêmes des inférences de type inductif, généralisant à partir de nos nombreuses expériences auprès de patients délirants et non délirants une définition implicite du délire de laquelle nous devenons des experts.

Un élément qui attire notre attention est que la définition revient systématiquement à ses fondements que sont les troubles du jugement. En effet, pour rappel l'évolution de la clinique au

cours des siècles derniers a séparé les idées délirantes des troubles du jugement. Le jugement est classiquement considéré comme la capacité de discerner le vrai du faux, de respecter les règles logiques du raisonnement permettant d'accéder à la critique et l'auto-critique. Le retour de l'insight comme témoin du caractère délirant d'une croyance, et les travaux sur l'irrationalité du délire nous font questionner la distinction aujourd'hui admise entre troubles du jugement et idées délirantes. Ceci a une conséquence non négligeable sur deux questions pratiques que sont l'évaluation du discernement et la capacité à consentir aux soins.

En effet, même si selon la Haute Autorité de Santé (86) aucune donnée scientifique ne permet aujourd'hui de justifier les indications d'une hospitalisation sans consentement, il est stipulé que c'est avant tout l'insight du patient qui est déterminant, insight en tant que reconnaissance de l'existence d'un trouble mental. Dans le cas des patients délirants, l'hospitalisation sans consentement n'est pas systématique, et dépend du degré d'engagement émotionnel et affectif du patient au délire, du thème du délire, du mécanisme du délire et de la présence ou non d'un trouble du cours de la pensée, d'un état maniaque ou de la prise d'alcool ou de toxiques associée.

Braitman et collaborateurs en 2014 (87) retrouvaient que les patients présentant un délire et/ou des hallucinations étaient deux fois plus fréquemment admis en soins sous contrainte qu'en soins libres (30% vs 61,9%). C'est le critère le plus prédictif de soins contraints avec l'hétéro-agressivité. Pignon et collaborateurs en 2014 (88) attestent que le détail le plus décisif dans l'évaluation d'un consentement d'un patient délirant est le degré d'adhésion aux croyances délirantes ainsi que l'absence d'insight - reconnaissance de l'existence d'un trouble. Dans tous les cas il est question de conscience du trouble, (sauf pour les idées suicidaires), et même si dans notre cas précis de l'idée délirante il est question d'un insight plus spécifique, attaché à la croyance elle-même plus qu'à la maladie en général, il est quand même question d'insight et donc de reconnaissance du caractère pathologique du symptôme.

Concernant l'évaluation de la responsabilité pénale, nous pouvons nous demander si la présence d'une idée délirante signe automatiquement l'existence d'une abolition du discernement. En effet, Senon en 2007 (89) écrit que les pathologies communément admises comme abolissant le discernement sont "*les psychoses schizophréniques, les psychoses paranoïaques chroniques, les bouffées délirantes, les épisodes aigus des troubles bipolaires et les troubles dépressifs sévères ou les troubles confusionnels*". Lisa Bortolotti s'est intéressée au lien entre irrationalité et irresponsabilité pénale (74). Et lorsqu'elle tente d'expliquer les raisons des divergences d'expertises pour un même patient (prenant l'exemple de Breivik en Norvège) il semble que l'élément central, déterminant, dans l'évaluation de la responsabilité pénale est l'existence ou non d'un délire.

CONCLUSION

Les nombreuses années de pratique psychiatrique et de recherche clinique n'ont pas permis à ce jour de caractériser l'idée délirante de manière consensuelle.

Plusieurs solutions peuvent expliquer cela. La première est que ce concept n'est pas opérant, que le délire n'est pas une entité clinique pertinente à évaluer en pratique courante et que le reconnaître n'a finalement pas d'intérêt thérapeutique. Cela ne nous semble cependant pas le cas et aucun auteur ne défend réellement ce point de vue aujourd'hui. L'autre solution est que nous n'abordons pas le problème à la bonne échelle, du bon point de vue.

Au delà de la recherche pathologique, Bell et collaborateurs en 2006 par exemple préconisent une meilleure théorisation de la formation d'une croyance normale comme élément indispensable à l'amélioration de la conceptualisation du délire (9). Peters et Garety la même année (90) pointent la grande variabilité des profils cognitifs des patients atteints de délire, et donc la difficulté d'en faire ressortir une psychopathologie commune. Ils préconisent des recherches balisées par type de délire, postulant que les thèmes délirants dépendent de la sévérité de l'atteinte cognitive avec comme moins sévères les délires à connotation sociale comme les délires de religion ou de jalousie, et au bout de l'échelle les délires bizarres. Katschnig en 2010 (91), parlant de la psychiatrie en général avance lui que les diagnostics psychiatriques actuels sont établis trop arbitrairement. Les nombreuses critiques, venant de la psychiatrie elle-même sont le témoin d'un malaise actuel de la profession, et une renaissance de la psychopathologie est alors nécessaire. De plus, si nos diagnostics sont faux, nos recherches seront fausses. Dans un autre article, Bell, Halligan et Ellis en 2006 (92) saluent néanmoins la bonne performance des outils actuels utilisés pour diagnostiquer le délire, avec notamment la SAPS, la PANSS, la PSYRATS dont nous avons parlé en première partie. Pour autant, peu d'études ont analysé la fiabilité de ces moyens d'évaluation, et ce n'est pas tant leur pertinence clinique qui est évaluée que leur potentiel de reproductibilité. Poletti et Sambaretto en 2013 proposent quant à eux une

revue de la littérature sur les corrélats neuronaux du délire en regroupant les études de toutes les pathologies possibles que sont la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'état dépressif majeur sévère, l'accident vasculaire cérébral et les maladies neurodégénératives (93). Outre leurs conclusions en terme de corrélats neuronaux du délire, ils proposent des pistes d'amélioration de notre clinique. Selon eux, au vu de ces résultats, nous devrions prêter plus attention en pratique courante et dans notre analyse du délire au traitement des émotions, à la cognition sociale, aux processus de conscience de soi, et aux fonctions exécutives. C'est en explorant tous ces domaines que nous pourrions améliorer notre approche clinique du délire.

Nous pouvons alors supposer que ce ne serait que profitable pour l'amélioration de notre clinique du symptôme idée délirante que d'aller l'étudier dans le plus de pathologies possibles. Cela nous permettrait d'exclure des caractéristiques du symptôme tout ce qui a trait en fait à la maladie dans lequel il s'intègre. C'est la critique que l'on peut faire à toutes ces études qui n'incluent que des patients schizophrènes. Selon un article de 2014 déjà cité en introduction (11), en clinique des démences, qui est gérée en France par les neurologues et gériatres, le délire est retrouvé dans (prévalence) la Démence à Corps de Lewy (>60%), la Maladie d'Alzheimer (15 à 76%), la Démence Fronto-Temporale (0 à 23%) et la Démence Vasculaire (15 à 36%). Nous ne pouvons que nous désoler alors du peu d'études "transdiagnostiques" sur le sujet.

Enfin, la dimension comportementale, retirée du DSM dans sa cinquième version, peu étudiée par ailleurs dans la littérature hormis comme facteur de gravité, reste difficile à caractériser dans le délire. Et cela complique énormément les avancées en matière de thérapeutique, étant donné qu'aucun marqueur ne peut alors servir à l'évaluation symptomatique des modèles animaux. Ce n'est pas pour autant que les scientifiques se refusent à explorer la psychiatrie et le délire à l'aide de modèles murins. Néanmoins, pour ce faire ils doivent travailler sur des modèles animaux de pathologies plutôt que de symptômes. Il est intéressant cependant de remarquer que plusieurs études retrouvent des comportements animaux similaires entre les souris modèles de maladie d'Alzheimer et de schizophrénie (94), avec un article supposant même

l'existence de variants génétiques communs pouvant provoquer une sensibilité accrue aux maladies neurodégénératives et à la schizophrénie (95). Même si ces résultats n'ont que peu d'intérêt dans l'amélioration de la conceptualisation clinique du délire, ils appuient tout de même l'idée qu'il peut être intéressant pour progresser de préserver une approche transdiagnostique, et que justement les symptômes psychiatriques étant tellement difficiles à conceptualiser sur le plan comportemental, c'est de cette manière que l'on renforcera la puissance des recherches spécifiques d'un symptôme plutôt que d'une maladie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lévy-Soussan P. Psychiatrie. Paris: Med-Line; 2007.
2. Lempérière T, Féline A, Adès J, Hardy P, Rouillon F. Psychiatrie de l'adulte. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2006.
3. Hardy-Baylé M-C, Hardy P, Corruble E, Passerieux C. Enseignement de la psychiatrie. Rueil-Malmaison (Hauts-de-Seine): Doin; 2003.
4. Tribolet S, Shahidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Paris: Éd. Heures de France; 2005.
5. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France). Référentiel de psychiatrie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2014.
6. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
7. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
8. Spitzer M. On defining delusions. *Compr Psychiatry*. sept 1990;31(5):377-97.
9. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends Cogn Sci*. mai 2006;10(5):219-26.
10. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Delusional Belief. *Annu Rev Psychol*. 10 janv 2011;62(1):271-98.
11. Cipriani G, Danti S, Vedovello M, Nuti A, Lucetti C. Understanding delusion in dementia: a review. *Geriatr Gerontol Int*. janv 2014;14(1):32-9.
12. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias: diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;8(1):29-34.
13. Aminoff MJ, Daroff RB, éditeurs. Delusions. N. Roemer, S Vinogradov, HN Ochitill. *Encyclopedia of the neurological sciences*. Second edition. Waltham, MA: Academic Press/Elsevier; 2014. p. 958-61.
14. Brémaud N. Un historique des définitions du délire psychotique. *L'Évolution Psychiatr*. avr 2014;79(2):181-206.
15. Dagonet H. Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales. Paris: J-B Baillière et Fils; 1876.
16. Laignel-Lavastine MM, Barbé A-L, Delmas. La pratique psychiatrique. 1929.
17. Lévy-Valensi J. Précis de Psychiatrie. 1948.
18. Binswanger L. Délire: contributions à son étude phénoménologique et daseinsanalytique. Grenoble (France): J. Millon; 1993.
19. Ey H, Bernard P, Brisset C, Garrabé J, Guelfi J-D. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
20. Guelfi JD. Psychiatrie. Paris: Presses universitaires de France; 1987.
21. Garety PA, Hemsley DR. Characteristics of delusional experience. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1987;236(5):294-8.
22. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*. janv 1998;155(1):102-8.

23. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. janv 2004;45(1):10-5.
24. Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophr Bull*. 1999;25(3):553-76.
25. Peters E, Joseph S, Day S, Garety P. Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophr Bull*. 2004;30(4):1005-22.
26. Meyers BS, English J, Gabriele M, Peasley-Miklus C, Heo M, Flint AJ, et al. A Delusion Assessment Scale for Psychotic Major Depression: Reliability, Validity, and Utility. *Biol Psychiatry*. déc 2006;60(12):1336-42.
27. Combs DR, Adams SD, Michael CO, Penn DL, Basso MR, Gouvier WD. The conviction of delusional beliefs scale: Reliability and validity. *Schizophr Res*. sept 2006;86(1-3):80-8.
28. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*. juill 1999;29(4):879-89.
29. Favrod J, Rexhaj S, Ferrari P, Bardy S, Hayoz C, Morandi S, et al. French version validation of the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms. *BMC Psychiatry*. 2012;12:161.
30. Boyer P, Lecrubier Y. Fiche descriptive et traduction française de la SAPS. *Psychiatr Psychobiol*. 1987;6:425-38.
31. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76.
32. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. févr 1960;23:56-62.
33. Maier W, Philipp M. Improving the Assessment of Severity of Depressive States: A Reduction of the Hamilton Depression Scale. *Pharmacopsychiatry*. janv 1985;18(01):114-5.
34. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. déc 1994;44(12):2308-14.
35. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. mai 1987;48 Suppl:9-15.
36. Jaafari N, Marková I. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2011;169(7):409-15.
37. Bourgeois M. L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2002;160(8):596-601.
38. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 1 juin 2004;68(2-3):319-29.
39. Warman DM, Martin JM. Cognitive insight and delusion proneness: An investigation using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. juin 2006;84(2-3):297-304.
40. Riggs SE, Grant PM, Perivoliotis D, Beck AT. Assessment of Cognitive Insight: A Qualitative Review. *Schizophr Bull*. 1 mars 2012;38(2):338-50.
41. Carse T, Langdon R. Delusion Proneness in Nonclinical Individuals and Cognitive Insight: The Contributions of Rumination and Reflection. *J Nerv Ment Dis*. août 2013;201(8):659-64.

42. Uchida T, Matsumoto K, Ito F, Ohmuro N, Miyakoshi T, Ueno T, et al. Relationship between cognitive insight and attenuated delusional symptoms in individuals with at-risk mental state. *Psychiatry Res.* juin 2014;217(1-2):20-4.
43. Kimhy D, Jobson-Ahmed L, Ben-David S, Ramadhar L, Malaspina D, Corcoran CM. Cognitive insight in individuals at clinical high risk for psychosis: Cognitive insight. *Early Interv Psychiatry.* mai 2014;8(2):130-7.
44. Cooke MA, Peters ER, Fannon D, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and self-reflection dimensions and neuropsychological measures. *Psychiatry Res.* juill 2010;178(2):284-9.
45. Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res.* janv 2004;38(1):63-72.
46. Phillips KA, Pinto A, Hart AS, Coles ME, Eisen JL, Menard W, et al. A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* oct 2012;46(10):1293-9.
47. Oulis P. Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach. *World J Psychiatry.* 2013;3(3):50.
48. Konstantakopoulos G, Varsou E, Dikeos D, Ioannidi N, Gonidakis F, Papadimitriou G, et al. Delusional of body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Res.* 30 déc 2012;200(2-3):482-8.
49. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: Delusional and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* déc 2013;210(3):1129-35.
50. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* mars 1994;32(3):343-53.
51. Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* sept 1999;37(9):881-902.
52. Veale D. Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behav Res Ther.* 2002;40(4):383-400.
53. Kitis A, Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Arkar H, Erol A, et al. Cognitive dysfunctions in patients with obsessive-compulsive disorder compared to the patients with schizophrenia patients: Relation to overvalued ideas. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* janv 2007;31(1):254-61.
54. Brakoulias V, Starcevic V. The Characterization of Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Q.* juin 2011;82(2):151-61.
55. Hemsley DR, Garety PA. The formation of maintenance of delusions: a Bayesian analysis. *Br J Psychiatry.* 1 juill 1986;149(1):51-6.
56. Coltheart M, Menzies P, Sutton J. Abductive inference and delusional belief. *Cognit Neuropsychiatry.* janv 2010;15(1-3):261-87.
57. Corlett PR, Taylor JR, Wang X-J, Fletcher PC, Krystal JH. Toward a neurobiology of delusions. *Prog Neurobiol.* nov 2010;92(3):345-69.
58. Fine C, Gardner M, Craigie J, Gold I. Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognit Neuropsychiatry.* janv 2007;12(1):46-77.
59. Fletcher PC, Frith CD. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat Rev Neurosci.* janv 2009;10(1):48-58.

60. Garety PA, Freeman D. The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *Br J Psychiatry*. 1 nov 2013;203(5):327-33.
61. Jolley S, Thompson C, Hurley J, Medin E, Butler L, Bebbington P, et al. Jumping to the wrong conclusions? An investigation of the mechanisms of reasoning errors in delusions. *Psychiatry Res*. oct 2014;219(2):275-82.
62. Moritz S, Woodward TS, Lambert M. Under what circumstances do patients with schizophrenia jump to conclusions? A liberal acceptance account. *Br J Clin Psychol*. juin 2007;46(2):127-37.
63. Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Hottenrott B, Woodward TS, Moritz S. Incurability, jumping to conclusions, and decision threshold in schizophrenia. *Cognit Neuropsychiatry*. mars 2011;16(2):174-92.
64. Moritz S, Peters MJV, Larøi F, Lincoln TM. Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognit Neuropsychiatry*. nov 2010;15(6):531-48.
65. Moritz S, Van Quaquebeke N, Lincoln TM. Jumping to Conclusions Is Associated with Paranoia but Not General Suspiciousness: A Comparison of Two Versions of the Probabilistic Reasoning Paradigm. *Schizophr Res Treat*. 2012;2012:1-9.
66. McKay R, Langdon R, Coltheart M. Need for Closure, Jumping to Conclusions, and Decisiveness in Delusion-Prone Individuals: *J Nerv Ment Dis*. juin 2006;194(6):422-6.
67. Freeman D, Lister R, Evans N. The use of intuitive and analytic reasoning styles by patients with persecutory delusions. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. déc 2014;45(4):454-8.
68. Hohwy J, Rosenberg R. Unusual Experiences, Reality Testing and Delusions of Alien Control. *Mind Lang*. avr 2005;20(2):141-62.
69. Sass LA. « My So-Called Delusions »: Solipsism, Madness, and the Schreber Case. *J Phenomenol Psychol*. 1 janv 1994;25(1):70-103.
70. Bayne T, Pacherie E. In Defence of the Doxastic Conception of Delusions. *Mind Lang*. avr 2005;20(2):163-88.
71. Bell V, Halligan P, Ellis H. Beliefs about delusions. *The Psychologist*. 2003;16(8):418-23.
72. Bortolotti L. *The Project. Irrationality* [Internet]. Hoboken: Wiley; 2014 [cité 5 mars 2015]. Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=1882485>
73. Bortolotti L. *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2010. p. 14-21.
74. Bortolotti L. *Mental Health. Irrationality* [Internet]. Hoboken: Wiley; 2014 [cité 5 mars 2015]. Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=1882485>
75. Lincoln TM. Relevant dimensions of delusions: Continuing the continuum versus category debate. *Schizophr Res*. juill 2007;93(1-3):211-20.
76. Bortolotti L. *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2010. 299 p.
77. Bortolotti L. The epistemic innocence of motivated delusions. *Conscious Cogn* [Internet]. nov 2014 [cité 15 mars 2015]; Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053810014001937>
78. Miyazono K. Delusions as harmful malfunctioning beliefs. *Conscious Cogn*. 18 nov 2014;
79. Giroux É, Lemoine M, Wakefield JC. Le concept de trouble mental : à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales. *Philosophie de la médecine II Santé, maladie, pathologie*.

Paris: J. Vrin; 2012. p. 121-76.

80. Garety P, Waller H, Emsley R, Jolley S, Kuipers E, Bebbington P, et al. Cognitive Mechanisms of Change in Delusions: An Experimental Investigation Targeting Reasoning to Effect Change in Paranoia. *Schizophr Bull.* 1 mars 2015;41(2):400-10.
81. So SH, Peters ER, Swendsen J, Garety PA, Kapur S. Changes in delusions in the early phase of antipsychotic treatment – An experience sampling study. *Psychiatry Res.* mars 2014;215(3):568-73.
82. Moutoussis M, Williams J, Dayan P, Bentall RP. Persecutory delusions and the conditioned avoidance paradigm: Towards an integration of the psychology and biology of paranoia. *Cognit Neuropsychiatry.* nov 2007;12(6):495-510.
83. Rodrigues ACT, Banzato CEM. Construct representation and definitions in psychopathology: the case of delusion. *Philos Ethics Humanit Med.* 2010;5(1):5.
84. Giroux É, Lemoine M, Sadegh-Zadeh K. La théorie de la maladie comme ressemblance à un prototype. *Philosophie de la médecine II Santé, maladie, pathologie.* Paris: J. Vrin; 2012. p. 361-404.
85. Freeman D. Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clin Psychol Rev.* mai 2007;27(4):425-57.
86. HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.
87. Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences: approche dimensionnelle ou catégorielle? *L'Encéphale.* juin 2014;40(3):247-54.
88. Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. *Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations.* Presse Médicale. nov 2014;43(11):1195-205.
89. Senon J-L. L'expertise psychiatrique pénale : audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2007;165(8):599-607.
90. Peters E, Garety P. Cognitive functioning in delusions: A longitudinal analysis. *Behav Res Ther.* avr 2006;44(4):481-514.
91. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry.* 2013;9(1):21-8.
92. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Diagnosing delusions: A review of inter-rater reliability. *Schizophr Res.* sept 2006;86(1-3):76-9.
93. Poletti M, Sambataro F. The development of delusion revisited: a transdiagnostic framework. *Psychiatry Res.* 30 déc 2013;210(3):1245-59.
94. Koppel J, Jimenez H, Azose M, D'Abramo C, Acker C, Buthorn J, et al. Pathogenic tau species drive a psychosis-like phenotype in a mouse model of Alzheimer's disease. *Behav Brain Res.* déc 2014;275:27-33.
95. Murray PS, Kumar S, DeMichele-Sweet MAA, Sweet RA. Psychosis in Alzheimer's Disease. *Biol Psychiatry.* avr 2014;75(7):542-52.

ANNEXES

Annexe 1 : Items de la CDRS (Characteristics of Delusions Rating Scale)

1 Conviction

Believe absolutely => Believe not at all

2 Preoccupation

Not thinking about it at any time, ever => Thinking about it all of the time

3 Interference

Makes an enormous difference to what I do => Makes no difference to what I do

4 Resistance

Very much like thinking about it => Do not like thinking about it at all

5 Dismissibility

Cannot dismiss it at all from my mind => Can dismiss it very easily indeed

6 Absurdity

Seems entirely sensible => Seems entirely senseless

7 Self-evident

Seems completely obvious => Seems utterly strange, implausible

8 Reassurance

Seek reassurance about it all of the time => Do not seek reassurance about it at all

9 Worry

Thinking about it does not make me worry at all => Thinking about it makes me very worried

10 Unhappiness

Thinking about it makes me very unhappy => Thinking about it does not make me at all unhappy

11 Pervasiveness

Cannot think about other things at all when thinking about it => Easy to think about it and other things at the same time

Annexe 2 : Items de la BABS (Brown Assesment of Beliefs Scale)

1. Conviction

How convinced are you of these ideas/beliefs? Are you certain your ideas/beliefs are accurate? (What do you base your certainty on?)

- 0.- Completely convinced beliefs are false (0% certainty).
- 1.- Beliefs are probably not true, or substantial doubt exists.
- 2.- Beliefs may or may not be true, or unable to decide whether beliefs are true or not.
- 3.- Fairly convinced that beliefs are true but an element of doubt exists.
- 4.- Completely convinced about the reality of held beliefs (100% certainty).

2. Perception of others' views of beliefs

What do you think other people (would) think of your beliefs? [PAUSE] How certain are you that most people think your beliefs make sense?

(Interviewer should clarify, if necessary, that the patient answers this question assuming that others are giving their honest opinion.)

(Interviewer should make sure that the patient answers according to what MOST people think not some people or selected people.)

- 0.- Completely certain that most people think these beliefs are unrealistic.
- 1.- Fairly certain that most people think these beliefs are unrealistic.
- 2.- Others may or may not think beliefs are unrealistic, or uncertain about others' views concerning these beliefs.
- 3.- Fairly certain that most people think these beliefs are realistic.
- 4.- Completely certain that most people think these beliefs are realistic.

3. Explanation of differing views

You said that *(fill in response to item 1)*, but that *(fill in response to item 2)*. [PAUSE] How do you explain the difference between what you think and what others think about the accuracy of your beliefs? (Who's more likely to be right?)

(Interviewer should not ask this item if responses on item 1 and 2 are the same. In that case, give the same score as items 1 and 2.)

- 0.- Completely certain that beliefs are unrealistic or absurd (e.g., "my mind is playing tricks on me.")
- 1.- Fairly certain that beliefs are unrealistic or absurd.
- 2.- Uncertain about why others don't agree--beliefs may or may not be true.
- 3.- Fairly certain that beliefs are true; view of others is less accurate.
- 4.- Completely certain that beliefs are true; view of others is not accurate.

Brown Assessment of Beliefs Scale® (BABS)

5/1/01

4. Fixity of ideas

If I were to question (or challenge) the accuracy of your beliefs, what would your reaction be? [PAUSE] Could I convince you that you are wrong? [PAUSE] Would you consider the possibility?

(If necessary, supply a nonconfrontational example.)

(Rate on the basis of whether the patient could be convinced, not whether s/he wishes s/he could be convinced.)

- 0.- Eager to consider the possibility that beliefs may be false; demonstrates no reluctance to entertain this possibility.
- 1.- Easily willing to consider the possibility that beliefs may be false; reluctance to do so is minimal.
- 2.- Somewhat willing to consider the possibility that beliefs may be false, but moderate resistance is present.
- 3.- Clearly reluctant to consider the possibility that beliefs may be false; reluctance is significant.
- 4.- Absolutely refuses to consider the possibility that beliefs may be false--i.e., beliefs are fixed.

5. Attempt to disprove ideas

Over the past week, how often have you tried to convince yourself that your beliefs are wrong?

(Interviewer should rate attempts patient makes to talk himself/herself out of the belief, not attempts to push the thoughts/ideas out of his/her mind or think about something else.)

- 0.- Always involved in trying to disprove beliefs, or not necessary to disprove because beliefs are not true.
- 1.- Usually tries to disprove beliefs.
- 2.- Sometimes tries to disprove beliefs.
- 3.- Occasionally attempts to disprove beliefs.
- 4.- Makes no attempt to disprove beliefs.

6. Insight

What do you think has caused you to have these beliefs? [PAUSE] Do they have a psychiatric (or psychological) cause, or are they actually true?

(Interviewer should determine what the patient actually believes, not what s/he has been told or hopes is true. Psychological etiology should be considered equivalent to psychiatric illness.)

- 0.- Beliefs definitely have a psychiatric/psychological cause.
- 1.- Beliefs probably have a psychiatric/psychological cause.
- 2.- Beliefs possibly have a psychiatric/psychological cause.
- 3.- Beliefs probably do not have a psychiatric/psychological cause.
- 4.- Beliefs definitely do not have a psychiatric/psychological cause.

(Recognition that the thoughts are excessive--i.e., taking up too much time--or causing problems for the patient should not be considered equivalent to psychiatric/psychological etiology. Instead, rate patient's awareness that the source/cause of the beliefs is psychiatric/psychological.)

TOTAL BABS® SCORE ____ = SUM OF QUESTIONS 1 THROUGH 6

Annexe 3 : Items de la PDI-21 (Peters et al., Delusional Inventory)

1. Avez vous déjà eu l'impression que des gens semblaient insinuer des choses à votre sujet ou tenaient des propos avec un double sens?

jamais parfois souvent tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse : pas du tout un peu assez beaucoup

Je crois que c'est vrai jamais parfois souvent tout le temps

2. Avez vous déjà eu l'impression que l'on disait à la télé ou que l'on écrivait dans les journaux des choses spécialement pour vous?

3. Avez vous déjà eu l'impression que certaines personnes n'étaient pas ce qu'elles semblaient être?

4. Avez vous déjà eu l'impression que l'on cherchait volontairement à vous nuire ?

5. Avez vous déjà eu l'impression qu'il y avait un complot dirigé contre vous?

6. Avez vous déjà eu l'impression que vous étiez quelqu'un de très important ou que vous étiez destiné(e) à devenir quelqu'un de très important?

7. Avez vous déjà eu l'impression que vous étiez quelqu'un de spécial, hors du commun?

8. Avez vous déjà eu l'impression que vous étiez tout particulièrement proche de Dieu ?

9. Vous est-il déjà arrivé de penser que les gens peuvent communiquer par télépathie?

10. Avez vous déjà eu l'impression que des appareils électriques, comme des ordinateurs, pouvaient influencer à distance vos pensées?

11. Avez vous déjà eu l'impression d'avoir été d'une certaine manière élu(e) par Dieu ?

12. Vous est-il déjà arrivé de croire aux pouvoirs de la sorcellerie, au vaudou, ou aux sciences occultes?

13. Est-ce que vous êtes souvent préoccupé(e) par l'idée que votre conjoint(e) puisse être infidèle ?

14. Avez vous déjà eu l'impression d'avoir commis plus de péchés que la plupart des gens ?

15. Avez vous déjà eu l'impression que les gens vous regardaient bizarrement à cause de votre apparence?

16. Avez vous déjà eu l'impression que vos pensées étaient enlevées ou extraites de votre tête?

17. Avez vous déjà eu l'impression que la fin du monde était proche ?

18. Avez vous déjà eu l'impression d'avoir dans votre tête des pensées que vous ne reconnaissiez pas comme les vôtres?

19. Est ce que vos pensées ont déjà été si intenses que vous avez craint que d'autres personnes puissent les entendre?

20. Avez vous déjà eu l'impression d'entendre vos pensées répétées comme par un écho?

21. Avez vous déjà eu l'impression d'être sous le contrôle d'une force ou d'un pouvoir extérieur à vous-même ?

Annexe 4 : Items de la DAS (Delusional Assessment Scale) for Major Psychotic Depression

Temporal pressure
Acting on the belief
Temporal pressure during interview
Acting irrationally distrustful during the interview
Emotional pressure
Cognitive integration
Internal consistency
Temporal continuity
Accommodation
Subjective feeling of certainty
Relationship to cultural context
Implausibility/bizarreness
Places/situations involved
People/objects involved

Annexe 5 : Items de la CDBS (Conviction of Delusional Beliefs Scale)

1. Questioned truth of belief (cog.)^a
2. Thought my belief was not true (cog.)^a
3. Be okay if belief were not true (emot.)^a
4. Find few things to support (cog.)^a
5. Others told me my belief was not true (beh.)^a
6. Like to talk about belief (beh.)
7. Feel anxious about the truth of my belief (emot.)^a
8. Belief is logical/ well-supported (cog.)
9. Others can change my belief (cog.)^a

^a *Reverse scored item*

cog. cognitive

emot. emotional

beh. behavioral

AUTEUR : Colin Alexandra

Date de Soutenance : 10 avril

Titre de la Thèse : Définir le caractère délirant d'une croyance relève-t-il d'une compétence médicale?

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Idée délirante, Sémiologie

La caractérisation de l'idée délirante est très complexe. Les définitions des manuels cliniques de psychiatrie sont peu nombreuses, et celle du DSM est vivement critiquée par de nombreux auteurs. Quelle est la place du médecin psychiatre dans la caractérisation et la reconnaissance de l'idée délirante? Notre compétence commence-t-elle à l'étape d'identification de l'idée délirante elle-même ou consiste-t-elle à en rechercher les signes associés? Pour répondre à cette question nous avons procédé à une large analyse de la littérature sur le délire. Les résultats de cette analyse convergent vers des éléments centraux de la définition de l'idée délirante que sont l'impact sur le bien-être et sur le fonctionnement social. De plus, bien que l'examen d'une croyance se fasse automatiquement par l'étude de son contenu, il semble que ce qui caractérise la croyance délirante n'est pas son contenu lui-même mais la façon dont le patient la construit, et le rapport qu'il entretient avec cette croyance. En effet qu'il soit question d'insight, de conviction, d'inférence, de rationalité ou plus largement de biais de raisonnement, de nombreux auteurs s'accordent sur le fait qu'une idée délirante est une croyance élaborée à partir de peu de données et résistante aux données contradictoires et à l'avis argumenté d'autrui.

Ainsi, la présence d'une souffrance et d'un dysfonctionnement liés à cette croyance irrationnelle justifie par là-même la place de la compétence médicale. Nous proposons enfin quelques remarques sur la définition du DSM et des pistes d'amélioration de la conceptualisation du délire.

Composition du Jury :

Président :

Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Professeur Guillaume VAIVA

Professeur Renaud JARDRI

Dr Maxime BUBROVSZKY