



HAL
open science

De la complexité du délire aux principales approches psychothérapeutiques des délires psychotiques

Herbach Olivier

► To cite this version:

Herbach Olivier. De la complexité du délire aux principales approches psychothérapeutiques des délires psychotiques. Médecine humaine et pathologie. 2022. <dumas-04107693>

HAL Id: dumas-04107693

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04107693v1>

Submitted on 26 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

**DE LA COMPLEXITÉ DU DÉLIRE AUX PRINCIPALES APPROCHES
PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES DES DÉLIRES PSYCHOTIQUES**

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le **28/09/2022** à 11h00

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Olivier HERBACH

Né le 12/08/1992 à Vesoul (Haute-Saône, 70)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Pierre VANDEL	Professeur universitaire
Directrice de la thèse :	Adeline FRANKHAUSER	Praticien hospitalier
Juges :	Emmanuel HAFFEN	Professeur universitaire
	Sylvie NEZELOF	Professeur universitaire
	Baptiste MICHEL	Psychiatre en libéral



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR	PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN	DIRECTEUR DES ETUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	
DEPARTEMENT MEDECINE		
	PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
	PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2EME CYCLE
	PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3EME CYCLE
	PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MEDECINE
	PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
	PROFESSEUR JEAN-MICHEL PERROT	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE
DEPARTEMENT PHARMACIE		
	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ETUDES
	PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
	PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	
DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE		
	BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	STEPHANIE PARIS (SAGE-FEMME)	
	DOCTEUR NICOLAS MOTTET (MCU-PH)	
DEPARTEMENT ODONTOLOGIE (PROVISOIRE)		
	DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	
DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE		
	ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	PROFESSEUR ELOI MAGNIN	
DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE		
	CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - MONTBELAIRD) (MCF)	
	DOCTEUR PIERRE DECAVEL (MCU-PH)	

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

GAELE BLERVAQUE (MAST) COORDINATRICES PEDAGOGIQUES
JULIE LAPREVOTTE (MAST)

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MAST) COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN
(MCU-PH)
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI RESPONSABLE
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN
STEPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)
MARC PUDLO (PHARMACIE)
ALAIN DEVEVEY (REEDUCATION)
VERONIQUE GRATTARD (REEDUCATION)
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF ASSESSEUR

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL ASSESSEUR RECHERCHE -
PRESIDENTE
PROFESSEUR FREDERIC AUBER VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

FORMATION CONTINUE PROFESSEUR REGIS AUBRY COORDINATEURS
MME SYLVIE DEVAUX (MCF)

HISTOIRE DE LA MEDECINE PROFESSEUR LAURENT TATU COORDINATEURS
DOCTEUR PHILIPPE MERCET

RELATIONS INTERNATIONALES PROFESSEUR KATY JEANNOT COORDINATEURS
DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)

ALUMNI-USB DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)
PROFESSEUR GILLES CAPELLIER COORDINATEUR
PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRESIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	EPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE

M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M.	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M.	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Antoine	TRACQUI	MEDECINE LEGALE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Berardino	DE BARI	ONCOLOGIE-RADIOTHERAPIE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE

M.	Pierre	DECAVEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHESIE-REANIMATION
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
M.	Chong Hun Stephano	KIM	PR associé ONCOLOGIE
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	PR ASSOCIE MEDECINE GENERALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTE AU TRAVAIL
Mme	Anne-Lise	TREMEAU	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme Laurence NICOD BIOLOGIE CELLULAIRE

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTE

M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M	Alexandre	KUBICKI	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Aline	CHASSAGNE	MAST SCIENCES INFIRMIERES
MME	Gaëlle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Lise	FIARDET	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
MME	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.	Nicolas	MICHAUD	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
MME	Eleana	SANCHEZ	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

Remerciements

Remerciements aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Pierre Vandel,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider ce jury de thèse. Merci de votre accompagnement en tant que directeur de la formation des internes de psychiatrie de Franche-Comté. Votre expérience, votre écoute, votre ouverture d'esprit, vos enseignements, et votre bienveillance m'ont été très précieux depuis mon premier stage de psychiatrie en tant qu'externe, et continue de l'être. Merci pour votre présence et supervision durant mon stage à l'ancienne unité "Ledoux A", aux urgences psychiatriques et à l'unité de post-urgence psychiatrique. Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Madame le Professeur Sylvie Nezelof,

Je suis honoré que vous ayez accepté de participer à ce jury de thèse. Votre confiance, votre réassurance, votre écoute, et votre disponibilité ont été un encouragement pour moi depuis le début de mon internat. Merci pour votre présence et votre supervision durant mon dernier stage aux urgences pédopsychiatriques.

Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Emmanuel Haffen,

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Vos enseignements, vos qualités de chercheur, votre connaissance de la pharmacologie et votre rigueur clinique ont été un enrichissement important pour ma formation.

Par ce travail, veuillez trouver le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Baptiste Michel,

Je te remercie d'avoir si volontiers accepté de participer à ce jury de thèse. Merci pour ton investissement lors de mon passage en tant qu'interne à l'unité de post-urgence psychiatrique. Ta bienveillance, ta sympathie, ton dévouement, ta passion pour les psychothérapies ont été pour moi une précieuse source d'encouragement. Je veux garder cette curiosité, cette soif d'apprendre et cette envie d'affronter l'immensité d'inconnus qui persiste en psychiatrie.

Par ce travail, sois assuré de ma gratitude et de mon estime sincère.

Madame le Docteur Adeline Frankhauser,

Je te remercie profondément d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci pour ton investissement hors norme dans ce travail. A travers ce travail, tu as été source d'un progrès immense pour moi, autant dans ma réflexion scientifique que dans mon expression écrite ! Tu m'as fait expérimenter le goût du mot juste qui a toute sa place dans cette thèse, où la façon de nommer la maladie oriente déjà sa considération et sa prise en charge. Tu as été à l'écoute, patiente et compréhensive, me permettant d'exprimer toutes mes idées et toutes mes interrogations, et me permettant de me forger un avis plus raisonnable, en prenant de la hauteur et en m'éloignant des débats passionnels. Je te remercie de nos échanges, de l'ouverture d'esprit qui t'anime et permet d'ouvrir de nouvelles portes d'espoir à nos patients. Tu as rajouté à mon enthousiasme envers les psychothérapies.

Par ce travail, sois assurée de l'expression d'une profonde et sincère gratitude.

Remerciements personnels :

À ma femme, tu es indéniablement ma plus belle rencontre ! Notre amour est une romance délirante dont chacun de nos souvenirs m'émerveillent ! Nous avons aussi affronté tant de périples ensemble et je suis fier de t'avoir à mes côtés à chaque instant. Merci pour ton soutien dans mon travail de psychiatre et dans ce travail de thèse. Merci d'être la mère des quatre et bientôt six plus beaux yeux du monde. Merci d'être une aide incomparable pour accueillir, aimer, et rendre heureux toute notre petite troupe.

À David, mon fils bien-aimé, et à Laura, ma couronne de gloire. Vous êtes mes plus beaux cadeaux. C'est du délire de vous avoir ! Votre vie a tellement de valeur et chaque jour avec vous, je veux vous donner tout mon amour. Unis ensemble et avec Dieu, nous sublimerons toutes ces maudites épreuves.

À Jean-Baptiste, le Dr Jib!! Ami fidèle et compagnon de travail. Notre amitié n'est que du bonheur ! Merci pour tous nos délires d'étudiant en médecine depuis toutes ces longues années !! La fin de ces études marque le début de nouvelles aventures. Que notre amitié dure éternellement !

À mes grands-parents, Suzanne & Michel, Simone & Claude, merci pour tout ce que vous m'avez transmis. Merci pour votre joie de vivre, votre bienveillance, votre soutien, votre accueil, votre présence. A mamie Suzanne, partie auprès de Dieu il y a un an jour pour jour, merci pour tous les bons moments passés ensemble, pour tes sourires et ton humour, pour m'avoir coupé les cheveux tant de fois, pour avoir persévéré à m'apprendre à skier, et pour tant d'autres choses. Je suis fier d'être ton petit-fils. Pour tous ces bons souvenirs, je te dédie ma thèse.

À mes parents, Hubert & Florence, merci de m'avoir accueilli, aimé et éduqué dans de belles valeurs. Merci pour l'amour et le respect qui règne dans notre famille. Merci de m'avoir poussé dans les études jusqu'au délire ! Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail et merci pour la correction orthographique de ma thèse.

À Sephora, Lydie et Samuel. Premiers compagnons de jeux, de réflexions et d'aventures. Merci pour votre soutien et pour la fraternité qui demeure entre nous.

À mes beaux-parents, Samuel & Hélène, merci pour vos encouragements et votre soutien. Merci de m'avoir permis de finir ma thèse dans le très joli cadre Charentais, associant travail, repos et colonie de vacances.

À mes beaux-frères et belles-sœurs "des deux côtés", c'est une joie d'avoir une famille si nombreuse où chacun apporte de sa richesse.

À l'église "La Bonne Nouvelle" de Besançon. Lieu de partages, de rencontres, de projets, d'actions, de perfectionnement. Merci à chacun pour vos encouragements et votre soutien.

À Anselme, Christophe, Davis, Eddy, Florent, Jérémie, Jimmy, Joël, Jonathan, Julien, Marie-Chloé, Nicolas, Théo, Séverin, et tous ceux que j'oublie Compagnons de médecine, colocs, "communauts" et amis pendant ces années étudiantes bisontines. Vous les avez rendues excellentes et n'avez fait que renforcer ma passion pour la vie et mon intérêt pour mon prochain. Je souhaite que la fin de nos études n'éteigne pas la beauté de nos amitiés et la richesse de nos échanges avec chacun d'entre vous.

À tous les médecins, co-internes, externes, infirmiers, psychologues, aide-soignants, et tous ceux et celles qui participent aux soins des patients : merci ! Ne relâchez pas vos efforts et ne vous découragez pas devant toute la souffrance psychique qui touche ceux qui se confient en nous. Merci en particulier

à ceux qui m'ont consacré du temps et m'ont transmis de leur savoir et de leur pratique. Je pense particulièrement à Marie-Chloé Détroit, Thomas Carbonnel, Emilie Prioux, Baptiste Michel, Marie Guillaume, Benjamin Chabod, Andrada Rosca, Antonin Grisey, Emmanuel Amiel, Grégoire Comparet, Ondine Fassenet, Giovanni Orlando et Vincent Rebière. Merci aux équipes des UP, de l'UPUP, des Cyprès, des Lilas, de l'EMPP, et de pédopsy au CHU.

À tous les usagers de la psychiatrie. C'est un enrichissement que de vous servir. Merci en particulier à tous ceux qui m'ont fait confiance en me partageant un peu de leur délire. Par cette thèse, veuillez trouver le témoignage de ma profonde estime, du respect de vos souffrances, et de ma main tendue pour faire un peu de route ensemble.

À l'auteur de la vie, artisan de merveilles, parole créatrice, toi qui connais les plus profonds mystères et qui nous dit qu'*"Il n'y a pas de plus grand amour que de donner sa vie pour ses amis."* A ta suite, je veux donner de mon humble vie par amour pour mon prochain.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A Suzanne Herbach,

Sommaire

Pourquoi cette problématique ?	1
Première partie : Le délire, une notion complexe	7
Deuxième partie : Approches psychothérapeutiques des délires psychotiques, pluralités des concepts et difficultés d'évaluations	79
Troisième partie : Mise en perspective	157
Conclusion	177
Annexes	179
Bibliographie	195
Table des matières	205

Liste des abréviations

ACT : Acceptation and Commitment Therapy
AT : Art-Thérapie
BDA : Bouffée Délirante Aiguë
BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale
CBR : Community-Based Rehabilitation
CIM : Classification internationale des maladies
CONDIS : Confirmation Disconfirmation Coding System
CNUP : Collège National des Universitaires de Psychiatrie
DGSE : Direction Générale de la Sécurité Extérieure
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EBM : Evidence-Based Medicine
ECR : Essai Contrôlé Randomisé
ETP : Education Thérapeutique
FSP : Feeling Safe Programme
HAS : Haute Autorité de Santé
ISPS : International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis
NICE : National Institute for Health and Care Excellence
MCT : Metacognitive Training
MRI : Mental Research Institute
OD : Open Dialogue for psychosis
OMS : Organisation mondiale de la santé
PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia
PHC : Psychose hallucinatoire chronique
PI : Psychothérapie Institutionnelle
PPD : Psychothérapie Psychodynamique
PSYRATS : Psychotic Symptom Rating Scales
PPSP : Psychothérapie Psychodynamique de Soutien pour la Psychose
SANS : Scale for the assessment of negative symptoms
SAPS : Scale for the assessment of positive symptoms
SQLS : Quality of Life Scale
ST : thérapie de soutien
TAU : Thérapie « As Usual »
TIPP : Traitement et Intervention Précoce dans les Troubles Psychotiques
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
TCCp : Thérapie Cognitivo-Comportementale pour les Psychoses
TS : Thérapie systémique
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Liste des figures

Figure 1 : La hiérarchie de la paranoïa	55
Figure 2 : Pyramide des psychothérapies familiales de Mottaghipour & Bickerton.....	111
Figure 3 : Méta-analyse en réseau des comparaisons éligibles pour les symptômes positifs	144
Figure 4 : Fiche d'éducation thérapeutique « Je paranoïe »	153
Figure 5 : Synthèse des mécanismes psychopathologiques et des facteurs de risques	158
Figure 6 : Pyramide des psychothérapies dans le trouble psychotique bref et les épisodes délirants aigus.....	171
Figure 7 : Pyramide des psychothérapies dans le délire paranoïde chronique de la schizophrénie ..	171
Figure 8 : Pyramide des psychothérapies dans le délire paranoïaque chronique	172

Liste des tableaux

Tableau 1 : Modules de métacognition.....	149
---	-----

Liste des annexes

Annexe 1 : PANSS, POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE	179
Annexe 2 : PSYRATS, PSYCHOTIC SYMPTOMS RATINGS SCALES	180
Annexe 3 : BPRS, BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE.....	185
Annexe 4 : SAPS, SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS	187
Annexe 5 : CAARMS, COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AT RISK MENTAL STATE	189
Annexe 6 : Questionnaire sur la prise en charge des patients atteint de délire psychotique, au centre psychothérapeutique de La Velotte.	193

*« Si la science ne s'intéresse pas aux choses délirantes,
Elle risque fort de passer à côté de choses intéressantes. »*

Antoine LABEYRIE, Astronome français

Pourquoi cette thématique ?

Des rencontres...

Au cours de nos stages d'internat en psychiatrie, nous rencontrons régulièrement des hommes et des femmes, verbalisant des idées délirantes associées à un vécu émotionnel fort. Ces idées envahissent parfois tous les domaines de leur vie, toutes leurs pensées, tous leurs sentiments, toute leur histoire. Ces idées se manifestent soit de manière ponctuelle lors d'une crise psychique, soit de manière chronique lorsqu'un trouble psychique s'installe. Voici quelques exemples de ces rencontres. Dans un service d'admission, nous avons rencontré une jeune femme qui présentait un délire mégalomane dans le post-partum. Elle pensait que la terre avait tremblé lors de son accouchement et elle se croyait être la déesse de l'amour. Dans ce même service, nous avons rencontré une autre jeune femme qui était convaincue d'être la fille cachée de Nicolas Sarkozy et d'être une espionne travaillant au « *36 quai des orfèvres* », injustement hospitalisée pour éviter qu'elle ne soit perçue comme gênante du fait de son importance. Dans un service de psychiatrie de la personne âgée, nous avons rencontré un homme qui avait étouffé son voisin de chambre à l'hôpital lorsqu'il avait une vingtaine d'années. Il verbalisait sans cesse la même histoire d'un complot politique dressé contre lui. Dans ce même service, nous avons rencontré une femme, fervente catholique, criant dans sa chambre d'hôpital pour faire fuir les démons... Face à toutes ces idées que l'on qualifie de délirantes, comment se positionner et apporter un soin ? La manière de les aborder en entretien n'est pas toujours facile, nous mettant parfois mal à l'aise, et défiant les logiques usuelles de communication.

L'une de ces rencontres nous a particulièrement marquée lors d'une garde dans le service des urgences psychiatriques de Besançon. Un jeune homme se présente à nous, jeune médecin militaire, ayant fait un cursus pour rejoindre la DGSE. Tout semblait le destiner à la réussite personnelle, familiale et professionnelle. Pourtant une sorte d'égarement l'avait atteint depuis plusieurs mois et le faisait sombrer, détruisant petit à petit tout ce qui faisait sa vie jusqu'à ce jour. S'en sont suivis pour lui des consommations de drogues, de grandes difficultés relationnelles, l'incapacité d'exercer la médecine, etc.... Ce soir-là, les pompiers avaient pu intervenir pour le protéger d'un geste suicidaire qu'il avait débuté dans la rivière du Doubs. Depuis deux ans était apparu un délire de persécution, avec d'importantes variations d'humeur. Ce soir-là, ses convictions délirantes semblaient le rattacher à un dernier espoir de retour en arrière. Lors de notre entretien, il nous a révélé qu'il croyait qu'un agent de la DGSE, le voyant prêt à se suicider en se jetant dans le Doubs, interviendrait et lui dirait que

l'épreuve était finie, qu'il avait réussi le test, qu'il était reçu à la DGSE, et qu'il pouvait retrouver tout ce qui lui avait été volé ces deux dernières années.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer ses deux parents au cours de cette nuit, à deux heures du matin. Les pompiers venaient de leur dire qu'ils avaient pu sauver leur fils *in extremis*. Ses parents se sont présentés totalement abattus par ce tourbillon qui se déchaîne, sur leur fils et également sur leur famille. Une fois de plus, ils sont prêts à signer les documents de demande d'hospitalisation sans consentement, afin que leur fils puisse être hospitalisé. Ils réalisaient pleinement pour la première fois que leur fils avait des accès délirants, interprétant tout ce qu'il voyait comme dirigé contre lui avec une forte conviction. Le jour même, leur fils avait essayé de leur expliquer ce qu'il se passait en lui et les avait questionnés : « *Si je suis vraiment délirant comme le prétendent les psychiatres, alors comment pourrais-je encore faire confiance à ce qui vient de moi-même... ?* » Se savoir parfois délirant, savoir ses sens, ses émotions, sa cognition pouvant faire défaut... voilà quelque chose de profondément dramatique et inacceptable ! Quelle angoisse de se savoir pouvant être pris d'accès de « folie », que ses espoirs et ses peurs les plus intimes puissent être une création « folle » d'un cerveau et d'un esprit malade... Ne plus être crédible à ses propres yeux et aux yeux des autres ?

Comme nous le savons, le délire n'est pas seulement un drame personnel. Il se répercute sur ceux qui entourent les personnes atteintes d'une symptomatologie délirante. Le délire éprouve leur famille, éloigne leurs amis, et est source de rejet et de stigmatisation par la société. Le délire impressionne, fait peur et met l'autre à distance, car il devient dur de partager une réalité avec une personne qui a des croyances et un discours délirant. Le délire conduit parfois à des hospitalisations sans consentement, pour protéger ces personnes souffrantes et leur permettre de traverser la crise psychique. Toutefois, ces hospitalisations peuvent être source d'autres souffrances, du fait notamment de la privation de liberté associée.

Le vécu de souffrance est bien souvent présent dans les délires psychotiques. De nombreux mécanismes expliquent cela. Lorsque des idées de persécutions prévalent, le monde intérieur devient hostile, ainsi que le monde extérieur. John Forbes Nash, brillant mathématicien ayant reçu le prix Nobel d'économie de 1994, a connu ces souffrances en traversant des périodes d'intense délire de persécution. Du fait d'un travail à la défense nationale, son délire est passé inaperçu dans un premier temps. Pourtant son impression d'être poursuivi par des espions russes a pris de l'ampleur jusqu'à nécessiter plusieurs hospitalisations sans son consentement. Malgré des capacités intellectuelles exceptionnelles, le délire psychotique a envahi son champ de pensée et de raisonnement. Dans une courte note autobiographique écrite au moment de la réception du prix Nobel (Nash, 1994), il fait part de son combat face à ses idées délirantes. Il raconte ses périodes d'hospitalisations où il essayait de

trouver un argument juridique pour que la contrainte soit levée. Il évoque ses difficultés à renoncer à ses convictions délirantes et à accepter une réalité plus « conventionnelle », ses « interludes de rationalité forcée » où il réussissait quelques recherches mathématiques. Ses idées délirantes furent maîtrisées progressivement dans son esprit. Il conclut cependant que son retour à la pensée rationnelle n'est pas synonyme d'intense joie, comparable à celle de la guérison physique.

« Ainsi, à l'heure actuelle, il semble que je pense à nouveau rationnellement dans le style caractéristique des scientifiques. Toutefois, il ne s'agit pas uniquement d'une question de joie, comme si quelqu'un revenait d'un handicap physique à une bonne santé physique. L'un des aspects de cette situation est que la rationalité de la pensée impose une limite à la conception qu'a une personne de sa relation avec le cosmos. » [Traduction personnelle] (Nash, 1994).

En tant que médecins psychiatres, face à ces personnes en grande souffrance, comment pouvons-nous les écouter, les comprendre, les accompagner sur le chemin du rétablissement ? Comment pouvons-nous nous rapprocher de ces patients que le délire éloigne du soin psychique ? Comment pouvons-nous leur permettre de retrouver plus de joie ? ...

Le délire nous fascine

Le délire aigu, c'est-à-dire lorsque des hommes ou des femmes se mettent brutalement, et sans explication rationnelle, à « délirer », à être pleinement convaincus de faits invraisemblables ou impossibles, ce délire aigu entraîne bien souvent des changements de comportements, de réactions et d'émotions. De ce point de vue, le délire semble être rattaché à l'idée commune que l'on se fait de la folie. Les explications psychopathologiques du délire sont nombreuses mais la fascination que le délire nous procure perdure encore. Nous sommes déconcertés devant ces personnes aux convictions irrationnelles : certains pensent fuir des dangers improbables, ou sont convaincus d'être des êtres exceptionnels venus sauver le monde, d'autres pensent avoir l'ultime secret, ou des pouvoirs surhumains, d'autres encore pensent être un descendant caché d'un illustre personnage... L'histoire de quelques-uns d'entre eux est même médiatisée, lorsque les idées délirantes conduisent à des comportements extrêmes. C'est cette fascination que partagent aussi le professeur Conus et le docteur Söderström, qui ont dirigés la rédaction d'un manuel traitant des approches psychothérapeutiques des psychoses. Ce manuel fait suite à deux années de séminaires avec les médecins, psychologues et infirmiers du service de psychiatrie générale du CHU Vaudois à Lausanne. Ces deux psychiatres écrivent : « [...] face à la psychose, on peut être pris par la fascination à l'égard du contenu délirant,

par la mégalomanie de vouloir tout comprendre, ou encore par le côté transgressif qu'elle véhicule. »
(Conus et Söderström, 2021).

Le délire nous questionne

Le délire nous questionne de très nombreuses façons, et son étude peut nous amener à faire des liens avec de nombreuses disciplines, autres que la médecine.

Au niveau philosophique, le délire pose la question de ce qu'est la logique, la raison, la vérité et la réalité. Quelles sont les limites du délire et de ce qui ne l'est pas ? Délire et raison s'opposent-ils ? Le délire n'a-t-il pas une place dans chacune de nos existences ? C'est ce que vient discuter Remo Bodei, philosophe italien, dans son article « Des logiques du délire ». Il défend au contraire que délire et logique, ou délire et raison, ne s'opposent pas mais se complètent.

« [...] quand nous réfléchissons au délire, nous devons nous libérer conceptuellement de cette « force de gravité » psychique qui nous attachait immédiatement et indissolublement à notre image standardisée de la rationalité. Nous devons nous mettre face à des situations qui, par-delà leur apparence souvent absurde et difforme, peuvent nous faire entrevoir d'autres mondes absolument pas incompatibles avec le nôtre. De cette façon, la force de gravité de la raison n'est pas niée par son absence à condition que cette raison, que je qualifie d'hospitalière, soit capable de considérer et d'accueillir des expériences qui vont au-delà des limites de la norme ou de ce qui est généralement reçu à l'intérieur d'une communauté, et de comprendre que, jusque dans leur aspect tragique, elles nous enrichissent, nous font vivre d'autres vies parallèles à la nôtre, nous permettent d'espérer d'autres possibilités, parfois créatrices, du langage et de l'idéalisation. » (Bodei, 2003).

Le délire vient nous questionner également sur un plan religieux, spirituel et théologique. Comme nous le verrons, l'antiquité grecque liait le délire à un message divin. La limite semble parfois étroite entre la croyance et le délire. Qu'est-ce qui différencie le délire, de la foi d'hommes ou de femmes en une divinité qu'ils n'ont pas vue de leurs yeux, entendue de leurs oreilles, ou touchée de leurs mains ? Qu'est-ce qui différencie une croyance religieuse et un « délire partagé » ? Qu'est-ce qui différencie un prophète d'un patient délirant ? Cette question vient diviser même au sein des tribunaux, comme le montre l'affaire de Ron et Dan Lafferty. De confession Mormone, ils tuèrent leur belle-sœur et sa fille de 18 mois le 3 avril 1983, sur « ordre de Jésus-Christ » selon eux. Au jugement, trois psychiatres expertisèrent que Dan et Ron Lafferty étaient psychotiques alors que trois autres psychiatres conclurent qu'ils étaient pris dans une croyance religieuse extrême. (Krakauer, 2019).

D'un point de vue politique, du côté des gouvernements, qualifier des personnes dissidentes comme étant délirantes peut être un moyen de les faire taire. L'histoire nous l'a confirmée en URSS avec l'hospitalisation sous contrainte de nombreux opposants au régime. Ainsi, l'impact est parfois dévastateur pour la personne concernée d'être considérée et traitée comme délirante.

« Le délirant c'est le fou que l'autre désigne comme tel pour l'exclure de la communauté et le priver de ses droits. C'est donc, avant même que cela ne concerne le champ de la psychiatrie, une affaire de société. » (Philippe, 2014).

Du côté du peuple, les passions qui se déchainent vis-à-vis de la politique peuvent parfois frôler le délire. L'impact de ces idées peut aller jusqu'à menacer de renverser un gouvernement. C'est ce que nous explique le professeur Vassilis Kapsambelis, psychiatre et directeur de l'ASM 13 :

« Bien entendu, notons au préalable que nous savons tous qu'il existe des idées que l'on pourrait qualifier de totalement « délirantes », particulièrement fréquentes à notre époque favorisant la propagation fulgurante de rumeurs de toutes sortes, de « fake news », de théories complotistes invraisemblables... » (Kapsambelis, 2020).

Toutes ces constatations posent à nouveau la question des limites entre ce qui est délirant et ce qui ne l'est pas, entre ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas.

L'intérêt est actuel pour les psychothérapies du délire

Le questionnement sur la place des psychothérapies dans la prise en charge des manifestations délirantes, et par extension dans les troubles psychotiques, est pleinement d'actualité. L'évolution constante des nosographies témoigne des changements dans les conceptions du délire. Ces dernières décennies, de nombreuses thérapies innovantes sont apparues, telles que les thérapies cognitives via les médiateurs affectifs de l'équipe du Pr Freeman, la métacognition, l'open dialogue, etc... Des approches plus classiques se sont aussi modernisées en adaptant leurs pratiques, en évaluant leur impact selon le modèle de l'evidence-based medicine (EBM) ou selon d'autres méthodes. Toutes ces approches psychothérapeutiques tendent à se compléter et à s'intégrer pour proposer des prises en charge personnalisées aux patients manifestant un délire psychotique. Les preuves d'efficacité sont de plus en plus nombreuses et la place des psychothérapies dans la prise en charge du délire psychotique est le plus souvent recommandée en complément du traitement médicamenteux. La recherche dans ce domaine est internationale. Nous notons par exemple l'existence d'une association internationale, l'ISPS - International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis - créé par deux

psychiatres Suisses dans les années 50, rassemblant de nombreux professionnels de Suisse, France, Italie, Espagne, Finlande, USA, etc... L'ISPS organise également un congrès annuel (le prochain se tenant en Italie début septembre 2022) et un journal avec quatre publications annuelles. De plus, comme cité précédemment, un ouvrage francophone vient de paraître sur les approches psychothérapeutiques des psychoses (Conus et Söderström, 2021) et également pointer ce nouvel engouement pour les psychothérapies dans la psychose.

Le travail de cette thèse

C'est pourquoi il nous a paru intéressant, devant toutes ces rencontres, la fascination ressentie, les questionnements suscités, et la richesse scientifique actuelle, de proposer une thèse sur ce sujet. Il nous a paru intéressant d'étudier ce qu'est le délire, sa considération dans les nosographies médicales, afin de réfléchir aux principales approches psychothérapeutiques du délire psychotique. A travers cette thèse, nous étudierons les concepts de ces approches psychothérapeutiques, leurs mises en pratique, ainsi que leurs évaluations scientifiques. La finalité étant de proposer des outils psychothérapeutiques validés pour les soins des patients atteints de délire psychotique.

« Les idées délirantes, [...] représentent un véritable défi pour les équipes soignantes, dans la mesure où elles offrent le spectacle fascinant d'un rapport au monde, parfois très étendu et complet, qui pourtant se trouve en total décalage avec l'expérience commune du rapport à la réalité. Cette fascination reste un des défis de la relation thérapeutique, car elle peut conduire aussi bien à l'inaction qu'au rejet. Il faut souvent se donner beaucoup de temps, de disponibilité d'écoute patiente de ce que d'autres considéraient comme des « élucubrations » sans intérêt, pour avoir une chance d'entrer en relation avec le patient délirant et de modifier le cours de ses pensées, et de sa vie. » (Kapsambelis, 2020).

Première partie : Le délire, une notion complexe

I. Définition du délire

A. *Étymologie*

Selon Lantéri-Laura et Tevissen, dans l'encyclopédie médicochirurgicale publiée en 1996, le terme de délire apparaît dans la langue française à partir de 1537. Il vient du latin *delirium*, issu du verbe *delirare*. Ce dernier est composé de la syllabe *de* signifiant « en dehors de », et *lirare* signifiant « tracer des sillons parallèles ». Le délire provient donc d'une métaphore agricole évoquant la charrue sortant des sillons parallèles tracés pour ensemer. Elle désigne un homme qui « s'égare », qui « divague », qui « perd la raison », qui est « excité », « inspiré », « en proie à l'enthousiasme ».... Cette métaphore exprime dès l'époque du XVIème siècle « le fait de vivre des altérations de l'expérience perceptive et de la conscience, et de nourrir des représentations erronées de la réalité. » (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996).

Ainsi dès les premières apparitions dans la langue française, son étymologie caractérise le délire comme quelque chose d'en dehors d'une norme, d'une réalité, d'un rang, d'une ligne droite tracée par une charrue de laquelle on dévie. Le délire implique d'être en proie à une forme de folie altérant ce que l'on peut ressentir et penser. Sans que cela ne soit perçu comme uniquement négatif et problématique, on y retrouve une dimension transcendante et créative, qui rappelle la fascination que nous évoquions plus haut. Nous notons que du terme même de *delirium* découlent de nombreux synonymes parfois éloignés les uns des autres.

Dans un livre consacré au délire, Sophie Barthélémy et Ariane Bilheran, deux professeures en psychologie questionnent l'influence de la définition du délire :

« Est-il possible de définir le délire comme une entité clinique (le délire), et comment expliquer l'existence des jugements de valeur qui sous-tendent toute définition du délire ? C'est effectivement à partir d'un choix de définition du délire que sont envisagées tant la compréhension de ce phénomène

que la mise en œuvre thérapeutique. L'assise de la définition a donc des conséquences majeures. »
(Barthélémy et Bilheran,2007).

Effectivement, la définition ainsi que la considération du délire et de la personne délirante évoluent en fonction des époques et des cultures. C'est pourquoi il est difficile d'en retenir une définition nette et précise et c'est pourquoi le langage courant emploie le terme de « délire » pour décrire des phénomènes parfois très éloignés les uns des autres.

Pour revenir à cette notion de « sillon », elle implique la notion de limites à ce sillon, de limites qui sont dans la pratique très difficiles à définir précisément. Cela questionne aussi et peut amener à des interrogations épistémologiques et diagnostiques, en particulier dans le langage médical, où la distinction entre ce qui est sain et ce qui est pathologique est primordiale.

B. Dans le langage psychiatrique

Dans la pratique psychiatrique courante, les idées délirantes sont le plus souvent évidentes à repérer, en particulier lors d'une phase aiguë ou lorsqu'un syndrome délirant envahit tout l'espace psychique du patient. La difficulté vient dans cette zone plus floue où le doute règne vis-à-vis d'idées qui semblent « s'écarter du sillon » mais qui pourraient être seulement dans un sillon différent pour d'autres motifs comme des histoires de vie extraordinaires, des différences culturelles, des convictions religieuses ou idéologiques. Il faut donc une certaine prudence devant le fait que qualifier de délirants ou de pathologiques les pensées et les ressentis d'un patient n'est pas sans conséquence. C'est pourquoi, nous nous proposons d'étudier comment le délire a été défini dans le langage psychiatrique.

Un des premiers médecins à définir précisément ce qu'est le délire est William Cullen, médecin britannique, au XVIII^{ème} siècle. Dans son ouvrage « Institutions de médecine pratique », traduit par Philippe Pinel en 1785, ressort la notion d'erreur de jugement, en rupture avec ses idées antérieures, et non partagé par le reste de sa communauté :

« Je pense que le délire peut être défini par un jugement faux ou trompeur d'une personne éveillée sur les choses qui se présentent le plus fréquemment dans la vie, et qui sont de telle nature que les hommes en général en portent le même jugement ; et particulièrement quand les jugements de cette personne sont très différents de ceux qu'elle avait, avant cela, coutume de porter » (Cullen, 1785).

En 1814, Jean-Etienne Dominique Esquirol, aliéniste français, définit le délire comme :
« *Un homme est en délire lorsque ses sensations ne sont point en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont point en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont point en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations sont indépendants de sa volonté.* » (Esquirol, 1814).

Pour Esquirol, le délire est donc une rupture dans l'harmonie des sens et des fonctions cognitives et psychiques d'une personne. Il y a une sorte d'anomalie dans la perception des stimuli externes qui impacte toute la chaîne de lecture de cette information. Cela n'est pas sans évoquer le syndrome de dissociation psychique décrit plus tard dans la pathologie schizophrénique.

Jean Pierre Falret, successeur d'Esquirol, vient ajouter un élément qu'il qualifie d'essentiel dans la description du délire :

« *Il nous semble que l'homme préoccupé, distrait au jugement faux, à la volonté faible ou capricieuse, pourrait offrir tous les caractères mentionnés par Esquirol, sans être dans le délire. Ce qui manque surtout, c'est l'expression d'un fait capital qui peut servir de pierre de touche à l'observation ; nous voulons dire la conscience de son état, que le malade ne saurait jamais ressaisir que par l'interruption du délire.* » (Falret, 1864).

Comme le précise Falret, la conscience du délire fait défaut et rend le « délirant » incapable de modifier, par le raisonnement, "*ses sensations illusoires et ses fantastiques conceptions* ».

Au début du XX^{ème} siècle, le psychiatre et philosophe germano-suisse Karl Jaspers définit trois principaux critères au délire : le fait d'être sûr de la croyance tenue avec une conviction absolue ; le fait que la croyance ne puisse pas être changée par des contre arguments convaincants ou par la preuve du contraire ; et la fausseté ou l'impossibilité de la croyance (Jaspers, 1913). Après l'erreur de jugement de Cullen, l'anomalie dans le traitement de l'information d'Esquirol, ou encore le défaut de conscience des égarements de Falret, Jaspers centre ici la définition du délire sur une conviction absolue et irraisonnable du patient en une croyance erronée.

Un siècle s'écoule jusqu'à aujourd'hui, où dans la troisième édition du collège des enseignants de psychiatrie, le délire est finalement défini comme :

« *Une idée délirante correspond à une altération du contenu de la pensée, entraînant une perte du contact avec la réalité. Les idées délirantes sont l'objet d'une conviction généralement inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne », qui peut paraître plausible, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socio-culturel du*

sujet. » (CNUP, 2021). Plusieurs évolutions sont repérables par rapports aux définitions antérieures. Plus que le défaut de conscience du délire de Falret, c'est ici sa confrontation auprès de la communauté et son inaccessibilité qui mettraient en évidence l'essence du délire. Nous retrouvons la conviction absolue de Jaspers mais le contenu peut paraître plausible. Le terme choisi ici est « idée délirante » plutôt que celui de « délire », montrant la tendance à attribuer l'origine du délire plutôt à des mécanismes cognitifs que sensoriels. La notion importante de « réalité » est introduite avec l'idée que le patient, subissant ses idées délirantes, se perdrait dans une sorte d'irréalité, ou de réalités différentes.

Comme nous venons de le voir, les termes et les définitions sont nombreux pour essayer de nous faire saisir ce qu'est l'imprégnation délirante, ceci mettant en relief la complexité de la définition et de la délimitation entre « idées saines » et « idées délirantes ». Nous allons donc détailler toutes ces représentations du délire.

C. Ce qu'est le délire

1. Une conviction, une sensation incontestable, une vérité révélée

« C'est un des mystères de l'idée délirante que d'être traitée par le sujet comme une « sensation », une chose sentie, éprouvée, vue, entendue, et donc incontestable, alors que ce n'est qu'une idée... Les deux aspects de la définition, subjectivité et conviction, sont liés : ce qui doit attirer l'attention du clinicien lorsqu'il soupçonne l'existence d'idées délirantes, c'est le caractère absolu de celles-ci, la croyance que le sujet semble leur apporter et l'impression que, même si le patient tient à en apporter des preuves, l'idée s'en passe, car le contenu exprimé prend, à ses yeux, un caractère d'évidence. Ainsi, l'idée délirante a quelque chose d'une « vérité révélée », et cette révélation est faite, non seulement à une personne en particulier, mais aussi à un moment particulier de sa trajectoire de vie. » (Kapsambelis, 2020).

La conviction délirante est donc la clef de voute de l'édifice délirant. Pour prolonger l'idée du sillon, c'est comme si le patient sortait du sillon tout en étant convaincu qu'il y est resté. Il est convaincu d'avoir la vérité et d'être dans la réalité. Aucun argument n'arrive à éroder cette conviction, et il ne se prête à l'expliquer que pour en convaincre les autres. C'est d'ailleurs là un critère de diagnostic différentiel important vis-à-vis d'autres symptômes et troubles psychiatriques. En particulier les

éléments du registre obsessionnel, comme les idées obsessionnelles de vérification, de contamination, et les rituels conjuratoires. Dans ces obsessions, il y a une conscience et une critique du caractère « quasi-délirant » de ces idées et pratiques : c'est cela qui assure que le patient ne délire pas. Quand cette critique n'est pas présente, faire la différence entre obsessions et délires est difficile et demande de la finesse clinique. Il s'agit alors de se centrer sur le contenu des idées et des comportements, comme le précise le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa 5ème édition :

« Les personnes qui souffrent d'un trouble obsessionnel-compulsif et d'une obsession d'une dysmorphie corporelle peuvent avoir un insight faible ou absent, et leurs préoccupations prendre des proportions délirantes. Mais ces troubles se distinguent de la schizophrénie par l'importance des obsessions, des compulsions et des préoccupations avec l'apparition de comportements répétitifs centrés sur le corps, sur la thésaurisation pathologique ou sur les odeurs corporelles. » (DSM-V, 2013).

Pour en revenir au cas des délires psychotiques, cette conviction montre tout de même une certaine fluctuation, en fonction des phases de la psychose. Le neuropsychiatre Allemand du début du XXème siècle, Klaus Conrad, décrit les états prodromaux de la schizophrénie en désignant quatre étapes avant l'installation dans la maladie. La première étape qui nous intéresse ici et qu'il nomme « TREMA », est en lien avec les notions d'atmosphère ou d'humeur délirante. Cette première phase montre un paradoxe entre la certitude absolue d'une menace qui plane et l'incertitude sur le motif, le contenu, et la nature de cette menace (Conrad, 1958). Incertitude et conviction s'entremêlent bien souvent lors de l'apparition progressive de la schizophrénie. Pour compléter cette idée, une étude du Pr Freeman et de ses collaborateurs, montre que les idées délirantes ne se manifestent pas brutalement pour la plupart des patients. Pour 21% des patients, il a fallu plusieurs années avant qu'une quelconque certitude s'installe après une longue période de questionnement. Pour 30% cela a pris des mois, pour 24% plusieurs semaines, pour 6% des jours, et pour seulement 17% la conviction délirante est apparue subitement dans la journée. (Freeman, 2019).

2. Une cognition et/ou une sensation

Un autre point important que nous avons déjà entre-aperçu à plusieurs reprises dans les définitions, est la question de l'origine du délire. Cette origine est décrite soit dans le domaine des « sensations » (Esquirol), soit dans celui des cognitions (Jaspers), et parfois dans les deux comme expliqué dans la citation du Pr Kapsambelis déjà citée. Cette origine est source de débats, en particulier dans l'approche phénoménologique cherchant à décrire les phénomènes internes survenant chez les patients avant la

« transition psychotique » -c'est-à-dire avant une manifestation patente d'un trouble psychotique.- Deux principales hypothèses s'opposent : premièrement l'hypothèse que les délires viendraient d'une « altération de haut niveau », c'est-à-dire une altération des croyances et raisonnements (Jaspers). Et deuxièmement, l'hypothèse que les délires viendraient de perceptions perturbées (avec les fonctions supérieures secondairement atteintes). Il n'y a, à l'heure actuelle, pas de consensus clair sur cette question, mais comme nous le verrons, plusieurs approches psychothérapeutiques viennent travailler chacun de ces domaines.

Dans le même ordre, le lien entre hallucinations et délire n'est pas totalement élucidé. Les hallucinations seraient-elles un mécanisme qui conduirait au délire, ou seraient-elles elles-mêmes une production délirante ?

3. Une dysmodulation du système dopaminergique

Avec l'apparition des premiers traitements neuroleptiques, leur évolution constante, ainsi que le développement de l'imagerie en particulier fonctionnelle, il a été mis en évidence des mécanismes neurobiologiques sous-tendant les manifestations délirantes. En 1966, Van ROSSUM étudie les mécanismes d'action des neuroleptiques et formule l'« hypothèse dopaminergique » proposant que les délires et hallucinations schizophréniques sont la traduction d'un excès de dopamine (Van Rossum, 1966). Cela suggère que l'action clinique des neuroleptiques est due à un blocage des récepteurs dopaminergiques. Des études plus récentes ont confirmé l'excès de dopamine sur une voie particulière du cerveau, la voie mésolimbique, lors des manifestations délirantes et hallucinatoires dans la schizophrénie.

Des études concernant des maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson - où se déclenche fréquemment des manifestations délirantes - montrent également des liens entre le délire et des atteintes de structures cérébrales. Par exemple une étude de 2022 qui cherche à comprendre l'émergence de délire chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, montre entre-autre, une perte plus rapide de matière grise dans les zones cérébrales généralement affectées par la maladie d'Alzheimer et dans les cibles corticales et sous-corticales des voies dopaminergiques pouvant expliquer l'émergence de délires. (Manca, 2022).

Enfin, une revue systématique de la littérature récente s'est intéressée aux bases biologiques de la réponse au traitement du trouble délirant. Ses résultats montrent que la réponse au traitement dans le trouble délirant est corrélée aux dysfonctionnements dopaminergique, sérotoninergique, et à des

altérations de la structure ou de la fonction cérébrale, en particulier dans les lobes temporaux et pariétaux. (Guàrdia, 2021).

L'étude du substrat somatique du délire n'est qu'à son début. De nombreuses recherches et hypothèses sur l'étiopathologie et la physiopathologie des délires sont en cours, explorant particulièrement les étiologies et mécanismes neurologiques, biologiques et génétiques.

4. Une croyance inébranlable à la parole de l'autre

« Pour le délirant, le délire est précisément vécu comme la seule réalité possible, dans une incapacité fondamentale à prendre de la distance par rapport à soi et à intégrer la représentation de l'autre en soi. Il nous semble que c'est sur ce point précis que se cristallise le concept de délire » (Barthélémy et Bilheran, 2007).

La notion d'absence de partage des idées délirantes par un groupe d'individus est une composante importante dans le diagnostic du délire. Cela permet d'exclure la plupart des différences culturelles et des convictions idéologiques et religieuses. Les facteurs culturels et sociaux doivent être pris en compte, en particulier quand le sujet et le clinicien ne partagent pas les mêmes origines. Des idées (comme l'existence de la sorcellerie) peuvent paraître délirantes dans une culture donnée (comme la culture européenne occidentale), alors qu'elles sont communément admises dans une autre (comme la culture vaudou).

Le critère d'inaccessibilité du délire au raisonnement de l'autre permet aussi de le distinguer de la mythomanie. Dans la mythomanie, ce qui importe au sujet c'est de faire croire ce qu'il dit à son interlocuteur : *« Ce n'est qu'ensuite, après la validation par la parole de l'autre, qu'il pourra éventuellement s'autoriser à y croire. Contrairement au délire, les mythomanes se modulent selon l'interlocuteur, toujours dans le souci d'obtenir son jugement d'existence sur ce qui est raconté. »* (Barthélémy et Bilheran, 2007).

Le délire est donc source d'isolement relationnel, contrairement à la mythomanie. Il y a plusieurs exceptions importantes à prendre en compte. Dans certains cas, des personnes peuvent défendre une vérité différente par rapport à ce qui est admis dans la communauté ou la société. C'est par exemple le cas des lanceurs d'alerte. Dans un premier temps, leur propos peut sembler délirant du fait d'être à contre-courant et opposé aux opinions communes. Toutefois la démonstration de ces idées et de leur crédibilité vient dans un second temps. Des manipulations politiques peuvent s'exercer lorsque ces

lanceurs d'alertes dévoilent des scandales : nous pouvons citer l'exemple bien connu d'Edward Snowden, informaticien à la NSA, qui a révélé au monde le scandale des écoutes de l'agence de renseignement américaine.

Une autre exception à la solitude du patient dans son délire, est celle de la « folie à deux », également nommée trouble psychotique partagé dans les nosographies, ou encore trouble délirant induit défini dans la CIM-10 comme :

« Trouble délirant partagé par au moins deux personnes liées très étroitement entre elles sur le plan émotionnel. Un seul des partenaires présente un trouble psychotique authentique ; les idées délirantes sont induites chez l'autre (les autres) et disparaissent habituellement en cas de séparation des partenaires. » (CIM-10, 1992).

Ce trouble semble donc très spécifique et concerne des personnes « liées très étroitement » (couple et famille principalement) où le délire est comme transmis de la personne atteinte d'un trouble psychotique à un proche indemne de tout trouble psychotique. Dans ces rares cas, il faut savoir rester lucide sur le caractère délirant et psychotique de l'un des deux protagonistes, et sur le caractère induit du délire chez le second. La séparation permet l'amendement du délire chez le second. Comme nous le verrons lorsque nous traiterons des approches familiales, ce trouble présente de nombreuses spécificités et intérêts cliniques. Le trouble délirant induit concerne un petit nombre de personnes liées étroitement. Concernant des groupes plus larges d'individus, nous n'avons cependant pas trouvé de description de délire que l'on pourrait qualifier de « collectif » dans les manuels de psychiatrie.

5. Une passion et une souffrance

« Tout délire est en lien avec une passion, d'une part, parce que le sujet subit son délire et en souffre profondément (patior signifie subir, endurer, souffrir violemment), de l'autre, parce qu'il contient une charge affective telle qu'elle s'apparente à la passion amoureuse. » (Barthélémy et Bilheran, 2007)

Cette « passion » est effectivement un fait marquant dans l'impression laissée par la rencontre avec un patient délirant. Les patients délirants expriment généralement leur délire avec beaucoup d'émotions : angoissés par leur persécuteur s'introduisant dans leurs pensées, exaltés par leur mission divine ou leur filiation extraordinaire, excédés par la tromperie soupçonnée Dans certaines situations nous avons été surpris de constater que malgré le cadre des urgences psychiatriques avec tout ce qui est mis en place pour « contenir le délire », dont notamment la présence de soignants,

ambulanciers et parfois policiers. Malgré toutes ces personnes, certains patients délirants n'arrivent toutefois pas à faire taire leur délire qui semble jaillir puissamment d'eux. Il y a comme un besoin insoutenable de verbaliser le délire, venant peut-être d'une demande de soutien inconsciente.

L'aspect passionnel n'est en revanche pas constamment présent au sein de la clinique du délire. Il peut exister des phases où le délire s'installe, ou se chronicise, devient une sorte d'habitude, de compagnon de route. Il peut exister des phases où le patient contient intérieurement ses idées du fait de la présence du doute, ou du fait du ressenti d'un entourage sceptique voire hostile à ses idées délirantes. L'ancrage émotionnel apparaît dès lors que le patient devient convaincu du contenu délirant, ne laissant plus de place au doute. Comme nous le verrons, de nombreuses approches psychothérapeutiques voient dans le délire une pulsion de vie, un moyen de maintenir une identité au patient, et un mécanisme de défense face à des angoisses extrêmes.

6. Un problème de réalité et un lien avec l'imaginaire

Plus qu'un problème de normes, de raisonnement, de jugement, et de vérité, les experts s'accordent à voir dans le délire un problème de « réalité ». L'expression « *perte de contact avec la réalité* » du CNUP nous évoque la charrue s'éloignant du sillon qui représente ici la réalité. Comme l'explique Alain Ferrant, professeur de psychopathologie et psychologie clinique à Lyon : « *Le délire [...] qualifie ce qui s'écarte de la réalité commune et la remplace radicalement. Délirer, c'est sortir du réel sans pouvoir s'en rendre compte, dans la mesure où le délire passe, aux yeux du sujet délirant, pour le réel.* » (Ferrant, 2007).

Pour la personne délirante, altérer la réalité quotidienne n'est pas la nier mais plutôt la modifier, l'interpréter différemment. Il y a un paradoxe chez le patient délirant, que Eugen Bleuler, psychiatre Suisse du début du XX^{ème}, a nommé la « double comptabilité ». Il y a un caractère « inconséquent » du délire, avec la possible coexistence de deux régimes d'expérience : d'un côté une réalité sociale et publique avec une compréhension partagée de cette réalité « externe », de l'autre une réalité privée où le délire s'exprime. Tout cela sans échange ni possibilité de confrontation où la contradiction pourrait être mise en lumière. Pour exemple, notre patiente convaincue d'être la « déesse de l'amour » ne relevait pas le paradoxe d'être à l'hôpital psychiatrique, et de manger et dormir comme tout un chacun.

Il ne s'agit donc pas d'une erreur de réalité ou de vérité : « *La notion d'erreur [...] n'est que très partiellement valable, et uniquement pour le délire paranoïaque, dont la pathologie est d'utiliser les*

règles du raisonnement logique en les détournant. C'est en cela que Sérieux et Capgras (1909) ont pu dire que « le délire d'interprétation est un système d'erreurs » [...] L'erreur à laquelle il est fait référence ne peut donc qu'être l'erreur du raisonnement logique, et non pas la question de la vérité dans une opinion collective de correspondance entre une représentation et une réalité qui serait posée comme vraie. » (Barthélémy et Bilheran, 2007).

Cette idée d'opposition entre délire et vérité était retrouvée au début du XXème, comme l'avait décrit Jaspers dans ses trois principaux critères du délire : « la fausseté ou l'impossibilité de la croyance. » Depuis, elle a été retirée dans les définitions et caractérisations actuelles étant donné que la question de la vérité n'est pas sur le même plan que celle du délire. Pour le clinicien, la vérification de la vérité des propos du patient n'est que faiblement pertinente. Il ne cherche pas à juger si cela est vrai ou non, mais il cherche à déterminer si cela est pathologique, si cela est cause ou conséquence d'une souffrance psychique, et si le patient peut bénéficier d'un traitement adéquat.

C'est aussi là que se pose le lien entre le délire et l'imaginaire, entre le délire et les rêves, entre le délire et la création artistique... Esquirol reprend à son compte l'étroite parenté du délire avec le rêve : « *le délire comme les songes ne déroule que sur des objets qui se sont présentés à nos sens dans l'état de santé et pendant la veille* » (Esquirol, 1814). Esquirol précise que le délire ne crée rien et ne vit que d'emprunts. Aussi, les délires induits par des substances, en particulier le cannabis, ont permis l'enrichissement des considérations physiopathologiques du délire. Moreau de Tours est un des premiers à le décrire dans son livre en 1845. Par des expérimentations, il détaille les effets subjectifs produits par le cannabis :

« De cette manière, et guidé exclusivement par l'observation, mais par ce genre d'observation qui ne relève que de la conscience ou du sens intime, j'ai cru pouvoir remonter à la source primitive de tout phénomène fondamental du délire. Il en est un qui m'a paru être le fait primitif et générateur de tous les autres : je l'ai appelé le fait primordial. En second lieu, j'ai dû admettre, pour le délire en général, une nature psychologique, non pas seulement analogue, mais absolument identique avec celle de l'état de rêve. Cette identité de nature qui échappe à l'observation extérieure, c'est-à-dire qui ne s'exerce que sur autrui, est clairement constatée, je puis dire perçue par l'observation intime. » (Moreau de Tours, 1845).

Par l'expérimentation du délire induit par le cannabis, Moreau de Tour décrit un état totalement comparable à celui du rêve. Freud, dans son analyse de « la Gravidà » de Jensen (Freud, 1908), rapproche aussi le fonctionnement psychique du délire à celui du rêve, en particulier dans les états

psychotiques aigus. Tous deux s'affranchissent du principe de réalité et entraînent une régression des représentations, c'est-à-dire que les pensées deviennent des images visuelles et auditives.

Concernant le domaine de l'art et de l'imaginaire, la conscience d'être dans la créativité, dans la pensée, et non dans le réel vient généralement les différencier du délire. Cette différenciation est importante aussi pour différencier le délire des enfants vis-à-vis de leur imagination fertile (comme les amis imaginaires).

« Chez les enfants, les idées délirantes et les hallucinations peuvent être moins élaborées que chez les adultes et les hallucinations visuelles sont plus communes, devant être différenciées de jeux imaginatifs normaux. » (DSM-V, 2013)

Le diagnostic de délire est donc complexe. De nombreuses nuances et subtilités sont à prendre en compte, et les contradictions vis-à-vis de l'approche psychiatrique des délires sont nombreuses. C'est le cas de certains courants comme celui de « l'antipsychiatrie » qui perçoit le délire non comme un symptôme d'une maladie mais comme un positionnement particulier face à la société.

« Pour l'antipsychiatrie, la schizophrénie n'existe pas. C'est un concept forgé par la psychiatrie pour se justifier et poursuivre un travail de « chiens de garde » de la société. Le schizophrène, par ses délires et ses hallucinations, affirme sa différence et son originalité face à un groupe social de plus en plus marqué par l'uniformité et la banalisation. Face à une culture de masse, la schizophrénie est une sorte d'acte de résistance, d'affirmation profondément révolutionnaire de son existence individuelle inaliénable. » (Ferrant, 2007)

Il est vrai que le délire peut parfois manifester de la créativité, de l'originalité, remettre en question notre « culture de masse », et il doit ainsi être écouté et considéré. Mais dans la plupart des cas, il reste une source et une manifestation d'importantes souffrances. Des connaissances précises au sujet du délire, une prise en charge concertée et multidisciplinaire, une humilité lorsque des éléments de doute persistent permettent une meilleure prise en charge des souffrances du sujet délirant.

D. Considération du délire avant la psychiatrie

1. Antiquité : première classification

Dans l'antiquité romaine, trois mots se complètent pour qualifier le délire et la folie :

- *Delirare* : sortir du sillon,
- *Insania* : la déraison,
- *Furor* : le délire prophétique.

Du côté de la Grèce antique, il existe de nombreux termes pour désigner la maladie mentale :

- *Phrenitis* : le délire aigu fébrile,
- *Manie* : l'agitation sans fièvre,
- *Mélancolie* : un trouble chronique sans agitation et sans fièvre.

Le terme grec pour désigner le délire est plutôt celui de manie et serait l'équivalent du furor latin. Ces deux termes sont en rapport avec l'action des Dieux sur les humains : soit une punition divine, en les rabaisant par le délire, soit une faculté prophétique de transmission d'un message divin (Barthélémy et Bilheran, 2007). La considération divine du délire n'est plus présente dans notre société actuelle, mais ce regard tantôt négatif et tantôt positif sur le délire persiste : d'un côté la crainte et le rejet du délirant, de l'autre la fascination, l'« *affirmation profondément révolutionnaire de son existence individuelle inaliénable* » et l'expression artistique.

Parallèlement à la manie, le terme de *paranoïa* est lui aussi présent dans l'antiquité grecque. C'est ce que nous explique Benjamin Levy, chercheur à l'université de Paris Diderot, dans son article retraçant l'histoire de la *paranoïa*. Il explique que Platon, dans le Phèdre, désigne de façon équivalente l'égaré de l'esprit par le terme de *paranoïa* et de manie. D'autres l'emploient pour désigner la déraison, c'est-à-dire l'incapacité de faire un bon usage de son intelligence. Hippocrate rattache quant-à-lui la *paranoïa* à un trouble de l'esprit (Levy, 2019). Rappelons qu'au temps d'Hippocrate prévaut la théorie humorale, la santé étant l'équilibre de quatre humeurs. Dans cette théorie, il n'y a pas de différences de nature entre les maladies du corps et celles de l'esprit. Toute altération de l'équilibre vient d'un déséquilibre d'une des humeurs. Nous voyons donc apparaître, à travers tous ces termes, des liens avec la déraison, l'anormal, l'agitation, et le divin. Ces termes forment en quelque sorte le premier système de classification des maladies mentales.

2. Moyen Âge : polyphonie des regards

Au XI^{ème} siècle apparaît le mot « folie », dérivé du mot « fol », qui signifie « enflure, grosseur, bosse », puis du mot « folis », qui veut dire « soufflet, sac, outre remplie de vide ». Il est difficile de relater la

polyphonie des regards sur le délire de la période du Moyen-Age, entre épidémies et famines, entre guerres de Seigneurs et guerres de religion, entre concupiscence et charité... C'est ce que nous explique l'historienne Danielle Jacquart, dans le livre dirigé par les psychiatres Boris Cyrulnik et Patrick Lemoine. Elle explique que malgré la représentation commune d'obscurantisme, de fanatisme et d'irrationnel dominants la période médiévale, certaines preuves documentaires actuelles remettraient en cause ces *à priori* :

« [...] aussi bien du côté des médecins que des théologiens et des juristes il y a eu un constant effort pour établir une distinction et rendre au démon ce qui lui revenait, tout en laissant place à une cause naturelle lorsque celle-ci semblait la plus pertinente, la pratique des exorcismes n'étant pas la plus couramment appliquée aux fous. » (Jacquart, 2018).

Le surnaturel imprègne la considération de la folie et du délire, mais des prémices de réflexions scientifiques et médicales apparaissent à cette époque. Par exemple, les experts du Vatican différencient les « possédés », des « obsédés » et des « maléficiés ». (Jacquart, 2018)

Les malades mentaux sont le plus souvent soignés par leurs proches. Au Moyen-Age, des institutions laïques ou religieuses apparaissent pour s'en occuper. Les plus dangereux sont emprisonnés. Des thérapies fantaisistes voient le jour, on retient par exemple la technique de l'extraction de la pierre de folie. La science n'en est qu'à ses débuts et l'harmonie des réflexions ne semble pas être le marqueur de cette époque.

« Tout laisse à supposer que le Moyen Âge eut, de même que les siècles suivants, une conception davantage centrée sur la notion de folie comme écart à la norme sociale, que sur celle de délire comme symptôme. » (Barthélémy et Bilheran, 2007).

3. XVI^e siècle : humanisme

Le XVI^e siècle est un siècle de transition, avec la naissance d'une conception humaniste du sujet délirant. Ce siècle reconnaît le fou comme le représentant de la détresse humaine. Les médecins Jean Wier et Juan Luis Vives s'insurgent contre la pratique du bûcher pour les fous. Ils estiment que ces derniers doivent être traités avec bienveillance et qu'il y a un espoir de guérison. La folie passe du surnaturel au rang de maladie. En 1539, Saint Jean de Dieu crée à Grenade le premier établissement psychiatrique de la congrégation des Frères Hospitaliers, promue Ordre Hospitalier en 1586. En 1602 est ouvert le premier établissement en France, à Paris, suivi de nombreux autres.

« [...] Dans les tableaux de Bosch (*La Nef des fous*) ou de Breughel, le fou est un voyageur, symbole de la condition humaine, mais est aussi en contact avec les forces du mal et des ténèbres. Érasme, dans son *Éloge de la folie*, tente de faire dialoguer folie et raison, afin de critiquer la prétention humaine. L'idéal humaniste modifie la conception dangereuse et fascinante du fou au Moyen Âge. Il s'agit avant tout de remettre l'humain au centre de l'humanité, hors du divin et de l'animalité sauvage. » (Barthélémy et Bilheran, 2007)

4. XVIIe siècle : hégémonie de la raison

Les conceptions humanistes ne perdurent pas. Avec le XVII^{ème} siècle, vient le clivage entre raison et folie. La folie et le délire devenant donc une erreur, un échec, une défaite de la raison qu'il faut corriger. Descartes incarne en partie ces idées. La parole des fous est à nouveau déconsidérée malgré les progrès humanistes du siècle précédent. La raison devient la norme sociale, et tout ce qui s'en éloigne est rejeté.

« Le fou fait partie de ceux qu'il s'agit de « corriger », de normaliser, pour qu'ils reviennent dans l'ordre établi. En 1656 est fondé l'Hôpital Général de Paris dans le but d'enfermer les malades mentaux, insensés, mendiants, prostituées et correctionnaires, par lettre de cachet de l'autorité royale et le plus souvent à la demande des familles. » (Barthélémy et Bilheran, 2007).

5. XVIIIe siècle : naissance de la psychiatrie

Le XVIII^{ème} siècle marque, avec l'avènement de la psychiatrie, des améliorations notoires en termes de considération sociétale des personnes en proie au délire. Sous l'impulsion de Necker, la circulaire de 1785 définit les asiles comme lieux de soins. Après la Révolution française de 1789, les fous sortent des prisons pour les asiles d'aliénés. C'est dans ce contexte que Philippe Pinel est nommé médecin-chef de la Salpêtrière en 1795 et que naît une réflexion sur la folie et le délire comme maladie à prendre à charge. Une nouvelle façon de considérer le délire, cette fois-ci avec un regard médical, voit le jour.

II. Evolution nosographique du délire à l'âge de la psychiatrie

A. *Le début des nosographies psychiatriques*

1. Philippe Pinel : le précurseur

C'est en France que naît la psychiatrie, quelques années après la Révolution française, sous l'impulsion du médecin Philippe Pinel. En collaboration avec un infirmier, Jean-Baptiste Pussin, ils développent le « traitement moral » des aliénés, prenant en compte la part encore « saine » des patients. Le psychiatre Jacques Hochmann, dans son livre sur l'histoire de la psychiatrie, nous explique la pensée qui animait Pinel vis-à-vis de ses patients :

« Cette part d'humanité est ce qui en permet l'abord. Parce que l'aliéné n'est ni possédé du démon ni réduit à l'animalité, on peut lui faire entendre raison ou le faire renoncer à un débordement passionnel et délirant, si on parvient à susciter chez lui une passion contraire plus forte, en ébranlant son imagination. » (Hochmann, 2017).

En 1798, Pinel écrit une nosographie philosophique, qui est une classification des maladies mentales basée sur le principe de classification des sciences naturelles. Pinel apparaît ainsi comme l'un des fondateurs de la nosologie psychiatrique. En 1801, il rédige un traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Reposant sur les organes lésés, cette classification distingue :

- La mélancolie : délire partiel
- La manie : délire généralisé
- La démence : affaiblissement intellectuel généralisé et acquis
- L'idiotisme : abolition innée des fonctions de l'entendement

Ainsi dès la naissance de la psychiatrie, une distinction est faite entre les troubles neurodégénératifs, les troubles neurodéveloppementaux, et les autres troubles psychiatriques. La qualification des délires est au cœur des premières classifications. C'est par cet examen du délire comme symptôme primordial de la « folie » que les multiples expressions de la folie vont être classifiées.

« [...] c'est ainsi qu'un délire général plus ou moins marqué, avec plus ou moins d'agitation, d'irascibilité ou de penchant à la fureur, a été désigné sous le nom de manie périodique ou continue. J'ai conservé le nom de délire mélancolique à celui qui était dirigé exclusivement sur un objet ou une série particulière

d'objets, avec abattement, nervosité et plus ou moins de penchant au désespoir, surtout lorsqu'il est au point de devenir incompatible avec les devoirs de la Société. » (Pinel, 1809).

L'idée du délire généralisé et du délire partiel utilisés par Pinel seront repris en partie plus tard et dans un registre différent pour qualifier l'extension du délire en réseau ou en secteur. (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996).

2. Les monomanies d'Esquirol

Dès le début du XIX^{ème} siècle, l'élève de Pinel, Jean-Etienne Esquirol, vient définir plus précisément ce qu'est le délire. Esquirol reconnaît l'isolement du patient délirant comme un soin thérapeutique primordial, fondant ainsi avec Pinel « l'asile » dont l'organisation est pensée dans les moindres détails et soumise à l'autorité bienveillante du médecin. Il poursuit le travail nosographique et propose le groupe nosologique des monomanies pour rendre compte de ces délires partiels décrits par Pinel, ne se limitant donc qu'à un seul objet ou à un petit nombre d'idées. Il décrit une monomanie « intellectuelle », une « affective », une « raisonnante », une « instinctive », mais aussi une monomanie « érotique », une d'« ivresse », une « incendiaire » et une d'« homicide ». Longtemps controversées, les monomanies disparaîtront puis reviendront travesties, les unes constituant par la suite les obsessions et les phobies, les autres les futures délires chroniques (de jalousie, de persécution, etc...) que l'on connaît actuellement (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996).

Pour le champ de la littérature, à la fin du XIX^{ème} siècle, les termes « monomanie » et « manie » ne seront plus qu'un suffixe pour désigner un trouble impulsif du comportement, comme la pyromanie, la kleptomanie, etc... (Hochmann, 2017).

A l'époque d'Esquirol, toutes ces variations d'expression de symptômes psychiatriques sont comprises comme venant d'une origine unique, d'un processus commun d'aliénation de l'homme.

« La folie est une, et les différents tableaux qu'elle peut offrir ne sont, pour Pinel, comme pour Esquirol, que les différentes formes, totales ou partielles, innées ou acquises, curables ou incurables d'un même processus morbide : l'aliénation. Quand ce processus affecte l'ensemble des facultés, on parle de manie, de démence quand s'obscurcit définitivement l'entendement, d'idiotie lorsqu'il est reconnu dès l'origine de la vie. La mélancolie (terme auquel Esquirol propose, sans succès, de substituer celui de lypémanie, moins connoté par l'antique théorie des humeurs) est une folie triste qui n'atteint que le registre des sentiments. Les autres monomanies peuvent perturber électivement la volonté, ce sont les monomanies

instinctives [...] Elles peuvent troubler un secteur de la raison et être à l'origine d'un délire localisé qui coexiste avec un fonctionnement mental par ailleurs normal, ou se déployer primitivement dans le domaine sensoriel, ce sont les hallucinations. » (Hochmann, 2017)

3. Des maladies mentales plurielles

C'est avec leurs deux successeurs français, Jules Baillarger et Jean-Pierre Falret, que s'identifie une nouvelle entité clinique : la « folie à double forme » (Baillarger), nommée aussi « folie circulaire » (Falret), et qui deviendra au siècle suivant le trouble bipolaire actuel. (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996). La description et la différenciation de cette nouvelle maladie mentale, permet d'esquisser un début de classification de maladies mentales différenciées. Il est à présent possible de distinguer les maladies les unes des autres et de prévoir leur évolution à partir des signes précurseurs. Ceci constitue une évolution par rapport l'unicité de la folie défendue par les pionniers. C'est ainsi que dans la deuxième moitié du XIXème et le début du XXème, les psychiatres (ou aliénistes de l'époque) cherchent à identifier et différencier des entités cliniques distinctes de délires.

L'élève de Falret, Charles Lasègue, isole, en 1852 un type clinique, qu'il appelle « le délire chronique à évolution progressive », et qui correspond à un trouble mental se développant en quatre périodes : « [...] *une incubation peu spécifique, mais avec des interprétations, une phase où s'installent les hallucinations verbales et génitales, une autre où se développent les hallucinations polysensorielles et les idées délirantes, et une dernière, dont l'aspect déficitaire est discuté.* » (Lantéri-Laura, 1996). Cette description de Lasègue n'est pas sans nous évoquer la description actuelle de la schizophrénie.

À côté de cette description précise, Lasègue admet d'autres délires marqués par la prévalence d'un thème : c'est le délire de persécution de Legrand du Saule (1871), le délire de grandeur de Foville (1871), le délire des négations de Cotard (1882) et, plus tard, le délire de jalousie du psychiatre portugais Bombarda (1896). Ces descriptions tentent donc de s'éloigner des monomanies d'Esquirol en cherchant à décrire une apparition et une évolution clinique du délire par des phases successives. Toutefois devant les réalités cliniques qui ne remplissent que difficilement les cases décrites, devant la rareté des formes « pures », ces classifications sont progressivement abandonnées pour laisser la place à des classifications principalement différenciées par le thème de l'idée délirante.

B. Essor des classifications

1. Différenciation psychoses et névroses

a) Naissance des termes

A ce point de l'histoire et de l'évolution nosographique, il nous paraît important de revenir, à la séparation des deux principales catégories de maladies mentales du XX^{ème} siècle : les psychoses et les névroses.

Cullen introduit le terme « neuroses », du grec *neuron* (« nerf, neuro ») avec le suffixe *osis* (maladie) et le définit ainsi :

« [...] toutes les affections préternaturelles du sentiment et du mouvement, qui ne sont pas accompagnées de fièvre, comme symptôme de la maladie primitive ; j'y comprends aussi toutes celles qui ne dépendent point d'une affection locale des organes, mais d'une affection plus générale du système nerveux, et des propriétés de ce système sur lesquelles sont fondées surtout le sentiment et le mouvement ». (Cullen, 1785).

C'est ainsi que Cullen regroupe sous le terme de « neuroses » les maladies du système nerveux avec des atteintes motrices et affectives, sans fièvre ou lésion organique localisée. Pinel reprend ce terme, le traduit par « névroses » pour l'introduire dans la psychiatrie française.

En 1845, Ernst von Feuchtersleben, médecin viennois, introduit le terme de « psychose », de son étymologie grecque *psyché* (esprit, âme) et *osis* (maladie). Par ce terme il désigne la part non neurologique des troubles mentaux, c'est-à-dire la symptomatologie psychique que l'on appelle à l'époque l'aliénation mentale. Le terme « psychose » est créé en alternative aux mots de « démence », « folie », « manie », ou « vésanie ». Il vient de l'esprit du romantisme allemand de l'époque.

b) Etiologie organique ou psychique ?

En 1850, seulement cinq années après l'introduction du terme psychose par von Feuchtersleben, l'utilisation de ce terme est détournée pour désigner un type de trouble mental d'origine nerveuse, c'est-à-dire une sous-classe des névroses comme l'explique le Dr Dewez dans son article sur la « mise en perspective historique du concept de psychose » :

« Cependant, avant la percée de la psychanalyse, le courant romantique est resté empêtré dans l'idéalisme et a cédé le pas au courant organiciste. On assista alors à un déplacement dans l'utilisation du concept de psychose vers une étiologie organique. Dès 1850, le courant organiciste s'est imposé à partir de recherches anatomo-physiologiques ou à partir des théories de la « dégénérescence ». En conséquence, à cette époque, le terme de « psychose » signifiait toujours trouble mental mais était devenu une sous-classe des névroses au sens que lui a conféré Cullen en 1777. Psychoses et névroses ont été, à l'époque, toutes deux considérées comme des maladies nerveuses. » (Dewez, 2009).

Ces deux termes illustrent bien le débat récurrent au cours de l'histoire de la psychiatrie entre organogénèse et psychogénèse, et cela en particulier dans la psychose (Ferrant, 2007).

c) L'apport de la psychanalyse

Dans la suite de la seconde moitié du XIX^{ème}, la psychiatrie a été institutionnalisée en tant que branche de la médecine. Le concept de psychose couvre à ce moment-là presque l'ensemble du champ des maladies mentales. En revanche, le terme de névrose a perdu de l'intérêt au point de sortir du champ de la psychiatrie pour aller dans celui de la neurologie. C'est avec Jean-Martin Charcot, neurologue français, et Sigmund Freud, neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse, que les névroses sont réhabilitées en se séparant des pathologies neurologiques mais aussi des psychoses.

« On qualifiait alors facilement de névrotiques une quantité de syndromes qui n'avaient en commun que deux éléments : l'absence de lésion établie et le fait de se situer en dehors du champ de l'aliénation. » (Hochmann, 2017).

Ainsi, névroses et psychoses ont représenté jusqu'à récemment deux grands champs nosographiques de la psychiatrie.

d) La question du sens de la réalité

A travers l'histoire de ces termes de névroses et psychoses nous assistons donc à un tâtonnement important, renvoyant premièrement aux débats entre les partisans de l'organicisme et ceux de l'intrapsychique, puis secondairement à la question du sens de la réalité. C'est ce qu'affirme Dewez : *« Après une bataille entre les différents modèles étiopathogéniques (« guerre froide de l'endogène et du*

psychogène »), ce « monde bipolarisé » a tendance à disparaître au profit du « monde monopolaire » dont fait partie le DSM. » (Dewez, 2009).

Effectivement, les DSM I et II reprennent la différenciation névrose-psychose en simplifiant la définition de psychose comme « *perte du sens de la réalité* ». Cela n'est pas sans nous rappeler la « *perte de contact avec la réalité* » que le CNUP propose pour définir les idées délirantes. Nous voyons là que le délire, qui incarne cette perte de contact avec la réalité, garde une place importante dans ce qui sépare les psychoses des névroses. A partir du DSM III, le terme de psychose ne renvoie plus qu'à un trouble ou un symptôme parmi d'autres et ne désigne plus une maladie mentale spécifique. Les termes de psychose et de trouble psychotique disparaissent au profit des termes de « trouble délirant » et de « schizophrénie ». (Dewez, 2009).

Nous reverrons en détail la classification actuelle du DSM. Maintenant que nous avons mieux cerné le terme de psychose, nous allons nous intéresser à l'évolution de la classification des différentes entités des délires « psychotiques », sous-entendu les délires appartenant aux troubles psychotiques. Nous mentionnerons plus tard les autres troubles et maladies où des manifestations délirantes peuvent apparaître afin de continuer à préciser et limiter le champ de notre travail.

2. Délimitations des schizophrénies et délires chroniques

a) **De la démence précoce à la schizophrénie**

A la fin du XIX^{ème} siècle, dans les écoles germaniques, et pour donner suite aux critiques antérieures du dogme de la psychose unique, des néologismes sont créés pour classer les différentes entités cliniques psychiatriques observées et décrites. En 1860, Karl Kahlbaum, pionnier de la nosologie psychiatrique, avec son élève Ewald Hecker, créent le néologisme de « paraphrénie », du grec *para* (à côté) et *phrèn* qui désigne le diaphragme (décrit comme le centre des passions et aussi comme l'esprit). Ce terme de paraphrénie désigne à ce moment un désordre des fonctions cognitives. Puis Kahlbaum et Hecker créent celui d'« hébéphrénie », du grec *hébé* (puberté), et *phrèn* (diaphragme), décrivant une forme grave de désorganisation de la pensée, du langage et de l'intelligence, touchant le patient jeune, et évoluant rapidement vers la démence (Kahlbaum, 1863). Ces deux termes verront leur sens changer ultérieurement pour décrire deux entités cliniques différentes. Enfin, Kahlbaum et Hecker décrivent en 1874 la « catatonie », du grec *cata* (abaissement) et *tonos* (tonus). Il s'agit d'un état de stupeur et de suspension de la motricité.

« Dans leurs travaux sur la catatonie et sur l'hébétéphrénie, Kahlbaum et Hecker décrivent des expériences délirantes multiples, pauvres, sans aucune cohérence et qui ne constituent jamais un récit un peu continu, et qui ne s'intègrent pas à l'histoire de ces sujets. » (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996)

Toujours en Allemagne, Emil Kraepelin, pionnier de la psychologie expérimentale, cherche à classer les maladies mentales sur des critères cliniques objectifs. En 1893, il décrit les « psychoses paranoïdes ». Puis, en 1899, il regroupe l'hébétéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde dans un groupe qu'il nommera « dementia praecox » (les démences précoces). Celles-ci désignent une maladie mentale chronique, marquée par une symptomatologie délirante diffuse, variable et absurde, souvent associée à des hallucinations, apparaissant chez le sujet jeune, et marquée par des troubles cognitifs évoluant que Kraepelin qualifie de « psychische Schwäche », traduit faiblesse psychique et qu'il distingue bien de la démence sénile. (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996)

Le terme de « schizophrénie » apparaîtra en 1911 avec Eugen Bleuler, psychiatre à Zurich. Il utilise le suffixe *phrèn* déjà décrit, ainsi que le verbe grec *schizein* (diviser, fendre, cliver, disjointre). Nous pouvons ainsi le traduire littéralement en français par « esprit scindé ». Cette scission, ou dissociation, désigne ce que l'on appelle aujourd'hui le syndrome de « désorganisation ». Ce syndrome est primaire pour Bleuler dans le groupe des schizophrénies :

« [...] je voudrais souligner que la dementia praecox de Kraepelin n'est pas nécessairement une forme de démence, ni un trouble à début précoce. C'est pour cette raison, et parce qu'il n'existe pas d'adjectif ou de nom qui puisse être dérivé du terme dementia praecox, que je prends la liberté d'employer le mot de schizophrénie pour dénoter le concept de Kraepelin. Je pense que la rupture [en allemand : "die Zerreiβung"] ou scission ["die Spaltung"] des fonctions psychiques représente le symptôme saillant du groupe dans son ensemble. » (Bleuler, 1908).

Dans ce groupe des schizophrénies, Bleuler distingue 4 sous-groupes : la schizophrénie simple, la forme paranoïde, la forme catatonique et la forme hébétéphrénique. Ces quatre formes ont été longtemps conservées jusqu'à la CIM-10, mais ont disparu avec la CIM-11. Sous le terme de « signes secondaires » il regroupe un ensemble de manifestations psychiatriques dont les délires. Les délires se retrouvent ainsi à une place secondaire dans la clinique des schizophrénies. Ces schizophrénies prennent d'ailleurs une place importante voire quasi-totale dans le groupe des psychoses, Bleuler considérant comme minimales l'incidence épidémiologique des délires chroniques non schizophréniques que nous décrivons juste après. Bleuler absorbe donc dans les schizophrénies une partie de ces délires que Kraepelin classait à part des démences précoces.

« Il est important de souligner que la catégorie « dévorante » de schizophrénie créée par Bleuler lui a permis d'intégrer dans une seule entité des cas de dementia praecox de Kraepelin, des cas de psychose maniaco-dépressive, de manie, de mélancolie, de psychose hystérique, de paranoïa hallucinatoire, d'amentia... mais également des patients qui auraient été diagnostiqués hystériques. » (Dewez, 2009).

-Notons qu'amentia est un terme peu connu actuellement qui correspond au terme latin désignant la paranoïa que nous allons détailler.-

Actuellement, le terme schizophrénie est globalement accepté par tous, mais le contenu de ce terme reste débattu malgré les soucis d'homogénéisation qu'ont les deux principales classifications, américaines (DSM) et européenne (CIM). Cette conception de la psychose marquera largement la psychiatrie anglo-saxonne et nord-américaine, qui d'ailleurs y ajoutera plus tard l'« acute schizophrenia » et les « schizophreniclike reactions ».

Les points communs de tous ces délires que l'on pourrait maintenant qualifier de « schizophréniques » ou de « paranoïde » sont leurs caractères étranges, flous, incohérents. Cela étant en partie en lien avec la désorganisation comme l'exprimait Bleuler. Ces délires ont des mécanismes et des thèmes multiples et fluctuants, avec des fonctions cognitives altérées sans qu'il n'y ait forcément une évolution rapide et terminale vers la démence. Ces délires commencent le plus souvent chez la personne jeune.

Toutefois de nombreuses descriptions cliniques des délires psychotiques ne correspondent pas à cette description, et c'est ce que nous allons développer à présent.

b) Les délires chroniques non schizophréniques

Après une place centrale au sein des descriptions cliniques du début du XIX^{ème} siècle, le délire se voit donc relégué à une place secondaire au sein des classification des psychoses. Il existe un nombre important de patients présentant un délire chronique manifeste, sans présenter la scission décrite par Bleuler. C'est d'ailleurs une spécificité française de l'époque d'avoir cherché à les différencier et les individualiser, comme le précise le psychiatre François Petitjean :

« L'école psychiatrique française classique reconnaissait trois types de délires persistants non schizophréniques différenciés selon leur mécanisme principal : la Psychose Hallucinatoire Chronique, la paraphrénie et les délires paranoïaques. » (Petitjean, 2021)

Nous allons nous centrer premièrement sur la paranoïa et les délires paranoïaques.

(1) XIXème : débat sur la paranoïa

Déjà utilisé dans l'Antiquité grec, ce terme réapparaît au XVIIème siècle pour désigner une catégorie nosographique distincte, considérée tout d'abord comme un affaiblissement des capacités cognitives en association avec le concept démence, comme nous l'explique Lévy :

« La première édition de la Nosologia methodica, publiée en 1763 par François Boissiers de Sauvages (1706-1767), mit en équivalence le latin amentia, le grec paranoïa et le français démence ou imbécillité. Sauvages désigna par ces termes un affaiblissement des capacités cognitives. Sa catégorie d'amentia (paranoïa) circoncrivait un type de délire sans fièvre caractérisé par « l'incapacité à raisonner droitement » et par la prévalence d'une « indifférence » pathologique vis-à-vis du monde extérieur. » (Levy, 2019)

Par la suite, Rudolf August Vogel désigne la catégorie des « *paranoïæ* » en parallèle à ce que William Cullen nommait des « vésanies », c'est-à-dire une classe de troubles affectant la fonction intellectuelle du jugement, une forme de délire interprétatif, avec l'absence d'hallucinations et de passions morbides. Il s'en est suivi une importante controverse allemande sur ce terme durant le XIXème siècle, le médecin Johann Christian August Heinroth proposant d'utiliser le terme de « paranoïa » comme synonyme de celui de « *Verrücktheit* », ou « folie » en allemand. Par ce fait, le risque était que la paranoïa recouvre l'entièreté du domaine des troubles de l'esprit. Une grande confusion demeurait dans les termes et les nosographies pour qualifier le délire et la paranoïa, ce qu'Emil Kraepelin tenta de résoudre.

« Kraepelin impulsa un changement décisif avec sa définition étroite de la Paranoïa, introduite en 1899. Il proposa de ne diagnostiquer ce trouble que si l'on constatait le « développement insidieux, sous la dépendance de causes internes et selon une évolution continue, d'un système délirant durable et impossible à ébranler, et qui s'instaure avec une conservation complète de la clarté et de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action. » (Levy, 2019).

Sous cette définition, la paranoïa est donc centrée par un « système délirant », un délire primaire, avec une pleine conviction, inébranlable, sans impact cognitif, sans hallucination, ou autre symptôme neuropsychiatrique.

Pour le reste, c'est sous le terme de « *démence précoce* » que nous avons vu précédemment, qu'une grande partie des délires qui étaient anciennement qualifiés par le terme « paranoïa », ou « *Verrücktheit primaire* » ont été classés. Ainsi Kraepelin, puis Bleuler ont donné une place très

modeste aux délires chroniques non schizophréniques et qu'ils nommaient « paranoïa ». (Kapsambelis, 2012).

Cette définition de Kraepelin a en partie été reprise dans l'école française sous le terme de « délire paranoïaque », avec ce que Jules Séglas désigna par : « *Un état psychopathique fonctionnel, caractérisé par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant ni une décadence profonde, ni un désordre général, s'accompagnant presque toujours d'idées délirantes plus ou moins systématisées et permanentes, avec hallucinations fréquentes.* » (Séglas, 1895).

Ce groupe des délires paranoïaques s'est vu enrichi par deux médecins français, Paul Sérieux et Joseph Capgras qui ont individualisé au sein de ce groupe le « délire d'interprétation ».

(2) Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras

Alors qu'en Allemagne, la tendance était d'affiner la portée du terme paranoïa, en France à l'inverse la tendance fut de l'étendre au-delà du délire des persécutions décrit par Lasègue. C'est ce qu'ont entrepris Sérieux et Capgras en regroupant en 1909, dans le groupe des délires paranoïaques et sous le terme de « délire d'interprétation », le délire de persécution avec celui de revendication. Le délire de revendication étant caractérisé par la présence d'une idée fixe relative à un préjudice.

« Sérieux et Capgras identifient le délire d'interprétation : il s'agit de sujets qui, progressivement, de manière inexorable et sans aucune évolution déficitaire, trouvent leur expérience peu à peu envahie par des interprétations exogènes ou endogènes, c'est-à-dire des significations erronées données à des perceptions effectives. Ces interprétations se développent en réseau, occupent tous les domaines et font cesser toute contingence : tout prend un sens qui concerne le sujet de façon péjorative et menaçante, parfois à son insu, parfois en le sachant. Il ne s'y rencontre rien de xénopathique et l'intelligence demeure intacte jusqu'au bout. » (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996).

Comme son nom l'indique, c'est le mécanisme interprétatif qui fait le lien entre ces différents délires, que la thématique soit persécutive ou de préjudice. Ce mécanisme est marqué par la présence d'éléments internes ou externes par lesquels le sujet va donner un sens erroné à ce qu'il perçoit, et cela avec une conviction inébranlable touchant tous les domaines de sa vie. Il n'y a pas d'hallucinations ni d'évolution démentielle.

Le délire d'interprétation devient pour un temps l'unique type de délire paranoïaque décrit en France.

« Ceci suffit à faire voler en éclats les classifications précédentes, reléguant aux oubliettes les catégories mal définies de manie raisonnante, folie lucide et folie morale, et inaugurant du même coup une ère nouvelle pour l'aliénisme français. » (Lévy, 2019).

(3) Les délires passionnels de De Clérambault

Peu après, le groupe des délires paranoïaques va s'enrichir d'un autre sous-groupe de délires, celui des délires passionnels. Ceux-ci sont liés aussi par leur mécanisme interprétatif, mais leurs thèmes diffèrent : les thèmes décrits sont l'érotomanie, la jalousie, et celui déjà décrit de revendication. Ce thème de revendication est intégré avec une description qui est légèrement différentes de celle de Sérieux et Capgras, comme nous l'explique Lévy :

« Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) exprima son parfait accord avec « tous [les] critères différentiels » mentionnés par Sérieux et Capgras dans leur tentative de distinguer la revendication délirante du délire d'interprétation. Il ne complexifia que légèrement leur classification en y ajoutant une subdivision, puisqu'il opposa d'abord, parmi les délires paranoïaques, le délire d'interprétation aux délires passionnels, et dans un second temps seulement inclut dans cette catégorie les délires de revendication (quérulence, délire des inventeurs, idéalisme passionné) ainsi que l'érotomanie et la jalousie délirante. » (Lévy, 2019).

De Clérambault décrit ainsi les délires passionnels, dans le groupe des délires paranoïaques, avec l'érotomanie, le délire de jalousie et les délires de revendication, dans lesquels la dimension passionnelle est au premier plan. L'érotomanie est la conviction délirante d'être aimé, s'appuyant sur des interprétations erronées. Ce délire est plus fréquent chez les femmes, et est décrit classiquement selon trois phases : espoir, dépit, et rancune. Le risque de passage à l'acte agressif envers l'objet d'amour est le plus important dans la dernière phase. Le délire de jalousie touche plus souvent les hommes, convaincus que leur conjointe les trompe. Il est favorisé par la consommation d'alcool, et conduit à une méfiance, à des violences conjugales, pouvant aller jusqu'au crime passionnel. On le retrouve parfois sous le terme de « jalousie pathologique » ou « syndrome d'Othello ». Les délires de revendication sont multiples dans leurs contenus. Les plus connus sont les quérulents processifs, les idéalistes passionnés et les inventeurs méconnus.

On doit aussi à De Clérambault la description de l'automatisme mental, avec la perte d'intimité psychique du sujet, l'impression d'étrangeté du sujet à soi-même, le syndrome d'influence, etc... L'automatisme mental sera intégré plus tard aux manifestations spécifiquement schizophréniques.

(4) L'entre-deux-guerres : personnalité prémorbide et hérédité

Dans le contexte de l'entre-deux-guerres, la question de la personnalité pré-morbide et de l'hérédité de ces troubles apparaît.

En ce qui concerne la personnalité prémorbide, une distinction a été faite, dans l'école germanique, entre le délire paranoïaque de persécution et le délire de revendication. Cette distinction s'appuie sur un lien particulier entre délire de revendication et des facteurs caractériels, en particulier ceux de la personnalité psychopathique. Dans la même idée, pour l'école française, c'est le lien entre les délires paranoïaques et la « constitution paranoïaque » qui est proposé par Marcel Montassut et Georges Genil Perrin.

« Le débat trouva ses prolongements jusque dans la thèse de doctorat de Jacques Lacan (1901-1981), De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, publiée pour la première fois en 1932. Lacan s'opposa avec fermeté aux doctrines constitutionnalistes de Génil-Perrin et de Montassut, mais il parla cependant d'une « anomalie de structure » et d'une « fixation de développement » ou « fixation évolutive de l'énergie psychique appelée libido » déterminant un « arrêt évolutif de la personnalité ». Ces éléments lui permirent d'opposer la personnalité « autopunitive » du paranoïaque à la personnalité « normale ». D'une manière ambiguë et non sans une pirouette, le même Lacan reviendrait bien des années plus tard sur ses propos de jeunesse, déclarant : « La psychose paranoïaque et la personnalité n'ont comme telles pas de rapport, pour la simple raison que c'est la même chose. » (Lévy, 2019).

Puis, après la Seconde Guerre Mondiale, c'est dans le DSM-II qu'apparaît la personnalité paranoïaque aux côtés des états paranoïaques et de la schizophrénie paranoïde.

En ce qui concerne l'hérédité du délire, dès 1917, Hermann Krueger publie « *Die Paranoïa* » où il explique que la paranoïa apparaît sur le terrain d'une prédisposition constitutionnelle empêchant un développement sain. Cette prédisposition entraîne une distorsion du rapport à la réalité extérieure et peut provoquer des conflits chroniques entre le malade et autrui. (Lévy, 2019).

Dans la même logique, un délire particulier sur fond de trouble de personnalité est caractérisé par Ernst Kretschmer, psychiatre allemand. Il identifie en 1918 ce qu'il nomma le « délire de relation des sensitifs ». Ce délire touche des sujets avec un tempérament qualifié de « sensitif », associant la susceptibilité, la méfiance et l'orgueil du paranoïaque à une hyperesthésie relationnelle et des tendances dépressives, des doutes, un sentiment d'insatisfaction et d'échec, une dévalorisation, et des

plaintes hypocondriaques. Ce tempérament est à risque de décompensation délirante par aggravation des traits caractériels. Ceci est en réaction à un évènement stressant voir traumatique dont découlent les interprétations et intuitions délirantes, mais aussi des illusions sensorielles : *« impression de malveillance, perception des paroles et des agissements d'autrui comme autant d'allusions ironiques, méprisantes, ou hostiles. »* (Kapsambelis, 2012). Des hallucinations peuvent être présentes. La résolution des décompensations est constante mais avec un risque de rechutes.

« Approfondissant ces apports, Ernst Kretschmer (1888-1964) consacra la même année une monographie à la notion de « délire paranoïaque de relation des sensitifs ». Proposant de mettre en évidence une triade de facteurs étiologiques de la maladie mentale, il s'attacha à faire la part des choses entre les facteurs endogènes (hérédité, constitution psychopathique, base caractérielle), l'influence du milieu et la valeur traumatique d'une expérience vécue (Erlebnis) supposée faire office de déclencheur » (Lévy, 2019).

Pour revenir sur la base caractérielle de « sensibilité », elle se manifeste particulièrement dans les relations sociales au sein desquelles ces patients se montrent hyperémotifs et vulnérables, se sentant facilement humiliés, vivant avec une sensibilité douloureuse la moindre contrariété ou échec. Ce délire était encore présent jusqu'au DSM-IV, classé sous la rubrique « Trouble Délirant », qui contient tous les « délires chroniques non dissociatifs ».

Mais ces notions d'hérédité et de constitution psychopathique connurent des dérives dans ces temps de guerres mondiales :

« Les études sur le meurtrier de masse Ernst Wagner réalisées durant l'entre-deux guerres par Robert Gaupp (1870-1953) visèrent à confirmer les thèses de Kretschmer sur le délire de relation des sensitifs ; elles montrèrent cependant que, lorsqu'une certaine « conscience du trouble » (Krankheitseinsicht) finissait par advenir, la « disposition » paranoïaque ne disparaissait pas pour autant. La critique par le malade d'un certain nombre d'idées délirantes n'indiquait pas, selon Gaupp, un changement de point de vue sur le monde, moins encore une modification de sa « constitution » (Anlage). Le sujet restait, aux yeux du psychiatre, affligé d'une incurable « tare héréditaire ». » (Lévy, 2019). De telles conceptions et affirmations dramatiques pour l'espoir de soin des patients, ont été influencées par les conceptions eugéniques de l'époque, en particulier celles du nazisme allemand.

Pour ce qui est des facteurs caractériels des troubles psychotiques, actuellement c'est principalement la personnalité schizotypique qui questionne sur une personnalité prémorbide à la schizophrénie et la personnalité paranoïaque qui est plus susceptible de déclencher un délire paranoïaque. L'intérêt est très actuel pour les phases précoces de la psychose, la recherche visant à repérer ces états prodromaux

avant la « *conversion psychotique* » (Krebs, 2019). Pour ce qui est de l'hérédité des troubles psychotiques, aujourd'hui, l'existence de gènes de susceptibilité aux troubles psychotiques n'est par contre plus à prouver.

c) *Entre schizophrénie et paranoïa*

(1) *La psychose hallucinatoire chronique de Ballet*

La sémiologie des hallucinations est décrite dès le début du XIX^{ème} siècle par Esquirol. Ces perceptions sans objet ont été décrites par de nombreux médecins sous des termes différents comme ceux de « *monomanie sensoriale* » ou de « *délire des sensations* ». Apparaît aussi le terme de « *psychose hallucinatoire chronique* » (PHC) qui sert d'abord à désigner des cas d'hallucinations sans délire (sorte d'hallucinoïse). Ce terme est repris en 1911 par Gilbert Ballet pour décrire un délire chronique marqué par la présence d'hallucinations. Ces hallucinations sont principalement auditives et génitales, puis polysensorielles, et le délire est principalement à thématique persécutive. Ce terme né en France, n'est que très peu repris à l'international. La PHC, par la prévalence de ses hallucinations, et la particularité de son délire, se situe entre la schizophrénie et les troubles délirants, comme nous l'explique le psychiatre Pascal Le Maléfan :

« Ici, c'est bien la clinique, plus que le vœu de conserver une particularité nationale, qui guide la construction nosographique : quand un sujet d'âge mûr (féminin le plus souvent) présente brutalement des hallucinations diverses (point important), des thématiques délirantes d'influence, assez vagues et n'ayant pas les caractéristiques d'un délire structuré, s'il n'y a pas de détérioration mentale ni de cassure massive avec la réalité, alors on est dans cet entre-deux – entre schizophrénie et paranoïa. »
(Le Maléfan, 2012).

La PHC est le support de réflexions étiopathogéniques concernant les liens complexes entre délire et hallucinations : l'hallucination est-elle un mécanisme du délire ? Le délire provoque-t-il l'hallucination ? Ces entités peuvent-elles exister séparément ? L'hallucination évolue-t-elle de façon indépendante du délire ? Ces questions restent encore d'actualité.

« Nous voyons ainsi que durant la seconde moitié du XIX^e siècle et le premier quart du XX^e, les traditions psychiatriques française et allemande ont élaboré plusieurs conceptions relatives aux délires chroniques, en louvoyant comme elles ont pu entre un pôle interprétatif et lucide, sans affaiblissement intellectuel, et un pôle hallucinatoire, tout à l'opposé ; mais ni l'une ni l'autre n'ont réussi à rendre

compte de l'ensemble de la réalité clinique avec un modèle strictement dichotomique. » (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996).

(2) La paraphrénie

Comme nous l'avons vu, c'est Kahlbaum en 1860 avec son élève Hecker, qui créent le néologisme de « paraphrénie ». Ce terme désigne un désordre dans les fonctions cognitives et décrit les tendances de certains troubles apparaissant lors d'une transition de vie. Il évolue rapidement vers le terme d' « hébéphrénie » regroupé après dans la démence précoce. Kraepelin réutilise le terme de paraphrénie devant des patients qui, au lieu d'évoluer vers une démence terminale, développent un délire d'une thématique imaginative débordante, proche de ce qui a été décrit en France sous le terme de « délire d'imagination ». Ces patients gardent une intégration sociale malgré leur délire très actif. Kraepelin vient distinguer quatre formes : la paraphrénie systématique (très proche de la paranoïa), la paraphrénie expansive (très proche de la psychose maniaco-dépressive), la paraphrénie confabulante (sans hallucination, faite surtout de faux souvenirs) et la paraphrénie fantastique. (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996).

Le détail de ces entités reste flou, et l'école française a surtout conservé le diagnostic de paraphrénie pour les deux dernières formes en en faisant une maladie autonome. Michel Godfryd la définit dans son « Vocabulaire psychologique et psychiatrique » :

« Psychose chronique caractérisée par les troubles suivants : prééminence des mécanismes imaginatifs sur les mécanismes hallucinatoires et interprétatifs, mégalomanie délirante, intégralité du système de réalité, véritable « diplopie » du monde délirant et du monde réel. Dans sa forme confabulante, les idées mégalomaniaques sont souvent centrées autour de thèmes de filiation, d'héritages fabuleux, de successions princières. Dans sa forme fantastique, le sujet plie l'univers, le temps et l'espace, à ses caprices grandioses et extravagants : « J'ai mille femmes ; je suis grand amiral de la planète ; j'ai plusieurs doubles qui travaillent pour moi, etc. » » (Godfryd, 2015).

Les experts ont gardé des paraphrénies celles qui se caractérisent par un délire riche, non systématisé où le mécanisme principal est l'imagination, avec souvent peu d'hallucinations. Freud portera le diagnostic de paraphrénie sur l'état de Schreber lors de sa phase d'agitation hallucinoïde. Ce trouble est relativement rare, et n'est pas inscrit dans les classifications du DSM-V et de la CIM-11. Les auteurs allemands et d'expression anglaise n'ont rien gardé de cette nosologie et considèrent que, mis à part les paranoïas stricto sensu, tous les délires chroniques sont des formes de schizophrénie. Et de plus, la

paraphrénie s'est confondu avec d'autres catégories se trouvant entre les délires paranoïdes de la schizophrénie et les délires paranoïaques : « [...] ce concept n'a cessé d'être décrit sous diverses acceptions (*paranoïa hallucinatoire de Séglas, délire d'imagination de Dupré, psychose hallucinatoire chronique de G. Ballet, psychose fantastique de H. Ey, etc.*) pour venir s'interpoler entre schizophrénie et paranoïa » (Hulak, 2009).

3. Evolution chronique ou aiguë : la bouffée délirante aiguë

Tous les délires précédemment décrits persistent le plus souvent sur des années voir des décennies, avec des périodes de rémission et de rechute, en particulier dans la schizophrénie. Toutefois il existe aussi des délires d'apparition brutale, avec une rémission rapide en quelques jours voire quelques mois. Ce tableau clinique est regroupé sous le terme de « bouffée délirante aiguë » (BDA), terme français utilisé par Valentin Magnan en 1866. A l'international, on retrouve le terme de « trouble psychotique bref » dans le DSM-V et de « trouble psychotique aigu et transitoire » dans la CIM-11.

La BDA trouve ses racines dans les observations cliniques de Pinel et le concept de l'idiotisme. Puis en 1851, Louis Delasiauve décrit la confusion mentale et Chaslin met en évidence la sémiologie délirante « *identifiée comme une infiltration de la conscience par le rêve* » comme l'explique le psychiatre Jean-Pierre Vignat. Magnan décrit un début soudain avec la manifestation d'un délire polythématique, fluctuant, polymorphe, avec un ensemble de manifestations psychiatriques : un état d'anxiété ou un changement d'humeur précédent le « *coup de tonnerre dans un ciel serein* » (Vignat, 2014).

La description du trouble psychotique bref a peu changé depuis Magnan. Ce trouble concerne essentiellement l'adolescent et l'adulte jeune. Il existe généralement une note confusionnelle, une labilité thymique, et une anxiété d'intensité variable et pouvant être associée aux thématiques délirantes. Au délire polymorphe allant de la persécution à la toute-puissance, s'associent des hallucinations variées, le plus souvent auditives. Ce délire se différencie du délire paranoïde de la schizophrénie et du délire systématisé de la paranoïa par l'« *infiltration de la conscience par des éléments issus de l'imaginaire* », le délire prenant parfois un caractère onirique et le patient présentant des troubles de la conscience (Vignat, 2014). Son apparition est une urgence thérapeutique au vu des troubles du comportement graves qu'elle entraîne. Son déclenchement pose aussi le problème de son devenir ultérieur. Le pronostic est très difficile à établir. La guérison de l'épisode est la règle mais le risque d'évolution à long terme vers une schizophrénie, un trouble bipolaire ou une nouvelle bouffée délirante est important.

C. **Classifications internationales**

1. Quelques considérations

a) **Naissance et essor**

Après l'enrichissement des nosographies psychiatriques principalement apporté par les écoles françaises et germaniques, c'est à Paris en 1950, que se tient le premier congrès international de psychiatrie. De cette réunion découle l'apparition du premier manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux, le DSM-I de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), puis le II en 1968, le III en 1980, le IV en 1994 et actuellement le V depuis 2013. Tous ces manuels vont devenir progressivement une référence mondiale vis-à-vis de la nosographie des troubles psychiatriques. Son homologue européen, la Classification Internationale des Maladies, abrégée CIM, et proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé, traite elle aussi d'une nosographie des troubles psychiatriques depuis sa 6ème édition, avec de nombreux parallèles avec la classification du DSM. Sa version actuelle est la CIM-11 depuis 2019.

« À l'origine de la Classification internationale des maladies (CIM) se trouve le travail de Jacques Bertillon, médecin français qui, en 1893, a proposé une classification des causes de décès. La base conceptuelle de sa classification avait été fournie par William Farr du Royaume-Uni et Marc d'Espine de Suisse qui, en 1853, lors du premier Congrès international de statistique tenu à Bruxelles, furent chargés de préparer une classification uniforme des causes de décès applicable au plan international. La classification de Bertillon a fait, par la suite, l'objet de cinq révisions décennales. Après la création, en 1945, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fut publiée, en 1949, une sixième édition de la classification qui devient Classification internationale des maladies (CIM-6) et comprend, pour la première fois, une section spéciale consacrée aux troubles mentaux. » (Ionescu, 2019)

La deuxième partie du XXème siècle est donc marquée par le développement de ces deux classifications internationales, permettant à des psychiatres du monde entier de communiquer, d'échanger des données portant sur des patients souffrants de troubles psychiatriques, définis avec les critères les plus identiques possibles. Toutefois leur utilisation pose un nombre important de difficultés. Conçu dans une logique de statistiques et de recherche, les différentes classifications internationales sont en pratique courante d'un usage relatif.

b) Approche athéorique du DSM

Le XXème siècle est marqué par le développement d'importants courants psychothérapeutiques que nous développerons plus tard. Les conceptions psychodynamiques ont influencé les deux premières éditions du DSM, comme nous l'explique cette équipe de Bruxelles dirigée par Christian Widakowich (Widakowich, 2013). Cependant, face à ces nombreux courants et leurs proliférantes hypothèses psychopathologiques, les experts du DSM ont pris le parti d'une « *approche athéorique* » de leurs classifications. Cette mise de côté des théories explicatives s'est particulièrement imposée à partir de 1985 avec la publication du DSM-III.

Dans l'Introduction au DSM-III, Robert Spitzer écrit : « *L'approche choisie dans le DSM-III est athéorique en ce qui concerne l'étiologie et la physiopathologie, sauf pour les troubles pour lesquels celles-ci sont clairement établies, et donc incluses dans la définition. Avec le temps, nul doute que l'on trouvera pour certains troubles d'étiologie inconnue, des étiologies biologiques spécifiques, pour d'autres, des causes psychologiques spécifiques, et pour d'autres encore, une interaction de facteurs psychologiques, sociaux et biologiques.* » (DSM-III, 1980).

C'est aussi ce que nous explique Serban Ionescu, professeur de psychopathologie et directeur du centre de recherche Traumatisme, Résilience, Psychothérapies de l'université de Paris-VIII :

« *Publiée en 1952, la première édition du DSM (DSM-I) a été fortement influencée par le point de vue psychobiologique d'Adolf Meyer qui concevait les troubles mentaux comme des « réactions » de la personnalité à des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. Seize ans plus tard, lors de la parution du DSM-II, on constate, d'une part, que le terme de « réaction » est abandonné et, d'autre part, que, dans l'ensemble, on se sert de termes qui ne présupposent pas de cadre théorique particulier pour la compréhension des troubles mentaux non organiques.* » (Ionescu, 2019).

Le DSM-III utilise une approche descriptive la plus neutre possible vis à vis des différentes théories. En témoigne la disparition du terme de « maladies mentales » remplacé par le concept de « troubles mentaux », la définition des catégories diagnostiques par des syndromes, et la suppression de tout terme évoquant une étiologie ou une pathologie non démontrée. Les troubles sont présentés de manière descriptive, et par leurs caractéristiques cliniques. Cette approche athéorique vise à pallier les limites de nos connaissances concernant l'étiologie et à faciliter la communication entre les « *cliniciens d'obédiences théoriques différentes* ». (Ionescu, 2019).

Cette approche athéorique est questionnable. Ce choix pourrait limiter la compréhension que nous pourrions avoir du délire et du vécu du patient. Il serait à notre sens intéressant de réfléchir à une classification cherchant à être intégrative ; dans l'idée de pouvoir intégrer les différentes approches et tentatives de compréhension des troubles délirants. Un tel projet est probablement très exigeant et pourrait paraître utopique ; il nous semble néanmoins intéressant en tant que psychiatre, de tendre vers un éclectisme complexe dans la compréhension des délires. Toutefois, en considérant le danger de ne pas tomber dans des approches trop théoriques et inutilisables en pratique.

« Tout ce qui est simple est faux, mais tout ce qui ne l'est pas est inutilisable. » (Valéry, 1941).

c) Approche catégorielle puis dimensionnelle

Nous avons vu que l'évolution des DSM-II, III et IV est marquée par l'approche athéorique concernant l'étiologie, la physiopathologie et la psychopathologie des troubles mentaux. Elle est également définie par une approche catégorielle. Cette approche catégorielle tente de délimiter les troubles psychiatriques par des catégories, très descriptives, et ici syndromiques. La dernière édition du DSM, le DSM-V en 2013, glisse cependant de cette approche catégorielle vers une approche plus dimensionnelle, nuancant les symptômes par différents degrés d'intensité, sous-entendus par exemple dans le terme de « spectre ». C'est là un grand défi pour les nosographies futures :

« Mais s'il est devenu aujourd'hui évident qu'à l'usage l'abord catégoriel du diagnostic pêche par un excès de réductionnisme et un certain éloignement de la réalité clinique, on aurait tort de sous-estimer la problématique que viendra poser à l'avenir une approche essentiellement dimensionnelle de la nosographie » (Widakowich et al, 2013)

Cela revient à la complexité même de la définition du délire, où la question incessante de la limite du normal et du pathologique nous oblige à un regard clinique fin, avec une remise en question permanente. C'est la question que nous pose le philosophe et historien Steeves Demazeux :

« Serions-nous finalement prêts à accepter le fait qu'il puisse ne pas y avoir, en psychiatrie, de coupure nette entre le normal et le pathologique ? Dans sa version forte, l'approche dimensionnelle est assurément d'abord un pari ontologique avant d'être une stratégie méthodologique. Il n'y aurait pas d'entités pathologiques naturelles en psychiatrie, les symptômes ne feraient que suivre la répartition comme dans leur intensité des courbes de la distribution normale au sein de la population générale ». (Demazeux, 2008)

2. Classifications actuelles des troubles psychotiques

a) **Selon le DSM V**

Pour en revenir aux classifications des délires psychotiques. Le DSM-V a nommé son chapitre traitant de la psychose par : « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ». Ce chapitre comporte de nombreuses sous-catégories :

- 1) **Personnalité schizotypique**
- 2) **Trouble délirant**
- 3) **Trouble psychotique bref**
- 4) **Trouble schizophréniforme**
- 5) **Schizophrénie**
- 6) **Trouble schizoaffectif**
- 7) **Trouble psychotique induit par une substance/un médicament**
- 8) **Trouble psychotique dû à une autre affection médicale**
- 9) **Catatonie**
- 10) **Autre** trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique,
- 11) Troubles **non spécifiés**.

Nous retrouvons donc la notion de « spectre » pour regrouper ces différentes catégories. Le délire psychotique, sans substrat toxique ou organique, concerne ainsi principalement les six premières catégories. Nous évoquerons dans le chapitre suivant la dimension transdiagnostique du délire, et son occurrence dans les maladies organiques, la prise de substance et dans d'autres troubles psychiatriques. Nous allons reprendre les particularités du délire décrites par le DSM-V dans chacune de ces catégories.

Dans la personnalité schizotypique, le DSM-V évoque des « *distorsions cognitives et perceptuelles* », terme qui qualifie des « *croyances bizarres ou pensée magique* » non partagées par un « *sous-groupe culturel* ». Des « *idées de références* » d'intensité inférieure aux idées délirantes et une « *idéation méfiante ou persécutoire* » peuvent être retrouvées. Enfin, le DSM-V demande d'indiquer l'adjectif « *prémorbide* » si les critères sont remplis avant l'apparition d'une schizophrénie.

Pour ce qui est du trouble délirant, il est précisé la présence « *d'une (ou de plusieurs) idées délirantes* », avec un critère de temps d'au-moins un mois, l'absence d'autre symptôme psychotique en dehors de potentielles hallucinations en rapport avec le thème du délire. Le DSM-V spécifie 5 sous-types : érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, et somatique. Il existe aussi des types mixtes (associant plusieurs thèmes) ou indifférenciés (thème ne correspondant à aucun des sous-types décrits). On revoit ici certains contours des anciens délires paranoïaques : la persécution renvoyant aux délires interprétatifs ; l'érotomanie et la jalousie renvoyant aux délires passionnels, la mégalomanie a elle certains liens avec les délires de revendications.

Pour le trouble psychotique bref, les idées délirantes sont mises au même plan que les hallucinations et que la désorganisation du discours. Le critère de temps est entre un jour et un mois avec un retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide. Il n'y a pas de caractérisation particulière des idées délirantes.

La description du trouble schizophréniforme le situe par un critère de temps entre le trouble psychotique bref et la schizophrénie. Il peut être précisé des caractéristiques de bon pronostic.

Pour la schizophrénie, les idées délirantes sont aussi mises au même plan que les hallucinations et que la désorganisation du discours. Le critère de temps implique la présence de signes continus depuis au moins 6 mois. Il n'est plus mention des sous-types anciennement décrits dans le DSM-IV (simple, paranoïde, hétérologique et catatonique) et la thématique et les mécanismes des idées délirantes les plus fréquentes ne sont pas mentionnés. Il y a mention de symptômes prodromiques et de symptôme résiduels, souvent associé à des idées délirantes légers ou subsyndromiques : « *Les personnes peuvent exprimer une variété de croyances étranges ou inhabituelles qui n'atteignent pas des proportions délirantes (p. ex. des idées de référence ou des pensées magiques).* » (DSM-V, 2013).

Enfin pour le trouble schizoaffectif, les idées délirantes sont celles de la schizophrénie et doivent persister au-moins 2 semaines en dehors d'un épisode thymique caractérisé.

Nous voyons donc ici une simplification de la classification du DSM-V. La PHC, la paraphrénie, le délire de relation des sensitifs de Kretschmer et d'autres entités précédemment décrites ne sont pas mentionnées dans le DSM-V. De rares détails sont décrits pour la caractérisation des délires, ces détails touchent en particulier la thématique, l'intensité et la durée du délire. Le DSM-V fonctionne selon quatre critères : les éléments cliniques, l'évolution, l'absence d'origine organique ou toxique, la

présence d'un retentissement fonctionnel. Pour les idées délirantes, nous pouvons y voir ce questionnement : Le délire a-t-il une origine organique, toxique ou médicamenteuse ? L'élimination de cette potentielle étiologie permet d'évoquer une cause psychiatrique. Le délire est-il aigu ou chronique ? Permettant ici de le classer ou non dans un trouble psychotique bref (<1 mois) ou schizophréniforme (<6 mois) ou autres. Le délire chronique est-il isolé (trouble délirant) ou fait-il parti d'un ensemble spécifique de symptômes psychotiques (schizophrénie), ou associés à des éléments thymiques (trouble schizoaffectif) ? L'intensité et la durée du délire sont-ils suffisants ? Sinon, est-ce que des éléments atténués pourraient correspondre à un trouble de personnalité ? Enfin, le DSM a prévu les éléments cliniques qui ne rentrent pas dans ces catégories et qu'on peut encore classer dans « 10) autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique » et « 11) non spécifié ».

Nous pouvons ainsi retenir que le DSM-V identifie quatre types de délires psychotiques : un délire atténué évoluant au long cours et parfois prodromique de la schizophrénie, un délire « quasi-pur » avec cinq thématiques principales nous évoquant les anciens délires paranoïaques, un délire faisant partie d'un ensemble de manifestations psychotiques, évoluant soit lors d'une crise aiguë comparable à la bouffée délirante aiguë, soit lors d'une maladie au long cours qu'est le délire paranoïde de la schizophrénie.

b) Selon la CIM 11

La CIM-11 de l'OMS a été publiée en 2019 et rentre progressivement en application en France. Le chapitre 6 fait référence aux troubles psychiatriques et s'intitule « Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux ». Il comporte un sous-chapitre intitulé « Schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires » et se décline en six sous-catégories :

6A20 : **Schizophrénie** : déclinée en : 0. premier épisode, 1. épisodes multiples, 2. continue, Y. autres schizophrénie, Z. schizophrénie, sans précision

6A21 : **Trouble schizoaffectif** déclinée en : 0. premier épisode, 1. épisodes multiples, 2. continue, Y. autres, Z. sans précision

6A22 : **Trouble schizotypique**

6A23 : **Trouble psychotique aigu et transitoire**, déclinée en : 0. premier épisode, 1. épisodes multiples, Y. autres, Z. sans précision

6A24 : **Trouble délirant**, déclinée en : 0. actuellement symptomatique, 1. en rémission partielle, 2. en rémission complète, Z. sans précision

6A25 : **Manifestations symptomatiques des troubles psychotiques primaires**, déclinée en : 0. symptômes positifs, 1. symptômes négatifs, 2. symptômes dépressifs de l'humeur, 3. symptômes maniaques, 4. symptômes psychomoteurs, 5. symptômes cognitifs du trouble psychotique primaire.

Il est intéressant de noter que les experts de la CIM-11 précisent premièrement, par rapport à l'ensemble « Schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires », que ces troubles « *se caractérisent par des déficiences significatives dans l'épreuve de la réalité* », que les symptômes « *surviennent avec une fréquence et une intensité suffisantes pour s'écarter des normes culturelles ou sous-culturelles attendues* » et que les catégories de ce groupe « *ne doivent pas être utilisées pour classer l'expression d'idées, de croyances ou de comportements qui sont culturellement sanctionnés.* » Nous retrouvons, sous d'autres termes, l'expression de la complexité et des limites du délire que nous avons déjà questionnées.

Le délire psychotique est concerné par chacune de ces sous-catégories. La description de la schizophrénie par la CIM-11 évoque la présence d'idées délirantes persistantes, décrites comme des perturbations de la réflexion, et considérées comme faisant partie des symptômes fondamentaux. Il n'y a pas d'autres détails pour ce qu'il en est des idées délirantes. La description du trouble schizoaffectif mentionne les idées délirantes comme identiques à celles de la schizophrénie. Celle du trouble schizotypique pointe les « *distorsions cognitives et perceptives* » déjà évoquées par le DSM. Elle précise la possible présence d'idées paranoïaques ou de référence mais d'une intensité ou d'une durée insuffisante pour rentrer dans un autre trouble psychotique. Pour la description du trouble psychotique aigu et transitoire, les idées délirantes font partie d'un ensemble de manifestations psychotiques bruyantes, marquées par une apparition brutale, des changements rapides des symptômes en nature et en intensité, une acmé puis une résolution. Enfin pour la description du trouble délirant, il est précisé le développement d'une ou d'un ensemble d'idées délirantes apparentées, dont les thèmes peuvent varier mais qui sont « *habituellement stables chez un même individu* ». Le diagnostic nécessite un critère de temps d'au-moins 3 mois, l'absence de trouble de l'humeur ou d'autres symptômes caractéristiques de la schizophrénie, en-dehors de possibles troubles de la perception en lien avec l'idée délirante. Il n'y a pas de sous-type décrit. (CIM-11, 2019).

La simplification de la CIM-11 est ainsi encore plus importante que pour le DSM. Aucun sous-type de trouble délirant ou de schizophrénie n'est précisé. Les descriptions sont succinctes. Nous retrouvons

cependant les quatre types de délire que nous avons identifiés dans le DSM-V : BDA, délire paranoïde, délire paranoïaque et délire atténué.

3. Vers une simplification des nosographies des délires

« Immergés dans le simplisme de classifications standardisées actuelles, nous avons perdu la capacité de reconnaître certaines entités cliniques longuement décrites dans le passé. » (Widakowich et al, 2013)

Les classifications internationales, ainsi que d'importants ouvrages de psychiatrie, ont ainsi diminué leur nombre d'entités cliniques décrites du délire psychotique. Par exemple, le prestigieux « Manuel de psychiatrie », n'accorde qu'une place très modeste aux « autres formes de psychoses chroniques » dans le chapitre « Schizophrénie et autres troubles chroniques ». Dans ce petit chapitre, sont mentionnés de façon très succinct le trouble délirant persistant, la paraphrénie et la PHC. Le Pr Nicolas Franck, auteur de ce chapitre, explique que la paraphrénie et la PHC sont actuellement plutôt considérées comme des schizophrénies dans les classifications internationales. (Franck, 2021).

D'un autre côté, l'emploi des termes « spectre de la schizophrénie », ou « les schizophrénies » retrouvés dans les classifications et dans certains manuels de psychiatrie, tendent à montrer la richesse clinique et la complexité à regrouper toutes ces entités sous le même terme. Cela fait état de la difficulté à identifier tel ou tel type de délire selon une étiopathogénie, une physiopathologie, une psychopathologie, une évolution ou une prise en charge spécifique. C'est ce qu'évoque aussi le Pr Franck à propos de la schizophrénie, et qui nous semble pouvoir être étendu aux délires psychotiques en général : *« Toutefois, plus de 100 ans après sa description par Eugen Bleuler, [...] la schizophrénie ne constitue toujours pas une entité nosographique au sens strict. En effet, d'une part, ses causes et ses mécanismes restent incomplètement caractérisés et, d'autre part, ses frontières avec d'autres troubles psychiatriques et avec des pathologies somatiques à expression psychiatrique sont imprécises. Le fait que l'étiologie de la schizophrénie soit imparfaitement comprise explique qu'aucun symptôme ni marqueur paraclinique (qu'il soit biologique ou morphologique) spécifique n'a pu être identifié à ce jour. » (Franck, 2021)*

En ce qui concerne la catégorie du trouble délirant, des experts en médecine légale ont réalisé une étude pour identifier la pathologie ayant poussé à l'homicide des patients hospitalisés en UMD.

Ils expriment qu'il est difficile de trouver le terme « délire paranoïaque » dans les dossiers médicaux. Leurs hypothèses sont que la disparition de ce terme résulte : « *de recherches difficiles à mener sur ce type de pathologie, de la faible efficacité des traitements neuroleptiques rendant les investissements de recherche pharmacologique peu rentables, ou encore de l'accès direct des patients à leur dossier (le diagnostic n'est ainsi parfois plus évoqué dans les courriers médicaux et les comptes rendus d'expertise).* » (Slootman et al, 2022).

Ce constat de simplification des classifications nous amène nous aussi à proposer quelques hypothèses pouvant contribuer à expliquer cette dynamique.

a) Des classifications destinées à la recherche

« La diversification, aux États-Unis, des écoles psychopathologiques a eu comme conséquence le développement et l'utilisation de cadres nosologiques et nosographiques très différents, rendant difficile (parfois impossible !) la communication entre les cliniciens de différentes obédiences. » (Ionescu, 2019).

Les classifications du DSM et de la CIM sont principalement destinées à la recherche et tendent à uniformiser le langage scientifique. Ces classifications servent entre autres à pouvoir faciliter la réalisation d'études statistiques épidémiologiques, de déterminer des facteurs de risque, de pouvoir suivre leur évolution et d'évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements. Les réalités de la pratique clinique psychiatrique diffèrent de celles de la recherche, et les critiques sont nombreuses de la part des cliniciens trouvant peu pertinent l'usage des classifications internationales. Nous avons à ce propos déjà exprimé l'intérêt qu'aurait à nos yeux une nosographie avec une approche intégrative et éclectique de toutes les approches psychothérapeutiques du délire psychotique. Cette nosographie différera du développement dans le passé de ces multiples cadres nosologiques décrit par Ionescu.

b) Une clinique complexe du délire

« Une maladie courante et invalidante peut-elle passer inaperçue si longtemps ? La rareté des descriptions de cas cliniques facilement identifiables de schizophrénie avant le XVIIIe siècle a fait dire que cette maladie serait devenue plus fréquente récemment, avec l'industrialisation et l'urbanisation,

voire même qu'il s'agit d'un ensemble trop hétérogène qui n'est qu'une illusion scientifique. La majorité des psychiatres reconnaissent une validité apparente au concept de schizophrénie parce qu'il est utile pour comprendre la souffrance d'un grand nombre de patients vus en pratique clinique. Cependant, les frontières nosologiques avec d'autres affections sont floues et le diagnostic chez un patient donné reste souvent longtemps incertain. » (Crocq, 2012).

Ces éléments décrits par Marc-Antoine Crocq, codirecteur de la traduction française du DSM-V avec Julien Guelfi, nous semblent applicables aux délires psychotiques. Tout d'abord, les descriptions cliniques des délires avant le XVIII^{ème} siècle, certes plus nombreuses que pour la schizophrénie, nous semblent cependant assez pauvres. Cette pauvreté historique de descriptions nous questionne vis-à-vis du repérage des délires à travers les époques.

De plus, par sa symptomatologie transnosographique et ses limites parfois floues, le délire psychotique est parfois difficilement classifiable. La symptomatologie délirante est aussi évolutive dans le temps et il existe des différences de manifestations inter-individuelles. Cela rend complexe le diagnostic effectué en pratique clinique, majoré par la subjectivité indéniable dans l'évaluation des signes cliniques psychiatriques. Ce qui fait qu'en pratique clinique, les interrogations diagnostiques sont nombreuses devant une symptomatologie délirante.

c) Des étiologies complexes

« Il est actuellement admis que la schizophrénie est une pathologie multifactorielle à effet de seuil. Lorsque celui-ci est franchi, l'individu vulnérable présente des symptômes cliniquement observables, dont certains présentent une spécificité relative. La vulnérabilité à la schizophrénie serait le produit de la combinaison de facteurs génétiques avec des facteurs infectieux, toxiques ou obstétricaux altérant le développement cérébral du fœtus. » (Franck, 2021).

L'interaction entre un environnement et une fragilité génétique dans l'apparition des troubles psychotiques n'est plus à prouver, et l'efficacité de la pharmacothérapie a confirmé et mis en évidence le rôle joué par les neurotransmetteurs dans les délires psychotiques. D'importantes études d'analyse biologique, d'imagerie cérébrale et de recherche génétique sont en cours pour trouver des marqueurs, des lésions, des gènes qui pourraient expliquer telle ou telle manifestation ou pour expliquer les mécanismes en jeu dans la transition psychotique. Des facteurs de risques ont été identifiés. En plus

de toutes ces recherches, les capacités psychiques du patient, ses cognitions et ses émotions, son histoire de vie, son cercle social et ses croyances, ont montré eux aussi une importance dans l'apparition, le développement et le maintien de symptômes psychotiques. Certains de ces éléments seront explorés à travers la description des principales approches psychothérapeutiques du délire psychotique.

« Se pose donc la question de l'articulation des délires chroniques entre eux. Y-a-t-il réellement un intérêt à les regrouper ? Les nouvelles approches (de génétique, d'imagerie, cognitive...) seraient d'un intérêt majeur pour qualifier plus précisément ces troubles entre eux ainsi qu'avec la schizophrénie. Mais les critères diagnostiques trop flous et antagonistes des classifications actuelles ne stimulent pas l'élaboration de protocole de recherche d'envergure. » (Brazo, 2019).

d) Des classifications indépendantes des spécificités culturelles

Comme évoqué précédemment, l'internationalisation des classifications nécessite une simplification pour pouvoir se comprendre au-delà des différences culturelles. Nous avons relevé que les premières discussions sur la nosographie du délire se sont principalement déroulées entre l'école française et l'école germanique. Encore aujourd'hui, les classifications du DSM et celle de la CIM sont marquées par la culture ouest-européenne. Avec l'essor progressif de la psychiatrie au niveau mondial, nombreux vont être les débats entre les différentes entités cliniques décrites. Des considérations culturelles, historiques, philosophiques, politiques et théologiques vont alimenter le débat entre ce qui est considéré comme délirant et ce qui ne l'est pas. La simplification nosographique cherche à épurer la médecine psychiatrique de toutes ces considérations culturelles propres. Toutefois la part ethnopsychiatrique des troubles notamment délirants et psychotiques est importante en psychiatrie. Elle est encore plus marquée dans le champ des différentes approches psychothérapeutiques, où les particularités culturelles sont importantes à connaître et à prendre en compte.

e) Un intérêt modéré de différencier les différentes entités du délire vis-à-vis de la prise en charge

« Du début des années quarante jusqu'au milieu des années soixante-dix, le diagnostic et la classification ont constitué des préoccupations mineures de la psychiatrie américaine. L'absence

apparente de pertinence du diagnostic pour les décisions concernant le traitement constitue l'une des principales sources de cette attitude. » (Ionescu, 2019)

Au sein de notre expérience clinique lors de l'internat de psychiatrie en Franche-Comté, il nous est apparu que le terme de « troubles psychotiques chroniques » est encore utilisé dans certains services de psychiatrie de manière indifférenciée : c'est-à-dire, sans différencier la schizophrénie du trouble délirant, et *a fortiori* sans préciser d'autres entités cliniques spécifiques. La précision diagnostique est guidée principalement par le type de prise en charge. Bien souvent, l'impact du délire, le consentement au soin, et la position de l'entourage ont plus de poids dans les décisions thérapeutiques que la précision diagnostique.

Avec la découverte des premiers neuroleptiques en 1951, la prise en charge pharmacologique a considérablement fait évoluer la prise en charge des délires psychotiques, et également fait évoluer la classification des entités cliniques. On peut noter que la logique actuelle d'hospitalisation et de prescription des thérapeutiques pharmacologiques ne change pas fondamentalement entre le cas d'une pathologie schizophrénique et celui d'un trouble délirant comme nous explique le Pr Perrine Brazo : « *Ni la nature des molécules, ni leur posologie ne permettent de distinguer la réactivité thérapeutique des délires chroniques par rapport aux schizophrénies. Les recommandations et les schémas de prescriptions sont globalement les mêmes. » (Brazo, 2019).*

Toutefois, le Pr Brazo nous indique plusieurs subtilités pharmacologiques intéressantes à connaître : « *Concernant la PHC, la sensibilité aux antipsychotiques serait meilleure que dans la schizophrénie de l'adulte jeune et par rapport aux autres troubles délirants, notamment grâce à leur impact sur les hallucinations. Le vécu délirant est sensible aux antidépresseurs lorsqu'il se fait sur un mode dépressif. Concernant les délires paranoïaques, le délire des sensitifs se démarque nettement puisque le traitement repose sur les antidépresseurs et qu'une réelle rémission peut être espérée. Les délires passionnels sont en général très peu accessibles, tant aux chimiothérapies qu'à l'abord psychothérapeutique. La dangerosité potentielle des patients doit être constamment réévaluée. Concernant les paraphrénies, aucune particularité n'est à souligner. Le délire est assez peu sensible aux antipsychotiques. Ils permettent surtout d'amender les manifestations associées (comportementales, thymiques), ce qui aide au maintien de l'insertion sociale. À doses élevées, sans réduire pour autant les symptômes délirants, leurs effets secondaires peuvent entraver le quotidien, majorant le risque de désadaptation. » [Ajout du surlignage] (Brazo, 2019).*

Nous notons ainsi que la prise en charge pharmacologique diffère légèrement entre les différents types de délire. En revanche, nous verrons que cette différence nous semble bien plus importante pour les psychothérapies qui sont complémentaires aux pharmacothérapies. Notre avis est qu'il est nécessaire de persévérer à différencier les entités cliniques du délire psychotique afin de mieux articuler le choix et la réalisation de ces prises en charges. Tout cela en développant la recherche ciblée sur leurs spécificités.

« D'ailleurs, ce souci ne vise pas à multiplier les espèces morbides, mais à pouvoir analyser au plus près les singularités de chaque sujet délirant chronique, dans la mesure où la prise en charge efficace dépend d'un diagnostic juste. » (Lantéri-Laura et Tevissen, 1996).

III. Les délires psychotiques : considérations actuelles

A. *Le délire : une entité transnosographique*

Comme nous l'avons vu au sein des chapitres précédents et en particulier lors de nos réflexions sur l'évolution nosographique, la psychiatrie à partir du XIX^{ème} siècle considère le délire comme le symptôme principal d'un processus pathologique unique appelé l'aliénation mentale. La prise en considération du délire est donc centrale au sein des premières classifications, puis la symptomatologie délirante laisse la place à d'autres symptômes et syndromes, comme les fluctuations thymiques et la désorganisation. Le délire garde sa centralité au sein de la catégorie diagnostique des délires paranoïaques (ou trouble délirant), mais son importance et ses limites sont contestées au sein des autres catégories des troubles psychotiques.

Au sein des nosographies psychiatriques actuelles, les idées délirantes se retrouvent dans de multiples troubles et maladies, d'origine autant psychiques, qu'organiques ou encore toxiques. Dans tous ces cas de symptomatologie délirante exprimée en dehors d'un trouble psychotique, les idées délirantes sont le plus souvent transitoires. Elles disparaissent avec la résolution de l'étiologie organique, l'élimination de la substance toxique, la fin de la période de sevrage, ou encore la rémission de l'épisode thymique aigu. La prise en charge de ces délires passe donc principalement par le traitement de la cause. C'est pourquoi, il nous a semblé plus pertinent de développer la question des prises en charge psychothérapeutiques des idées délirantes dans le cadre des troubles psychotiques uniquement.

1. Le délire au sein des maladies organiques

Les idées délirantes sont présentes comme le symptôme d'un nombre important de maladies organiques. On peut citer ici de manière non exhaustive des étiologies neurologiques comme les tumeurs cérébrales, l'épilepsie temporale, le neuro-lupus. En ce qui concerne les étiologies infectieuses, on peut citer la méningo-encéphalite herpétique, le neuropaludisme, la neurosyphilis, la neuroborreliose. Sur les plans métabolique et endocrinien, le délire peut être la manifestation d'un trouble hydroélectrolytique, d'hypo ou hypercorticisme. Des éclosions de délires spécifiques, à

thématique de persécutions, se retrouvent dans l'infection au VIH, dans les accidents vasculaires cérébraux, et dans les suites de transplantations d'organes. (Keshavan et Kaneko, 2013).

Des études sur la présente pandémie au COVID-19 indiquent que cette infection peut avoir des liens avec le déclenchement de délires paranoïaques (Kozato et al., 2021) et le déclenchement de troubles psychotiques brefs (Smith et al, 2020).

Les troubles neurocognitifs majeurs (anciennement dénommé « démences ») peuvent fréquemment présenter aussi des manifestations psychotiques. Ces manifestations sont regroupées dans ce qu'on nomme les symptômes « psycho-comportementaux » de la démence. Chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer, les idées délirantes sont classiquement de deux types : des idées de persécution et des « *perturbations de l'identification* ». Ces perturbations de l'identification sont définies comme : « *interprétation erronée généralement en lien avec les altérations mnésiques et sensorielles, entraînant des convictions délirantes que le patient se fait voler des objets, qu'il occupe un domicile qui n'est pas le sien, qu'une autre personne habite chez lui* ». (CNUP, 2021).

2. Le délire des pharmacopsychoses et le delirium tremens

Au XIXème siècle, Moreau de Tours a réalisé des études sur le délire et le haschich. Il établissait un lien fort entre l'effet de cette substance et l'apparition chez lui et ses élèves d'idées délirantes. Aujourd'hui, tout un panel de substances psychoactives a été reconnu comme pourvoyeur d'idées délirantes, au rang desquelles le cannabis déjà cité, ainsi que la cocaïne induisant des épisodes délirants aigus et de la paranoïa, les amphétamines induisant des symptômes psychotiques transitoires, les opiacés induisant des troubles délirants, les hallucinogènes (LSD...), etc... (Keshavan et Kaneko, 2013).

Le Délirium Tremens est une manifestation délirante particulière, qualifiée de « délire confusonoirique », venant compliquer un syndrome de sevrage à l'alcool et pouvant entraîner des réactions de peur grave chez le patient avec risque de fugue ou d'agressivité. C'est un état de confusion agitée et délirante, avec un délire onirique vécu de manière intense, des hallucinations surtout visuelles avec spécifiquement des zoopsies ou un vécu de scène d'agression. Tous ces symptômes sont associés à un ensemble de signes physiques que l'on évalue régulièrement à l'aide de la grille de Cushman. (CNUP, 2021).

3. Le délire des troubles thymiques

Dans les pathologies psychiatriques, le délire n'est pas seulement présent dans les troubles psychotiques, mais également dans les troubles de l'humeur, sous le terme de « caractéristiques psychotiques », souvent synonyme de sévérité. Des liens étroits existent entre les troubles psychotiques et les troubles bipolaires, autrefois nommés « psychoses maniacodépressives ». On retrouve cette sémiologie commune au sein du « trouble schizo-affectif », individualisé au départ par le psychiatre américain Jacob Kasanin en 1933 sous le terme de « psychose schizo-affective » (Kasanin, 1933). La place de ce trouble, entre trouble psychotique et trouble thymique reste actuellement débattue. Certains auteurs évoquent un continuum entre les troubles thymiques et schizophréniques, faisant écho à l'héritage du concept de la psychose unique déjà évoquée (Demily, 2007). Cela nous renvoie également aux questionnements sur la part cognitive et la part affective lors de l'apparition du délire psychotique.

Dans le cas des épisodes thymiques, on spécifie si les idées délirantes sont congruentes ou non à l'humeur, sous-entendant que l'humeur influence le thème du délire. Quand les idées délirantes sont non congruentes à l'humeur, cela amène le questionnement d'un diagnostic de trouble psychotique sous-jacent à cet épisode thymique. Lors d'un épisode maniaque, les idées délirantes apparaissent dans la moitié des cas, avec la mégalomanie comme principal thème congruent à l'humeur, avec des mécanismes le plus souvent imaginatif et interprétatif. Les épisodes dépressifs avec caractéristiques psychotiques étaient autrefois appelés « dépression psychotique » ou « mélancolie délirante ». Lors de ces épisodes dépressifs, les thématiques des idées délirantes congruentes à l'humeur sont le plus souvent des idées de ruine, d'incapacité, de maladie, de mort, d'indignité, de culpabilité, d'autodévalorisation, et de dépréciation de soi. Le syndrome de Cotard ou de négation d'organes est une forme clinique particulière qui associe des idées délirantes de négation d'organes, de négation du temps (ou délire de damnation et d'immortalité) ou de négation du monde (rien n'existe plus) (CNUP, 2021).

4. Le délire et les troubles de personnalité

La question d'un continuum entre trouble de personnalité et délire psychotique a déjà été évoqué précédemment, en particulier dans les débats apparus durant l'entre-deux-guerres. La personnalité sensitive décrite par Kretschmer ne fait pas partie des classifications actuelles des troubles de la personnalité. Actuellement, ce sont les troubles de personnalités appartenant au cluster A -

paranoïaque, schizoïde et schizotypique - qui font état d'un lien particulier avec les troubles psychotiques, en tant que facteur de risque ou de potentielle phase prodromale.

Concernant le trouble de personnalité paranoïaque, caractérisé par une méfiance envahissante et injustifiée à l'égard d'autrui, une difficulté à faire confiance à autrui, une rigidité, et une faible expression émotionnelle, le manuel actuel du collège de psychiatrie mentionne : « *L'apparition d'un trouble délirant persistant peut classiquement compliquer l'évolution – avec une inflation des interprétations et la construction d'idées délirantes qui s'accroissent au fil du temps.* » (CNUP, 2021). L'idée d'un continuum entre personnalité paranoïaque et délire paranoïaque est donc importante.

Dans le cas du trouble de personnalité schizoïde, caractérisé par une tendance à l'isolement, une absence d'intérêt pour autrui et les relations sociales, ainsi qu'une certaine froideur affective, c'est plutôt le risque d'évolution vers une schizophrénie qui est le plus important. « *On peut se la représenter comme une forme de schizophrénie à minima où le syndrome négatif prédominerait.* » (CNUP, 2021).

Enfin, le trouble de personnalité schizotypique est caractérisé par une inadéquation des affects et des relations sociales pauvres. Il existe aussi une productivité psychique importante avec possiblement des croyances bizarres qualifiées de « *distorsion cognitives* », des perceptions inhabituelles, un comportement singulier, une anxiété sociale, une méfiance, et des intérêts originaux (ésotérisme, science-fiction, ...). Ce trouble peut décompenser vers une « *symptomatologie psychotique transitoire, qui est souvent une aggravation des distorsions cognitives préexistantes.* » ou évoluer vers une schizophrénie (CNUP, 2021). C'est ainsi que ce trouble de personnalité schizotypique se retrouve actuellement classé dans les troubles psychotiques comme nous l'avons vu.

5. Le délire et l'anxiété

On retrouve aussi cette idée de continuum dans les recherches cliniques actuelles du professeur Daniel Freeman du King's college de Londres. Dans son livre, écrit avec son frère et adressé au grand public, ils étudient la paranoïa qu'ils définissent simplement comme : « the unfounded belief that someone is out to hurt us » (la croyance infondée/irréaliste que les autres veulent nous faire du mal). (Freeman et Freeman, 2008). Freeman regroupe donc sous le terme de paranoïa tout type de délire à thématique persécutive et explique qu'environ un quart de la population d'Angleterre ont des pensées paranoïaques régulières. Pour éviter toute confusion, il explique que la paranoïa est la supposition que l'autre veut nous faire délibérément du mal. Cela différencie la paranoïa de la timidité ou de l'anxiété sociale, où il y a plutôt un sentiment de dévalorisation par rapport aux autres. Cela la différencie aussi

du syndrome de stress post-traumatique qui fait suite à un traumatisme grave et conduit à une forme d'anxiété délirante face à tout ce qui rappelle l'évènement traumatique. Elle est également différenciée des théories du complot, qui pour la plupart ne sont pas dirigées contre soi.

Freeman met donc en évidence une prévalence élevée d'idées délirantes de persécution, évoluant le plus souvent à bas bruit, sans retentissement fonctionnel franc pour la plupart, avec une sorte de gradation. Ces chiffres sont très supérieurs au 1 à 2% de patients diagnostiqués avec un trouble psychotique. *« Certaines personnes, en particulier celles atteintes de maladies mentales graves, trouvent leurs pensées paranoïaques très pénibles. Cela est particulièrement vrai des scénarios dans lesquels le persécuteur imaginaire est considéré comme extrêmement puissant. Si elle devient incontrôlable, la paranoïa peut amener les gens à se replier sur eux-mêmes et avoir de gros problèmes pour vivre normalement. Mais bien plus d'entre nous sont capables d'accepter très bien des idées paranoïaques occasionnelles... »* [Traduction personnelle] (Freeman et Freeman, 2008).

Des études scientifiques vont dans ce sens de continuum du délire psychotique, comme cette méta-analyse conduite par une équipe des Pays-Bas : *« Ainsi, de nombreuses études épidémiologiques ont montré qu'une partie de la population peut avoir des croyances délirantes sans que cela n'interfère avec leur fonctionnement quotidien ou ne provoque de la détresse. Ces travaux mettent en évidence que les croyances délirantes varient sur un continuum entre le normal et le pathologique. »* (Van Os, 2009).

Dans son ouvrage, Freeman relève dans nos pays un paradoxe : les chiffres de la violence sont plutôt stables voir légèrement en baisse ces dernières décennies, alors que les chiffres de la paranoïa sont eux en augmentation constante. Il décrit en particulier la tendance à la paranoïa chez les parents : *« En fait, malgré toute notre vigilance parentale, le nombre d'enfants assassinés au Royaume-Uni est resté à peu près constant au cours des 30 dernières années, autour de 60 à 80 par an. Dans la plupart de ces cas, un parent est le principal suspect [...] Nous avons plus peur des événements qui ne se produiront presque certainement pas (enlèvement) que des choses qui se produiront très probablement (obésité). »* [Traduction personnelle] (Freeman et Freeman, 2008).

Freeman note également un lien entre paranoïa et influence sociétal. En effet les thèmes de la paranoïa évoluent selon les époques et les cultures : des sorcières du début du siècle aux terroristes et pédophiles actuels. Dans d'autres pays comme le Japon où règne une culture de la honte, on retrouve plutôt la paranoïa qui serait liée à la peur de la calomnie. *« Chaque époque a ses croque-mitaines ».*



Figure 1 : La hiérarchie de la paranoïa

Avec cette pyramide (*figure 1*) qu'il présente dans son livre, Freeman propose une gradation des idées de persécutions. Le bas de la pyramide concerne des pensées et sentiments que l'on retrouve classiquement chez les patients souffrant d'anxiété. Puis la pyramide monte jusqu'à des idées de fort préjudice dirigé contre soi, plus communes aux patients souffrants du délire psychotique de persécution. Comme nous le verrons, cette pyramide est utilisée dans les programmes d'éducation thérapeutique. Freeman relève donc un continuum entre l'anxiété et la paranoïa :

« L'anxiété, en particulier, est intimement liée à la paranoïa. En fait, si vous savez à quel point quelqu'un est anxieux, vous serez en mesure de deviner assez précisément son niveau de méfiance – une association qui semble moins surprenante lorsque vous réalisez que la paranoïa est essentiellement une forme d'anxiété. Les deux concernent l'anticipation du danger. Dans le cas de la paranoïa, ce danger est considéré (bien qu'à tort) comme venant d'autres personnes. Et tout comme l'anxiété se nourrit de l'inquiétude, la paranoïa aussi. L'inquiétude nous fait nous attarder sur nos peurs, les magnifie et les enracine... Nos pensées suspectes ne sont qu'un prolongement de nos angoisses. »

[Traduction personnelle] (Freeman et Freeman, 2008).

Freeman relève également un lien entre anxiété et schizophrénie : « *Il est ressorti de l'examen des registres tenus par les enseignants que les enfants les plus anxieux à 15 ans étaient ceux qui risquaient le plus de développer ultérieurement une schizophrénie. Et lorsque les enfants ont été évalués à l'âge de 13 ans, ce sont ceux qui avaient les niveaux les plus élevés d'anxiété sociale qui étaient les plus susceptibles de développer la maladie plus tard.* » [Traduction personnelle] (Freeman et Freeman, 2008). Ce paradigme vient contredire les catégorisations nettes, la séparation franche entre névrose et psychose, et l'idée de l'incompréhensibilité du délire et de la psychose défendue par exemple par Karl Jaspers (Jaspers, 1913).

Les études du Pr Freeman et de son équipe semblent se limiter aux idées de persécution. Pour les autres thématiques du trouble délirant ou pour les idées délirantes schizophréniques, nous ne savons pas si un tel continuum pourrait être décrit. Nous pourrions supposer par extension, qu'un délire de jalousie pourrait être la phase ultime d'un continuum partant de la jalousie « normale » que l'on retrouverait fréquemment en population générale, qu'un délire érotomaniaque pourrait être la phase ultime d'un continuum qui débiterait avec de vagues impressions d'être aimé par un autre, qu'un délire mégalomaniaque pourrait être la phase ultime d'un continuum qui débiterait par des idées narcissiques ou un sentiment de réussite, etc...

Ce concept de continuum est utilisé en réhabilitation psychosociale, en thérapie cognitivo-comportementale, et en psychoéducation individuelle et familiale. Cela favorise la déstigmatisation des malades souffrant de troubles psychotiques, ce que nous développerons au sein du chapitre sur les approches cognitives. Le fait de pouvoir s'identifier, dans une moindre mesure, aux symptômes ressentis et exprimés dans les troubles psychotiques, pourrait permettre de mieux comprendre le vécu de ces personnes, afin de diminuer le sentiment d'étrangeté vécue potentiellement face au délire. Ceci pourrait mener à davantage d'empathie envers ces patients, à la reconnaissance de nos propres fragilités psychiques et de nos expériences communes - à différentes échelles - face aux idées délirantes.

C'est ce que nous explique le guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques (TCCp) du CHU de Montréal :

« La TCCp se distingue également par sa conception de la psychose et des phénomènes associés, vus sur un continuum. Cette position se base sur l'observation que bien souvent, les symptômes reflètent l'exacerbation de processus psychologiques, comportementaux ou perceptuels présents bien avant l'atteinte fonctionnelle caractéristique des troubles diagnostiqués. De plus, plusieurs expériences du spectre psychotique sont retrouvées dans la population générale. Par exemple, une personne non

atteinte de trouble psychotique peut présenter des hallucinations ou de la paranoïa dans un contexte de privation de sommeil. Cette vision de la psychose plus normalisante a d'importantes implications dans le processus thérapeutique. » (Paquette Houde et al, 2018).

B. Spécificités des délires psychotiques

1. Epidémiologie

a) Âge et évolution

De l'enfant à la personne âgée, le délire psychotique se retrouve à tout âge. La BDA et la schizophrénie apparaissent plutôt chez l'adolescent et le jeune adulte, alors que le trouble délirant apparaît plutôt après 40 ans. L'évolution est aussi différente, variable dans le temps pour la schizophrénie où le délire peut se majorer avec les décompensations et s'atténuer voire disparaître lors des phases de rémission. Avec l'âge, le délire a tendance à s'atténuer alors que la schizophrénie peut évoluer vers des troubles cognitifs importants. Pour le trouble délirant, le délire présente souvent une ou plusieurs phases culminantes avec un possible risque de passage à l'acte. Un apaisement du délire est possible après quelques années de prise en charge (Kapsambelis, 2012). En ce qui concerne les troubles de personnalités schizotypiques et paranoïaques associées à des idées délirantes atténuées, le diagnostic peut se poser à partir de 18 ans et les symptômes gardent une certaine stabilité durant la vie entière du patient.

b) Genre

Le délire varie-t'il selon le genre ? C'est ce que deux chercheurs de Barcelone et de Toronto ont étudiés, en particulier dans la prise en charge des délires paranoïaques. Mais en examinant les résultats d'études dans le monde entier, ils n'ont rapporté aucune différence de signification entre les hommes et les femmes dans le contenu de leurs délires. Ils notent cependant des exceptions : le « *délire de grossesse* » et le « *déni de grossesse délirant* » pour les femmes, le « *délire de Koro* » pour les hommes qui correspond à un délire de rétrécissement des organes génitaux observé surtout dans les pays asiatiques. (González-Rodríguez et Seeman, 2020).

En ce qui concerne le délire paranoïde de la schizophrénie, nous n'avons malheureusement pas trouvé de données concernant les potentiels différences de délire selon le genre des jeunes patients atteint de schizophrénie.

Ces chercheurs nous partagent certaines des nombreuses questions qui persistent à ce jour : « *Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et on ne sait pas encore exactement ce que la vieillesse et les deuils font de la sévérité des délires. Qu'arrive-t-il, par exemple, aux délires somatiques lorsqu'une maladie somatique grave s'installe avec l'âge ? Qu'arrive-t-il à la jalousie délirante de son conjoint lorsque celui-ci meurt ? Ce sont des questions encore sans réponse.* » (González-Rodríguez et Seeman, 2020).

2. Caractéristiques

En dehors des classifications, les psychiatres s'accordent pour caractériser les délires selon cinq précisions particulières : leur thème, leur mécanisme, leur systématisation, l'adhésion aux idées délirantes et leur sectorisation. Sans aboutir systématiquement à une catégorisation nosographique, cela permet toutefois d'enrichir la compréhension du délire du patient. Nous allons revenir en détail sur chacune de ces cinq caractéristiques.

a) **Thème**

Le thème correspond au sujet principal des idées délirantes. Pour le délire paranoïde de la schizophrénie et les BDA, les thèmes sont multiples et hétérogènes, et deux ou trois thèmes peuvent alterner ou coexister. Les thèmes de persécution, de référence, de grandeur, mystique et somatique sont les plus fréquemment retrouvés (CNUP, 2021).

Au sein du trouble délirant, les thèmes sont bien souvent uniques et stables dans le temps. Comme nous l'avons vu, le DSM-V décrit cinq sous-types de trouble délirant en fonction du thème du syndrome délirant : érotomaniaque, de jalousie, mégalomaniaque, de persécution, et somatique.

Le Pr Kapsambelis nous partage des informations complémentaires : « *Paul-Claude Racamier, grand psychiatre et psychanalyste de la deuxième moitié du XXe siècle, disait que les paranoïaques s'intéressent plutôt à la société et aux relations interhumaines, le plus souvent sous forme d'idées délirantes de persécution, alors que le patient schizophrène est plutôt attiré par l'univers et le cosmos.*

De même, les idées de grandeur (thèmes de surestimation de soi, de richesse, de toute-puissance, de filiation grandiose, d'énormité, souvent regroupés sous la notion générique de mégalomanie) sont plus souvent rencontrées chez les personnes schizophrènes, ou alors développés au cours d'états maniaques lorsque ces dernières sont aussi délirantes [...] – Les idées relatives à l'amour et à la sexualité se présentent sous trois aspects. Les deux premiers, l'érotomanie et les idées délirantes de jalousie, caractérisent souvent des formes de paranoïas, et donnent lieu à un délire qui évolue au long cours, s'enrichissant progressivement d'incidents et autres évènements significatifs, sans fondamentalement dévier de sa thématique unique. » (Kapsambelis, 2020).

b) Mécanisme

Le mécanisme de l'idée délirante correspond au processus par lequel l'idée délirante s'établit et se construit. Il existe quatre types de mécanismes à l'origine des idées délirantes :

- Le mécanisme interprétatif ou distorsions du jugement : les perceptions du sujet sont saines mais ses jugements portés sont faux.
- Les mécanismes d'altérations des perceptions comprennent les illusions (perceptions déformées ou dénaturées d'objets réels) et les hallucinations (perceptions en absence de stimulus extérieurs).
- Le mécanisme intuitif : le sujet est convaincu sans aucune preuve logique ou perceptive.
- Le mécanisme imaginatif : proliférations imaginatives, proches de la fabulation.

L'automatisme mental de De Clérembault a une place à part dans les mécanismes des délires. Il est décrit comme une perte d'intimité psychique avec des idées d'influences dont découlent de nombreuses manifestations. Il est quasiment exclusif aux schizophrénies. (CNUP, 2021)

A nouveau, plusieurs mécanismes peuvent classiquement coexister dans un délire paranoïde, avec une place importante aux hallucinations et à l'automatisme mental. Selon Kapsambelis, le mécanisme imaginatif a aussi une place particulière dans certaines schizophrénies :

« Les proliférations imaginaires (fabulation) infiltrent la plupart des psychoses, mais caractérisent surtout certaines schizophrénies au long cours : le sujet réorganise son existence autour d'un vaste délire (par exemple de filiation grandiose, de telle descendance royale ou d'un rapport particulier avec Dieu, le cosmos, les forces de la nature...). » (Kapsambelis, 2020).

Un seul mécanisme prévaut classiquement pour les troubles délirants, en particulier le mécanisme interprétatif. D'ailleurs cette différenciation par mécanisme était importante dans la classification des délires, qu'ils soient paranoïdes, paranoïaques et paraphréniques, que ce soient des épisodes aigus ou évoluant au long cours.

« On constate l'ensemble de ces mécanismes générateurs de délire dans les épisodes psychotiques aigus ou les moments de crise et de rechute des schizophrénies. En revanche, avec le temps, la plupart des psychoses chroniques ont tendance à utiliser un mécanisme unique de délire (ou deux). L'automatisme mental, la xénopathie, les hallucinations caractérisent surtout les schizophrénies. Les paranoïas sont quant à elles marquées par la prévalence des mécanismes interprétatifs. » (Kapsambelis, 2020).

c) Degré de systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes. Dans la schizophrénie, on retrouve dans la majorité des cas des idées délirantes non systématisées, floues, incohérentes, les thèmes s'enchaînant sans lien logique. Ceci s'oppose au trouble délirant au cours duquel les idées délirantes sont généralement systématisées. La cohérence de leur organisation donne une certaine logique à la production délirante, d'où le fait qu'il soit parfois nommé « délire chronique systématisé ».

d) Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes, qui correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable et évolutive. Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite « totale ». Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer ses idées délirantes. Cette adhésion est souvent forte voire totale dans les troubles délirants entraînant des possibilités très limitées de modification ou de « recul critique ». Dans la schizophrénie, elle est beaucoup plus variable, le délire étant souvent traité avec une sorte de « détachement ». Pour les BDA, cette adhésion est alternante, *« une adhésion massive au délire peut alterner avec des phases de suggestibilité ou de doute, en fonction des réponses de l'interlocuteur »*. (Kapsambelis, 2020).

L'adhésion au délire se distingue de l'insight, qui est la conscience que le patient a de ses troubles. En effet, le patient peut avoir conscience d'avoir des troubles psychiques pour lesquels il bénéficie d'un

suivi, mais en même temps il peut présenter une adhésion totale à son délire et par exemple croire profondément qu'il se mariera avec un auteur célèbre.

e) Sectorisation

Le délire peut concerner seulement une partie de la vie mentale du sujet sans s'étendre systématiquement à l'ensemble des domaines de sa vie (travail, relations, champs d'intérêt, ...). Ces délires qui concernent seulement un ou quelques domaines limités sont dits « en secteur ». C'est le cas des délires passionnels. En revanche, certains délires envahissent toute la vie mentale du sujet : ils sont dits « en réseau » car aucun des domaines de la vie du sujet n'est à priori exclu. C'est le cas des délires d'interprétation où tout stimuli, toute interaction dans le monde du patient est sujet à une interprétation, souvent négative à thématique de persécution. Le sujet se trouve en difficulté pour avoir accès au sentiment de vivre quelque chose par hasard, tout semble prendre un sens à ses yeux.

3. Retentissement

En raison de l'adhésion au délire qui peut être forte, et aux potentielles difficultés d'insight des patients délirants, le délire n'est que rarement au centre de la demande de soin. La plupart du temps, c'est le retentissement de ce délire sur l'humeur, le comportement, ou encore l'insertion sociale qui amène le patient à solliciter des soins. Le délire s'inscrit le plus souvent dans un ensemble de manifestations psychiatriques dont il est la cause et parfois la conséquence.

a) Impact sur l'humeur et l'anxiété

L'impact d'un syndrome délirant sur l'humeur peut être important. Humeur et délire s'influencent mutuellement. Dans les délires psychotiques, en dehors du trouble schizoaffectif, l'impact thymique est secondaire aux manifestations psychotiques.

Concernant les délires paranoïaques, une congruence et une relative stabilité thymique sont classiquement décrites. Les idées délirantes de persécution ou passionnelles ont tendance à fléchir l'humeur des patients, alors que les idées mégalomaniaques peuvent entraîner une élation ou un maintien de l'humeur. Concernant la BDA, il s'agit bien souvent de la première expérience délirante

du patient. L'imprégnation thymique et les angoisses sont majeures et peuvent être en congruence avec les idées délirantes. Concernant le délire paranoïde, c'est plutôt l'imprévisibilité et la discordance sur le plan thymique qui est la règle. C'est ce que nous explique le Pr Kapsambelis :

« Les psychoses chroniques systématisées, les accès de la maladie maniaco-dépressive lorsqu'elle s'accompagne d'idées délirantes, ainsi que les psychoses aiguës sont caractérisés par la cohérence (congruence) entre les idées délirantes et les manifestations thymiques (terreur devant des récits hallucinatoires effrayants, réactions de haine et de rivalité dans les délires de jalousie, réactions d'agressivité dans le délire de persécution, sentiment de profonde tristesse accompagnant les idées de dévalorisation et de ruine...). Seule la symptomatologie schizophrénique se caractérise par une discordance entre affects et pensées. » (Kapsambelis, 2020).

Pour ce qui est du versant anxieux, il existe souvent une forte symptomatologie anxieuse en lien avec des manifestations délirantes, surtout dans le cas d'idées délirantes de persécution. En effet, comme nous l'avons déjà vu, cela va jusqu'à poser la question d'un continuum entre anxiété et idées de persécution où ces dernières s'apparenteraient à des manifestations d'extrême anxiété. Dans tous les cas, la conviction que quelqu'un leur veuille du mal est bien souvent suivi d'un sentiment d'anxiété.

b) Impact sur le comportement

(1) Généralités sur les réactions comportementales

« Il importe pour le diagnostic, et encore davantage pour les soins, d'évaluer, et surtout de prévoir, les troubles du comportement que peuvent entraîner les idées délirantes. Les délires imaginatifs (fabulatoires) par exemple sont classiquement décrits comme dépourvus de troubles du comportement, le sujet restant en général bien adapté au plan social, familial et professionnel. À l'inverse, d'autres idées délirantes comportent un haut potentiel de dangerosité, pour le sujet lui-même ou pour autrui. C'est le cas des idées délirantes de culpabilité chez le mélancolique (risque suicidaire), ou des idées de persécution, de jalousie ou d'érotomanie dans les psychoses chroniques systématisées (risque de passage à l'acte hétéroagressif). » (Kapsambelis, 2020).

Le délire est présent dans le champ de pensée du patient, avec souvent une certaine adhésion. Ainsi, les idées délirantes ne se limitent pas seulement à la sphère de la pensée, mais elles entraînent aussi des émotions et des réactions. C'est pourquoi le délire va influencer sur le comportement du patient.

Différents types de comportements peuvent être retrouvés, principalement selon les thématiques délirantes mais aussi selon le mécanisme du délire comme nous l'explique le Pr. Kapsambelis.

Les modifications du comportement induits par les délires psychotiques peuvent se traduire par des comportements de protection : « *Les comportements de mise en sécurité (éviter, être sur nos gardes, ...)* sont une caractéristique typique de la paranoïa. En effet, lorsque nous avons récemment examiné ce problème chez 100 patients souffrant de délires de persécution, nous avons constaté que 96 d'entre eux avaient eu des comportements de mise en sécurité au cours du mois précédent » (Freeman et Freeman, 2008). Cela peut entraîner une tendance à l'isolement dans les délires de persécution où certains des proches du patient sont considérés comme des persécuteurs. Cela aura tendance à motiver des réactions d'évitement de la part du patient, mais aussi de la part du proche qui pourrait se sentir agressé par les propos et les réactions du patient. Dans les délires de revendications, les patients peuvent consacrer une partie de leur vie à ce que justice leur soit faite. Dans les délires de jalousie, on retrouve des comportements de surveillance du conjoint. Dans les délires mégalomaniaques, il existe un risque plus important de dépense excessive d'argent.

Bien entendu, un nombre important de nuances sont à garder à l'esprit. Le concept de « double comptabilité » déjà évoqué explique comment la partie délirante du patient peut cohabiter de manière simultanée avec les contraintes de la réalité. Ce caractère bien souvent inconséquent du délire fait que la réalité « délirante » du patient peut coexister avec sa réalité externe. Les patients peuvent donc délirer sans pour autant adapter leur comportement au contenu du délire.

(2) Réactions suicidaires

Les modifications de comportement peuvent également mener à des troubles du comportements graves comme l'indique le DSM : « *Les thèmes de persécution peuvent prédisposer le sujet à des gestes suicidaires, et des idées délirantes mégalomaniaques accompagnées de colère peuvent prédisposer l'individu à la violence* » (DSM IV, 1994). Les patients souffrant de troubles psychotiques font partie des patients les plus à risques de passage suicidaire. De plus, les études montrent que les idées délirantes sont associées à un comportement plus suicidaire chez les personnes atteintes de schizophrénie (Hor et Taylor, 2010). Selon cette étude de 1997, les patients atteints du sous-type paranoïde de la schizophrénie étaient huit fois plus susceptibles de mourir par suicide (12% de risque) que les patients atteints du sous-type déficitaire de la schizophrénie (1,5% de risque) (Fenton et al, 1997).

Paradoxalement, un meilleur insight des symptômes de la schizophrénie, et en particulier de leurs idées délirantes, accroît le comportement suicidaire des patients (Sher et Kahn, 2019). Il semble y avoir un lien fort entre conscience du délire, entraînant dévalorisation et désespoir, et risque de passage à l'acte suicidaire. Ce suicide par désespoir est à différencier du passage à l'acte suicidaire « délirant » où le patient se suicide pour échapper à ses persécuteurs, ou pour sauver l'humanité, comme notre médecin militaire présenté dans l'introduction.

(3) Réactions hétéroagressives et homicides

De la même façon, un lien fort est présent entre le contenu délirant et le passage à l'acte hétéroagressif, pouvant aller jusqu'à l'homicide, déjà évoqué au temps d'Esquirol avec les monomanies homicides. Au vu de la gravité et des conséquences de ces passages à l'acte, il existe un enjeu important, qui est étudié particulièrement par la médecine légale. Cet enjeu est de cerner le profil de ces auteurs d'homicide et les liens entre l'homicide et le délire. Les patients homicides et reconnus irresponsables pénalement, sont fréquemment hospitalisés dans des unités pour malades difficiles (UMD) où sont élaborées des prises en charge spécifiques. Ces homicides sont en partie responsables de la crainte de la population générale envers les patients délirants. Dans l'imaginaire collectif, le délire peut être associé à un critère de dangerosité. En effet, les études retrouvent « *1,3 à 6 fois plus de risque de passage à l'acte en cas de délire paranoïaque* » (Slootman et al, 2022). Dans la schizophrénie c'est le sous-type paranoïde qui est identifié comme le plus pourvoyeur d'homicides (Richard-Devantoy et al, 2008). Il nous semble important de préciser que « *Même si le risque de violence associé à des troubles mentaux graves est plus élevé que celui retrouvé dans la population générale, le nombre absolu d'agressions commises par les malades mentaux reste faible. 80 à 85 % des meurtriers ne sont pas des malades mentaux. L'homicide n'est pas le fait exclusif du malade mental, mais plutôt l'exception.* » (Richard-Devantoy et al, 2008).

Une étude d'un échantillon de 13 patients homicides atteints de délire paranoïaque et hospitalisés à l'UMD Henri-Colin retrouvait ces idées de persécutions, avec un ou plusieurs persécuteurs, dans la totalité des cas d'homicides. « *Les victimes ne sont cependant pas toujours les persécuteurs ciblés. Elles ont par contre toujours un lien, réel ou délirant, avec la source des persécutions. Zagury décrit une mobilité de la cible pour les délires d'interprétation, à l'opposé des délires passionnels où la cible reste fixe. Nous retrouvons cet élément dans notre échantillon : lorsque le sujet cible sa conjointe (ou ex-conjointe), celle-ci est la victime du passage à l'acte (sauf dans un cas, où l'enfant du couple est blessé par erreur). Dans d'autres cas, à l'inverse, le persécuteur initialement désigné peut ne pas être la*

victime du passage à l'acte. Ainsi, chez trois sujets de l'échantillon, le délire persécutif ciblait spécifiquement le corps médical. » (Slootman et al, 2022)

Dans le cas particulier des homicides-suicides, la personnalité paranoïaque et le délire de persécution sont particulièrement retrouvés, comme nous l'explique le criminologue Jean-Pierre Bouchard : *« Ainsi, dans l'homicide suivi du suicide de son auteur dans un délai court, les pathologies incriminées sont la dépression, une idéation paranoïaque, la jalousie, une psychose, le faible contrôle d'une impulsivité agressive, l'abus d'alcool. On retrouve ainsi les meurtres d'une famille entière suivis du suicide de l'auteur (le père le plus souvent) et les meurtres-suicides extrafamiliaux souvent le fait d'individus présentant des traits de personnalité paranoïaque pouvant être déprimés avec présence d'un délire de persécution. » (Bouchard et al, 2018)*

Ces faits d'une gravité extrême nous appellent à une clinique fine des délires chez nos patients. La meilleure prise en compte de la singularité de chaque construction délirante pourrait contribuer à anticiper de potentiels passages à l'actes graves. L'enjeu pour le thérapeute est un ajustement fin de la prise en charge face à un patient délirant, pour résister à la stigmatisation de patients qui sont, sur le plan statistique, beaucoup plus à risque de se donner la mort que de la donner.

« La question de la prévention du passage à l'acte reste ouverte, semblant devoir passer par une connaissance des éléments cliniques plus spécifiques précédemment évoqués, une vigilance devant une escalade d'agressions verbales et de passages à l'acte hétéroagressifs, ou à l'inverse devant un tarissement brutal du délire. » (Slootman et al, 2022).

c) Impact sur les fonctions cognitives

Dans les troubles psychotiques en général, les troubles cognitifs sont très fréquents. Ceci est d'autant plus vrai dans la schizophrénie où ils sont bien souvent présents avant l'apparition de la pathologie.

Aussi, pour une partie des schizophrénies, les troubles cognitifs se majorent avec l'évolution de la maladie, ce qui n'est pas sans rappeler l'évolution démentielle de la « *dementia praecox* » décrite par Kraepelin. Dans la schizophrénie, les troubles cognitifs font en grande partie le pronostic fonctionnel. La remédiation cognitive s'intéresse tout particulièrement à l'évaluation de ces troubles cognitifs puis au renforcement cognitif afin de permettre une meilleure réhabilitation et un meilleur rétablissement de ces patients (Franck, 2017).

Le trouble psychotique bref présente un meilleur fonctionnement prémorbide que la schizophrénie selon une étude réalisée à Hong Kong. Par contre, une fois que le trouble est apparu, cette même équipe indique : « [...] nous n'avons trouvé aucune différence dans les fonctions cognitives, y compris l'attention, la mémoire et la fonction exécutive, entre les patients atteints de trouble psychotique bref et les patients atteints de schizophrénie. » [Traduction personnelle] (Lee et al, 2016).

Pour le trouble délirant et les troubles de personnalité avec idées délirantes atténuées, dans la plupart des cas, les fonctions cognitives semblent généralement conservées et l'impact fonctionnel paraît plus réduit. (Kapsambelis, 2012).

Hormis ces généralités présentées, il est difficile de savoir si les troubles cognitifs sont causes ou conséquences du délire psychotique. Les approches neuropsychiatriques ont identifié un certain nombre de mécanismes cognitifs qui peuvent vraisemblablement contribuer aux délires. Mais il semble difficile à ce jour d'identifier clairement les différents liens entre délire, cognition et croyances. « Alors que des progrès ont été réalisés pour certains délires, une théorie de la croyance reste insaisissable » (Connors et Halligan, 2020).

4. Une vertu thérapeutique ?

Outre toutes les conséquences délétères supposées liées à la présence d'un délire psychotique chez le patient, de nombreux experts et auteurs posent la question du rôle thérapeutique joué par le délire.

Dans la pensée psychanalytique que nous étudierons, l'activité délirante est considérée comme permettant de lutter contre des angoisses extrêmes, d'« extérioriser des tensions internes », et d'assurer une forme d'identité au sujet (Kapsambelis, 2020).

Pour prolonger ces questionnements, nous pouvons aussi nous demander si le délire ne joue pas un rôle dans la solitude des femmes âgées présentant une PHC. C'est aussi la réflexion que présentent sous forme d'exemples les chercheurs de Barcelone et de Toronto :

« Par exemple, les patients souffrant de délires de jalousie ont tendance à observer minutieusement leur partenaire et à rechercher activement des preuves d'infidélité. C'est intensément aggravant pour le partenaire, mais la vie du patient est ainsi imprégnée d'un but. Non seulement cela mais, selon les rapports de femmes convaincues à tort des infidélités de leur mari, la jalousie enflamme le désir sexuel et l'aspect sexuel de la relation conjugale s'améliore. Un autre exemple est la grossesse délirante. Cette fausse conviction peut facilement être comprise comme la réalisation d'un souhait pour les femmes

stériles ou ménopausées. De plus, la violence physique peut souvent être évitée si l'agresseur pense que sa femme est enceinte. Un autre exemple encore est le gain secondaire inhérent à l'érotomanie, la conviction par une personne isolée et solitaire d'être aimée par quelqu'un d'important. Un thérapeute qui ne reconnaît pas le rôle joué par le délire peut avoir des conséquences tragiques. Une de nos patientes, par exemple, après un traitement avec des médicaments antipsychotiques, s'est rendu compte que sa conviction d'être aimée était irréaliste et, par conséquent, a tenté de se suicider. Le gain secondaire d'un délire particulier est généralement déterminé par la culture et sert des objectifs très différents selon les individus. » [Traduction personnelle] (González-Rodríguez et Seeman, 2020).

Comme l'illustre bien González-Rodríguez et Seeman, plusieurs approches psychothérapeutiques mettent en garde aussi contre l'abrasion d'un délire mégalomane qui peut avoir comme rôle de préserver l'estime de soi du patient et de donner un but et un sens au patient. Nous enrichissons la réponse à ces questions par le développement des différents concepts d'approches psychothérapeutiques du délire psychotique.

5. Facteurs de risque du délire psychotique

Comprendre les facteurs majorant l'apparition de délires psychotiques permet souvent d'entrevoir des leviers de prévention voir d'action. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé d'études identifiant les facteurs de risques spécifiques au délire psychotique. Pour la schizophrénie, le modèle étiologique actuel repose sur l'interaction de facteurs environnementaux et de facteurs génétiques : « *certaines concernent la vie fœtale : les complications périnatales, notamment l'hypoxie, la famine, le déficit en folates fœtaux et maternels, les infections, le stress, l'âge paternel. D'autres se situent dans l'enfance ou l'adolescence, tels que les abus ou les négligences, la consommation de cannabis, la migration et les événements de vie stressants. [...] À côté des facteurs individuels, il existe des facteurs environnementaux dits contextuels, tels que la naissance et le développement entre 5 et 15 ans en milieu urbain, la naissance en hiver ou au printemps.* » (Tournier, 2019).

Pour les troubles délirants, les facteurs de risque associés à l'apparition du trouble sont l'âge avancé, les déficits sensoriels, les antécédents familiaux de troubles délirants, les troubles de personnalité, l'immigration et l'isolement social. (CNUP, 2021).

Le Pr. Freeman, dans son livre à propos de la paranoïa, mentionne l'urbanisation, l'isolement social, la migration, la consommation de cannabis, l'instabilité des emplois et les événements traumatiques. (Freeman et Freeman, 2008).

Au vu de ces informations et des études trouvées, nous avons mis en évidence quatre facteurs de risques de tout type de délires psychotiques : l'isolement social, le cannabis, la migration et la discrimination, et les traumatismes psychiques.

a) Isolement social versus présence d'autrui

Il est toujours difficile de comprendre avec certitude comment agit l'isolement social. Dans de nombreuses études, l'isolement ne semble pas seulement être une conséquence des troubles psychiatriques en général, et délirants en particulier, mais aussi être une cause de ces troubles. Gayer-Anderson et Morgan ont postulé pour un cycle d'auto-préservation de la psychose et de la solitude et ont mis en évidence l'antériorité des difficultés sociales vis-à-vis de l'apparition d'un trouble psychotique (Gayer-Anderson et Morgan, 2013). Toutefois ces résultats sont encore débattus, d'autres études évoquant parfois des résultats contradictoires, comme celle de Badcock et de ses collègues qui ont rapporté des données sur 12 symptômes spécifiques, dont les délires, les hallucinations, les troubles de la pensée, la passivité, etc... Ils n'ont trouvé de corrélations significatives avec la solitude que pour deux d'entre eux : troubles de la pensée et perte de plaisir. Ils n'ont donc pas établi un lien significatif entre délire et solitude. (Badcock et al, 2015).

D'un autre côté, une étude de 2001 sur 48 patients diagnostiqués porteur d'un trouble schizophrénique, a mis en évidence que la présence d'autrui était un facteur protecteur vis-à-vis du délire : « *La présence de membres de la famille ou de connaissances diminuait le risque d'expérimenter un moment délirant, alors que la diminution des activités augmentait ce risque.* » [Traduction personnelle] (Myin-Germeys et al, 2001).

b) Cannabis

Il existe un lien fort entre la consommation de cannabis et le délire psychotique. Comme précédemment évoqué au sein de notre étude historique avec Moreau de Tours, la consommation aiguë de cannabis peut entraîner l'apparition d'un délire (Moreau de Tours, 1845). De plus, une étude menée auprès de 50 000 patients masculins a décrit que les jeunes qui fumaient du cannabis finissaient par être deux fois plus nombreux à se voir diagnostiquer une maladie mentale telle que la schizophrénie (Andréasson et al, 1987). L'apparition d'anxiété, de fléchissement thymique, d'hallucinations et d'idées de persécution est largement décrite avec la prise chronique de cannabis,

et une consommation excessive de cannabinoïdes peut provoquer une « *zoopathie délirante* » (Kancherla et al, 2021).

Toutefois, il est toujours difficile de mesurer l'action précise du cannabis sur le délire ; s'il est causal, facteur déclencheur, facteur de risque, ou facteur de maintien.

c) Migration et discrimination

Une méta-analyse française réalisée sur le CHS du Vinatier à Lyon a étudié les liens entre le statut de migrant, la position de minorité ethnique et l'apparition de symptôme délirant : « *Nous avons trouvé une association significative entre le statut de migrant et les symptômes délirants (OR 1,47, IC à 95 % 1,33-1,62).* » [Traduction personnelle] (Leaune et al, 2018).

La migration, étant constamment en augmentation depuis vingt ans, le Pr Freeman fait un lien entre le fait d'arriver dans un pays sans ses repères, avec la difficulté d'intégration due aux préjugés et aux rejets des autochtones. Tout cela favoriserait l'apparition et la majoration des idées paranoïaques (Freeman et Freeman, 2008).

Plus globalement, un lien a été mis en évidence par plusieurs études entre discrimination et idées délirantes. Une étude longitudinale et prospective faite sur une durée de trois ans concluait que le taux d'incidence des idéations délirantes était de 0.5% pour les individus ne signalant pas de discrimination, 0.9% pour ceux rapportant des expériences de discrimination dans un seul domaine (genre, religion, origines...) et de 2.7% pour ceux en rapportant dans plus d'un domaine. Les auteurs interprétaient ces résultats comme évoluant selon un effet « dose-réponse » (Janssen et al, 2003).

d) Traumatismes

L'impact des traumatismes psychiques de l'enfance sur la survenue de troubles psychiatriques en particulier psychotiques a été beaucoup étudié. Par exemple, une méta-analyse a trouvé des corrélations entre les traumatismes subis pendant l'enfance et les hallucinations et les délires dans les groupes atteints de troubles psychotiques, bien que la force de l'association est faible à modérée (Bailey et al, 2018).

De nombreuses études cherchent à montrer le lien entre intrusions post-traumatiques, hallucinations et délires. Une étude sur 66 personnes présentant un premier épisode psychotique montre que 53%

de ces personnes ont subi un traumatisme dans l'enfance et 27% sont diagnostiquées porteuses d'un trouble de stress post-traumatique. De plus, ces liens deviennent plus importants avec la sévérité plus grande des délires. Cette étude conclut : « *Ces résultats soutiennent les modèles cognitifs qui impliquent les intrusions post-traumatiques dans l'étiologie des hallucinations, et les intrusions post-traumatiques et les croyances liées au traumatisme dans l'étiologie du délire. Les résultats suggèrent que le traumatisme et le trouble de stress post-traumatique, y compris les croyances liées au traumatisme, devraient être pris en compte dans l'évaluation et le traitement des personnes atteintes de psychose précoce.* » [Traduction personnelle] (Peach et al, 2018).

6. Echelles d'évaluations des délires psychotiques

« *Les outils d'évaluation standardisés (ou échelles) sont nécessaires aussi bien en pratique clinique qu'en recherche. En pratique clinique, ils nous permettent de quantifier l'intensité des symptômes, mais surtout d'apprécier leur évolution avec une approche plus objective. En recherche, ils sont incontournables dans les essais thérapeutiques car ils donnent un cadre standard pour la définition des symptômes et leur quantification et permettent à différents cliniciens de cultures différentes d'évaluer de manière similaire tels ou tels symptômes [...] Dans le domaine des troubles schizophréniques, on distingue les échelles multidimensionnelles, qui permettent d'évaluer les différentes dimensions spécifiques et non spécifiques, et les échelles unidimensionnelles qui évaluent une seule dimension.* » (Tréhout et Dollfus, 2019).

Dans le cas des délires psychotiques, plusieurs échelles sont utilisées pour mesurer leur présence, leur nature, et leur sévérité. La présence d'autres symptômes psychotiques et le défaut d'insight fréquent rendent leur évaluation complexe.

a) PANSS positive

L'échelle de symptômes positifs et négatifs PANSS (*Annexe 1*) est une échelle d'hétéroévaluation de la symptomatologie globale du trouble psychotique composée de 30 items : 7 pour les symptômes positifs (P1-7), 7 pour les symptômes négatifs (N1-7) et 16 pour la symptomatologie générale (G1-16). Chaque symptôme est mesuré sur une échelle à 7 d'intensité de 1 (Absente) à 7 (Extrême). Un sous-score positif et négatif peut donc être obtenu par sommation des scores de chacun des sept items.

Concernant l'évaluation du délire, l'item P1 cote les idées délirantes qu'il définit comme des « *croyances non fondées, irréalistes et idiosyncrasiques* ». La cotation de cet item prend en compte le contenu de la pensée exprimé lors de l'entrevue et son influence sur les relations sociales et les comportements. L'item P5 cote les idées de grandeur, définies comme « *opinion de soi exagérée et convictions irréalistes de supériorité, incluant des idées délirantes d'aptitudes extraordinaires, de richesse, de connaissance, de renommée, de puissance et de rectitude morale.* » La cotation se base sur le contenu de la pensée exprimé durant l'entrevue et son influence sur le comportement. Enfin, l'item P6 cote la méfiance et persécution : « *Idées de persécution irréalistes ou exagérées, telles que reflétées par une attitude réservée ou méfiance, une hypervigilance suspicieuse ou des idées délirantes franches que les autres veulent lui causer du tort* ». De même que pour les idées de grandeur, la cotation se base sur le contenu de la pensée exprimé durant l'entrevue et son influence sur le comportement.

Pour permettre l'obtention d'une très bonne fidélité inter-juges, il existe un manuel de cotation avec une définition très précise des items et de leur quantification, et il existe un modèle d'entretien semi-structuré (SCI-PANSS). Aussi, un entretien semi-structuré destiné aux proches pour l'évaluation de certains items est aussi disponible. L'échelle présente par ailleurs une bonne consistance interne et a été traduite en français par Lépine en 1989. (Tréhout et Dollfus, 2019).

b) PSYRATS

L'échelle de cotation des symptômes psychotiques PSYRATS (Annexe 2) est une échelle d'hétéroévaluation centrée sur la mesure des hallucinations verbales et des idées délirantes, de façon plus détaillée que pour la PANSS. Elle comporte 17 items : 11 évaluant les dimensions hallucinatoires auditives, et 6 évaluant les idées délirantes. Chaque item est coté de 0 (absent) à 4 (sévère).

Les délires sont donc évalués par la cotation de la fréquence et de la durée des moments de préoccupation avec les idées délirantes, d'un pourcentage de conviction, du degré et de l'intensité de la détresse engendrée, et de l'impact sur la vie (relations sociales, capacités cognitives, soins personnels et hospitalisations).

Ses qualités psychométriques indiquent une bonne cohérence interne, une sensibilité aux changements, de bonnes corrélations avec d'autres mesures des symptômes, une bonne fidélité inter-juges et un bon test-retest. Elle est traduite et validée en français. (Favrod et al, 2012).

c) BPRS

L'échelle de cotation psychiatrique brève BPRS (*Annexe 3*) est une échelle d'hétéroévaluation plus globale des symptômes psychiatriques. Elle est constituée de 24 items passés lors d'un entretien semi-structuré. Chaque symptôme est mesuré sur une échelle à 7 points de sévérité. Largement utilisée dans les essais thérapeutiques, elle a été supplantée par la PANSS à partir des années 1990.

Trois items concernent spécifiquement les idées délirantes. L'item 8 cote la mégalomanie, définit comme : « *Surestimation de soi-même, conviction d'avoir des capacités ou pouvoirs spéciaux ou identification à quelqu'un de riche ou de célèbre.* » Contrairement à la PANSS, sa cotation se base que sur les dires du patient et non son comportement. L'item 9 cote la suspicion : « *Méfiance exprimée ou apparente qu'autrui agi malicieusement ou avec une intention discriminatoire. Inclut la persécution par une force surnaturelle ou autre force non-humaine (par. ex. le diable)* ». Enfin l'item 11 cote les pensées inhabituelles : « *Idées insolites, singulières, étranges ou bizarres.* » La cotation se base sur le degré d'étrangeté, en le différenciant du degré de désorganisation du langage. La cotation inclut les pensées imposées, le vol de la pensée et l'émission de la pensée. Elle inclut également les idées délirantes de grandeur, somatiques et de persécution même si elles ont été cotées sous d'autres rubriques. (Hardrick et Favrod, 1992).

d) SAPS

L'échelle d'évaluation des symptômes positifs SAPS (*Annexe 4*) est une échelle d'hétéroévaluation établie sur le même principe que l'échelle d'évaluation des symptômes négatifs SANS qui mesure la symptomatologie négative de la psychose. La SAPS comprend 34 items cotés de 0 à 5 (Absente à Sévère) et regroupés en quatre rubriques : hallucinations, idées délirantes, comportement bizarre et troubles de la pensée formelle non-déficitaires. Il existe une évaluation globale et un score composite pour chaque rubrique. La fidélité interjuges des différents items est bonne. Elle est traduite et validée en français. (Boyer et Lecrubier, 1987).

13 items sont consacrés aux idées délirantes : les items 8 à 14 sont différenciés selon la thématique du délire (persécution, jalousie, culpabilité/péché, grandeur, religieuses, somatiques, et de référence). Les items 15 à 19 sont différenciés selon les différents mécanismes de l'automatisme mental (influence, lecture de la pensée, divulgation de la pensée, pensée imposée, et vol de la pensée). Enfin

l'item 20 propose une évaluation globale des idées délirantes prenant en compte la durée, la persistance et le retentissement des idées délirantes.

e) CAARMS

Une échelle d'évaluation plus récente est l'échelle d'évaluation détaillée des états mentaux à risques CAARMS (Annexe 5) qui cherche à déterminer si le sujet présente partiellement ou totalement les critères « *d'état mental à risque* » de transition psychotique, voir les critères de psychose. A l'aide d'un entretien semi-directif, cette échelle d'hétéroévaluation évalue 28 items dont les 4 premiers sont consacrés aux symptômes positifs. Le premier correspond aux « *troubles du contenu de la pensée* » et comprend : la recherche d'une humeur délirante, d'idées de référence, d'idées bizarres (automatisme mental). Le deuxième recherche « *les idées non-bizarres ou idées cristallisées* » : idées de persécutions, de grandeur, somatiques, de culpabilité, nihilistes, de jalousie, religieuses et érotomaniaques. Les deux derniers items des symptômes positifs recherchent les « *anomalies de la perception* », et le « *discours désorganisé* ». Les qualités psychométriques de la version française indiquent une bonne validité discriminative ainsi qu'une bonne fidélité inter-cotateur. (Krebs et al, 2014).

7. Quels objectifs thérapeutiques se fixer et quelle place pour les psychothérapies au sein de la stratégie thérapeutique ?

« *La disparition d'un délire est peut-être une mesure trop ambitieuse pour évaluer l'efficacité des interventions. Il existe des mesures indirectes qui peuvent être utilisées, telles que l'observance d'un schéma thérapeutique prescrit, la présence aux rendez-vous ou la rapidité de la sortie de l'hôpital. Les performances neurocognitives, l'évaluation des fonctions quotidiennes et les comptages d'intensité ou de fréquence des épisodes délirants peuvent également être utilisés.* » [Traduction personnelle] (González-Rodríguez et Seeman, 2020).

Comme le mettent en avant González-Rodríguez et Seeman à propos du délire comme symptôme du trouble délirant, se fixer pour objectif thérapeutique la disparition de toute symptomatologie délirante psychotique paraît irréaliste à ce jour. De plus, cela relèverait d'une vision uniquement symptomatique du délire. Quels sont alors les objectifs plus raisonnables à se fixer face à un délire psychotique ?

L'étude que nous avons proposée autour de la nosographie, de l'impact du délire, de ses facteurs de risques, de son utilité et de son évolution, nous suggère de nombreux axes de soins.

Premièrement, les recommandations des experts diffèrent selon le diagnostic posé. Dans tous les cas, le traitement médicamenteux par antipsychotique garde une place de choix, particulièrement au sein des troubles psychotiques brefs et de la schizophrénie. La psychothérapie est proposée de manière complémentaire, favorisant l'alliance thérapeutique et les soins prodigués. Ensuite nous notons qu'il paraît nécessaire de prendre en compte la souffrance psychique, les altérations cognitives, les retentissements fonctionnels, socio-professionnels et familiaux, et enfin les risques de passage à l'acte parfois vitaux qu'entraîne l'atteinte délirante.

C'est ici qu'il nous semble intéressant de développer le modèle du rétablissement. Ce modèle connaît son essor depuis les années 1960-1980 aux Etats-Unis en parallèle avec l'antipsychiatrie. Cet essor se fait dans un contexte où de nouvelles thérapies médicamenteuses ont vu le jour et en lien avec l'essor du modèle bio-psycho-social. Le modèle du rétablissement se développe en parallèle de ce modèle, sous l'impulsion de patients revendiquant le droit de participer à définir les objectifs de leur traitement et les moyens d'y parvenir. Dans le modèle du rétablissement, les seuls objectifs de disparition des symptômes ne sont ainsi plus l'élément prioritaire de la démarche de soins et la maladie n'est pas considérée comme « *un fait isolé lié à des facteurs fixes, mais comme un des éléments constitutifs et évolutifs de l'histoire de la personne* ». « Se rétablir » devient la priorité des objectifs thérapeutiques, signifiant que le but thérapeutique est de permettre au patient de reconstruire « *une vie qui fait sens pour lui* », que ce soit avec ou sans symptômes. Ce rétablissement met en avant la qualité de vie, et cherche à identifier les ressources du patient pour qu'il puisse les investir positivement et trouver une meilleure « *place sociale non soumise à la maladie ou à la médecine* ». (Poissonnier et al, 2021).

Ce modèle est particulièrement utilisé dans les troubles du spectre de la schizophrénie, marqués par une fréquente évolution au long cours, et un impact majeur. Il occupe une place moins prépondérante dans les autres troubles délirants psychotiques. C'est ce que nous explique le Pr. Brazo à propos des troubles délirants : « *Donc, contrairement à la schizophrénie où a cours le concept de rétablissement, le but [pour les troubles délirants] est l'enkystement avec une mise à distance des préoccupations délirantes et de leur réactivation, un contrôle des fluctuations thymiques et anxieuses ainsi que la prévention des passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs.* » (Brazo, 2019).

Nous voyons donc une large palette d'objectifs thérapeutiques possibles : abraser le délire, réduire le délire, enkyster le délire, améliorer la prise de conscience et la critique du délire, prévenir le délire, accepter le délire, mettre du sens au délire, mais aussi vivre avec le délire en diminuant ses impacts,

en évitant les réhospitalisations, en accélérant les sorties d'hospitalisation, en améliorant l'adhésion aux soins, en diminuant les pharmacothérapies, en aidant au rétablissement, en améliorant la qualité de vie des patients.

IV. En conclusion

Nous venons d'entrevoir toute la complexité du délire. Cette complexité vient de la pluralité des définitions et des termes cherchant à conscrire ce qu'est le délire, et de la pluralité des disciplines l'étudiant en raison de l'influence de facteurs culturels, idéologiques, philosophiques, politiques, religieux et sociologique. Le délire présente une richesse d'expression qui nécessite de l'analyser à travers des prismes différents. Les limites du délire entre le normal et le pathologique sont parfois floues et l'erreur peut être lourde de conséquence pour le patient. Le délire nous place parfois face à des choix difficiles à faire pour l'intérêt du patient quand les manifestations délirantes abolissent ses facultés de jugement. Ainsi, tout cela de la part des thérapeutes une grande finesse clinique à l'égard du délire.

Depuis la naissance de la psychiatrie, le délire est omniprésent dans la clinique psychiatrique. Ses catégorisations progressives se font en parallèle de la circonscription de nombreux autres troubles psychiatriques. Partant du processus unique de l'aliénation mentale, les chercheurs ont délimité progressivement le cadre d'expression du délire, l'identifiant principalement dans les troubles psychotiques où il est souvent présent, puis l'identifiant dans les troubles de l'humeur jusqu'aux troubles anxieux comme en lien avec la sévérité de l'épisode. Ils l'ont aussi différencié des obsessions avec lesquelles il partage certaines ressemblances. Et ils ont cherchés ses liens avec les structurations de la personnalité, identifiant en particulier deux personnalités -paranoïaques et schizotypiques- où il se manifeste de façon atténuée.

Ainsi, dans la psychose, les classifications semblent s'accorder pour donner au délire différentes places : dans les délires paranoïaques, le délire a une place centrale voir unique. Alors que dans les BDA, les délires paranoïdes de la schizophrénie et les délires atténués des troubles de personnalité, il fait partie d'un ensemble de symptômes et de syndromes plus ou moins riches où il est au premier ou au second plan. Les limites entre les délires paranoïdes et les délires paranoïaques demeurent flous, le délire pouvant se retrouver dans un « entre-deux » où certaines entités ont été décrite comme le délire paraphrénique, le délire de la PHC, le délire de Kretshmer, et d'autres... Mais devant sa complexité, les classifications internationales ont fait le choix d'une simplification nosographique. Cela n'empêche pas le développement de nouveaux modèles : un modèle dimensionnel remettant en question le modèle catégoriel, la réflexion sur la notion de continuum de la symptomatologie délirante avec l'idée de spectre psychotique et de schizophrénies plurielles. Ainsi, devant les avancées possibles

dans la compréhension des délires psychotiques, nous percevons tout l'intérêt d'une réflexion autour d'une nosographie intégrative et éclectique.

Toutes ces considérations suscitent de nombreuses interrogations dont nous n'avons pour l'instant que des pistes de réponses. Nous pouvons énumérer ces questionnements :

- Tous les délires ont-ils quelque chose en commun : une origine commune, une lésion commune, une fonction commune ? Ou existe-t'il des formes de délires que rien ne relie ?
- Les délires viennent-ils de troubles cognitifs, de troubles affectifs, de troubles de la vigilance, de troubles perceptifs, de troubles biologiques, de troubles psychiques, de troubles relationnels, ou encore d'autres troubles ? Ou d'une combinaison de plusieurs dysfonctions ?
- L'apparition d'une symptomatologie délirante signe-t'elle une « transition psychotique » qui marque l'installation d'une pathologie psychiatrique (modèle catégoriel) ? Ou est-ce que le délire est l'expression d'une sévérité d'un trouble à l'extrême d'un continuum (modèle dimensionnel) ?
- Pourra-t'on définir des prises en charges spécifiques à des catégories délimités d'entités cliniques du délire ou les délires ne s'inscrivent-ils que dans une prise en charge adaptée et individualisée ?

Pour poursuivre l'alimentation de pistes de réponse, nous allons désormais développer un aperçu des différentes approches psychothérapeutiques les plus courantes des délires psychotiques.

Deuxième partie : Approches psychothérapeutiques des délires psychotiques, pluralités des concepts et difficultés d'évaluations

Après avoir mieux appréhendé ce qu'est le délire, sa considération à travers les époques, son étude nosographique et sa transnosographie, nous nous sommes ensuite centrés sur le délire psychotique, sa caractérisation, ses retentissements, ses facteurs de risque et les objectifs de sa prise en charge. Cela nous permet à présent d'aborder les différentes approches et prises en charges psychothérapeutiques actuelles des délires psychotiques.

Nous partons de la définition que donne le Pr Kapsambelis des psychothérapies : *« On voit ainsi ce que l'on pourrait comprendre comme « psychothérapie » au sens le plus étendu et le plus fondamental, au-delà de toute technique particulière : le procédé par lequel un psychisme humain se met au service d'un autre psychisme humain à des fins de changement, et en l'occurrence, à des fins thérapeutiques. Un « se mettre au service » qu'il faut comprendre, non pas dans un sens moral, mais au contraire quasi biologique : comme tout appareil, le psychisme doit fournir un certain « travail », et la pathologie mentale est l'indicateur d'un travail psychique qui rencontre des difficultés dans son effectuation ; la psychothérapie, dans son sens le plus général, est la situation dans laquelle un autre psychisme partage ce travail afin de lui faciliter la tâche et de lui permettre d'avancer. On appelle psychothérapie toute situation de travail psychique partagé à des fins thérapeutiques. Un partage composé d'un tout – pensées, paroles, affects, émotions... –, même si la spécificité de l'appareil psychique humain, à savoir la faculté à produire des pensées, y occupe naturellement une place prépondérante. »* (Kapsambelis, 2018). Nous considérons donc comme psychothérapeutique toute action, parole et émotion entre un thérapeute et un patient, cherchant à obtenir un changement allant in fine vers le soulagement de la souffrance psychique du patient. Dans cette définition, les consultations centrées sur la prescription médicamenteuse peuvent aussi être considérées comme psychothérapeutiques. Toute approche psychothérapeutique inclut une part plus technique (en lien avec son approche théorique, qui peut être plus ou moins scientifique, plus ou moins standardisée) et également une part plus subjective en lien avec la personnalité du thérapeute et en lien avec sa manière d'incarner la thérapie. A propos de cette part plus subjective de la psychothérapie, des études montrent que l'empathie, l'authenticité, la

positivité, la compétence et la conviction du thérapeute sont des facteurs importants d'efficacité de la thérapie. (Jung et al, 2015).

C'est dans une vision assez large que nous aborderons les approches psychothérapeutiques des délires psychotiques. Néanmoins nous n'aborderons pas de manière exhaustive les innombrables approches psychothérapeutiques théorisées et appliquées dans le champ de la psychiatrie et de la maladie psychotique. Notre thèse ne vise pas à établir un panorama exhaustif des approches psychothérapeutiques des délires psychotiques mais à aborder une partie des approches les plus courantes dans la clinique contemporaine et une partie de celles qui influencent la prise en charge actuelle du délire psychotique. Nous chercherons à comprendre comment chacune de ces approches conceptualise le délire psychotique, comment chacune le soigne, et comment ces approches s'articulent entre elles.

« Le temps de la concurrence entre les écoles nous semble révolu, et nous considérons qu'il est à la fois utile et important de combiner les approches, aussi bien pour pouvoir répondre à la variété des besoins des patients que pour disposer d'un éventail varié de réponses aux multiples questions qui se posent dans une prise en charge [...] Hier, champ de rivalité théorique, l'approche psychothérapeutique de la psychose était envahie par les présupposés. Une théorisation dogmatique opposait les pratiques les unes aux autres [...] Mais comment ne pas comprendre cette rivalité dont l'enjeu était l'illusion de maîtriser la folie ? [...] mettre de la raison là où les cartes sont confuses aurait été une manière pour une théorie de fonder son universalité. » (Söderström et Conus, 2021).

Abordant les psychothérapies dans une vision psychiatrique et donc médicale, nous questionnerons pour chaque approche sa validité scientifique. Cette question de la nécessité d'une validation scientifique pour les approches psychothérapeutiques ne fait cependant pas consensus entre tous les psychiatres. Cette volonté de « protocoliser » et de « normaliser » le psychisme semble avoir de nombreuses limites, pouvant notamment venir entraver « *la cure de parole* » (Kapsambelis, 2018). Cela pose aussi de nombreuses questions éthiques des deux côtés : le fait de proposer des thérapies ayant été évaluées et ayant fait la preuve de leur efficacité répond justement à une exigence éthique. Néanmoins, le fait de recevoir la parole du patient et ses souffrances avec toute l'individualité et le vécu subjectif du patient nous semble aussi une exigence éthique en psychiatrie. Ainsi, il nous semble important de ne pas exclure complètement certaines approches plus individualisées, moins évaluables que nous aborderons tout de même car elles offrent à nos yeux un complément intéressant et parfois un abord original et complémentaire du délire d'origine psychotique.

« La pratique psychiatrique d'aujourd'hui manifeste une préférence nette pour des pratiques thérapeutiques dotées d'un certain degré de codification. Cette évolution est déterminée par de nombreux facteurs venant d'horizons différents, intra- et extramédicaux : l'ambition (et/ou la nécessité) pour la psychiatrie d'intégrer la méthodologie biomédicale générale ; la conformité à des pratiques de certification, d'expertise et d'évaluation ; la prolifération des guides et recommandations de bonnes pratiques (conférences de consensus, Haute autorité de santé) ; un certain idéal sociétal de patient-citoyen, informé et maîtrisant les propositions thérapeutiques ; et bien sûr, les inévitables économies, ciblant logiquement les pratiques les moins prouvées, même si elles sont éprouvées. Si ces tendances caractérisent surtout les trente dernières années, il est incontestable que, dans le domaine des psychothérapies, celles qui s'inscrivent dans des modèles intégrés (c'est-à-dire proposant une pratique thérapeutique associée à une théorie générale du psychisme ou du fonctionnement mental) ont toujours eu tendance à la protocolisation : ceci est vrai aussi bien pour les thérapies familiales, systémiques ou de groupe, pour les thérapies comportementales, puis celles cognitivo-comportementales qui leur ont plus ou moins succédé, et encore plus vrai, en un sens, pour les pratiques psychanalytiques, où la description et la théorisation du « cadre » continue de produire un volume important de travaux. Il n'en est pas moins vrai que plusieurs patients, probablement une majorité, s'accommodent mal des différentes techniques psychothérapeutiques ainsi définies, tout en pensant nécessaire, pour leur traitement, de bénéficier d'un certain « travail verbal » avec le spécialiste qui les reçoit. [...] » (Kapsambelis, 2018).

Rejoignant donc la pensée du Pr Kapsambelis, il nous semble important de trouver un équilibre entre la prise en compte d'un abord objectif, codifié et évalué, complété par un abord prenant en compte la globalité et la subjectivité de l'individu exprimant sa souffrance psychique. Nous voyons donc deux types de validation. D'une part, la méthode standardisée dont le gold standard est la réalisation d'études contrôlées randomisées (ECR) qui s'appuient souvent sur des critères de jugement tels que la diminution des symptômes selon des échelles standardisées, le taux de patients qui parviennent à maintenir un traitement médicamenteux le taux de rechute des patients, le taux de réhospitalisation des patients, ou encore le taux de patients qui parviennent à reprendre un travail. D'autre part, les évaluations qualitatives qui peuvent se présenter sous forme de recueil des impressions des thérapeutes, de recueil du ressenti des familles ou encore sous forme d'évaluation des processus supposés de changement. Nous verrons d'ailleurs que chacune des approches présentées débute par l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Même si certaines prises en charges ont prouvé une meilleure efficacité, elles ne pourront être menées à bien sans une relation

de confiance médecin-malade, l'adhésion du patient au modèle proposé et une articulation stable et pertinente des différents soins nécessaires dans la maladie psychotique.

« Certains éléments essentiels à la psychothérapie émergent alors, tels que l'établissement d'une alliance avec le patient, la continuité de la relation, la coordination entre intervenants et le lien avec le réseau. » (Söderström et Conus, 2021).

I. Approche psychodynamique du délire psychotique

A. Les débuts

La psychanalyse a joué un rôle central dans le développement de l'approche psychothérapeutique des psychoses. L'approche psychodynamique tire son origine des théories psychanalytiques, mais ses modalités et ses cadres d'entretien diffèrent de ceux de la psychanalyse.

La psychanalyse naît à la fin XIX^{ème} siècle par les travaux de Sigmund Freud, neurologue autrichien. Il a pratiqué l'hypnose dans un premier temps pour le traitement de l'hystérie, enseigné par Jean-Martin Charcot. Trouvant cette thérapie incomplète, il en formule une nouvelle centrée sur la cure de parole. Cette cure s'appuie sur deux éléments essentiels : l'association libre et le transfert. Par la technique de l'association libre, Freud aide ses patients à accéder à leurs conflits inconscients. Par le transfert, il étudie l'actualisation de l'inconscient dans la relation entre le sujet et le thérapeute. Freud met donc en évidence différents mécanismes de défense par lesquels les conflits sont refoulés dans l'inconscient. Ces conflits resurgissent ensuite sous forme de manifestations pathologiques. Il théorise que la conscientisation de ces conflits et leur mise en sens permettent l'abolition des manifestations psychiques (Perron, 2014).

Pour les délires psychotiques, il s'agit donc de les mettre en sens, de comprendre leur signification dans l'économie psychique du sujet. Cette approche va prendre son essor après la deuxième guerre mondiale : « *En réaction à la folie meurtrière de la Deuxième Guerre mondiale, les conceptions psychanalytique et phénoménologique prônent une ouverture et une compréhension du délire, conçu comme une manière d'être au monde (conception herméneutique du délire) et une forme signifiante (interprétation analytique).* » (Barthélémy et Bilheran, 2007).

B. Concepts initiaux

Dans son analyse de la « Gravidia » de Jensen, Freud rapproche le fonctionnement psychique du délire à celui du rêve, en particulier pour les délires aigus. Tous deux s'affranchissent du principe de réalité et entraînent une régression des représentations : les pensées devenant des images visuelles et auditives, avec la particularité de la psychose qui vient traiter les représentations de mots comme des représentations de choses. (Freud, 1908).

Pour Freud, le point de départ des psychoses est un rejet de la réalité, c'est-à-dire un rejet de l'autre, semblable et différent. Cette réalité est source d'angoisses majeures et une menace pour l'intégrité du moi. Le rejet de cette réalité fait revenir le sujet au « *narcissisme primaire* », un état d'osmose avec sa mère avant sa naissance, par un repli d'allure autistique (Freud, 1914). Cependant, étant donné que cet état est impossible à maintenir sur du long terme, il se construit alors une « *néo-réalité* » pour maintenir une relation avec le monde extérieur. Cette néo-réalité se manifeste par des délires et des hallucinations produites par le Moi mais non reconnus par lui. Ils sont donc une extériorisation des tensions internes du psychisme du sujet, les délires psychotiques venant manifester au sujet ces tensions qu'il n'arrive pas à se représenter (Freud, 1924). L'adolescence, avec toutes les tensions et les processus d'individualisation et la construction identitaire, est une période propice à la décompensation de ces processus.

« Ainsi, d'une certaine façon – et ceci est cohérent avec le point de départ « narcissique » de ces pathologies – les objets du délire sont construits à l'image de l'individu, ils comportent des éléments qui auraient dû faire partie du moi du patient, mais que celui-ci a expulsés comme inacceptables, et a utilisés pour animer les personnes et les choses qui peuplent sa néoréalité. » (Kapsambelis, 2018).

Les théories psychanalytiques de Freud à propos des psychoses se voient enrichies par la suite par les apports de Ferenczi, Klein, Lacan, Benedetti, Racamier et bien d'autres. Les concepts de mécanismes de défense y sont centraux pour comprendre la signification du délire.

C. Les mécanismes de défense psychotiques

La psychodynamie comprend la psychose comme une réaction psychique du sujet pour lutter contre des angoisses massives. Cette lutte se fait au moyen de mécanismes de défense dit « psychotiques », le sujet ne parvenant pas à traiter la conflictualité psychique. Plusieurs mécanismes de défenses psychotiques sont mis en évidence entraînant le développement d'un délire psychotique. Les principaux sont le déni de la réalité, le clivage, la projection, et l'identification projective.

1. Le délire comme retour de la réalité déniée et rejetée

Le déni de la réalité consiste en la non-reconnaissance par le sujet d'un désir ou d'une pulsion interne considérés comme inacceptables pour lui-même. Cette non-reconnaissance peut toucher aussi à une

réalité externe, perceptive. Cette réalité déniée est rejetée en dehors du psychisme du sujet. Ce mécanisme de rejet diffère du refoulement névrotique par le retranchement total et non le refoulement dans l'inconscient. Suite au déni et au rejet de ces réalités internes ou externes, des traces mnésiques peuvent revenir sous forme de délire (Freud, 1924).

Jacques Lacan va mettre l'accent sur ce mécanisme de rejet, et décrit le concept de forclusion. Il met en évidence qu'une partie de l'expérience du sujet va être intégrée et symbolisée dans le Moi, alors qu'une autre partie va être rejetée et donc expulsée hors du Moi. Cette dernière partie va être soit suppléée et rester sans franc retentissement, soit au contraire va évoluer vers une symptomatologie psychotique suite à une révélation « *du trou dans le signifié* » par un événement particulier renvoyant à ce qui est « *forclos* ». Suite à cela, la formation du délire va permettre une nouvelle élaboration et une stabilisation signifiant-signifié. Lacan théorise la « *forclusion du Nom du Père* » comme l'impossibilité dans la psychose de symboliser la fonction paternelle. Le père représentant le tiers dans la relation du sujet avec sa mère. (Lacan, 1959).

Dans cette théorie, le délire est une tentative de guérison en permettant au sujet de représenter ce qu'il a rejeté par le passé. Il réinvestit la réalité par la construction d'idées délirantes et d'hallucinations. Le délire est alors perçu comme construction d'une « *néo-réalité* » où il peut continuer à vivre. Il tente tant bien que mal de compenser le vide laissé par la partie déniée de la réalité, afin d'instaurer une continuité psychique.

2. *Le délire comme projection et identification projective*

Freud explique que la projection délirante est un retour à la conscience de la pulsion rejetée, de façon déformée et placée sur un objet extérieur. L'objet devient le support de projections. Les projections sont soit des éléments affectifs négatifs, en particulier des idées de persécutions, soit des éléments affectifs de narcissisme tout-puissant, en particulier des idées mégalomaniaques. (Freud, 1911).

« Dans le cas de la projection délirante, le délire occupe parfois de plus en plus l'espace psychique, jusqu'à envahir l'ensemble et ramener toutes les pensées et stimuli à la théorie délirante. Les angoisses sont alors projetées sur des personnes, des lieux, des perceptions. En fait, tout peut devenir signifiant et perdre de sa banalité, la radio, la télévision, les regards prenant un sens particulier. On peut garder en tête que la somme de ces projections prend toujours finalement un sens relatif à la personne, et un sens persécutoire. » (Söderström, 2021).

Déni, rejet, et projection sont les équivalents psychotiques de la dénégation, du refoulement et du déplacement névrotique. Freud met en évidence ces mécanismes par l'étude du cas du président Schreber où il montre chez cet homme un mécanisme de déni et rejet de son désir homosexuel inacceptable qu'il projette immédiatement sur une autre personne, ici son thérapeute. Le thérapeute devient alors son persécuteur. (Freud, 1911).

Les différents sous-types de délires paranoïaques peuvent aussi être compris par des mécanismes de déni, rejet et projection : comme dans le cas du président Schreber, le délire de persécution serait le fruit du déni d'un désir inacceptable et de sa projection sur un objet, alors ressenti comme hostile. Le délire de jalousie serait le résultat du déni des désirs d'infidélité du sujet et de leurs projections attribuant ainsi l'infidélité à l'objet. Il en est de même pour le délire érotomaniaque ; on retrouve ici le déni de la part du sujet de son désir puis la projection attribuant son désir à l'objet.

C'est ce que vient nous expliquer Lantéri-Laura : *« Il s'agit de classer les manières dont la proposition cardinale : " je (un homme) l'aime lui (un homme) " peut être niée, de telle sorte qu'elle n'apparaisse plus à l'expérience que travestie en une autre proposition, grâce à la projection, avec l'enchaînement suivant : " je ne l'aime pas ", " il ne m'aime plus ", " il me hait ", et finalement " il me persécute ", et c'est ce qui se passe dans le délire paranoïaque, en particulier pour ce qui concerne la prévalence de la persécution. Dans le délire érotomaniaque, la transformation est différente : " ce n'est pas lui que j'aime ", " c'est elle que j'aime ", et finalement : " c'est elle qui m'aime ". Dans le délire de jalousie, deux éventualités sont à envisager. Pour la jalousie masculine, d'origine souvent éthylique, il se formule ainsi : " ce n'est pas moi qui aime l'homme ", " c'est elle qui aime l'homme " ; et pour la jalousie féminine : " ce n'est pas moi qui aime les femmes ", " au contraire, c'est lui qui les aime ". Ainsi, le délire de jalousie contredit le sujet de la phrase de base, le délire de persécution contredit le verbe, et l'érotomanie contredit le complément d'objet direct. Et, note enfin S Freud, dans le délire de grandeur, c'est toute la proposition qui se trouve contredite : " je n'aime personne " devient " je n'aime que moi " »* (Lantéri-Laura et Tevissen, 1997).

Plus tard, Mélanie Klein décrira l'identification projective qui consiste en la projection dans l'objet de ce qu'il y a de mauvais dans le Moi avec une recherche de les contrôler dans cet objet. Il y a confusion sujet-objet, une indifférenciation Moi/non-Moi pouvant aboutir à des sentiments de perte d'intimité psychique, de répétition de ses pensées, d'automatisme mental (Klein, 1946).

« Au sein des organisations psychotiques du psychisme, le lien au monde, sous sa forme délirante ou hallucinatoire, est en outre marqué par la confusion entre le dedans et le dehors. Ce qui n'a pas été suffisamment subjectivé revient du dehors sous forme de délire ou d'hallucination, de sorte qu'une

partie du monde du sujet se situe hors de lui, dans le monde environnant ou dans l'autre (voir l'identification projective) [...] A la différence de la phobie dans laquelle un travail de symbolisation a lieu, le délire et l'hallucination rendent compte d'un défaut de symbolisation primaire » (Ferrant, 2007).

3. Le délire comme clivage du moi ou de l'objet

Freud met en évidence un autre mécanisme face à une réalité inacceptable. Le Moi peut se cliver, se diviser en une partie acceptant cette réalité et qui se soumet au principe de réalité ; et une autre partie qui la dénie et ne tient compte que du principe de plaisir. Cela correspond au conflit psychique du névrotique, mais ici sans conflit car les deux parties clivées n'interagissent pas et s'ignorent complètement. Ces deux parties clivées se voient impliquées dans le « *jugement d'attribution* » : des expériences vécues comme agréables sont alors intégrées dans le Moi et souvent idéalisées, alors que celles vécues comme désagréables sont rejetées au dehors et vécues comme hostiles et persécutrices. Freud précise la présence d'un Moi clivé dans l'état délirant : « *même quand il s'agit d'états hallucinatoires confusionnels, les malades, une fois guéris, déclarent que dans le recoin de leur esprit, une personne normale s'était tenue cachée, laissant se dérouler devant elle, comme un observateur désintéressé, toute fantasmagorie morbide* » (Freud, 1940).

Le clivage peut aussi concerner l'objet. Il s'agit là de se défendre en instaurant un clivage entre « bon et mauvais » et entre « dedans et dehors ». Klein décrit que le moi et l'objet ne sont pas bien distincts depuis le départ. En revanche, les relations d'objet sont présentes d'emblée. Elle décrit la position « *schizo-paranoïde* », se caractérisant par le clivage et la projection des parties les plus destructrices du moi dans l'objet (identification projective), ce qui rend ce dernier persécuteur (idées persécutives). Le morcellement et la désorganisation sont la conséquence de ces clivages précoces. Ils tendent à préserver le moi contre les tendances destructrices qui règnent en son être intérieur en les projetant sur l'objet (Kapsambelis, 2020).

4. Le délire comme lutte contre la perte

Klein développera aussi que la paranoïa est une lutte contre l'angoisse de la perte : « *Mélanie Klein révolutionnera le concept en proposant de voir la paranoïa et les angoisses qui y sont liées dans une dynamique impliquant l'angoisse de persécution et la dépression. Dans ce concept, les idées paranoïdes ne sont plus fixées, mais défendent le sujet contre une autre angoisse, celle de la perte : en s'enfermant*

dans les ruminations paranoïdes, le sujet évite par exemple de prendre conscience de la nature irrémédiable de la perte de l'autre aimé. » (Söderström, 2021).

Cela peut se voir lors de ruptures sentimentales, où il s'agit de se défendre des sentiments de perte en instaurant un clivage entre « bon et mauvais » et entre « dedans et dehors ». Des idées de persécution peuvent surgir : « c'est l'autre qui me fait du tort ». Puis ces idées de persécutions de la position schizo-paranoïde glissent progressivement vers une position dépressive exprimant ce sentiment de perte. L'impossibilité pour le sujet d'accéder à la position dépressive entrainerait le maintien dans ce sentiment de persécution et donc un délire paranoïaque chronique.

D. Spécificités cliniques

Face aux processus dynamiques étudiés dans la psychose, la symptomatologie délirante dans la bouffée délirante, la schizophrénie et la psychose paranoïaque présentent plusieurs spécificités.

1. Délire aigu

Comme nous l'avons vu, en partant de l'interprétation de la « Gravidia » de Jensen, Freud traite la psychose aiguë comme un rêve éveillé, mais ne met pas en évidence de mécanismes particulier au délire (Kapsambelis, 2012).

Ferrant décrit la bouffée délirante comme consécutive à une rupture interne et au surgissement d'un élément qui envahit la psyché et « demande » à être intégré et signifié. La confrontation à des évènements stressants renvoie à des éléments de l'histoire du sujet qui n'ont pas trouvé d'expression psychique jusqu'à maintenant, ayant été soit rejetés, soient clivés. Il se produit un « *court-circuit psychique* », qui ramène à la conscience sous forme délirante ou hallucinatoire ces différents éléments insuffisamment subjectivés. Le traitement psychothérapeutique revient au processus de subjectivation de cet épisode psychotique. Il aide le patient et son entourage à mettre en sens les manifestations délirantes et à les mettre en lien avec l'histoire du patient et de sa famille (Ferrant, 2007).

2. Schizophrénie

La particularité de la schizophrénie paranoïde relève d'un défaut de « *symbolisation primaire* » (primaire désignant les toutes premières formes de symbolisation au cours du développement de l'enfant) : tout semble confondu entre représentation et perception, entre présent et passé, avec une indifférenciation entre le rêve et la réalité, entre le fantasme et la pensée. Le délire et les hallucinations signifient que le patient lutte, alors que l'émoussement affectif signe une forme d'épuisement dans le combat. Le traitement est de créer du lien avec le sujet, de remettre de la relation, « *envers et contre tout* ». (Ferrant, 2007).

3. Psychose paranoïaque

Le modèle de Freud montre, à travers le cas du président Schreber confronté à un désir homosexuel, l'échec du refoulement qui aurait constitué un mécanisme de défense névrotique. Cet échec ouvre la voie à deux autres mécanismes de défense : le déni et la projection. L'origine de la paranoïa viendrait de cette impossibilité du refoulement (Ferrant, 2007).

4. Structure de personnalité préalable

Comme nous l'avons vu, Klein décrit la position « *schizo-paranoïde* » comme l'étape la plus archaïque du développement de l'humain, précédant la position « *dépressive* ». Le terme position est à entendre comme faisant référence à une organisation situationnelle qui se met en place en réponse à un type d'angoisse spécifique : « *Le développement sexuel de l'enfant se réalise au prix de laborieuses oscillations entre diverses positions et s'élabore à partir de nombreuses transactions interdépendantes du Moi avec le surmoi et le ça, qui traduisent les efforts du moi pour dominer l'angoisse.* » (Klein, 2009)

La position schizo-paranoïde est marquée par la tendance à la projection et au clivage de l'objet en « bon » et « mauvais » « *Tout ce qui est frustrant pour le sujet est mauvais et projeté au-dehors dans l'objet. [...] Les mauvais aspects de l'objet sont persécuteurs, et le sujet redoute d'être attaqué par l'objet aussi intensément qu'il attaque cet objet au-dedans.* » (Ferrant, 2007). La fixation de cette position « schizo-paranoïde » entraîne un risque d'évolution vers la schizophrénie et la paranoïa. La cure psychanalytique consiste à faire remonter ces angoisses schizo-paranoïdes.

E. Modalités de la thérapie psychodynamique

1. L'alliance thérapeutique

Selon la théorie psychanalytique, le délire vient, quelque part, pour « protéger » le sujet. Dans un premier temps, il ne s'agit donc pas de le récuser, ni de le confronter à la réalité. Il s'agit premièrement de créer un lien thérapeutique, en instaurant un climat de confiance et en cherchant à apaiser l'état de détresse du patient. La thérapie conduit à supporter la douleur d'être confronté à ce qui était intolérable jusqu'alors. Il s'agit aussi d'évaluer la capacité du patient à accéder ou non à une relation intersubjective et à une thérapie en face à face. La thérapie psychodynamique peut se pratiquer dans un cadre individuel, familial ou groupal. Elle peut être réalisée par un ou plusieurs soignants. Elle peut aussi être pratiquée dans le cadre particulier de la thérapie institutionnelle que nous décrivons secondairement.

2. Le transfert et le contre-transfert psychotique

Le transfert chez les patients délirant est différent de celui des patients névrosés. Guy Gimenez parle de « transférentialisation du délire » : le patient oscille entre idéalisation et persécution dans sa relation au thérapeute. *« Peut-être est-ce à partir du moment où l'on accepte que le délire et les hallucinations nous concernent également, qu'elles peuvent commencer à se transformer en prenant une dimension relationnelle, c'est-à-dire à se transférentialiser »* (Gimenez, 2002). Ce transfert permet l'étude des mécanismes de défenses qui se rejouent dans la relation thérapeutique. Dans le cadre d'une alliance thérapeutique, le thérapeute va s'appuyer sur la part saine du patient, encore en lien avec la réalité, pour conscientiser ses parties clivées et délirantes. L'étude du contre-transfert est nécessaire pour ne pas se laisser absorber dans le délire du patient. La présence d'une équipe avec qui échanger ou d'une supervision clinique est particulièrement importante dans ce cas.

3. Le travail de symbolisation du délire

Le délire est vu comme un processus de cicatrisation d'échecs de symbolisations passés. La thérapie va donc chercher à mettre en sens le délire et à proposer un travail de symbolisation des réalités rejetées. La nature même du langage est atteinte dans la psychose puisque le mot n'est pas toujours une représentation symbolique pour le sujet et puisque la dimension métaphorique fait aussi défaut.

Cela implique que certains mots soient entendus par le sujet comme très concrets, avec une dimension potentiellement persécutoire. Le traitement psychodynamique en face à face est donc limité. C'est ici que le travail peut être médié par l'art, par la culture, par des mises en situation comme dans le psychodrame (Söderström, 2021).

« [...] dans la psychose, le langage ne renvoie en effet pas de manière aussi claire que dans la névrose à un signifiant ou à une chaîne associative. La psychose se présente ainsi en quelque sorte comme l'opposé de la névrose, et là où dans la névrose l'analyste cherche à déconstruire et à relier des signifiants inconscients refoulés, dans la psychose l'analyste va devoir lier, proposer des ponts, construire des objets psychiques partageables et intégrables par le Moi » (Söderström et Conus, 2021).

4. Le travail des défenses psychotiques

Les défenses psychotiques sont les mécanismes les moins adaptatifs et les plus coûteux pour le psychisme du sujet. La mise en route de ces mécanismes de défense témoigne d'un niveau d'angoisse important. Ces défenses construisent des « sortes de forteresses » dans le psychisme du patient et l'isolent d'un point de vue social. L'un des buts de la thérapie est d'identifier ces mécanismes de défense, de préserver les plus adaptatifs et de travailler les moins adaptatifs (Perry, 2009).

« Comment alors, faire la part des choses entre symptômes et défense ? Il s'agit peut-être d'un faux débat, les deux faisant appel à des raisonnements cliniques différents et non opposés. Le symptôme s'inscrit dans le cadre d'une lecture syndromique, alors que le mécanisme de défense appartient à une lecture dynamique des processus psychiques observables en cours d'entretien, qu'ils se déroulent en direct ou qu'ils soient narrés par le patient en lien avec des épisodes relationnels. La mise en action de mécanismes de défense, qui est liée au stress et à l'angoisse, doit alerter le clinicien et le pousser à explorer cette fonction défensive afin de comprendre petit à petit avec le patient le contexte dans lequel il émerge. » (Söderström, 2021).

F. Etudes cliniques

« Au cours des dernières décennies, le domaine du traitement de la schizophrénie a manqué d'études empiriques et systématiques sur les résultats qui soutiennent la psychothérapie psychodynamique en tant qu'intervention fondée sur des preuves pour les patients atteints de schizophrénie. » [Traduction

personnelle] (Rosenbaum et al, 2012). L'équipe Danoise de Bent Rosenbaum explique que la pauvreté des études réalisées pour valider l'efficacité de l'approche psychodynamique est un facteur important de son discrédit et de son déclin depuis les années 1970. Cette équipe définit le modèle psychodynamique comme l'ensemble des thérapies qui utilisent l'interprétation du matériel inconscient et qui étudient le transfert et la régression.

Un examen complet des études cliniques et des méta-analyses évaluant l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques est publié dans le journal du World Psychiatry. Cet article explique qu'il n'y a que peu de preuves d'EBM pour le traitement de la psychose. « *Les preuves disponibles suggèrent certains avantages immédiats des approches psychodynamiques, mais ces avantages ne sont pas durables à plus long terme.* » [Traduction personnelle] (Fonagy, 2015).

1. Psychodynamie de soutien dans le premier épisode psychotique

C'est devant ce manque d'études bien conduites que l'équipe Danoise dirigée par Rosenbaum a réalisé une étude clinique de 1997 à 1999. Leur étude est prospective, comparative, longitudinale, multicentrique, incluant 269 patients, âgés de 18 à 35 ans, et présentant un premier épisode psychotique « *dans le spectre de la schizophrénie* » (selon la CIM-10). Du fait d'un manque de formation et d'un manque d'offre de psychothérapies psychodynamiques sur la plupart des départements concernés, l'étude n'a pas pu être randomisée. Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été trouvée à l'exception de l'âge moyen. (Rosenbaum et al, 2012).

L'étude compare l'efficacité de la « *psychothérapie psychodynamique de soutien pour la psychose* » (PPSP) associé au traitement habituel versus le traitement habituel seul. La PPSP se base sur de nombreux éléments dont l'éducation du patient aux mécanismes de défense psychotique, le travail de son histoire de vie, le transfert-contre-transfert, la transformation des impressions sensorielles brutes en pensées, et toute une gamme de techniques de soutien (clarifications, affirmations, adaptation). Un manuel pour guider la pratique de la PPSP est diffusé. Les thérapeutes ont un niveau de formation psychodynamique « *moyen* » avec une formation en psychothérapie psychodynamique d'une à quatre années. Le suivi des patients de l'étude se fait pendant deux ans.

Les résultats de l'étude retrouvent une amélioration significative sur les échelles GAF symptôme et fonction qui évaluent le fonctionnement global du patient, en particulier son fonctionnement social et la symptomatologie générale présentée. La différence n'atteint cependant pas le seuil de significativité pour l'échelle PANSS positive ($p = 0,067$), qui évalue le délire et les hallucinations. Toutefois, la PANSS

positive régresse en deux ans avec une médiane passant de 18.6 à 9.9 avec la PPSP associé au traitement habituel, contre 18.3 à 12.1 avec le traitement habituel seul. Plusieurs limites sont listées par les auteurs, comme l'absence de randomisation individuelle et des différences de tailles d'effectifs entre les deux groupes, qui sont justifiés par le recrutement d'un plus grand nombre de patients dans l'étude. Et aussi un manque d'évaluation systématique de l'adhésion au manuel de PPSP. Nous relevons qu'il aurait été intéressant de comparer la PPSP associé au traitement habituel versus le traitement habituel lui-même associé à un autre type de psychothérapie (de soutien ou de groupe d'attente par exemple). Les auteurs de l'étude concluent en faveur de l'inclusion de la PPSP dans le premier épisode psychotique de la schizophrénie, en complément des modalités de prise en charge médicosociale. Ils précisent : « *Les recherches futures devraient se concentrer plus spécifiquement sur l'établissement d'une base empirique pour le modèle psychodynamique [...]. Les recherches futures devraient également chercher à identifier quelles interventions thérapeutiques dans la PPSP et quels processus sont les plus déterminants pour favoriser le rétablissement psychologique et social du patient atteint de psychose.* » [Traduction personnelle] (Rosenbaum et al, 2012). Cette précision des auteurs met en évidence la difficulté pour le modèle psychodynamique à pouvoir s'adapter à la méthodologie des études randomisées contrôlées et ainsi montrer les preuves d'une efficacité potentielle.

2. Art-thérapie psychodynamique dans les épisodes psychotiques aigus

En 2014, une équipe de Berlin réalise une étude pilote sur l'art-thérapie psychodynamique. Elle concerne un petit échantillon de 58 patients. Ces patients portent un diagnostic de schizophrénie (DSM) et sont hospitalisés pour un épisode aigu. Dans le cadre de l'étude, ils bénéficient soit de séances d'art-thérapie psychodynamique de groupe (AT) associées au traitement habituel, soit du traitement standard seul (TAU) (Montag et al, 2014).

Les auteurs de l'étude expliquent le choix de l'AT comme une thérapie non verbale permettant la fabrication d'images visuelles, médiée par un art-thérapeute, pour extérioriser des pensées et des sentiments inexprimés dans la psychose. Cette thérapie valorise donc l'expression artistique que l'on retrouve fréquemment chez les patients délirants, mais cette fois avec une visée thérapeutique. L'AT met à l'épreuve de la réalité des expériences internes et externes déniées et rejetées par le patient, et favorise leur distanciation prudente. « *Contrairement à la formation normale de symboles, les images dans la schizophrénie aiguë peuvent ne pas toujours avoir une qualité de « comme si ». Cela peut correspondre au grand nombre de preuves faisant état d'une capacité de mentalisation réduite ou de déficits de la théorie de l'esprit, de l'empathie et de la compréhension de la métaphore dans ce*

trouble. » [Traduction personnelle] (Montag et al, 2014). Ces atteintes des capacités de mentalisation sont travaillées via l'AT. De plus, le partage des productions artistiques au groupe favorise aussi la confrontation à la réalité des représentations mentales du patient délirant.

L'équipe de Berlin explique que plusieurs études ont été réalisées pour évaluer l'efficacité de l'AT dans la schizophrénie. Les résultats sont encore mitigés pour de multiples raisons. L'objectif principal de leur étude pilote est d'explorer la faisabilité d'un essai d'efficacité de l'art-thérapie pour les patients hospitalisés atteints de schizophrénie pendant des épisodes psychotiques aigus. Pour cette raison, ils réalisent pendant 6 semaines un ECR en simple aveugle. Le groupe d'intervention bénéficie de 12 séances de 90 minutes d'AT en supplément du traitement habituel.

Les principaux critères de jugement sont l'évaluation des symptômes psychotiques et dépressifs par de multiples échelles. Les délires sont regroupés dans les symptômes positifs, évalués par l'échelle SAPS (échelle d'évaluation des symptômes positifs). Cette échelle se divise en quatre domaines dont un évaluant en particulier les délires. La médiane de l'échelle SAPS est de 60 pour l'AT contre 55,3 pour le TAU. Dans l'échantillon per-protocole, l'art-thérapie diminue significativement les scores de l'échelle SAPS à 6 semaines (19,1 AT VS 37,1 TAU) et significativement à 12 semaines (13,3 AT VS 35 TAU). En ce qui concerne la tentative d'analyse en intention de traiter, l'échelle SAPS de base est de 65 pour l'AT contre 55,3 pour le TAU. La réduction des symptômes positifs est significative à 6 semaines (27,2 AT VS 36,7 TAU), mais sa significativité est réduite à « *une tendance* » à 12 semaines (23,2 AT VS 34,1 TAU).

L'équipe de Berlin reconnaît une faisabilité de l'étude de l'AT en hôpital suite à un épisode aigu. Cette étude devrait pouvoir être réalisée à plus grande échelle. L'équipe note aussi que leurs résultats « *contredisent la notion selon laquelle les thérapies psychodynamiques peuvent entraîner des intensités émotionnelles élevées et des séquelles délétères chez les patients psychotiques.* » Les patients ayant verbalisé le fait d'avoir ressenti une réduction du stress pendant les séances d'AT, induite par le cadre de l'AT et l'expression artistique.

Sur l'étude globale, les auteurs concluent : « *Avec toute la prudence requise, les résultats de ce premier ECR pilote européen d'AT psychodynamique chez des patients hospitalisés souffrant de psychose aiguë prouvent la faisabilité de projets similaires et indiquent un effet positif possible de l'intervention sur les symptômes psychotiques, le fonctionnement psychosocial et la capacité à mentaliser les émotions. Ces résultats préliminaires doivent être étayés par d'autres recherches indépendantes.* » (Montag et al, 2014).

G. En résumé

Cet aperçu des concepts et thérapies psychodynamiques nous révèle leur considération du délire psychotique comme une réponse archaïque du psychisme face à des angoisses massives. Ces conceptions considèrent le délire comme un symptôme qui a potentiellement un sens dans la vie du sujet et prennent en considération toutes les différentes formes de délire ainsi que leurs thématiques. La thérapie passe ainsi par le récit du parcours de l'histoire du patient, de ce qu'il vit, de ses modalités relationnelles, de son ancrage dans le corps, de l'identification de mécanismes de défenses face à des vécus inacceptables, de la symbolisation du délire, et par le transfert et contre-transfert qui se mettent en scène dans la relation thérapeutique. En psychodynamie, la thérapie est peu protocolisée, elle passe par la construction de la relation patient thérapeute et par l'écoute du thérapeute avant tout ; à noter que le thérapeute est à la fois en connexion avec ses connaissances théoriques psychodynamiques et avec son propre vécu, ses émotions. La thérapie ne se base pas sur des interventions précises qui seraient codifiées et reproductibles de fait elle est donc peu étudiable par des outils standardisés. Elle est cependant sujette à des évaluations qualitatives, par le retour d'expérience du sujet lui-même, l'auto-analyse de la thérapie par le thérapeute lui-même, et l'élaboration de protocoles par les groupes d'experts. Dans le cas du délire psychotique, le cadre de la thérapie psychodynamique est plus complexe, ce qui préconise une prise en charge multiple et une adaptation du cadre, comme par l'utilisation de l'art-thérapie ou par un cadre institutionnel.

II. Approche institutionnelle

A. *Description théorique*

1. Les débuts

La psychothérapie institutionnelle (PI) naît durant la deuxième guerre mondiale, à l'hôpital psychiatrique de Saint Alban. Face à la famine dont souffrent à l'époque la plupart des patients vivant dans les hôpitaux psychiatriques, un groupe de psychiatres de Saint Alban invite ses patients à sortir des murs de l'hôpital psychiatrique pour aller travailler dans les champs. Ces psychiatres sont François Tosquelles, Paul Balvet, Lucien Bonnafé, et Jean Oury (interne à ce moment-là, qui deviendra par la suite le fondateur de la clinique de la Borde). On retrouve dans ce contexte expérimental les prémices d'une nouvelle approche psychothérapeutique.

« il faudra attendre la conjonction de plusieurs événements marquants (la guerre d'Espagne, la Deuxième Guerre mondiale, la lutte contre l'idéologie nazie, la rencontre de quelques personnages historiques de la psychiatrie) pour que les acteurs de ce qui allait devenir la psychothérapie institutionnelle réussissent la création de cette psychiatrie à visage humain. Il s'agira alors de transformer les établissements psychiatriques en lieux d'accueil de la souffrance psychopathologique capables de recevoir des sujets en déshérence tout en les respectant quel que soit leur état pathologique. » (Delion, 2014).

L'appellation de « psychothérapie institutionnelle » apparaît pour la première fois dans la littérature en 1952, employée par Daumézon et son élève Koechlin dans une revue portugaise (Daumézon, 1952). Le Pr. Pierre Delion, qui publie de nombreux articles traitant de la PI, nous explique que cette thérapie *« est considérée par les historiens de la psychiatrie comme la méthode qui a permis de transformer la psychiatrie asilaire en « psychiatrie à visage humain » : une psychiatrie centrée sur le patient, lui rendant une fonction active dans son traitement, tenant compte des transferts multiples instaurés dans sa vie quotidienne et déployant dans la durée le dispositif de sa prise en charge, en articulation avec les partenaires de sa situation sociofamiliale. »* (Delion, 2012)

La PI ouvre une porte humaniste à la psychiatrie asilaire de l'époque qui a assisté aux décès par dénutrition de dizaines de milliers de patients, hospitalisés au long cours en psychiatrie durant la seconde guerre mondiale (Von Bultzingsloewen, 2002). La PI se développe pour les personnes atteintes de psychose souvent vouées à l'époque à une vie en institution psychiatrique avec un

isolement important vis-à-vis de la société. Cette période de début de la psychothérapie institutionnelle se situe avant l'arrivée des neuroleptiques et des nouvelles prises en charge psychothérapeutiques de réhabilitation psychosociale par exemple. L'intégration à la société pour les patients qui souffrent de manifestations délirantes est à cette époque souvent très difficile. La PI, du fait de la volonté d'écoute de chacun des patients, même les plus symptomatiques, a changé le regard de l'époque porté sur les patients atteints de troubles psychotiques.

2. Deux principaux concepts de la thérapie institutionnelle

a) **Le concret de l'institution**

Dans l'approche institutionnelle, il y a deux aspects principaux. Le premier concerne la forme que prend l'institution, son cadre, sa rythmicité, ses horaires, ses capacités d'accueils, ses bâtiments et espaces, ses activités, et son intégration dans la cité. En observant les changements symptomatiques induits par le changement de milieu, l'étude de l'institution pousse les psychiatres à s'intéresser aux caractéristiques d'un milieu favorable pour diminuer les effets de la psychose. Comme l'explique Jean Oury, la PI tente alors de « *profiter au maximum des structures existantes afin d'essayer d'exploiter tout ce qui peut servir à « soigner » les malades qui y vivent* » (Oury, 1970). C'est ainsi « *qu'il n'est plus simplement pris en compte le patient, mais aussi le lieu dans lequel il vit, qu'il s'agit de lui permettre d'être actif, non pas simplement un objet de soins* » (Oury, 1992). C'est donc une réflexion sur la structure même de l'institution qui anime les pionniers de la psychothérapie institutionnelle œuvrant dans l'hôpital de Saint Alban face à la psychose qui fait perdre le contact avec la réalité, instaure du chaos et clive l'institution.

« *La question essentielle est toujours la même : le lieu et le mode de vie proposés favorisent-ils ou freinent-ils la démarche de soin, vont-ils dans le sens de l'aliénation ou dans celui de la réhabilitation ? Il ne suffit pas qu'une institution se veuille thérapeutique pour qu'elle le soit : les processus en œuvre dans la psychose sont là pour s'opposer au changement, pour enliser peu à peu l'institution dans la répétition, et ses usagers dans l'anonymat, le non-sens, le vide intérieur, le chaos des pensées et l'extinction des affects.* » (Sassolas, 2012).

Aujourd'hui, la PI prend diverses formes. Elle garde la forme historique des cliniques de soins institutionnels, comme celle de « La Borde » fondée par Jean Oury, la clinique de « La Chesnaie » fondée par Claude Jeangirard, et l'hôpital de jour de « La Velotte » fondée par Paul-Claude Racamier.

De façon plus actuelle, la PI est mise en pratique dans diverses structures psychiatriques « de secteur », où elle prend la forme de centres médico-psychologiques, de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, d'hôpitaux de jour, de groupes d'entraide mutuelle, et de lieux associatifs. Tous ces différents lieux permettent de définir des espaces de soins, et parfois des espaces de vie, pour le patient délirant.

b) La thérapie dans l'institution

Le second aspect concerne la psychothérapie exercée en ses lieux, c'est-à-dire l'étude des interactions entre chacun de ses acteurs et de ses participants, et la manière de les rendre thérapeutiques. Au niveau théorique, la PI s'appuie donc sur « deux jambes ». L'une de ces « jambes » est la psychanalyse, avec à l'origine les théories de Freud et de Lacan bien connues des différents psychiatres de Saint Alban. Delion explique que pour la psychanalyse, il « a *toujours fallu, sauf exceptions, [d']un espace spécifique* » pour accueillir les pathologies psychiatriques entraînant un « *handicap majeur* ». (Delion, 2014).

L'autre jambe est politique, avec une réflexion sur l'influence des relations et de la société sur la pathologie psychotique : « *La théorie sociale de la psychothérapie institutionnelle s'appuie sur une conception héritée à la fois de Marx et de Sartre. Du marxisme, elle reprend la notion d'aliénation, concept qui n'est pas tout à fait étranger, d'ailleurs à la psychanalyse* » (Mornet, 2007). La PI encourage la lutte contre l'aliénation sociale et une vision plus communautaire de la vie. « *Émerge alors l'idée qu'il existe une aliénation sociale qui recoupe ou se rajoute à l'aliénation psychopathologique ; les deux se combinant pour conduire à l'aliénation de la personne [...] S'intègrent alors dans notre champ théorique l'importance d'une réflexion sur le pouvoir, et l'idée que la psychose s'inscrit aussi dans le rapport du pouvoir existant dans la société. La maladie mentale serait dans ce contexte le résultat de la violence politique exercée sur la personne.* » (Söderström et Conus, 2021). Cette réflexion nous renvoie aux définitions du délire et à l'influence de la société sur la conception du délire et sur les limites entre le « normal » et le « pathologique ».

3. L'intérêt de l'approche institutionnelle dans le délire psychotique

a) Un cadre pour délirer

La lutte contre l'aliénation sociale s'inscrit dans le concret de l'institution. Il s'agit de créer des espaces

intermédiaires, des lieux semi-protégés avec des droits et des devoirs différents de ceux de la société. « *Il nous apparaît que le soin bien conçu coïncide avec son cadre. La réalité psychique du patient vient s'engager, puis se lover dans ce cadre, qui l'enveloppe. Et c'est en entrant dans ce cadre que le patient entre dans sa tête* » (Racamier, 2020).

Selon les lieux et les structures, ce cadre est plus ou moins strict, plus ou moins « contenant » vis-à-vis du délire. Le cadre des institutions tels que « la Borde » et « la Chesnaie » permet aux patients d'exprimer plus facilement leurs délires, offrant de la liberté et des lieux avec de l'espace, souvent entourés par la nature. Cela peut être différent, comme nous le verrons à l'hôpital de jour de « la Velotte » développé par Paul-Claude Racamier qui propose un cadre plus contenant vis-à-vis du délire afin de travailler l'adaptation aux contraintes du groupe et à la vie en société.

Les contraintes de la vie commune et la présence d'autres personnes, atteintes de délire ou non, ramènent à la réalité de la vie, dans ce qu'elle a d'exigeante et d'anxiogène, mais aussi dans ce qu'elle a de véritable, de durable et de surprenante. L'institution crée donc une société à plus petite échelle, avec des droits et des devoirs adaptés aux symptômes et au retentissement de la psychose, définissant un cadre précis où peut s'exprimer la réalité psychique du patient.

b) Lutte contre l'isolement induit par le délire

Le délire psychotique altère les capacités relationnelles et les possibilités de création de liens sociaux chez les personnes qui en souffrent. Comme nous l'avons vu, les idées de persécution peuvent entraîner le repli et la crainte de l'autre. De même, les convictions mégalomaniaques rendent difficiles la prise en considération d'autrui. La communication et le partage d'une réalité commune est difficile lorsqu'un patient présente un délire envahissant. Tout cela entraîne un risque d'isolement social des patients délirants, source de maintien et d'accentuation des idées délirantes. La PI vient répondre à cet isolement des patients en facilitant les rencontres et le partage avec autrui. Elle valorise la présence de chacun et permet d'autres formes de communications : partage d'un lieu commun, d'une activité commune, de réunions, etc... En PI, la dynamique groupale et ses interactions sont fondamentales. Les discussions, la liberté de parole et l'auto-organisation sont autant de principes qui régulent la vie entre patients et soignants. Tout cela est coordonné et équilibré par les soignants pour encourager la communication entre chaque personne malgré les difficultés liées aux manifestations délirantes.

« *[Les GEMs] ont été conçus comme une des réponses à la question centrale du maintien du lien social et de lutte contre la solitude et l'isolement des personnes affectées de troubles psychiques au long*

cours, pour lesquelles il n'existait pratiquement rien dans la cité, en dehors des institutions de soins psychiatriques et de quelques clubs préexistants qui ne correspondaient de toute façon qu'à un temps très limité de la vie des patients. » (Durand, 2009). Le secteur, notamment avec les hôpitaux de jours ainsi que les GEMs permettent l'intégration du patient à une institution thérapeutique, tout en maintenant son intégration dans la cité. Cette double intégration est d'autant plus importante pour les patients ayant un délire évoluant au long cours avec un impact fonctionnel.

c) Lutte contre la stigmatisation et prise de responsabilités pour changer de rôle

« Il s'agit d'appliquer à la maladie mentale le principe humaniste du cristal freudien de non-différence structurale entre patients et soignants, chacun situé sur une ligne qui va de la norme à la psychopathologie sans rupture de continuité. Il s'agit aussi d'un concept qui aura son heure de gloire dans la psychanalyse kleinienne, celui de partie saine : toute personne humaine possède un côté sain sur lequel s'appuyer avec l'aide du thérapeute pour guérir de sa maladie mentale. » (Delion, 2014).

La PI recherche activement à faire tomber les frontières entre les « soignants » et les « soignés ». Cela commence par le partage des activités de la vie courante, le partage de différentes tâches, que ce soit la cuisine ou l'entretien des locaux. Les patients ont parfois la possibilité de travailler et d'être rémunérés en conséquence. Il peut exister un « club thérapeutique » au sein de l'institution. Ce club est un lieu d'échanges et d'activités communes entre soignés et soignants, où il est possible de changer de rôle, de sortir du rôle de malade. Chaque participant peut contribuer à créer, à faire vivre, à administrer, à soigner... Les patients sont encouragés à contenir leur délire pour s'intégrer pleinement au groupe. Cela permet aux patients d'oublier pour un temps leur identité de malade. Un sentiment d'appartenance et d'utilité en découle, important pour l'estime de soi - qui est un facteur pronostique reconnu dans la paranoïa.- (Freeman, 2008).

Cette volonté des soignants de se rapprocher des soignés, de partager leur humanité à travers les activités, les réunions et le club, permet de lutter contre le rejet, la peur, la distance, le vécu d'étrangeté et le risque de stigmatisation potentiellement présents chez les soignants en contact avec des patients présentant une symptomatologie délirante.

« La pratique psychiatrique expérimentée à Saint-Alban au cours de la Deuxième Guerre mondiale porte sur la mise en place d'un instrument de soin radicalement nouveau, le club thérapeutique, qui donne

aux patients eux-mêmes la responsabilité, avec un contrôle relatif des soignants, d'organiser leur vie quotidienne. » (Delion, 2014).

d) « Sous-titrage », mise en sens du délire et constellation transférentielle

« C'est un peu comme la différence entre le cinéma parlé et le cinéma muet : la thérapie du névrosé c'est du cinéma parlant ça parle. La thérapie du psychotique en institution c'est du cinéma muet, le patient joue sa prestation dans le quotidien avec nous, mais ça ne parle pas, ça ne lui parle pas, ça ne nous parle pas non plus alors on s'essaie à des sous titrages, on se fait des petits résumés ou des scénarios imagés de ce qu'on a crus apercevoir comprendre ; parfois ça marche, ça se met à parler parfois non. » (Da Silva, 2012). La PI prend en compte « le sujet » derrière le délire, ce que la personne met en scène avec son délire. Face à une personne délirante, il peut être difficile de discerner nos réalités semblables. En effet, le délire met au premier plan ce qui est différent chez l'autre, et nous donne l'impression de ne pas parler la même langue. Toutefois, même sans le même « langage », il est possible de se comprendre. Cette compréhension se fait par des interprétations plurielles, ce que Da Silva appelle les « sous-titres » et représente l'expression de ce que chacun a compris, ou lui est parvenu dans sa relation soignante avec la personne délirante. La PI apporte des clés pour l'abord psychothérapeutique du délire. « L'enjeu de la rencontre avec un patient pour le psychiatre, le défi ultime, c'est de savoir entendre à la fois ce qui est semblable et ce qui est différent chez chacun. » (Sassolas, 2017).

En complément des psychiatres, psychologues, infirmiers et professionnel de l'intendance, la PI inclut parfois dans l'institution la présence de philosophes, artistes, agriculteurs, etc... Cela permet à chacun de s'exprimer et de participer au processus de « sous-titrage » devant l'expression émotionnelle, les pensées et les comportements parfois étranges des patients délirants. Les responsabilités selon les fonctions de chaque professionnel sont maintenues, tout en prenant en compte les ressentis en lien avec la personnalité et l'histoire personnelle de chacun au sein de l'institution. De plus, une place importante est donnée aux stagiaires, qui n'ont pas encore de responsabilités à proprement parler, permettant ainsi un lien plus simple et amical avec les patients, et un regard neuf sur l'institution et ses pratiques. « En effet, chacun des membres de l'équipe, du fait de son histoire personnelle, de sa formation, de ses préoccupations existentielles du moment, du fait de son étape de vie, va pouvoir accueillir, parfois sans que des mots s'échangent à ce propos, une souffrance du patient jusqu'à alors inaudible. » (Herrera, 2021).

De tous ces différents regards vient la notion de constellation transférentielle, développée par Delion, et définie dans l'ouvrage homonyme comme « *l'ensemble des soignants qui sont au contact du patient présentant une pathologie archaïque, elle résulte d'un travail collectif au long cours, effectué par l'équipe qui accueille et soigne le patient en question.* » (Delion, 2022). Cette constellation est pensée avec ceux qui partagent des expériences avec le patient. Chaque soignant expose aux autres soignants le récit des expériences traversées avec le patient : par le clivage qu'entraîne la psychose, certains soignants incarnent le « bon objet », et certains autres « le mauvais objet ». Cela permet de dépasser selon Delion les mécanismes de défense psychotiques développés plus haut et de permettre au patient de reconnaître des parties de lui-même dans les figures des soignants. Ceci a pour but de « *bénéficier d'une fonction contenant qui le rassemble et lui permette d'éprouver, ne serait-ce qu'un instant, cette unité non stabilisée dans des enveloppes corporo-psychiques et institutionnelles – la constellation transférentielle – qui lui font défaut.* » (Delion, 2022)

Dans les groupes thérapeutiques émerge aussi la notion de « *transfert diffracté* », qui conduit à ce que le patient recrée ses objets internes et la relation entre eux dans le milieu thérapeutique qu'est le groupe. Les thérapeutes, le milieu, l'hôpital peuvent être identifiés à des objets transférentiels partiels et le transfert diffracté ne peut être lu qu'avec une certaine distance et en tenant compte de tous les acteurs. L'hôpital ou le lieu de soin peut être investi comme une famille : « *Les acteurs du traitement sont pris à leur insu dans un « théâtre » où ils jouent un personnage incarnant une partie du patient ou un membre de sa famille* » (Söderström, 2021). Les processus psychopathologiques (clivage, identification projective, répétition) peuvent se lire dans les relations que le patient établit avec tous les membres de l'équipe thérapeutique. Cette mise en scène des différents processus psychopathologiques sous-tendant les délires, permet au patient de les faire émerger et de les conscientiser dans un milieu bienveillant et soignant. Une formulation explicite, une verbalisation des affects présumés ou l'expression d'une hypothèse de causalité, peuvent alors rendre possible sa mise en sens pour le patient.

Pour « cadrer » la verbalisation des transferts et contre-transferts, la PI met en place des réunions pour tous les membres de l'institution. Ces réunions peuvent être des réunions entre soignants, pour la mise en commun des éléments transférentiels, affiner la mise en sens et s'accorder sur la conduite à tenir. Elles peuvent aussi prendre la forme de réunions soignants-soignés ou de réunions entre patients eux-mêmes pour permettre la verbalisation, la mise en sens, la normalisation, l'émergence de soutien mutuel et d'empathie.

e) Lutte contre la perte de contact avec la réalité : rythmicité et activités

La PI cherche à donner un rythme et une quotidianisation à chaque journée. Par exemple, dans le fascicule d'accueil pour les nouveaux venus à la clinique de La Borde : « *Tout commence vers 7h du matin, du côté du rez de chaussée du château. Le premier des cuisiniers est déjà au travail. Les moniteurs qui font la relève des veilleurs et le moniteur de l'équipe du rez-de-chaussée sont là pour vous accueillir et vous accompagner pendant le petit déjeuner. Le petit déjeuner est servi entre 7h et 9h30. Si vous ne savez pas quoi faire, il y a toujours des petites activités à faire du côté de la cuisine (« pluches ») ou de la plonge (vaisselle du petit déjeuner, nettoyage des tables,...). 9h30 : c'est « l'orange accueil ». On y lit « la feuille de jour » autour d'une boisson chaude ou d'un jus d'orange. On se réunit aussi pour organiser ensemble les activités du matin. Votre traitement pourra vous être administré lors de cette réunion si vous ne l'avez pas eu avant. Il importe à tous de participer aux activités des lieux d'hébergement et aux activités du rez-de-chaussée : cela fait partie du contrat de soins et d'un échange entre le Club et le Comité Hospitalier. A partir de 10h15, la caisse de dépôt passe dans chaque secteur (sauf le samedi où on la trouve au grand salon). Le courrier arrive vers 11h15 (ça dépend du facteur) à l'extension. A midi, la cloche sonne : elle annonce le premier repas. Un second repas est servi à 13h. Chacun est invité à participer à la mise des tables, à la vaisselle, ainsi qu'au rangement des salles... » (fascicule d'accueil de La Borde).*

Dans le cadre du délire où le patient peut être pris par une réalité différente, la rythmicité des journées est souvent difficile à mettre en place en restant seul. Cette reprise de rythme commun permet de se réinscrire dans la réalité partagée, de participer aux différentes activités communes, et de diminuer l'anxiété, cela par un quotidien rassurant dans une réalité prévisible et répétitive. Le rythme qu'impose l'institution permet une meilleure hygiène du sommeil et des repas. En dehors des institutions, les rythmes des hôpitaux de jour, des groupes thérapeutiques, ou des accueils de jour associatifs permettent de définir des repères de temporalité et d'espace.

Les activités communes sont également pensées dans leur fonction thérapeutique, que ce soient des activités physiques, artistiques, intellectuelles, culturelles, sociales, ou de loisirs. Elles permettent l'expressivité, la créativité, le partage, et l'instauration d'un sentiment d'utilité. Elles peuvent parfois permettre à certains patients de réaliser -de façon partielle- certains rêves et désirs que l'on peut retrouver dans leurs délires : être cinéaste, philosophe, chanteur, artiste ...

4. Evaluation des psychothérapies institutionnelles

Nous notons que malgré une histoire et un socle théorique commun, il existe une grande hétérogénéité dans la structuration de ces institutions et dans la mise en pratique psychothérapeutique. Ceci contribue à rendre les psychothérapies institutionnelles difficilement évaluables. Il n'existe à notre connaissance pas d'étude clinique standardisée sur les psychothérapies institutionnelles et la symptomatologie délirante. En revanche, en dehors des études cliniques objectives, les revues de cas traduisant le vécu subjectif des patients, leur témoignage, le témoignage des proches, et l'interprétation théorique faite par les médecins, ont une place importante dans l'évaluation de ces prises en charge. « *A la Borde c'est différent, c'est un lieu où être fou c'est d'abord être quelqu'un, avoir un prénom, une place dans le collectif. Certains sont là pour se soigner, avec l'aide d'autres, qui sont soignants.* ». (Témoignage d'un ancien patient présent sur le site internet de La Borde).

Dans le cadre de notre thèse, nous avons choisi de rencontrer le docteur Vincent Rebière, psychiatre et médecin directeur du centre psychothérapeutique de « La Velotte », afin de recueillir son expérience en terme de pratique de soins institutionnels de patients présentant des délires psychotiques.

B. Rencontre avec le Dr Rebière, médecin directeur de « La Velotte »

Dans le cadre de cette thèse et de nos réflexions autour de l'apport de la psychothérapie institutionnelle pour le traitement de la symptomatologie délirante, nous avons sollicité une rencontre avec le Dr Rebière dans les locaux de l'hôpital de jour de La Velotte à Besançon. Le Dr Rebière est psychiatre et médecin directeur du centre de soin. Notre entretien d'une heure trente le jeudi 30 juin 2022 a été enregistré à l'aide de deux dictaphones. Un questionnaire semi-directif a été conçu et partagé avant la rencontre (*Annexe 6*). Ce questionnaire aborde la place de la thérapie institutionnelle dans la clinique de La Velotte, les considérations épidémiologiques et nosologiques des délires au sein de l'institution, les retentissements des délires et leur prise en charge psychothérapeutique au sein de La Velotte. Notre entretien n'ayant pas suivi à la lettre le questionnaire, nous avons choisi de rapporter les propos du Dr Rebière sans suivre l'ordre du questionnaire. Toutes les citations incluses et n'ayant pas de référence dans cette partie sont les propos du Dr Rebière lors de cet entretien.

1. Présentation de La Velotte

Le centre psychothérapeutique de La Velotte est une structure intermédiaire fondée par Paul-Claude Racamier en 1967 à Besançon. « *Ce cadre, qui est une sorte de montage, a été conçu et organisé par Paul-Claude Racamier de façon précise pour aider chaque patient à entrer dans sa peau, dans sa tête et dans sa vie* » (de Sainte Marie, 2004).

Il s'agit d'un centre de soins institutionnels couplant un hôpital de jour et un foyer d'hébergement. Cette structure accueille jusqu'à 12 patients, entre 18 et 30 ans, porteurs de handicap d'origine psychique. L'objectif principal du soin à La Velotte est l'autonomie psychique et pragmatique. Elle intègre une approche de réhabilitation psychosociale, visant au rétablissement, adossée à une réflexion d'inspiration psychodynamique. La Velotte diffère donc sur de nombreux points par rapport à une approche institutionnelle plus traditionnelle.

« *Les visages de la psychose ont changé, ou en tout cas leur dénomination. Nous recevons des patients souffrant de schizophrénie, de bipolarité, de fonctionnements états limites, de « haut potentiel »... Qu'importe, toutes ces formulations recouvrent une même problématique, celle qui correspond à l'objectif principal du soin à La Velotte, à savoir l'autonomie psychique qui fait cruellement défaut à nos patients.* » (Vandel et Rebière, 2019).

L'équipe est constituée de trois médecins (Médecin directeur, médecin assistant, médecin adjoint), cinq soignants (infirmiers et psychologues), des animateurs, du personnel administratif, et du personnel hôtelier (cuisinier et agents d'entretien).

2. Autonomie et décollement familial

La Velotte a conservé depuis 55 ans la pensée de son fondateur. Son approche institutionnelle se différencie de celles d'origine (Saint-Alban et La Borde) par un objectif clairement défini d'autonomie.

Pour atteindre cet objectif, le cadre institutionnel est réfléchi précisément dans tous ses différents aspects. Les patients sont nommés « participants » traduisant leur participation aux soins, aux tâches et aux activités. L'hôpital de jour est séparé du lieu de résidence pour différencier les espaces et les intervenants. Le temps de séjour est limité, d'une durée moyenne de trois ans, avec des marqueurs de temps dans l'évolution de la prise en charge. Comme le dit le Dr Rebière : « *On travaille le début, le milieu, et la fin de la cure. Il y a des critères d'auto et hétéroévaluation de l'autonomie que l'on va*

utiliser au début, au milieu et à la fin de la cure. Tout cela s'inscrit donc dans une logique de réhabilitation et de rétablissement, déjà réfléchie au temps de Racamier. »

Le travail de « *décollement* » avec les parents est primordial dans la thérapie à La Velotte. Le patient « *commence à exister* » lorsqu'il part de chez ses parents. Chez ses parents, il est considéré comme « *n'ayant pas d'espace psychique* », envahi par des problématiques familiales de tout genre. Ces problématiques sont le plus souvent entretenues réciproquement par le sujet et par ses parents. L'idée du décollement est de faire émerger la partie active du sujet pour la faire aller à contre-courant de ce qu'il a vécu avant. Les parents sont considérés comme « *coparticipants* » à la cure et les rencontres familiales obéissent un cadre très précis : présence à la pré-admission, à l'admission, bilans trimestriels, anamnèse familiale, assemblée générale de l'association, et journée des parents. Les participants bénéficient d'un appel téléphonique par semaine à leurs parents, suivant un jour et une heure précise. De la même manière, les parents bénéficient aussi d'un appel au médecin par semaine. Selon le Dr Rebière : « *Quand ils avancent bien dans leur cure, ils sont à même de dire quelle fréquence est la bonne pour rentrer en famille, quelle durée ils doivent passer chez leurs parents... Même chose pour les parents.* » La Velotte incarne donc la « *contrainte paternelle* » avec un cadre fait de limites et d'exigences. Les institutions comme La Borde et la Chesnaie incarnent plutôt la matrice accueillante, maternante, pour des patients ne pouvant pas tolérer un cadre ferme. Lors de leur séjour à La Velotte, les « *collages familiaux* » des participants vont prendre bien souvent des formes matérielles très concrètes et invisibles : intrusion des parents dans la gestion de l'argent, des vêtements, des traitements. Les soignants ne sont souvent pas informés de ces transactions bien que le contrat de soin les désigne comme responsables de la gestion matérielle avec le participant. Le soin va permettre de rendre visibles ces transactions, d'en discuter avec les familles, cela afin d'améliorer l'autonomie des patients.

La Velotte s'inscrit aussi dans une logique de réhabilitation psychosociale par le travail de l'autonomie des participants. Concrètement, cela passe par exemple par la gestion des tâches quotidiennes, la gestion du budget, etc... Cette réhabilitation est progressive, avec le deuil d'une réussite socioprofessionnelle parfaite pour valoriser les réussites au quotidien : se lever, manger trois fois par jour, entretenir son appartement, ses vêtements et ses relations sociales. Le but est d'éviter les rechutes, la réinstallation en famille, et les hospitalisations. Ainsi, la thérapie comprend un versant très pragmatique associé au versant psychique : l'un n'allait jamais sans l'autre pour Racamier. Selon le Dr Rebière, Racamier, bien que psychanalyste, s'intéressait déjà à des prescriptions comportementales.

Des concepts de la psychothérapie institutionnelle évoqués plus haut persiste la considération psychodynamique du délire, avec une recherche de mise en sens, la multiplicité de regards soignants

et la constellation transférentielle. Le travail psychique à La Velotte est celui de l'histoire du patient faisant remonter à la surface les multiples conflits, comme le « conflit d'autonomie ». Ensuite on recherche sa mise en sens, mais comme le dit le Dr Rebière : « *dans le cas de la psychose, on touche le plus souvent à une limite dans l'accession à l'autonomie, limite qu'il faut savoir respecter et pour laquelle on ne pourra pas aller au-delà* ». A la Velotte, on retrouve aussi les réunions entre soignants et les réunions soignants-soignés. La vie en communauté est centrale, avec une rythmicité et une participation clairement définie et cadrée des participants aux différentes activités. Il y a un rapprochement psychique et un partage du quotidien entre les participants et l'équipe d'infirmiers et psychologues. Les médecins gardent quant-à-eux une position hiérarchique et limitent leurs interactions aux soins psychiques des participants -sauf exception du déjeuner avec les participants tous les jeudis midi.-

3. Rythmicité

Selon le principe de rythmicité, la semaine est organisée du lundi au mercredi par la réalisation d'activités à l'hôpital de jour. Du jeudi au vendredi sont programmées les séances de psychothérapies individuelles et groupales, ainsi que les rencontres familiales. Le week-end permet la réalisation d'activités de loisir. Les patients rejoignent le foyer d'hébergement pour la soirée et la nuit.

Il n'y a pas de présence soignante au foyer. Les médecins sont présents à l'hôpital de jour les jeudis et vendredis. Les soignants sont présents à l'hôpital de jour toute la journée chaque jour de la semaine.

Il s'agit de ramener les participants dans des repères spatio-temporels. De leur permettre de « *commencer à exister* », d'avoir des repères (horaires des repas, activités, responsabilités concrètes, rituels de bonjour et au revoir, les anniversaires...).

Le Dr Rebière conclue : « *Le cadre sous toutes ses formes !* »

4. Réunions thérapeutiques

Le jeudi matin a lieu la réunion entre médecins et soignants pour passer en revue la semaine écoulée (activités, temps de repas, échanges, ...). Ce temps de « *concertation médico-soignante* » permet l'étude des transferts et contre-transferts ressentis par les soignants, et l'étude de la constellation transférentielle autour de chacun des participants.

L'après-midi a lieu la « *séance de psychothérapie individuelle avec plusieurs thérapeutes* ». Cette séance retranscrit au patient ce qui a été discuté le matin-même en réunion médico-soignante. Elle se déroule dans la « *salle d'équipe* » disposée d'une façon très précise : un soignant en « *côte-à-côte* » du participant, qui a pour rôle le soutien empathique, faisant office de « *moi-auxiliaire* ». Un soignant en « *face-à-face* » du participant, incarnant la conflictualité, et deux médecins prenant des « *positions contrastés* », soit en « *côte-à-côte* » soit en « *face-à-face* ». Cette mise en scène s'inspire du psychodrame analytique.

Le vendredi matin a lieu la « *réunion thérapeutique du groupe* ». Elle se déroule également dans une pièce spécifique, réunissant tous les participants et toute l'équipe médico-soignante. Les participants sont considérés comme « *cothérapeutes* » et vont être des tiers dont l'expression sera parfois mieux acceptée par le patient concerné que si cela était rapporté par l'équipe thérapeutique.

5. Les délires psychotiques à La Velotte

Tous les patients ayant séjourné à la clinique de La Velotte ont eu un ou plusieurs moments délirants selon le Dr Rebière. Pour des raisons administratives, les médecins de La Velotte utilisent les nosographies de la CIM-10, mais privilégient la notion d'autonomie qui est mise à mal dans les pathologies telles que la schizophrénie, le trouble bipolaire et les états limites. En accord avec la pensée psychodynamique, le Dr Rebière voit un dynamisme dans les symptomatologies présentées par les participants. La description d'une symptomatologie négative à un moment donné de la cure peut parfois laisser éclore une symptomatologie délirante riche au cours de la cure. « *Les classifications actuelles très normatives sont nécessaires mais très réductrices de ce que l'on peut voir chez les patients de par le fait que les processus psychiques sont dynamiques. La classification sert pour les tutelles, pour les financements, pour les cadres administratifs. La clinique est bien plus complexe.* »

Le thème le plus fréquent du délire à La Velotte est celui de la mégalomanie. Pour le Dr Rebière, toutes les personnes souffrant de troubles psychotiques ont un délire d'être éternel, autoengendré, sans origine et généalogie. « *Contre la mégalomanie des patients, on n'est pas tout puissant, on ne peut pas tout supporter, il y a des limites.* » A La Velotte, tout vient contre la mégalomanie et l'autoengendrement des patients par le « *principe de réalité* » : « *les soignants sont ambassadeurs de la réalité, ils doivent accompagner les participants dans la concrétude de la vie, contraignante et frustrante* ». Les parents aussi sont impliqués pour remettre du cadre et des limites. Tout cela permet une régulation des idées mégalomaniaques des participants et une confrontation par des réalisations très concrètes.

A La Velotte, les critères d'âge font que les participants sont plus dans des « *moments paranoïdes* » que dans une « *psychose paranoïaques avérée* ». En revanche, la thérapie de La Velotte cherche à éviter que s'installe des délires « *figés* », « *très enkystés* ». « *L'autonomie, c'est penser que j'y suis pour quelque chose dans ma vie. Le grand paranoïaque est victime de tout, et il n'y est pour rien* ».

A la Velotte, « *le délire doit exister, il doit y avoir un espace délirant, mais circonscrit et cantonné* ». Racamier compare le délire à une statuette sur une étagère que l'on peut à tout moment reprendre si on en a besoin -par exemple lors de moments stressants confrontant à l'angoisse d'aller plus loin dans l'autonomie.- Toutefois, le délire ne doit pas être affiché et ne doit pas impacter le groupe. Il doit au contraire rester dans l'espace de soin et être contenu en groupe. Un patient trop délirant deviendrait compliqué à contenir à La Velotte et nécessiterait parfois une hospitalisation. L'idée est que le patient apprenne à contenir ses symptômes dans la vie à l'extérieur. Cela afin de diminuer le risque de stigmatisation. Un « adage » fréquent à la Velotte est le suivant : « *La vie à la Velotte, c'est comme la vie à l'extérieur* ». La thérapie s'inscrit donc aussi dans un travail d'éducation thérapeutique.

Dans les réunions thérapeutiques, le délire doit être évoqué, premièrement avec les soignants et parfois avec les autres participants. Cela permet au groupe de renvoyer une part de réalité au sein du délire du participant. « *Il faut circonscire l'espace délirant pour le faire devenir un espace transitionnel, partagé, de rencontre* ». Par exemple, l'équipe a accueilli une participante qui présentait des idées de grandeur. Elle pensait être la plus grande fleuriste et la meilleure dessinatrice du monde. Pour soigner ce délire, deux objectifs lui ont été prescrits : un stage chez un fleuriste et une inscription aux beaux-arts afin de confronter indirectement ce délire en l'insérant dans la vie réelle et en le contraignant à la réalité extérieure.

Le Dr Rebière reconnaît que ce cadre est différent de celui de La Borde ou de La Chesnaie où il y a une « *grande tolérance à la folie et aux symptômes* ». Pour lui, le risque dans ces institutions « *c'est de ne rien demander au patient, et de le cantonner dans ses difficultés* ». Alors que pour Racamier, il faut accueillir le délire, mais aussi mobiliser la partie saine du patient pour le conduire le plus loin possible dans ses propres capacités. Le Dr Rebière compare la Velotte à des soins intensifs psychiques apportés à des patients dans une tranche d'âge particulière. Ces soins intensifs cherchent la mobilisation maximale des ressources psychiques du patient et de sa famille. C'est dans ce cadre que la thérapie de La Velotte rejoint la notion de rétablissement.

C. *En résumé*

Voici donc un bref survol des spécificités de l'approche institutionnelle pour les sujets présentant un délire psychotique. Cette approche cherche à adapter le lieu et le cadre aux problématiques et handicaps psychiques induits par le délire. Elle rompt l'isolement et la stigmatisation du soigné, le valorise en lui donnant des responsabilités et une place à part entière dans le groupe. Il devient participant et acteur dans la vie du lieu, impliquant la reprise d'une hygiène de vie et le rattachant à la réalité. Les soignants lui permettent d'expérimenter la relation à de multiples échelles. Tout comme pour l'approche psychodynamique, l'efficacité probante de l'approche institutionnelle est difficilement évaluable du fait de l'hétérogénéité de sa mise en pratique, de l'hétérogénéité des institutions, de l'absence d'interventions codifiées, et du manque de cibles thérapeutiques communes et claires. Ainsi, le vécu subjectif des participants et le témoignage des proches et des soignants sont d'une grande importance pour la validation des soins prodigués.

III. Les approches familiales

Les approches familiales des délires psychotiques peuvent inclure différents types d'approches théoriques. Dans cette partie, nous développerons en particulier l'approche systémique et l'approche psychoéducatrice à l'intention des familles pour la prise en charge du patient présentant un délire psychotique. Les bénéfices de l'intervention familiale dans les troubles psychotiques sont largement documentés mais nous n'avons trouvé que peu d'études portant sur le délire psychotique en particulier. Au niveau des patients psychotiques, des bénéfices ont été retrouvés sur le plan du rétablissement global, de la réinsertion socio-professionnelle, de la baisse de la durée et de la fréquence des hospitalisations, et de la prévention des rechutes. Ces interventions viennent aussi soutenir et soulager les familles, souvent en première ligne sur le plan du soutien de leur proche atteint de trouble psychotique, et subissant les effets traumatiques du trouble psychotique et de ses manifestations délirantes. (Kannas, 2001).

Pour mieux articuler les différentes aides destinées aux familles, deux chercheurs proposent une gradation des indications des différentes approches familiales pour les patients atteints de « *troubles mentaux sévères* » sous la forme d'une pyramide de soins familiaux (cf figure 1). Ils proposent que les deux interventions familiales de base (rencontre et évaluation ; informations générales) soient considérées comme le niveau minimum de soin et soient dispensées à toutes les familles. Ces deux interventions répondent aux besoins fondamentaux de la famille en termes d'information sur la maladie ainsi que sur l'orientation vers les services de santé mentale. En revanche, les trois niveaux supérieurs (psychoéducation, consultations ponctuelles, et thérapie familiale) sont relatifs aux soins thérapeutiques spécialisés selon des indications précises. (Mottaghipour et Bickerton, 2005).

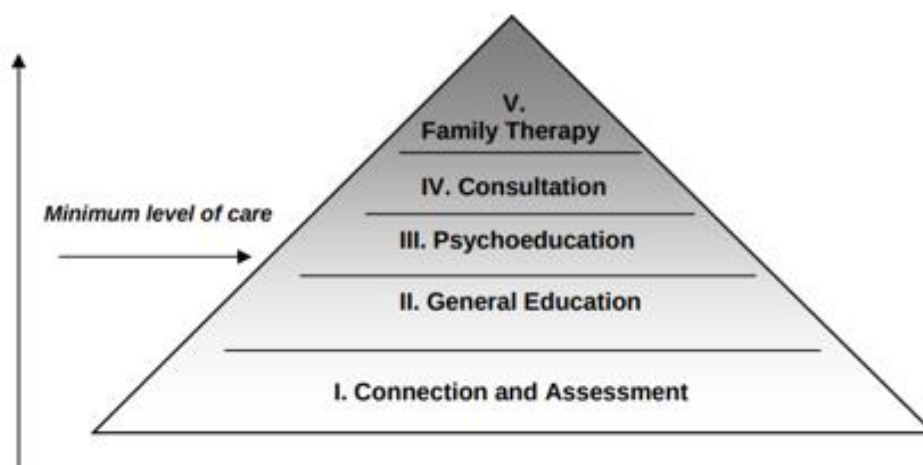


Figure 2 : Pyramide des psychothérapies familiales de Mottaghipour & Bickerton

Nous avons donc choisi d'étudier ce que l'on peut considérer comme la marche III (psychééducation) et V (thérapie familiale) de la pyramide. Il y a cependant certaines connexions entre les différentes approches familiales. Comme nous le verrons avec le Pr Alan Carr, la définition des interventions systémiques peut être très large, s'étendant pour les adultes à : « *la thérapie de couple et familiale et d'autres interventions familiales telles que la psychoéducation des aidants et les groupes de soutien, qui engagent les membres de la famille dans le processus de résolution des problèmes des adultes de plus de 18 ans* » [Traduction personnelle] (Carr, 2018).

A. Approche systémique

1. Les Débuts

La thérapie dite « systémique » naît avec l'école de Palo Alto en Californie. Les premiers concepts systémiques voient le jour avec les recherches de Gregory Bateson anthropologue psychologue épistémologue américain, et faisant partie des fondateurs de l'école de Palo Alto. La thérapie systémique s'inspire de la théorie des systèmes déjà étudiée dans le domaine de la biologie et de la physiologie, et de l'étude des échanges dans ces différents systèmes. Un système est défini ici comme un groupe d'individus dont fait partie le patient, et avec lesquels il est en interaction. Le plus souvent il s'agit de la famille, mais cela peut s'étendre à d'autres groupes plus larges comme le milieu socio-éducatif ou l'entreprise. Les thérapies dites systémiques cherchent à comprendre les symptômes comme des manifestations d'un dysfonctionnement du système dans son ensemble plutôt que du patient seul. C'est ainsi que Bateson et son équipe observent non plus des sujets isolés, mais plutôt leurs interactions ainsi que la communication et la manière d'échanger -qu'elle soit verbale ou non verbale.- Don Jackson crée le MRI (Mental Research Institute) et est rejoint par Paul Watzlawick, psychologue d'origine autrichienne. Le MRI pose les fondements de la thérapie systémique et prolonge les travaux de l'école de Palo Alto pour les diffuser à travers le monde. L'approche systémique se voit enrichie de plusieurs courants selon les périodes et les différentes écoles systémiques : communicationnelle, structurelle, stratégique, contextuelle, constructiviste... Nous ne pourrons décrire chaque approche en détails mais nous nous proposons d'évoquer quelques concepts issus de différents courants systémiques pouvant contribuer à modéliser, comprendre et traiter les délires psychotiques.

« Rompant avec l'orientation individualiste de la psychiatrie de l'époque, l'École de Palo Alto proclame haut et fort que l'ère de l'individu a pris fin. L' « homme psychologique » n'est qu'une illusion. La

primauté revient aux systèmes d'interactions (allant par paliers successifs de la famille au groupe social, à la société et à la culture dans son ensemble) dont l'individu n'est qu'un élément et, dans une large mesure, un produit. » (Picard, 2020).

La thérapie systémique se développe particulièrement avec la discipline de la cybernétique qui étudie les communications et les régulations des systèmes complexes. Deux théories cybernétiques appliquées à la systémique se succèdent, comme nous l'explique Jean-Paul Gaillard, membre titulaire de la Société Française de Thérapie Familiale.

Il nous explique que la première cybernétique conceptualise cette « *action de diriger* » de la cybernétique comme relevant d'une autorégulation du système par le jeu de rétroactions (feedback) selon une logique d'homéostasie. « *Tout naturellement, donc, Bateson et ses premiers complices en thérapie [...] entreprirent de décrire les familles comme des systèmes ouverts, doués de capacités homéostatiques, ces capacités étant mises en œuvre à partir des processus de feedback essentiellement négatifs (inhibition).* » (Gaillard, 2011). La famille est donc conceptualisée comme un système ouvert à l'état d'équilibre (homéostasie) permis par des lois intrinsèques au système familial. Les comportements symptomatiques d'un des membres manifestent une dysfonction du système. Des solutions ont été tentées par la famille mais les changements qui doivent s'opérer deviennent impossibles pour ne pas perturber l'équilibre. Le thérapeute vient comme un observateur extérieur au système, il repère les dysfonctionnements et tente d'agir sur eux. Il a une position d'expert, un rôle de diagnostiqueur et de prescripteur. Il évalue les changements produits par ses prescriptions pour adapter ses thérapies.

La deuxième systémique vient d'observations de systèmes dits « autopoïétiques », c'est-à-dire ne répondant pas à une action de l'extérieur. En appliquant ces observations au système familial, la famille y est décrite comme un système autonome, dynamique, apte à l'autogestion face à des crises. Chaque changement chez l'un de ses membres se répercutera sur les autres membres. Avec cette deuxième cybernétique, la place du thérapeute change considérablement. « *Von Foerster fonde la deuxième cybernétique sur une remarque fondamentale : les neurosciences doivent définir une théorie du cerveau, pas seulement le décrire ; le problème étant que cette théorie sur le cerveau sera écrite par le cerveau lui-même. Cette remarque impose une révolution épistémologique en ce qu'elle place l'autoréférence comme base légitime de la science chargée de s'attaquer aux quatre problèmes [...] : les problèmes « à un cerveau », qui concernent les neurosciences ; les problèmes « à deux cerveaux » qui concernent l'éducation ; les problèmes « à n cerveaux » qui concernent la société ; les problèmes « communs à tous les cerveaux » qui concernent l'humanité.* » (Gaillard, 2011). La place du thérapeute est donc questionnée car il fait partie des problèmes à « n cerveaux » et de ceux « communs à tous les

cerveaux ». Il n'est plus considéré comme un observateur extérieur et neutre. Il n'est plus expert réparateur du système mais il devient un facilitateur de communication et créateur de solutions nouvelles. Système familial et système thérapeutique s'imbriquent pour former un système nouveau. Le rapport thérapeute-famille s'horizontalise et il y a un partage réciproque d'informations et d'émotions.

La thérapie systémique prend en charge de nombreux troubles, en particulier : les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire, le trouble de personnalité borderline, et l'addiction à l'alcool. Toutefois, sa première source d'étude est celle de la psychose. L'approche systémique s'intéresse aux interactions et communications entre un patient ayant des symptômes psychotiques et son système. Elle étudie la place des manifestations psychotiques dans les liens et conflits du système. L'objectif de cette thérapie est de provoquer du changement, avec une meilleure gestion des émotions et une amélioration de la qualité de la communication dans le système. L'idée pour le thérapeute est de réussir à garder un certain décalage, tout en travaillant autour des résonances émotionnelles vécues par le thérapeute et qui proviennent du système familial. Juan Luis Linares, professeur à l'université autonome de Barcelone nous précise cet intérêt de l'étude du système dans les troubles psychotiques : « *Le mystère des psychoses, toujours aussi actuel aujourd'hui, et la fascination suscitée par leurs idiosyncrasies communicationnelles, sans parler des souffrances endurées par les patients et leurs proches, exigent de persévérer dans l'investigation de leurs fondements relationnels* » [Traduction personnelle] (Linares, 2018).

La thérapie systémique familiale réunit les membres de la famille pour les faire participer aux entretiens. Ces entretiens ont pour but de faire évoluer le comportement d'au-moins un des membres de la famille. Cette thérapie travaille donc avec la famille pour le bien du patient et de son système. L'évolution de la pratique psychiatrique actuelle favorise le rôle de la famille dans les soins du patient. « *Les liens entre les familles de patients souffrant de schizophrénies et les psychiatres ont beaucoup évolués au cours de ces dernières décennies ; ce changement est expliqué, entre autre, du fait de différents facteurs sociohistoriques, comme la désinstitutionalisation et la réduction des durées d'hospitalisation des patients. Des facteurs épistémologiques, comme le passage de différents modèles théoriques considérant la famille comme un facteur étiologique de l'apparition d'une pathologie schizophrénique à des modèles plus biologiques ont également contribué à ce changement de paradigme. Les familles occupent aujourd'hui une place importante de partenaires essentiels des soignants pour la prise en charge des patients schizophrènes.* » (Frankhauser, 2015).

Les interventions systémiques s'intéressent aux dysfonctions et répercussions vécues présentement par le patient et sa famille. Elles ne cherchent pas à connaître l'étiologie du problème mais elles

encouragent le patient et/ou sa famille à agir, notamment via des exercices pratiques à effectuer entre chaque séance. « Le problème, c'est la solution » est une des formulations illustrant la dynamique thérapeutique en systémique. Cette formule vient de la constatation que, les comportements du patient ou du système n'ayant pas montré d'efficacité, leurs répétitions entraînent un cercle vicieux aboutissant à une impasse : « [...] *alors que, pour changer, la véritable solution consiste à sortir du cadre où les remèdes utilisés sont soit inefficaces, soit nuisibles. Pour cela, il faut « empêcher le patient de se soigner », c'est-à-dire l'empêcher de s'enfermer dans de fausses solutions qui ne font qu'entretenir le problème.* » (Picard, 2020).

De nombreuses théories et stratégies de ce type imprègnent les différentes approches systémiques. De nouvelles solutions, différentes de celles déjà tentées par le système, peuvent être proposées au patient et/ou à son système relationnel notamment par des « prescriptions thérapeutiques ». Celles-ci consistent le plus souvent en la prescription de comportements, ayant pour but d'amener les membres du système à essayer d'autres manière d'être en relation, d'autres patterns relationnels

2. Quelques concepts systémiques pour appréhender le délire psychotique

a) *Théorie pionnière du « Double-bind » et prescription d'injonctions paradoxales*

C'est à Bateson que l'on doit cette première théorie de la double contrainte, théorisant ainsi l'influence communicationnelle systémique dans la naissance de manifestations psychotiques. Le pattern du « double-bind » (ou double contrainte) se caractérise par la présence d'ordres inconciliables du fait de leur incompatibilité. Ces ordres entraînent une impasse relationnelle entre le patient et son interlocuteur. Par exemple, un parent dit à son enfant : « je t'ordonne de décider toi-même" ou « sois autonome » peut être inconciliable avec le comportement de ce même parent qui s'occupe de la gestion des courses, du budget, et des vêtements de son enfant. Cette communication devient pathogène quand le patient ne peut ni s'y soustraire du fait des liens affectifs, ni « métacommuniquer » avec son interlocuteur sur l'impasse dans laquelle il se trouve. Elle empêche l'émancipation et le développement psychique des protagonistes et favorise une « réponse » du patient par l'expression de manifestations délirantes : « [...] *l'émergence de symptômes psychotiques apparaît comme une solution à cette impasse permettant au système de se maintenir dans un état d'équilibre.* » (Mosig, 2021).

Face à cette impasse, Watzlawick propose la prescription d' « *injonctions paradoxales* », comme par exemple la prescription du symptôme consistant à encourager le patient à provoquer volontairement son symptôme. « *Par nature, le symptôme échappe à la volonté, il a donc une certaine autonomie, c'est un segment de comportement spontané que le patient éprouve lui-même comme quelque chose qu'il ne peut maîtriser. Si l'on veut influencer le comportement de quelqu'un, on peut l'inciter à se comporter comme il le fait déjà ; exemple : « soyez spontané ». Si le thérapeute demande au patient d'agir son symptôme, cette injonction paradoxale impose au patient une modification de son comportement : non plus symptomatique mais spontanée. Le patient sort du cadre de ce jeu sans fin par le biais d'apparition de métarègles. C'est une technique qui peut toutefois sembler en contradiction ouverte avec les principes de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique qui proscrie toute intervention directe portant sur les symptômes [...] Le patient a au final deux solutions : soit agit son symptôme (exemple : il continue à être spontané) et il n'y a plus de symptôme puisqu'il l'accepte consciemment (un symptôme étant par essence d'origine inconsciente). Soit le patient refuse d'obéir à l'injonction et ne peut y parvenir qu'en ne se comportant pas symptomatiquement : but que poursuit la thérapie. C'est ici pour le patient l'illusion d'un choix possible puisqu'il abandonnera son symptôme dans les deux cas. » (Watzlawick, 1972). Dans le cas du délire psychotique, le thérapeute pourrait donc prescrire au patient de délirer. Par exemple, pour un patient convaincu que sa mère veut l'empoisonner ce qui lui fait refuser toute alimentation qu'il n'ait pas cuisiné lui-même, l'injonction paradoxale serait de lui prescrire de ne rien manger venant de sa mère par peur d'être empoisonné.*

Dans ce concept de la double contrainte, la psychose se voit donc l'expression d'une communication dysfonctionnelle du système. A noter qu'aujourd'hui l'approche systémique se place dans une causalité circulaire, à savoir que ce ne sont pas les interactions familiales qui seraient « dysfonctionnelles » et qui engendreraient les manifestations psychotiques ; les approches systémiques dépassent toute notion de causalité, et se placent toujours dans des boucles d'interactions réciproques des comportements de chaque membre du système -avec pour objectif de chercher des solutions pour provoquer du changement.-

b) Rôle du climat familial et jeux psychotiques intrafamiliaux

Une autre théorie systémique du délire psychotique est celle de la « pseudo-hostilité », c'est-à-dire un climat familial où règne l'absence d'exposition des divergences. Cette absence de communication sur les divergences favoriserait la transition psychotique de l'un de ses membres pour ne pas menacer la

stabilité des relations familiales. Les phénomènes systémiques de « *triangulation* » se retrouvent dans les mécanismes de la pseudo-hostilité : « *La forme de triangulation la plus fréquente dans une famille est la coalition de l'un des parents avec un enfant contre l'autre parent. Il existe cependant d'autres variantes qui peuvent être très importantes. Dans l'une d'elles, les parents s'alignent côte à côte dans une relation claire et soudée avec l'un des enfants, tandis qu'un autre enfant reste en dehors de ce jeu. Une autre modalité est une coalition de membres des première et troisième générations contre un membre de la deuxième génération.* » [Traduction personnelle] (Linares, 2018)

Le climat familial pseudo-hostile se retrouve dans la théorie des « jeux psychotiques » développée par l'équipe milanaise de Mara Selvini Palazzoli. Cette équipe formule que la crise psychotique est l'aboutissement d'un processus relationnel qui se développe en six stades. Le premier stade est nommé le « *pat du couple* » et décrit deux parents enfermés dans un conflit insoluble. Dans ce conflit, l'enfant se retrouve instigué à prendre parti pour le parent considéré comme « victime » du conflit. Pour l'équipe milanaise, ce second stade est caractérisé par des comportements de séduction réciproques entre le patient « désigné » et le parent « victime ». Il règne ce climat de « pseudo-hostilité » : la verbalisation des conflits est absente ou bien rare et confuse. A une provocation, la réponse sera soit l'ignorance soit l'explosion, ce qui empêche toute possibilité d'interaction. Par la suite, l'enfant va adopter un comportement inhabituel pour défier le parent considéré comme « persécuteur », et montrer au parent considéré comme « victime » comment se rebeller. Toutefois ce comportement va se retourner contre l'enfant, les deux parents s'alliant contre le comportement de l'enfant. L'enfant va alors se sentir trahi par le parent « victime », découvrir l'« *imbroglio* » et se sentir abandonné de tous. Au lieu de déprimer, il va faire volte-face -donnant lieu à la production de symptômes psychotiques comme le délire.- Cette explosion du symptôme va entraîner des changements de comportement chez tous les membres de la famille, ce qui aura pour effet de maintenir le symptôme (Selvini Palazzoli, 1990).

L'enjeu thérapeutique réside ici dans la mise à plat de ces jeux relationnels : dévoiler ces jeux relationnels pour inviter la famille à en jouer d'autres afin d'opérer un changement dans les relations. Cette mise à plat nécessite le recueil de l'apparition des symptômes et de leur évolution. Il met en évidence la présence de phénomènes récurrents à stopper par la thérapie. Le thérapeute va prescrire des techniques de thérapie stratégique, comme la « *prescription invariable* » de l'école milanaise. On peut décrire par exemple le fait que « *Mara Selvini Palazzoli demandait de manière invariable au couple parental de quitter la maison une fois par semaine sans en avertir leurs enfants, en laissant juste une note pour indiquer qu'ils s'absentaient quelques heures, mais sans en donner les raisons. La thérapie permettait l'exploration des réactions de chacun à cette prescription, ceci afin de révéler le jeu*

relationnel familial » (Mosig et al., 2021). Dans cet exemple, les parents doivent ici noter les réactions de leurs enfants à leur retour afin d'en parler avec le thérapeute. Cela permet entre-autre d'identifier ces phénomènes relationnels récurrents favorisant des manifestations délirantes chez le patient désigné.

c) Problématiques transgénérationnelles et travail de la temporalité et des espaces familiaux

La thérapie systémique étudie l'impact des différentes générations familiales sur l'émergence et le maintien des manifestations psychotiques. Elle retrouve que des relations familiales « *enchevêtrées* », des « *coalitions intergénérationnelles* », des désengagements de certaines générations, ainsi que des limites générationnelles floues et dysfonctionnelles peuvent participer aux manifestations psychotiques chez l'un des membres du système familial. Une indifférenciation des sexes et une indifférenciation des générations peuvent elles aussi entraîner des difficultés relationnelles en lien avec des délires psychotiques (Mosig et al, 2021).

Enfin, des obligations de loyauté familiale transmises de manière implicite viennent entraver l'émancipation du patient et peuvent contribuer à l'émergence des symptômes, comme nous le verrons dans le trouble délirant partagé (De Becker, 2012).

L'utilisation du génogramme est une méthode de thérapie systémique utilisée fréquemment avec les patients pour comprendre les liens intergénérationnels, repérer les dysfonctionnements potentiels, et identifier les événements et les répétitions significatifs de l'histoire familiale. La psychose peut être considérée comme figeant le temps de la famille d'où la possibilité de réaliser un processus d'historicisation familiale. Cette démarche permet d'une part de faire émerger un récit familial des manifestations délirantes, et d'autre part de restaurer une continuité temporelle. Réintroduire la temporalité et le cycle que traverse la famille peut parfois permettre l'émergence d'un changement et peut déjà constituer une part de travail thérapeutique familial.

Le délire peut également être considérée comme entraînant une indifférenciation des espaces, attisant les angoisses de persécution et d'intrusion. De ce fait, l'instauration d'un espace où la souffrance de chacun peut s'exprimer est le point de départ de toute thérapie familiale. Cette dernière a pour objectif de permettre de poser des mots progressivement sur la souffrance et d'exprimer les difficultés auxquelles chaque membre de la famille se heurte. La création d'espaces psychiques pour chacun permet de différencier des espaces thérapeutiques individuels, familiaux, en réseaux avec d'autres

intervenants. Il s'agit de déterminer les règles avec le patient et sa famille qui régissent chaque espace, permettant au patient de se réorganiser, et abaissant les tensions intrafamiliales et les manifestations psychotiques.

« Instaurer progressivement des espaces et un temps est ainsi un objectif central de la prise en charge des familles dont un des membres souffre de psychose, ceci pouvant contribuer à la différenciation. »
(Michaud-Feinberg et al, 2021).

d) Confirmation, disconfirmation et reconfirmation

Dans le Manuel d'interventions cliniques en thérapie systémique du couple et de la famille, de l'association européenne de thérapie familiale, Linares développe le concept de « *disconfirmation* » (Linares, 2018). Ce concept est tiré de la théorie de la communication humaine proposé par Watzlawick en 1967. La « *confirmation* » représente la capacité pour un membre d'une famille d'appuyer ce que dit un autre, « *de confirmer sa réalité* ». La disconfirmation représente la tendance pour un membre d'une famille à se montrer en opposition systématique avec le message d'un autre, ce qui revient à « *ne pas confirmer l'existence de sa réalité* ». « *Le manque de reconnaissance, donc, lorsqu'il se stabilise dans des comportements relationnels permanents, génère la disconfirmation, qui est la perception de sa propre non-existence en termes relationnels. La reconnaissance implique une perception des besoins de l'autre, contrairement à ce que l'on trouve dans la disconfirmation, où ils sont subordonnés aux besoins de l'interlocuteur. Qui plus est, tout le processus est implicite, ce qui entrave davantage la compréhension du phénomène. Si quelqu'un dit à une autre personne, « en ce qui me concerne, tu n'existes pas », il exprime un rejet, mais il ne dément certainement pas cette personne, au contraire, il la reconnaît comme un antagoniste. Deux questions importantes définissent la complexité unique de la disconfirmation. La première est : comment puis-je sentir que je n'existe pas, étant donné l'évidence sensorielle de mon existence ? Et, en effet, bien que de nombreux délires et dynamiques hallucinatoires, notamment cénesthopathiques, nous conduisent aux portes mêmes de l'expérience de la déchéance physique, l'inexistence à laquelle nous nous référons est une métaphore, psychique et relationnelle. »*
[Traduction personnelle] (Linares, 2018).

Ce phénomène de disconfirmation prend forme et devient plus compréhensible lorsqu'il est associé à la triangulation, qui lui sert de support privilégié. Il s'agit de l'inclusion d'un enfant dans les jeux relationnels dysfonctionnels de ses parents ou dans ceux des figures fondamentales de son système d'appartenance. Par cette expérience relationnelle dominée par la disconfirmation, le patient « *désigné* » voit son identité et sa personnalité impactée et « *désintégrée* » par une expérience de non-

existence. Cela entraîne l'expression des symptômes négatifs et de désorganisation, puis positifs comme « *processus de reconstruction* ». « *Il s'agit d'un processus positif impliquant la recherche d'une identité alternative, qui, cependant, doit respecter la condition d'être à l'abri de la disconfirmation. « Comme je ne supporte pas de ne pas exister, je serai quelqu'un d'unique, quelqu'un qu'on ne pourra plus jamais ignorer. Je serai... Napoléon !» Ce processus donnera lieu aux symptômes positifs, délirants et hallucinatoires qui sont si caractéristiques de la schizophrénie paranoïde. [...] La logique du délire est toujours exclusive : « Les Martiens n'enlèvent pas les gens de ma ville, juste moi et personne d'autre que moi ». Il s'agit, ne l'oublions pas, de protéger et de prémunir une identité contre la disconfirmation, même si la cruelle ironie du psychotique est que plus il est reconnu comme Napoléon, moins il est possible qu'ils soient reconnus comme des personnes banales qu'ils auraient pu devenir autrefois. Ainsi est scellée la marginalisation sociale du fou, parmi les rêves impossibles d'une identité unique pleinement reconnue.* » [Traduction personnelle] (Linares, 2018). Nous pouvons noter ici que Linares nomme le sous-type « paranoïde » de la schizophrénie avec la symptomatologie délirante au premier plan comme modèle le plus typique du processus de disconfirmation.

Ainsi, lors des reconstructions délirantes de son identité, l'identité du patient s'hypertrophie et envahit tous les recoins de son récit. Linares explique que le « *récit non-identitaire* » se réduit au minimum, rendant obligatoire la communication sur son « *identité délirante* » : « *Il est impossible de parler avec un psychotique en plein délire sans que son identité délirante n'apparaisse. Dans un contexte délirant, la météo, par exemple, normalement une construction non identitaire permettant des conversations banales et détendues, peut facilement devenir identitaire : "Ah ! Alors vous dites que c'est une belle matinée, n'est-ce pas ? C'est sûrement le temps que vous attendiez pour pouvoir mettre les voiles et m'emmener à Sainte-Hélène..."* » [Traduction personnelle] (Linares, 2018).

Selon Linares, l'hypertrophie de l'identité lors de l'émergence du délire explique la difficulté d'une intervention directe sur les symptômes délirants. La stratégie thérapeutique consiste plutôt à mettre en évidence les interactions dysfonctionnelles. En travaillant les triangulations relationnelles, ces changements vont diminuer la disconfirmation, permettant ainsi une « *reconfirmation* » et améliorant l'état psychique du patient. Dans un second temps, avec la reconfirmation, le récit délirant diminuera pour laisser à nouveau la place au récit non identitaire. Trois axes thérapeutiques en systémique permettent le « *processus de détriangulation des organisations* ». Premièrement, en développant des relations dyadiques multiples dans le système par la prescription d'activités dyadiques par exemple. Deuxièmement, en renforçant des liens et des solidarités intragénérationnels afin de neutraliser les coalitions intergénérationnelles. Troisièmement, en redéfinissant la place de la famille élargie afin de transformer les rôles « *pseudo-parentaux* » qui disqualifient et concurrencent les parents.

Après l'amendement des triangulations, il s'agit ensuite de changer la disconfirmation en reconfirmation. Les manifestations psychotiques du patient désigné et ses troubles du comportement ayant entraînés des perceptions erronées du patient par les différents membres de son système. Il s'agit donc de les transformer pour lui permettre de retrouver une identité propre. Ces valeurs et croyances qui infirment son identité doivent être remplacées par d'autres qui la confirment et la valorisent. Par exemple, transmettre que le comportement imprévisible du patient lors des manifestations délirantes n'est pas nécessairement le résultat de sa psychose, mais plutôt de son esprit libre, rebelle et créatif. Ces reformulations doivent être communiquées par le thérapeute et rigoureusement maintenues tout au long du processus thérapeutique. La reconfirmation se fait également en travaillant l'« *émotionnalité exprimée* » dans la famille. Ce terme systémique désigne un climat émotionnel familial où prédomine l'expression d'« émotions négatives ou trop intenses » avec de fréquents commentaires disqualifiants, de l'hostilité, de la surprotection ou de l'intrusion. Enfin, un dernier travail est de remplacer tous les rituels disconfirmants, exclusifs et contraignants par d'autres reconfirmants, intégrateurs et autonomisants. Le but est que le patient prenne suffisamment de consistance sur le plan identitaire pour pouvoir finalement accroître son autonomie et suivre sa propre psychothérapie.

« La stratégie de base de ce travail individuel sera la même : détriangulation (aider le patient à ne pas être triangulé) et reconfirmation (l'aider à croire en lui). Et cela peut recevoir un énorme coup de pouce avec une finale individuelle dans laquelle le patient communique, au monde et à lui-même, que la thérapie a été "la sienne". » [Traduction personnelle] (Linares, 2018).

3. Illustration : à propos d'un cas de folie à deux

L'étude de la « folie à deux » est intéressante pour l'approche systémique car ce « trouble psychotique partagé » questionne sur la transmissibilité et l'élaboration mutuelle d'un délire entre les membres d'une même famille. Le trouble psychotique partagé se définit par la présence d'un des membres atteint d'un délire psychotique et qui vient entraîner dans son délire une ou plusieurs personnes proches lors d'une situation de confinement et dépendance. Dans un article de 2012 publié dans la revue « Thérapie Familiale », Emmanuel de Becker aborde l'approche systémique de ce trouble à partir d'un cas clinique : « *Le trouble psychotique partagé représente une situation problématique mettant en présence au moins deux protagonistes en interaction dommageable pour laquelle une intervention ciblée sur les aspects de circularité relationnelle paraît pertinente. En effet, les actes de l'un définissent l'état de l'autre et réciproquement.* » (De Becker, 2012).

Le cas décrit par De Becker est celui d'une famille dont la mère est atteinte d'un trouble psychotique. La séparation du couple reste très conflictuelle et l'enfant unique se retrouve au cœur du conflit. Dans le cas qu'il présente, De Becker met en évidence quatre paramètres : un enfant fragile sur le plan psycho-affectif et peu différencié ; un premier parent à la structure psychotique ; un lien de dépendance entre les deux protagonistes, compliqué par des enjeux de loyauté ; un second parent ne pouvant assurer une fonction structurante de tiercéité. « *Dans le cas d'une psychose parentale de type schizophrénique, l'enfant évolue avec un adulte dans une « bulle coupée du monde ». Si le parent présente une paranoïa, l'enfant est vécu comme constamment en danger, le monde extérieur représentant une menace dont il faut se préserver. Les situations de conflit parental amplifient le fonctionnement délirant, isolant l'adulte en question et en conséquence l'enfant.* » (De Becker, 2012).

De Becker présente le concept systémique de « loyauté ». La loyauté considère une balance de dons et de dettes entre chaque membre de la famille. Son équilibre est nécessaire pour une bonne santé familiale. Par tout ce que ses parents lui ont donné depuis sa naissance, l'enfant est endetté et doit donc rembourser cette dette. Toutefois s'il est empêché de manifester sa loyauté, par exemple de part un conflit parental dans le cas présent, il risque de vivre une loyauté invisible à travers différents symptômes. « *Dans la « folie à deux », l'enfant chargé d'une dette de vie à l'égard de ses parents ne peut exprimer sa reconnaissance, rencontrant le risque de présenter une loyauté invisible qui prend diverses formes symptomatiques* » (De Becker, 2012). Ces conflits de loyauté peuvent aller jusqu'à la loyauté « clivée » lorsque ses parents sont en conflits permanent et dont toute énonciation loyale de l'enfant envers l'un est accueillie comme déloyale par l'autre parent. Cette loyauté clivée empêche l'enfant de poursuivre harmonieusement sa croissance. « *Amené à la sidération, il ne peut plus rien donner ni recevoir. Victime au premier plan du conflit des adultes, il connaît alors un état dissociatif, mobilisant un mécanisme de clivage pour tenter de faire face au drame qui s'abat sur le groupe familial. Il n'est pas impossible, si la situation perdure, que l'enfant tente d'échapper à son sort tragique par un accident, un suicide ou une décompensation psychique. La folie du jeune signe alors le dysfonctionnement hautement pathogène de la famille.* » (De Becker, 2012).

De Becker présente un deuxième concept systémique : celui de la « différenciation de soi ». Pour la bonne construction identitaire, un équilibre est à trouver entre appartenance à la famille et différenciation. Dans un trouble psychotique partagé, l'enfant est enfermé dans un rapport fusionnel le maintenant dans la « non-différenciation », source de blocage dans son individuation. Cela peut se manifester par de la régression.

De Becker propose alors d'aborder la thérapie par des entretiens dyadiques pour entraîner les changements nécessaires, évitant ainsi la rigidification des mécanismes défensifs dans des entretiens

familiaux, sans se priver de la contribution de l'expérience relationnelle des membres du groupe familial. Il relève que face à la psychose et la paranoïa, le positionnement du thérapeute est délicat, ses interventions doivent être ajustées et viser l'accompagnement des patients dans différentes lectures de la réalité tout en évitant toute impression de menace. « *L'expérience nous indique que les adultes psychotiques, certainement dans les cas de paranoïa, sont extrêmement sensibles aux positionnements des professionnels, comme, par exemple, les remises en question directes et les questionnements de ces derniers sur leurs propres interventions. S'interroger ouvertement sur soi-même et sur les retombées des actes thérapeutiques au niveau du système, adopter une « métacommunication », conduisent parfois à alimenter angoisses et méfiances dans la tête du parent psychotique. [...] Par ailleurs, toujours lorsqu'on est confronté aux mêmes personnalités, nous sommes invités à demeurer très près du réel, dans ses aspects concrets. En effet, de par la perméabilité entre les champs de l'imaginaire et de la réalité, les sujets concernés, parent et enfant, peuvent vivre une totale confusion pour peu que l'on propose une approche utilisant des médias, tels, par exemple, les objets flottants ou les métaphores. Les personnes psychotiques versant rapidement dans l'interprétation et la projection ressentent ces techniques comme une menace de leur intégrité, voire une agression directe.* » (De Becker, 2012).

Par ailleurs, dans les situations de « folie à deux », le thérapeute court le risque d'être lui-même aspiré par le système dysfonctionnant. Il doit veiller à constamment redéfinir, en le nommant, le cadre de la relation qui est défaillant. L'alternance entre rejet et fusion, présente au sein de la dyade pathogène parent/enfant, peut se déplacer et se rejouer au niveau de la relation thérapeutique.

Le travail thérapeutique vise donc les deux mécanismes développés. D'un côté, l'influence de la « *thérapie contextuelle* » visant les conflits de loyauté sans prendre de front le processus délirant partagé. Il s'agit pour De Becker de réhabiliter le verbal pour introduire du tiers dans la relation. Ainsi l'utilisation de génogrammes libres et imaginaires sont préconisés pour travailler les aspects de loyautés. D'un autre côté, chaque parent est impliqué dans le processus de « *différenciation* » de l'enfant afin de lui permettre d'acquérir une identité propre, de restructurer sa personnalité et amender l'induction d'un délire psychotique (De Becker, 2012).

B. Psychoéducation à l'intention des familles

« Introduites dans les années 1970 et 1980, les thérapies familiales sont en relative perte de vitesse actuellement. Pourtant, elles ont joué un rôle décisif dans la « réconciliation » des familles de patients

schizophrènes avec des équipes psychiatriques trop portées vers un rejet à leur égard, sous la double influence des courants antipsychiatriques des années 1960 et d'une lecture trop schématique et dogmatique des élaborations psychanalytiques sur la schizophrénie. Elles connaissent un regain d'intérêt à travers les programmes de mobilisation et d' « éducation » de l'ensemble de la famille autour du membre malade mental, mais aussi dans un contexte dans lequel la psychiatrie publique ne peut plus, pour des raisons à la fois éthiques et économiques, prétendre « prendre en charge » de façon exclusive, durable et totale le patient psychotique. » (Kecskeméti, 2012).

Comme l'écrit Sophie Kecskeméti, les programmes de psychoéducation à l'intention des familles sont les approches familiales connaissant le plus grand essor actuellement dans la prise en charge des patients psychotiques. La thérapie familiale psychoéducative peut prendre plusieurs formes : psychoéducation avec une seule famille, psychoéducation avec plusieurs familles (multifamilial), ou séances de thérapie de groupes parallèles pour des groupes de parents et de patients. Dans le cadre de la psychose, cette psychoéducation familiale vise à donner aux familles des informations sur la maladie et à les aider à acquérir des compétences pour y faire face et à gérer les crises. La psychoéducation permet aux familles de comprendre la psychopathologie et les prises en charges médicamenteuses et autres, afin qu'elles puissent soutenir l'observance. Ces programmes contribuent à prévenir les rechutes, et permettent aux familles de se rapprocher du système de santé mentale afin de développer une sorte de partenariat de soin autour du patient. Elle vient soutenir les familles pour les aider à développer une « *culture familiale solidaire* ». Ces programmes s'inspirent des modèles « *stress-vulnérabilité* » ou « *bio-psycho-sociaux* » de la psychose. Ces modèles considèrent la psychose comme un trouble multifactoriel et écartent tout rôle pathogène de la famille, le problème cible étant la maladie. L'accent est mis sur la réduction de la culpabilité et sur le rôle positif que les membres de la famille peuvent jouer dans la réhabilitation du membre de la famille atteint de délire. La thérapie familiale psychoéducative aide également les familles à développer des habiletés de communication, de résolution de problèmes et d'adaptation. La formation professionnelle implique généralement la modélisation, la répétition, la rétroaction et la discussion (Carr, 2018).

En ce qui concerne la forme multifamiliale, elle se caractérise essentiellement par le travail avec plusieurs familles autour d'une même pathologie, cela afin d'améliorer la santé psychique de chaque membre de la famille et l'équilibre familial global. Le membre malade peut être sollicité à participer ou non au groupe. Les thérapies multifamiliales sont, comme les thérapies familiales systémiques, nées dans le domaine du soin aux patients touchés par un trouble schizophrénique. (Frankhauser, 2015)

Il existe différents programmes de psychoéducation familiale. Ces programmes sont protocolisés et standardisés, ce qui permet des évaluations plus aisées type EBM. C'est pourquoi, nous allons

présenter dans un premier temps trois programmes de psychoéducation pour la schizophrénie, déployés en France. Puis dans un second temps, nous présenterons des recommandations plus spécifiques à propos des thérapies familiales psychoéducatives dans le trouble délirant.

1. Programmes francophones : Profamille, BREF, AVEC

L'un des programmes les plus utilisés dans la francophonie est le programme « Profamille », développé au Québec puis repris en France depuis les années 2000. Il est référencé sur le site du Ministère de la Santé français. Il s'agit d'un programme de psychoéducation multifamilial comprenant 14 séances de base. Ce programme s'appuie sur des supports pédagogiques audio-visuels et sur un fascicule remis à chaque famille participante. Les thèmes traités sont : la schizophrénie (son étiopathogénie, sa prise en charge, son évolution), les habiletés à la communication, les capacités à établir des limites, les capacités à maintenir des attentes réalistes, l'estime de soi, le sentiment de confiance personnelle, les capacités à pouvoir solliciter de l'aide en cas de besoin et les habiletés sociales (la capacité à maintenir un réseau social malgré la pathologie schizophrénique d'un proche). En ce qui concerne les manifestations délirantes chez les patients atteints de schizophrénie, ce programme apprend notamment aux proches à gérer le sentiment d'étrangeté lié au délire, et propose des séances de normalisation du délire. Ce programme a montré une diminution du taux de réhospitalisations et améliore le rétablissement socioprofessionnel des patients. Il améliore aussi la santé psychique des familles notamment sur le plan de la symptomatologie dépressive fréquente chez les proches, ce qui améliore le climat émotionnel au sein de la famille, fait important pour la diminution des manifestations délirantes comme nous l'avons vu précédemment (Tavares al., 2015).

Un autre programme de psychoéducation à l'intention des familles connaît un essor en France. Il s'agit du programme psychoéducatif unifamilial, précoce et systématique nommé « BREF » et conçu par le Dr Romain Rey, psychiatre au Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon, en partenariat avec l'UNAFAM. Il propose un programme court en 3 séances. Chaque famille est reçue individuellement par un binôme soignant. La première séance permet aux proches de relater leur parcours, d'exprimer leurs difficultés, leurs ressentis et leurs questionnements. Au cours de la deuxième séance, les échanges portent sur le proche malade, sa pathologie, le diagnostic, la prise en charge, l'organisation des soins. La troisième séance se recentre à nouveau sur les proches. Un membre de l'UNAFAM peut rejoindre le binôme soignant et co-animer cette dernière séance. C'est un point fort permettant des échanges plus riches. Le soutien de pair à pair favorise la prise de conscience par les familles du besoin d'être aidé pour devenir aidant. Cela favorise également le lien avec les associations de familles et les autres structures

proposant des interventions pour les aidants. Ce programme montre particulièrement une réduction significative de la symptomatologie dépressive des aidants et favorise l'accès aux programmes de psychoéducation longs tels que Profamille (Rey al., 2020).

Un dernier programme est le programme « AVEC » développé par le Pr Tania Lecompte de l'université de Montréal. Ce programme est destiné aux familles aidants un jeune adulte vivant un premier épisode de psychose. Dans l'idéal le groupe AVEC est proposé à des familles de patients, dont le membre malade participe en parallèle à un groupe thérapeutique du programme « TCC psychose ». Cette psychoéducation est de forme multifamiliale, en parallèle de la TCCp pour le proche atteint, et dure une heure, deux fois par semaine (pour un total de 24 rencontres). Les modules abordent par exemple, l'influence du stress avec des séances de gestion du stress et de mindfulness ayant pour but ici de diminuer ainsi l'émotionnalité exprimée dans le climat familial, source de majoration des délires. Un autre module consiste à expliquer la TCCp sur les croyances et leurs influences sur les émotions et les comportements. Cela permet de transmettre aux parents une meilleure compréhension de l'expérience délirante du patient. Ce programme utilise aussi des techniques de normalisation du délire, d'explication du vécu d'étrangeté permettant aux proches de se rapprocher de ce que leur proche vit. Un module concerne aussi les consommations de drogues et d'alcool, sources de maintien et d'aggravation des délires, et sources de troubles du comportement. (Lecomte et al, 2018)

2. Programme de psychoéducation multifamiliale de McFarlane

William McFarlane, psychiatre américaine, s'est intéressé dès les années 1960 à la thérapie multifamiliale et a mis en place des groupes avec une approche centrée principalement sur la psychoéducation. Il a également proposé une véritable évaluation quantitative de cette pratique.

McFarlane s'appuie sur le modèle de « vulnérabilité stress » de la schizophrénie. Ce modèle a l'avantage d'intégrer les découvertes autour de la génétique et de la biologie de la schizophrénie sans laisser de côté l'influence de l'environnement. L'orientation théorique principale de sa pratique est psychoéducative, avec de multiples influences secondaires : « *McFarlane intègre dans sa pratique thérapeutique des pratiques thérapeutiques systémiques (surtout les aspects centrés autour de la communication), des pratiques provenant de la thérapie familiale comportementale, et des pratiques provenant de la psychothérapie de soutien (travail sur le deuil de certaines capacités antérieures du fait de la maladie) en plus des éléments psychoéducatifs qui restent tout de même au premier plan.* » (Frankhauser, 2015).

McFarlane a élaboré les objectifs de ces groupes thérapeutiques selon quatre concepts principaux évaluant le fonctionnement familial :

- « Expressed Emotions » : les émotions exprimées sont évaluées par la « *manière dont un membre de la famille s'exprime en des termes critiques ou en montrant des signes de surimplication émotionnelle à l'égard d'un autre membre souffrant d'un syndrome psychiatrique.* » (Hendrick, 2002). Plus précisément, les émotions exprimées qui sont sources de majoration du nombre de rechutes dans la psychose sont : les commentaires critiques à propos des comportements du patient, l'hostilité à l'égard du patient, et/ou un surinvestissement émotionnel.
- « Affective style » : le style affectif évalue quatre dimensions dans les interactions familiales : l'expression critique personnelle, l'induction de culpabilité, l'intrusivité et le support. Il est mesuré à partir d'un entretien libre, non standardisé, filmé.
- « Communication Deviance » : les communications divergentes mesurent la difficulté pour les membres d'une même famille à pouvoir communiquer ensemble de manière claire, à pouvoir exprimer des points de vue différents, à s'écouter mutuellement et à se comprendre et à pouvoir s'accorder sur une position commune. Autrement dit : « *une communication vague, ambiguë, illogique et idiosyncrétique, et qui semble être l'apanage des familles de patients souffrant de troubles psychiatriques graves.* » (Hendrick, 2002).
- « Confirmation Disconfirmation Coding System » : abrégé CONDIS, ce système correspond au concept de disconfirmation développé plus haut.

Ces quatre concepts s'appuient sur des études ayant montré un lien significatif avec la schizophrénie, soit en termes de présence de ce type d'interactions dans les familles, soit en termes d'apparition de la schizophrénie, de rechutes et de réhospitalisations. Des échelles, le plus souvent standardisées, ont été développées pour mesurer ces interactions familiales. Des tests sont parfois utilisés : par exemple le « *Colour Conflict Method* » qui est un test de provocation de conflit afin de mesurer le CONDIS. (Frankhauser, 2015).

McFarlane conçoit sa thérapie multifamiliale en quatre phases :

- La première phase dite de « rencontre » qui sert à l'établissement d'une alliance et enseigne le modèle « vulnérabilité-stress » aux familles.
- La deuxième est plutôt comportementale avec un travail sur la gestion du stress et des émotions. Elle vise à modifier l'agressivité ou l'attente trop importante vis-à-vis du patient et développer des stratégies de communications de meilleure qualité.

- La troisième phase enseigne la technique de résolutions des problèmes et travaille l'accordage entre les différents membres de la famille autour des solutions.
- La dernière phase est orientée vers l'autonomisation du patient avec le travail d'ajustement familial. Le programme s'inscrit dans la durée (2 années environ) et encourage la présence des patients dans les groupes. Cette thérapie se base surtout sur le traitement de la schizophrénie chez des individus le plus souvent jeunes avec un lien intra-familial fort.

3. Recommandations dans le trouble délirant

Les programmes Profamilles, BREF et AVEC s'adressent particulièrement aux familles de patients atteints de schizophrénie. Nous n'avons pas trouvé de programme psychoéducatif familial spécifiquement conçu pour le trouble délirant. Le professeur González-Rodríguez de l'Université Autonome de Barcelone et le professeur Seeman de l'Université de Toronto proposent des recommandations de nature psychoéducatives à l'intention des familles dont l'un des membres est atteint d'un trouble délirant. Ces recommandations s'appuient sur une revue narrative de 44 articles scientifiques.

« Une quantité importante de recherches est maintenant disponible sur la prise en charge du trouble délirant, mais certains aspects fondamentaux sont restés relativement négligés. [...] Des directives psychoéducatives ont été élaborées pour les familles de patients atteints de trouble bipolaire et de schizophrénie, mais pas encore pour les familles de personnes atteintes de trouble délirant. »
[Traduction personnelle] (González-Rodríguez et Seeman, 2020).

Ces deux professeurs expliquent que certaines réponses familiales telles que le repli, la culpabilité, la peur et la stigmatisation de la maladie mentale, sont sources de retard voire d'absence de prise en charge psychiatrique pour le membre atteint. Malgré l'âge plus avancé des patients avec un trouble délirant, l'influence de la réponse familiale sur la recherche d'aide est probablement similaire aux patients atteints de schizophrénie.

González-Rodríguez et Seeman constatent qu'une des principales demandes des familles est de savoir comment réagir concrètement face aux manifestations délirantes. En réponse, la psychoéducation apprend aux membres de la famille à ne pas se focaliser sur le contenu du délire, mais plutôt à chercher à comprendre le sentiment qui se cache derrière. Face au délire, il conviendrait pour les familles de maintenir une attitude neutre et essayer de comprendre le but que le délire peut avoir dans la vie du patient. Souvent, ce délire servirait de bouclier protecteur contre l'intrusion et les exigences de la vie

familiale. Ainsi, les auteurs recommandent aux familles de « *ne rien faire dans le dos du patient* », mais de planifier tous les traitements de manière transparente avec la coopération du membre atteint. Les familles apprennent également des techniques de « *distraction* » et des techniques de « *renforcement de l'ego* » (demander au patient de l'aide dans les tâches, valoriser son opinion, montrer du respect, montrer publiquement son appréciation) pouvant rendre la vie de famille tolérable et agréable.

« Enseigner aux membres de la famille des stratégies similaires ainsi que des techniques de distraction et de renforcement de l'ego est prometteur pour atténuer la détresse de la famille. L'étude de l'influence de ces approches sur les troubles délirants suggère de vastes pistes de recherche inexplorées. »

[Traduction personnelle] (González-Rodríguez et Seeman, 2020).

En même temps, les membres de la famille doivent apprendre à reconnaître les signes d'explosions imminentes de colère ou d'agressivité chez le membre manifestant un délire. Ils doivent être informés exactement des mesures à prendre si cela se produit, qui joindre et comment se protéger et protéger le patient du danger potentiel.

C. *Open Dialogue : une intervention psychosociale précoce*

« Open Dialogue for Psychosis » (OD) est une intervention psychosociale de la psychose développée dans les années 1980 en Finlande, mise en place en particulier dans une zone spécifique : la Laponie occidentale. La particularité de cette intervention est son aspect collaboratif : en plus d'accueillir les patients et des membres de la famille, les séances thérapeutiques s'étendent aussi aux amis et aux voisins. L'OD s'inscrit dans le développement des interventions préventives précoces de la psychose et des pratiques de traitement intégratifs. Les interactions observées entre les membres de la famille sont étudiées lors des séances thérapeutiques, mais elles ne sont pas qualifiées de pathologiques et aucune tentative directe n'est faite pour les modifier. Le modèle de l'OD s'appuie sur sept principes selon l'équipe danoise de Jaako Seikkula (Seikkula et al, 2006) :

1. Réponse immédiate : une première rencontre en moins de 24 heures
2. Participation du réseau social global
3. Flexibilité et mobilité des interventions
4. Travail d'équipe et responsabilité : l'équipe d'intervention peut inclure par exemple les professionnels qui sont responsable du suivi ambulatoire et ceux qui assurent les prises en charges hospitalières

5. Continuité psychologique : les membres de l'équipe restent actifs tout au long du processus de soins
6. Tolérance à l'incertitude : pas de conclusion et d'hospitalisation sans consentement hâtive
7. Dialogue : favoriser l'égalité de dialogue entre chaque personne, et l'écoute que ce soient des déclarations du patient qui peuvent parfois sembler incompréhensibles, de celles de son cercle large de proches, ou les professionnels. Le premier objectif est d'améliorer un sentiment d'appartenance du patient et sa famille, et le second d'induire un changement.

Pour ce qui est du délire psychotique, ces principes impliquent une prise en charge précoce de la bouffée délirante, assurant une « contenance émotionnelle » de l'impact émotionnel sur le patient et sur tous les proches présents, une plus grande tolérance des manifestations psychotiques, et la mise en place d'un cadre pour contenir le délire, autant pour le patient, ses proches, que pour les professionnels.

D. Etudes d'efficacité des approches familiales sur les délires psychotiques

En dehors des thérapies psychoéducatives familiales, les autres types de thérapies familiales (en particulier les thérapies systémiques) sont difficiles à évaluer selon une méthodologie de type EBM. C'est pourquoi les évaluations de ces thérapies consistent parfois à mesurer le fonctionnement familial selon différents paramètres, à l'exemple des études faites par McFarlane qui utilisent conjointement des critères d'évaluation des symptômes, du retentissement sur les rechutes et les réhospitalisations, mais aussi l'évaluation de paramètres associés à la qualité du fonctionnement familial : Affective Style, Expressed Emotion, Communication Deviance, et CONDIS.

1. Généralités et état de la recherche

Alan Carr, professeur de psychologie clinique à Dublin, centralise depuis l'année 2000 les preuves de l'efficacité de la thérapie familiale et des interventions systémiques pour les enfants et les adultes. Il synthétise les méta-analyses, les revues systématiques de la littérature, les revues narratives de la littérature et les essais contrôlés sur l'efficacité des interventions systémiques. Les interventions systémiques sont prises dans une définition large, comme nous l'avons évoqué en introduction. Il exprime dans son article la nécessité d'appuyer sa pratique sur des données ayant fait leurs preuves :

« Lors de la planification de leur propre développement professionnel continu, les thérapeutes familiaux devraient faire une priorité de l'apprentissage de pratiques fondées sur des données probantes, pertinentes pour le groupe de clients avec lequel ils travaillent ». [Traduction personnelle] (Carr, 2018).

Concernant les études chez les patients adultes, Carr indique que la majeure partie des interventions systémiques évaluées dans des essais contrôlés sont développées « dans le cadre des traditions psychothérapeutiques cognitivocomportementales, psychoéducatives et structurelles-stratégiques ». Il précise que les approches « socioconstructionnistes » et « narratives » qui sont pratiquées nécessiteraient des recherches supplémentaires. Dans les études collectées, l'accent est particulièrement mis sur la thérapie familiale psychoéducatrice, qui est plus facilement évaluable comme nous l'avons évoqué. Les études montrent que cette thérapie permet la réduction du stress familial et l'amélioration du soutien familial, permettant de retarder ou de prévenir les rechutes et les réhospitalisations du patient atteint de psychose. L'emphase est aussi mise sur le premier épisode psychotique ou la transition psychotique. Carr indique que la thérapie systémique est « particulièrement efficace » quand elle vient en complément de plusieurs prises en charges, en particulier de la pharmacothérapie : « Un défi pour les thérapeutes systémiques utilisant de telles approches dans des contextes cliniques réguliers, et pour les programmes de formation en thérapie familiale, sera de développer des cadres globaux cohérents dans lesquels conceptualiser les rôles de la thérapie systémique et de la pharmacothérapie [...] » [Traduction personnelle] (Carr, 2018). Les résultats de cette revue sont globalement cohérents avec le rôle important accordé aux interventions systémiques et à la participation de la famille dans la psychose. Les interventions familiales se retrouvent dans les recommandations de la NICE à propos de la psychose et la schizophrénie chez les adultes, pour ce qui concerne de la prévention de la psychose et de la prise en charge de toutes les phases de la maladie (NICE, 2014).

2. Evaluations des thérapies multifamiliales psychoéducatives

La pratique des thérapies multifamiliales psychoéducatives développées par McFarlane est l'une des plus évaluées. Du fait de la présence d'un programme standardisé, codifié et donc reproductible, cette forme thérapeutique est plus facilement évaluable. McFarlane a réalisé plusieurs essais contrôlés randomisés. Ses deux premiers essais montrent l'efficacité de sa prise en charge multifamiliale sur le taux de rechutes, sur une durée de 1 à 4 ans, chez des patients présentant une schizophrénie, en comparaison aux prises en charge monofamiliale comportementale, psychoéducatrice et multifamiliale

systemique (McFarlane et al, 1983 et 1995). Sa troisième étude montre une diminution significative de la symptomatologie négative en comparaison au traitement standard seul (McFarlane et al, 2000).

En 2016, McFarlane réalise une revue des interventions familiales pour les psychoses étudiées ces quarante dernières années. Tout en synthétisant les résultats d'efficacité obtenus, Mc Farlane revient sur l'histoire et les concepts de la psychoéducation familiale. Il relève qu'environ 30 à 40 % des patients atteints de schizophrénie rechutent dans l'année malgré la prise d'un traitement médicamenteux. Ces taux de rechute sont évalués comme plus élevés dans des environnements familiaux stressants, caractérisés par des niveaux élevés « d'émotions exprimées », notamment des critiques, de l'hostilité ou une intrusion excessive. Lorsque qu'une thérapie familiale psychoéducative est ajoutée au traitement habituel, les taux de rechute se voient réduits par rapport au traitement habituel seul : passant de 30 à 40 % à environ 15%. Il note que la psychoéducation familiale s'intéresse plus récemment aux symptômes atténués et aux premiers épisodes psychotiques et montre dans ce cadre des résultats très prometteurs (McFarlane, 2016).

3. Evaluation de l'Open Dialogue

L'OD a fait l'objet de plusieurs études en Finlande. Une étude de cohorte de 2018 réalisée en Finlande vient confirmer les résultats à long terme de l'OD en les comparant à un groupe témoin. Les informations sont recueillies sur une période de dix-neuf années à partir des registres nationaux finlandais. Dans cette étude, le groupe OD inclut 108 patients présentant un premier épisode psychotique, habitant en Laponie occidentale où la prise en charge de ce premier épisode est celle de l'OD. Comme nous l'avons vu, les premiers épisodes psychotiques sont généralement caractérisés par la survenue d'une bouffée délirante aiguë dont les idées délirantes polymorphes apparaissent brutalement avec un risque important d'évoluer vers une schizophrénie ou un trouble bipolaire. Le groupe contrôle concerne 1763 patients habitant dans le reste de la Finlande dont le premier épisode psychotique est pris en charge par des soins habituels : généralement prise en charge en milieu hospitalier, avec la pharmacothérapie par neuroleptiques comme pierre angulaire du traitement, à la fois en traitement aigu et en traitement d'entretien. Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la stabilité des résultats obtenus avec l'OD, en comparant : les taux de mortalité, les causes de décès (cause suicidaire en particulier), l'utilisation des services psychiatriques, la nécessité d'un traitement médicamenteux psychiatrique, et enfin l'attribution d'allocations d'invalidité. (Bergström et al, 2018).

Pour ce qui concerne les taux et causes de décès, les auteurs n'observent aucune différence significative, notamment pour les taux de suicide totaux entre les deux groupes après ajustement pour

l'âge. Une différence statistique pour la moyenne d'âge entre les deux groupes est retrouvée : 25 ans pour l'OD contre 30 ans pour le groupe contrôle. Le taux de suicide est de 7,4% pour le groupe OD et 4,8% pour le groupe contrôle, alors que le nombre de décès total est respectivement de 10,2% et 16,8%. Pour ce qui concerne de la nécessité d'un traitement médicamenteux, sur l'ensemble du suivi presque tous les patients du groupe contrôle reçoivent un traitement par neuroleptiques à un moment donné et 81% restent sous neuroleptiques à la fin du suivi. En revanche, dans le groupe OD, 46 % sont pris en charge complètement sans traitement par neuroleptiques, et seulement 36% sont sous neuroleptiques à la fin du suivi. Concernant la durée d'hospitalisation, elle est significativement inférieure avec le groupe OD. Le taux de réadmission est de 45% pour le groupe Open Dialogue contre 90% pour le groupe contrôle. A propos des allocations d'invalidités : 41% des patients du groupe OD en perçoivent à un moment donné du suivi contre 78% dans le groupe contrôlé. Ainsi, hormis les taux et causes de décès, l'OD présente des améliorations significatives par rapport au traitement habituel.

Les hypothèses faites par les auteurs de l'étude pour expliquer les bénéfices trouvés de l'OD sont : la mise en place d'interventions familiales à un stade précoce avec une réponse immédiate et la garantie d'un suivi continu par une équipe plus stable avec une alliance thérapeutique accrue. Cela entraîne une durée raccourcie de psychose non traitée, une meilleure tolérance à l'incertitude en sécurisant les professionnels, le réseau social et le patient par le partage des responsabilités. Une dernière hypothèse quant à une gestion différente des neuroleptiques a été évoquée par les auteurs de l'étude : « *Dans l'Open Dialogue, l'utilisation plus sélective et le report éventuel des médicaments neuroleptiques peuvent permettre aux crises psychotiques de progresser le long d'une trajectoire plus naturelle avec un sentiment adéquat de confiance et de sécurité mutuelles, ce qui pourrait avoir un impact favorable sur le résultat.* » (Bergström et al, 2018). Les auteurs tendent donc pour une prise en charge psychothérapeutique rapide face à un patient présentant un premier épisode psychotique et donc un délire aigu.

Au niveau des limites de l'étude, l'absence d'essai contrôlé et randomisé rendent les conclusions de faible puissance pour cette approche. Les informations données par les registres sont limitées, notamment sur les symptômes psychotiques résiduels, le type de médicament utilisé et sa posologie, et le « fonctionnement » actuel des patients. L'absence d'utilisation d'échelles pour poser le diagnostic peut entraîner des biais de sélection. Les auteurs évoquent également le fait que l'impact du développement de cette approche dans la région de Laponie occidentale a pu induire des modifications dans les prises en charges globales, entraînant davantage d'efforts dans le traitement des premiers épisodes psychotiques et encourageant le personnel à observer de plus près son travail. Dans tous les cas, en raison de la nature observationnelle de l'étude, des essais randomisés sont encore

nécessaires pour fournir plus d'informations sur l'efficacité de cette approche psychosociale (Bergström et al, 2018).

E. En résumé

Voici donc un bref aperçu des thérapies pour les familles de patients atteints de délire psychotique. Cette description sommaire de ces approches nous révèle toute l'importance de travailler avec les familles. Cela peut être par le travail autour du changement de patterns relationnels considérés comme à risque ou comme conséquence des manifestations délirantes, ou par l'apprentissage par les familles d'outils pour faire face au bouleversement qu'induit le délire, ou par la mobilisation précoce de tous les proches et acteurs lors des premières manifestations. Ainsi, pour ces approches familiales, le moment de l'apparition du délire semble l'élément le plus sensible dans la caractérisation du délire. Les symptômes atténués, la bouffée délirante et la schizophrénie apparaissent principalement dans l'adolescence et le début de la majorité, et impliquent une place primordiale des parents. Le délire paranoïaque apparaît plutôt après la quarantaine, les aidant différent donc, avec une présence parfois plus lointaine des parents, et la présence parfois d'enfants qui peuvent être les premiers aidants. Au sujet des évaluations, les approches familiales sont très hétérogènes. Certaines comme la psychoéducation familiale sont évaluées de manière plus importante, du fait de l'utilisation plus fréquente d'échelles du fonctionnement familial, et également du fait de l'utilisation de manuels codant le contenu des séances. La recherche est active dans ce domaine avec l'apparition de thérapies innovantes comme l'Open Dialogue qui tend à se mettre en place à l'international.

IV. Approches d'inspiration cognitive

D'apparition plus récentes que les approches psychodynamiques, institutionnelles et familiales, les différentes approches d'inspiration cognitive prenant en charge les délires psychotiques présentent de multiples facettes. Dans cette partie, nous développerons les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) avec en particulier les thérapies de « deuxième vague » dénommées « cognitivistes ». Ces TCC d'inspiration cognitiviste apportent une importante richesse de conceptions autour de la symptomatologie délirante et une large palette de mises en pratique. Nous développerons aussi la thérapie métacognitive (MCT) à l'origine d'un programme de soin ciblant spécifiquement les biais cognitifs retrouvés dans les délires psychotiques. Plus que toutes les approches précédemment évoquées, les TCC et la MCT développent des thérapies protocolisées, standardisées, reproductibles, permettant une évaluation plus facile par des études randomisées contrôlées.

A. *Thérapies Cognitivo-Comportementales*

1. Les débuts

Les approches cognitives prennent leur plein essor avec le développement des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans la deuxième moitié du XXème siècle. Ces thérapies s'inspirent du traitement de l'information par un ordinateur pour l'appliquer à la psychologie : « *le système nerveux central reçoit des stimuli extérieurs, traite ces informations et émet des réponses sous forme de pensées, de paroles ou d'actions.* » (Maurer et al, 2014). Deux anciens psychanalystes américains, Albert Ellis et Aaron Temkin Beck utilisent ces thérapies premièrement pour le traitement de la dépression, puis l'étendent à toutes les pathologies psychiatriques. La TCC est basée sur l'idée que les pensées, les comportements et les sentiments sont étroitement liés. Agir sur l'un de ces trois piliers implique un changement sur les deux autres. Par exemple, si nous changeons notre façon de penser alors nous changerons la façon dont nous nous sentons, et par répercussion nous changerons nos comportements. Ainsi trois vagues de TCC se sont succédées : l'une centrée sur les comportements, l'autre centrée sur la cognition et une dernière centrée sur les émotions.

La TCC s'intéresse plutôt aux symptômes et définit des objectifs psychothérapeutiques précis avec un nombre de séances déterminé. La souffrance engendrée par les symptômes psychiatriques représente le focus du processus thérapeutique. La TCC développe donc des thérapies standardisées, avec une bonne reproductibilité, facilement évaluables au sein des études cliniques. La recherche clinique pour

les TCC donne donc une place primordiale à la précision des nosographies psychiatriques, pour que les diagnostics soient les plus identiques possible entre chaque clinicien et que les résultats soient reproductibles. « *Définir la psychologie cognitive n'est possible qu'au regard de son histoire. Elle s'inscrit tout d'abord dans la filiation de la psychologie expérimentale, partageant avec cette dernière l'essentiel de sa démarche. Qu'il s'agisse de la perception, de la mémoire ou encore des processus de prise de décision, la démarche se veut scientifique : élaboration d'un modèle rendant compte d'une propriété psychique, définition d'hypothèses à tester, construction d'un dispositif expérimental à cette fin, analyse statistique des données recueillies, dans le but explicite de déterminer si les résultats obtenus chez un individu sont généralisables chez cet individu, puis à tous les individus confrontés au même dispositif.* » (Gaillard, 2012)

L'intérêt pour les troubles psychotiques est présent dans un deuxième temps, tout d'abord au Royaume-Uni, suite à des études de chercheurs en psychologie cognitive expérimentale ayant trouvé des biais cognitifs spécifiques aux troubles psychotiques. La TCC pour les psychoses (TCCp) s'appuie sur la « *métathéorie du constructivisme* » qui suppose que l'humain construit et crée activement son modèle personnel de la représentation qu'il se fait du monde, modèle à partir duquel il attribue une signification à ses expériences. Ainsi, chaque humain tente de donner un sens à des expériences inhabituelles vécues, comme des hallucinations auditives, ce qui mène à des explications souvent irrationnelles ou bizarres à l'origine des idées délirantes. (Paquette Houde et al, 2018).

En association avec un traitement médicamenteux, la TCCp peut permettre au sujet de travailler autour de la symptomatologie délirante résiduelle. Il existe des programmes de TCCp ciblant en partie le délire psychotique et ses mécanismes propres, ayant pour objectif de diminuer le retentissement émotionnel et comportemental. Les objectifs de la TCCp pour un patient présentant un délire psychotique sont donc de réduire la souffrance associée, réduire l'impact émotionnel et comportemental en améliorant également la gestion et la participation active du patient à son fonctionnement psychique, tout cela dans un objectif global de rétablissement. Les objectifs thérapeutiques de la TCCp font donc écho à ceux du modèle du rétablissement déjà évoqué, qui va de pair avec le postulat d'un modèle global intégrant le stress, la vulnérabilité et les facteurs de protection comme modèle explicatif de la maladie et de son traitement. Les objectifs de réhabilitation psychosociale comme l'« empowerment », le « *patient expert* », et la majoration de l'autonomie sont en accord avec les objectifs de la TCCp. La TCCp remet en question la vision catégorielle de la psychose, se concentrant plutôt sur ses symptômes évalués selon une échelle d'intensité (modèle dimensionnel des idées délirantes). Individualisant les symptômes délirants de la catégorie « psychose », la TCCp agit sur ces symptômes via les facteurs de précipitation, de vulnérabilité et de protection. « *Depuis les*

années 2010, les travaux portent davantage sur les facteurs causaux des idées délirantes comme les inquiétudes, les insomnies, la faible estime de soi ou les biais cognitifs. » (Favrod et al, 2020).

C'est ce que relève l'équipe de Montréal dans leur guide de pratique pour la TCC des troubles psychotiques (TCCp) : « *Les dernières décennies marquent un tournant dans la conception des troubles psychotiques en psychiatrie. Les délires ne sont plus perçus comme étant immuables et irréductibles par la raison, mais bien comme étant fluctuants dans le temps, et pouvant faire l'objet d'interventions cognitives et comportementales. Le patient est considéré comme l'expert de sa propre expérience et il décide lui-même ce qu'il considère comme central dans son plan de traitement et ses objectifs de vie. Le thérapeute en TCCp est un facilitateur, œuvrant dans le contexte d'une alliance thérapeutique. Concernant les croyances dans la psychose, elles ne sont plus évaluées de façon dichotomique comme étant normales ou anormales, mais s'inscrivent plutôt sur un continuum d'intensité de conviction et de marginalité. On ne cherche plus à les modifier à tout prix, mais bien à les comprendre et à diminuer la détresse qu'elles provoquent ou les difficultés de fonctionnement ou d'intégration sociale associées.* » (Paquette Houde et al, 2018). A noter ici que le délire est tout de même considéré comme un symptôme à amender ; on retrouve une vision plus « médicale » du symptôme délirant, qui ne peut être vu ici comme un moyen d'expression ou de « solution » pour mettre à distance certains vécus. Ainsi la TCCp cherche constamment à amener le patient au plus près de la réalité, au plus près de la raison, en prenant en considération les capacités et le rythme du patient. L'action sur le délire vient donc s'appuyer sur le concept dimensionnel du continuum entre normal et pathologique, visant ainsi à faire régresser progressivement la fréquence, l'intensité et le retentissement des idées délirantes. « *En TCCp, le délire est considéré comme une croyance à l'extrême d'un continuum. Il n'est pas catégoriquement différent d'une idée surinvestie et des croyances normales, mais il est maintenu en dépit d'évidences du contraire. Il est possible de modifier un délire par une exploration collaborative des évidences* ». (Paquette Houde et al, 2018).

2. Les concepts de TCC concernant le délire psychotique

a) La nécessité d'une bonne alliance thérapeutique

Il existe tout un panel de techniques psychothérapeutiques différentes en TCCp. La réussite de ces thérapies nécessite une motivation et un engagement dans les soins de la part du patient, et cela dans le cadre d'une bonne alliance thérapeutique. Cette première base est essentielle avant toute évaluation des besoins du patient et toute intervention thérapeutique. Dans le cas du patient délirant,

le délire et les symptômes associés peuvent complexifier le développement de l'alliance. C'est pourquoi le thérapeute devra prendre le temps d'instaurer ce climat de confiance, prendre une position empathique de soutien, et ne pas confronter directement le patient à son délire : *« Idéalement, chaque session doit être une expérience positive et plaisante. Le patient doit finir l'entrevue avec l'impression d'avoir obtenu quelque chose (nouvelle vision de sa situation ou d'un symptôme, apprentissage de stratégies ou le fait de se sentir mieux qu'avant le début de l'entrevue). »* (Paquette Houde et al, 2018).

A ce propos, une étude conduite par une équipe Allemande évalue quelles caractéristiques spécifiques des thérapeutes expliquent le mieux la qualité de l'alliance thérapeutique dans la TCCp. L'empathie, l'authenticité, la positivité, la compétence et la conviction de 11 thérapeutes sont évalués par 48 patients au cours de cette étude et montrent toutes un lien positif avec l'alliance thérapeutique. La perception de l'authenticité du thérapeute s'est révélée être la qualité la plus importante pour forger un lien thérapeutique de confiance. (Jung et al, 2015).

D'autres éléments permettent aussi de développer l'alliance thérapeutique en TCCp, comme les techniques de normalisation. Sans dire au patient que son délire est vrai, la normalisation lui transmet le fait que son expérience est partagée par beaucoup, qu'elle nous est compréhensible, qu'elle fait partie de l'expérience humaine, et que ses réactions sont entendables. La normalisation décentre le patient de ses symptômes pour mettre l'accent sur la préservation de sa qualité de vie. Un autre élément pour cette fois-ci maintenir l'alliance thérapeutique dans le temps, c'est l'importance de renforcer positivement le patient vis-à-vis de la thérapie en l'aidant à développer ses facteurs protecteurs et ses stratégies d'adaptation. L'impression de reprise de contrôle vis-à-vis de ses expériences et sensations négatives permet de diminuer l'anxiété et de redonner de l'espoir. (Paquette Houde et al, 2018).

b) Interroger les certitudes cognitives avec le patient

« Aaron Beck, père de la thérapie cognitive, propose des techniques de psychothérapie cognitive aux patients schizophrènes dès les années 1990 en ciblant les idées délirantes et les hallucinations ; Dans le cadre d'une relation de confiance bien établie, il analyse et interroge avec le patient ses certitudes cognitives et la façon qu'il a de lire les événements pour construire d'autres lectures possibles. La notion d'objectif commun établi avec le patient par une collaboration et ensuite celle d'efficacité mesurable sur les symptômes sont au cœur de la thérapie cognitive. » (Söderström et Conus, 2021).

Ainsi, plusieurs techniques cognitives sont développées pour instaurer le doute vis-à-vis des convictions délirantes du patient :

(1) Thérapie par questionnement socratique

Le questionnement socratique est une méthode centrale pour la TCCp centrée sur les délires. Cette technique a pour but de questionner indirectement le patient afin de semer du doute et de l'aider à prendre de la distance avec ses pensées. Il ne s'agit pas de tendre un piège au patient pour l'amener à se contredire, mais de collaborer avec le patient pour assouplir l'impact de ses croyances. Le lien avec l'athénien Socrate est dans son affirmation « *Je sais seulement que je ne sais rien* », laissant toujours une place au doute dans tout ce que l'on pense savoir. Les questions socratiques éclairent ce que le patient sait déjà par des questions pertinentes posées au bon moment, permettant la restructuration de sa pensée et la réflexion sur l'impact de cette pensée.

Cette technique s'applique aux idées délirantes et aussi à toute croyance ayant un impact émotionnel et comportemental, selon la pensée du modèle dimensionnel. Plus l'adhésion du patient à son délire est importante, plus il sera difficile de venir le questionner. C'est ainsi que peuvent émerger des réactions émotionnelles vives chez certains patients. D'où l'importance d'une alliance thérapeutique déjà instaurée au préalable.

« Les méthodes de restructuration cognitive impliquent de rendre les interprétations erronées perceptibles par le patient en abordant des situations qui activent le système de croyance problématique ciblé pour aboutir à une conceptualisation « rationnelle » du vécu satisfaisante pour le patient. » (Bardy, 2021).

Cette recherche d'alternatives aux croyances du patient a pour objectif d'atténuer la détresse du patient face à ses convictions délirantes. Certaines idées délirantes ne doivent cependant pas être mise en doute au risque d'un effondrement thymique du patient. « *Dans le cas des délires résistants, il est important pour le thérapeute de se centrer sur la détresse du patient et de considérer les fonctions possibles du délire. Le thérapeute doit éviter de tenter à tout prix de modifier les idées de grandeur ou les croyances qui protègent l'estime de soi.* » (Paquette Houde et al, 2018).

(2) Thérapie des schémas cognitifs dysfonctionnels : identifier les biais cognitifs

Une deuxième technique d'entretien est de permettre au patient d'identifier ses biais cognitifs : c'est à dire les mécanismes cognitifs qui se mettent en route automatiquement lors d'interprétations d'informations. Le terme de « biais » fait référence à une déviation systématique de la pensée par rapport à la réalité logique et rationnelle. La prise de conscience que certaines pensées peuvent être fausses (ou partiellement vraies) du fait de ces biais cognitifs, permet de prendre du recul par rapport à ces pensées automatiques et de démanteler les mécanismes à la base des fausses croyances. Cette prise de recul vis-à-vis des pensées automatiques est favorisée par un raisonnement rationnel, c'est-à-dire un raisonnement lent, se concentrant sur un élément à la fois, mettant en lumière les biais grâce à plus de flexibilité. Ce raisonnement rationnel est opposé par Garety et Ward au raisonnement émotif, rapide, global, plus impliqué dans les idées délirantes du fait de l'augmentation des risques de biais tel que le saut aux conclusions. (Ward et Garety, 2019).

Le thérapeute peut accompagner le patient dans cette prise de recul en abordant avec lui les faits et en identifiant les erreurs d'interprétations. Parmi les nombreux biais de raisonnement ou de jugement incriminés dans le déclenchement d'idées délirantes, nous pouvons citer en particulier le biais d'attribution externe, la confiance augmentée dans les faux souvenir, le biais contre les preuves contradictoires, le saut aux conclusions et le déficit de théorie de l'esprit.

« Chez les personnes présentant une psychose, l'attribution n'est pas claire au niveau de la personne (soi ou un autre) et ce flou dans l'attribution rend complexe le décodage des événements. De plus, on attribue aussi trop rapidement aux événements une cause, sautant sur des conclusions (jump to conclusions) sans recueillir suffisamment d'informations pour générer des hypothèses alternatives. Finalement, le jugement négatif prédomine et si l'on combine l'ensemble de ces biais cognitifs, on comprend que le risque de considérer qu'un événement est causé par une personne externe qui est malveillante soit très élevé. » (Söderström et Conus, 2021).

(a) « jumping to conclusion »

Dans son livre sur la remédiation cognitive, le Pr Nicolas Franck va relever que : *« La plupart d'entre elles [nombreuses études] s'accordent pour dire que 40 à 70% des personnes atteintes de schizophrénies n'ont besoin que de très peu d'informations pour parvenir à une conclusion ferme. »* (Franck, 2017). Le saut aux conclusions renvoie donc au fait de tirer des conclusions hâtives à partir de

très peu d'éléments. Ce biais cognitif a été très étudié dans le cadre des manifestations délirantes, notamment en remédiation cognitive et en métacognition, et est l'un des principaux biais traités dans ces thérapies. Il peut entraîner des conclusions erronées, elles-mêmes sources d'interprétation délirante.

(b) « theory of mind »

Intégré au champ de la cognition sociale, le déficit de théorie de l'esprit renvoie aux difficultés qu'ont certains patients à repérer les origines des perceptions, c'est-à-dire à savoir si les perceptions proviennent de l'extérieur ou si elles sont produites dans leur esprit. Cela entraîne des erreurs d'interprétation des intentions d'autrui, des pensées d'autrui possiblement à l'origine de délires de référence ou de persécution avec un mécanisme ici essentiellement interprétatif. Cela entraîne aussi des difficultés à se représenter ses propres intentions d'agir pouvant se manifester par des impressions de vol, d'imposition et de divulgation de la pensée.

« L'incapacité à reconnaître sa propre influence sur ses actions pourrait ainsi mener à un délire de contrôle, de référence. Les difficultés à comprendre les interactions sociales pourraient également mener à un délire de persécution. » (Paquette Houde et al, 2018).

Ce déficit entraîne donc des difficultés sur le plan de la cognition sociale, avec le risque de prêter attention à des événements ou à des stimuli non pertinents pour les interpréter et leur donner un sens, ce qui peut conduire à la production d'explications délirantes. *« Dans la conversation avec les patients délirants, il existe souvent une rupture du lien entre l'hypothèse de l'auditeur et la réponse, inadéquate, du patient, celui-ci confondant ses actions avec celles d'autrui et semblant perdre le sens de sa pensée initiale. »* (Barthélémy et Bilheran, 2007)

Ce déficit n'est pas propre aux troubles psychotiques. Il peut être retrouvé dans certains troubles affectifs ou dans les troubles du spectre autistique. Leur impact sur les idées délirantes n'est pas encore clair : *« Si les altérations de la théorie de l'esprit, ne sont pas remises en question, leurs contributions spécifiques aux idées délirantes ne sont pas encore bien comprises. »* (Franck, 2017).

(3) Modèle vulnérabilité-stress-facteurs de protection

Une place importante est donnée au récit du délire et à ses origines afin de comprendre les événements lors de la première apparition des symptômes. Cela permet de repérer des facteurs de vulnérabilité, des événements stressants ou des consommations de toxique. Pour cela il s'agit d'explorer les pensées et perceptions du patient à ce moment-là, identifier sur quelles bases les conclusions délirantes ont été tirées et comprendre l'interprétation délirante attribuée aux événements. Si le patient le permet, cela permettra d'élaborer avec lui des alternatives possibles aux conclusions tirées.

c) *Thérapie via les médiateurs affectifs*

Après le développement de l'alliance thérapeutique, le travail autour des mécanismes de raisonnement du patient, un autre axe des TCCp étudie l'impact des médiateurs affectifs sur les interprétations délirantes de persécution. « *Dans la réflexion théorique cognitive, le médiateur affectif apparaît dans la chaîne de pensée et influence son cheminement... De même, le manque d'estime de soi peut devenir un facteur déterminant dans le développement d'idées de persécution en générant une lecture biaisée par exemple du regard des autres dans la vie courante et en conduisant à l'attribution d'intentions malveillantes à de banals croisements de regards.* » (Söderström et Conus, 2021).

L'impact des médiateurs affectifs sur les biais cognitifs et autres mécanismes à l'origine des idées délirantes est particulièrement étudié par le Pr Freeman et son équipe de Londres. Freeman cherche une alternative aux TCCp actuelles dont les bénéfices sont moins marqués que les TCC pour l'anxiété sociale par exemple. Il cible ses recherches sur le délire de persécution qu'il justifie par le fait qu' : « *[...] il s'agit d'un type de délire distinct, qui est associé à un très faible bien-être psychologique, et survient chez plus de 70 % des patients présentant un trouble psychotique.* » [Traduction personnelle] (Freeman et al., 2021). Comme nous l'avons vu, Freeman s'appuie sur le modèle dimensionnel des idées délirantes qui suivent une courbe d'intensité avec l'anxiété. L'équipe du Pr Freeman réalise de multiples études pilotes pour mettre en évidence des facteurs d'entretien des idées délirantes de persécution. Les facteurs d'entretien identifiés sont : un mauvais sommeil, une inquiétude excessive, une faible confiance en soi, des expériences anormales, des biais de raisonnement, et des comportements de mise en sécurité. Ils élaborent ainsi un programme baptisé le « Feeling Safe program » (FSP) qui consiste en une thérapie cognitive du délire de persécution basé sur l'idée que ces nombreux médiateurs affectifs favorisent et entretiennent l'apparition d'idées de persécution. Ces

chercheurs prônent donc l'importance d'agir sur ces facteurs d'entretien avant d'exposer les patients à des situations ressenties comme insécurisantes. (Freeman et al., 2021).

d) *Thérapie par avatar pour les hallucinations auditives*

La thérapie par avatar s'appuie sur les principes de la TCCp et utilise un thérapeute aidé par la technologie numérique. Cette thérapie cible le traitement des hallucinations acoustico-verbale présentes chez 60 à 70% des patients atteints de schizophrénie. La thérapie par avatar permet de créer un ou des personnages avec une ou plusieurs voix correspondant au ton de la ou les voix persécutrices. Selon les indications du patient, le but est de reproduire les hallucinations auditives perçues par le patient. L'objectif thérapeutique est la création d'un espace de dialogue avec la ou les voix qui oppressent la personne souffrant de persécution. C'est donc une reconstruction la plus fidèle possible de ce que perçoit le patient, cela par un thérapeute dont la voix est modifiée par ordinateur. Le thérapeute expose le patient à « ses voix », avec leurs commentaires négatifs, tout en lui donnant des clefs pour leur répondre. L'accent est explicitement mis sur l'estime de soi et la reconnaissance des forces et des capacités du patient. Le patient développe un sentiment de contrôle voire de domination à l'égard des voix. Ce jeu de pouvoir est considéré comme crucial dans le soin des hallucinations. Ces séances d'exposition sont suivies d'un débriefing avec le thérapeute. (Craig et al, 2018).

3. Les études actuelles en TCC

a) *Une méta-analyse de grande ampleur*

En 2018, une équipe internationale s'est constituée pour réaliser une méta-analyse qui fut publiée dans le World Psychiatry. Sur des milliers d'études, ces chercheurs sélectionnent 53 essais contrôlés randomisés de 7 interventions psychologiques, comptant un total de 4 068 participants recevant un traitement psychothérapeutique en complément du traitement antipsychotique. Le critère de jugement principal est l'évaluation des symptômes positifs actifs de la schizophrénie, donc l'évaluation des délires et hallucinations actuellement présents chez des patients atteints de schizophrénie (ou apparentée). Ce critère est mesuré principalement avec les échelles d'évaluation de la PANSS et de la BPRS. Les auteurs justifient la nécessité de cette étude par le fait que : « *Les traitements psychologiques sont de plus en plus considérés comme des interventions utiles pour la schizophrénie. Cependant, une évaluation complète des preuves disponibles fait défaut et le bénéfice des interventions psychologiques*

pour les patients présentant des symptômes positifs actifs est toujours débattu [...] En raison de ces limites dans les preuves actuelles, on ne sait toujours pas s'il existe des interventions psychologiques efficaces et acceptables pour traiter les symptômes positifs de la schizophrénie. » [traduction personnelle] (Bighelli et al, 2018).

Les essais évalués sont tous des études comparatives entre une intervention psychologique spécifique et un groupe contrôle : 40 études comparent les TCCp à un groupe contrôle, 6 comparent les entraînements métacognitifs, 2 la pleine conscience, 2 la thérapie d'acceptation et d'engagement, 1 l'intervention familiale, 1 les conseils axés sur l'expérience, 1 le traitement intégratif axé sur les hallucinations et 1 la thérapie AVATAR. Les groupes contrôles regroupent soit une psychothérapie spécifique, soit le traitement habituel, ou la liste d'attente, ou un contrôle inactif comme le montre la « figure 2 » de cette étude (la largeur de la ligne étant proportionnelle au nombre d'essais comparant chaque paire de traitements. La taille des nœuds étant proportionnelle au nombre d'études fournissant des données pour chaque traitement) :

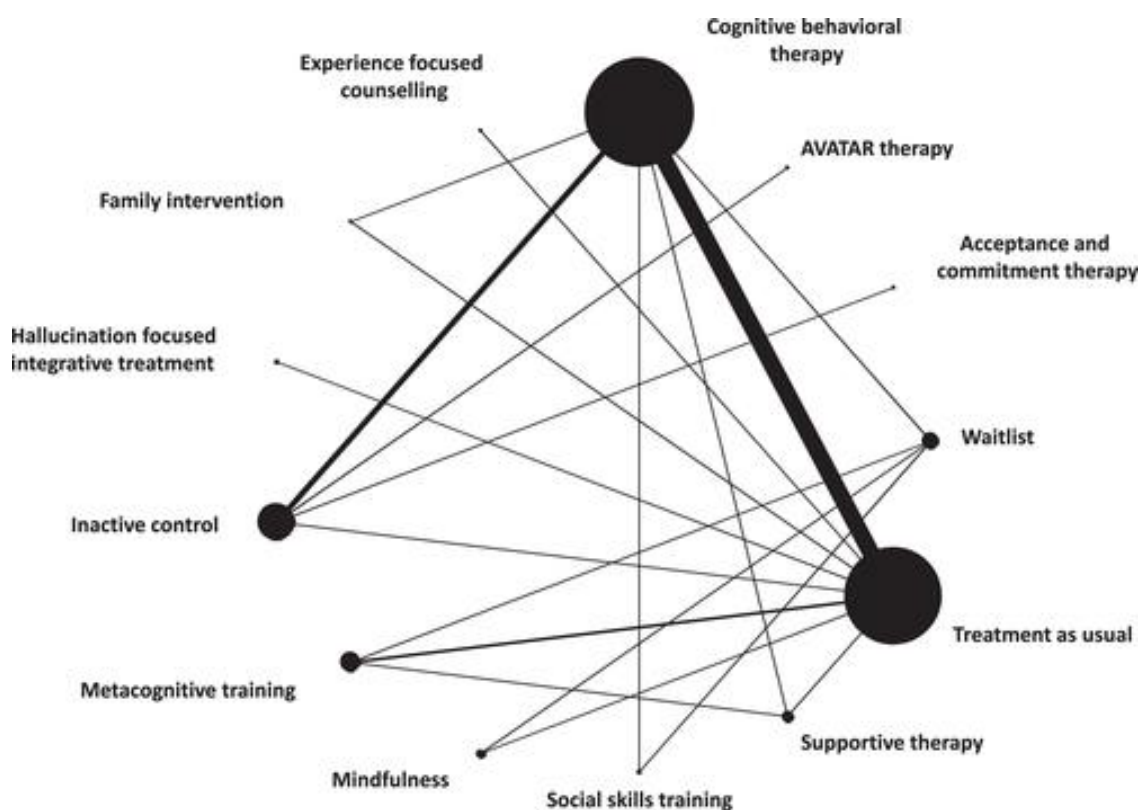


Figure 3 : Méta-analyse en réseau des comparaisons éligibles pour les symptômes positifs

Les résultats de cette méta-analyse montrent que la TCCp entraîne une diminution significative des délires et hallucinations par rapport au traitement habituel (IC à 95 % : -0,45 à -0,14), au contrôle inactif (IC à 95 % : -0,55 à -0,03) et à la thérapie de soutien (IC à 95 % : -0,91 à -0,03). La TCCp obtient aussi des bénéfices significatifs pour de nombreux critères de jugement secondaires : symptômes négatifs, réponses au traitement, qualité de vie et fonctionnement. La TCCp est également associée à des taux d'abandon plus élevés que le traitement habituel (18,8 % contre 12 %). L'hypothèse évoquée indique que la TCCp serait moins acceptable à cause des exigences demandées aux patients. Mais les auteurs soulèvent que ces chiffres d'abandons peuvent être trompeurs car les patients continuent leurs soins habituels en parallèle et peuvent donc trouver difficile de s'investir dans une autre thérapie. Les patients peuvent aussi avoir des attentes élevées avec un risque plus important de découragement s'ils ne voient pas de résultats rapides. Cela se confirme par le taux d'abandon plus important aussi dans le groupe contrôle inactif où les patients participent à des sessions telles que des activités d'amitié et de loisirs.

Pour toutes les autres interventions, il n'y avait aucune preuve significative de leur efficacité sur les symptômes positifs de la schizophrénie. Les auteurs évoquent la raison probable du petit nombre d'études des autres thérapies : ce qui montre la faible puissance des études réalisées dans le domaine du soin du délire psychotique.

La tolérance au traitement est questionnée de façon pertinente : « *Une question ouverte et de plus en plus pertinente est de savoir si les interventions psychologiques pourraient causer des dommages. Nous avons collecté toutes les données disponibles sur les événements indésirables potentiellement liés à l'intervention psychologique, mais nous avons trouvé cet aspect très mal rapporté dans les essais. Nous pensons que de futures études devraient collecter et rapporter ces informations, afin de répondre à cette question encore floue* ». [Traduction personnelle] (Bighelli et al, 2018).

Un biais intéressant est relevé : celui que les patients inclus ne sont que modérément malades en moyenne, par rapport à d'autres méta-analyses. Les auteurs y voient que la psychothérapie nécessite une capacité minimale des patients à collaborer, difficile à obtenir lorsqu'ils sont très gravement malades.

La conclusion de la méta-analyse est donc : « *la thérapie cognitivo-comportementale semble être efficace sur les symptômes positifs chez les patients modérément atteints de schizophrénie, avec des effets de taille inférieure à moyenne, selon la condition de contrôle*. » [Traduction personnelle] (Bighelli et al, 2018).

b) « Feeling safe programme » : une étude prometteuse

Dans un article du Lancet de 2021, le Pr Freeman et son équipe du Royaume-Uni présentent une étude d'efficacité du « *Feeling Safe programme* » (FSP). L'équipe du Pr Freeman réalise un ECR, en simple aveugle, avec 130 patients présentant un délire de persécution depuis plus de 3 mois, évalué par l'échelle PSYRATS à au-moins 60% de conviction, et avec un diagnostic de trouble psychotique (61% schizophrénie, 17% trouble schizoaffectif, 3% trouble délirant, 19% psychose sans précision). L'étude compare le FSP au « *befriending* », une thérapie de soutien, non directive et empathique, sans confrontation du patient. Le groupe bénéficiant du FSP choisi quant à lui plusieurs modules à travailler. Ce travail se fait via 20 séances de psychothérapies individuelles étalées sur six mois, par neuf psychologues formés. Seul le module « *se sentir suffisamment en sécurité* » est encouragé à être réalisé, car il vise l'abandon des comportements de recherche de sécurité afin de réduire les croyances de menace et renforcer les croyances de sécurité. « *Dans le cadre du Feeling Safe Programme, une moyenne de 2,70 modules ont été complétés. Les modules terminés sont : se sentir suffisamment en sécurité (88% des patients), augmenter la confiance en soi (50 %), réduire les inquiétudes (44%), réduire l'impact des voix (33%), améliorer le sommeil (31%), et améliorer les processus de raisonnement (2%).* (Freeman et al., 2021).

Le critère de jugement principal est la conviction de persécution auto-évaluée par l'échelle PSYRATS, cotée de 0 à 100%. Les résultats de cette étude montrent une réduction significative des convictions délirantes à 6 mois, montrant ainsi une baisse de conviction de 37,7% (87,1 % à 49,4 %) pour les patients ayant suivi le FSP, contre une baisse de 26,8% (86,4 % à 59,6 %) pour le befriending. Par rapport au befriending, la nouvelle thérapie cognitive est aussi associée à une réduction significative de la sévérité du délire ($p < 0,0001$), de la méfiance globale ($p = 0,032$), des idées de référence ($p = 0,021$) et de la colère, apportant une amélioration très significative du bien-être ($p < 0,0001$), de la satisfaction et de la qualité de vie du patient sur l'échelle EQ-5D-5L ($p = 0,027$). Par contre, le FSP ne montre pas de bénéfice significatif sur le contenu des idées de persécution, la dépression, les hallucinations, les idées suicidaires, l'anhédonie et le nombre de pas quotidiens. De son côté, le « befriending » ne montre aucune amélioration significative par rapport au FSP.

Les auteurs informent que la principale limite de leur essai est la petite taille de l'échantillon diminuant ainsi la précision dans les estimations de la taille de l'effet, et limitant la puissance pour détecter les différences modérées et les différences dans les variables dichotomiques. Par contre, cet essai est le premier essai clinique contrôlé à tester cette nouvelle approche pour le délire de persécution et à la connaissance des chercheurs, il a produit la plus grande ampleur d'effets jamais observée pour des

patients avec un délire persistant. Ce bénéfice clinique est proche de celui qui est obtenu en TCC pour les troubles anxieux.

c) Preuves d'efficacité de la thérapie par avatar

Le premier essai contrôlé randomisé en simple aveugle est réalisé par l'équipe anglaise du fondateur de la thérapie par Avatar (Julian Leff). Cet essai est publié en 2018 dans la revue « The Lancet ». Il inclut 150 patients avec un diagnostic de schizophrénie ou de trouble affectif avec symptômes psychotiques (CIM-10) et décrivant des hallucinations acoustico-verbales depuis plus d'un an -malgré un traitement par antipsychotiques.- Les critères d'exclusion sont sélectifs : on retrouve l'impossibilité de donner un consentement écrit éclairé, la présence d'un suivi actuel d'une autre psychothérapie, le refus des traitements médicamenteux, le diagnostic de maladie cérébrale organique, la dépendance primaire à une substance, et l'entente de voix dans une langue non parlée par les thérapeutes. Les traitements médicamenteux ne sont pas modifiés durant l'essai. La thérapie avatar est comparée à une thérapie de soutien plutôt centrée sur les émotions, et évitant les changements de relation de pouvoir ou de contrôle dans la relation avec la ou les voix. La thérapie de soutien se fait sur le même nombre et durée des séances : six sessions hebdomadaires de 50 minutes. Le critère de jugement principal est la réduction des hallucinations à 12 semaines par l'échelle PSYRATS-hallucinations. D'autres échelles sont mesurées dont la PSYRATS-délire, la SAPS, et la MAP qui calcule le nombre de joints de cannabis fumés sur les 30 derniers jours. Une évaluation est réalisée au début de l'essai, à 12 semaines puis à 24 semaines. Le nombre moyen de voix différentes identifiées chez les patients de l'étude varie entre 3 et 4 voix, et seul un tiers identifie à qui cette voix appartient.

Les résultats montrent : une réduction significative du score PSYRATS-hallucinations totale pour le traitement par avatar VS la thérapie de soutien, avec une différence moyenne de 3,82 points ($p = 0,009$) à 12 semaines. Cette différence diminue à 1,55 points à 24 semaines ($p = 0,39$), la thérapie de soutien montrant une légère amélioration. Cette différence est significative pour la détresse et la fréquence des voix évalués par la PSYRATS, mais n'a eu aucun effet significatif sur la malveillance signalée des voix. Par contre, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été observée pour aucun des autres critères de jugement secondaires à 12 ou 24 semaines.

Les auteurs concluent qu'à court terme : "les effets de la thérapie AVATAR sur la fréquence et la gravité des hallucinations acoustico-verbales, tels qu'évalués par l'échelle PSYRATS-hallucinations, sont plus importants que la thérapie cognitivo-comportementale plus générale pour la psychose, telle qu'appliquée aux voix. » [Traduction personnelle] (Craig et al, 2018).

B. Thérapie métacognitive

1. Le concept

Dans le champ du traitement des biais cognitifs, une nouvelle thérapie a vu le jour à partir des années 1980, développée par Steffen Moritz et Todd S. Woodward. La thérapie métacognitive (MCT) combine des techniques de TCC, de remédiation cognitive et de psychoéducation. Les objectifs de la thérapie métacognitive sont premièrement d'étudier comment les patients analysent leurs propres pensées et le fonctionnement de leur esprit (appelées croyances métacognitives). Puis, la MCT cherche à expliquer aux patients comment ces croyances maintiennent ou aggravent leurs symptômes délirants. Enfin, la méthodologie utilisée par la MCT est de fournir des alternatives possibles de réactions face aux pensées afin de permettre in fine une réduction des symptômes délirants. La MCT est une thérapie limitée dans le temps qui se déroule généralement en huit séances de 60 minutes avec une introduction, des exercices et une conclusion. Elle se pratique généralement en groupes de 3 à 10 patients. Chaque séance est indépendante. Le programme est actuellement traduit en plus de 30 langues. Ce programme travaille donc les biais cognitifs dans le but d'aider les participants à en prendre conscience, à voir l'impact que ces biais peuvent avoir sur eux, et à reprendre le contrôle sur ces raisonnements automatiques. (Moritz et Woodward, 2007).

Plusieurs études randomisées contrôlées et plusieurs méta-analyses indiquent que l'intervention est efficace pour réduire les symptômes psychotiques. Une méta-analyse portant sur 15 études avec un total de 408 patients bénéficiant de la MCT versus un groupe contrôle conclut : « *Cette méta-analyse démontre que la MCT exerce un effet de faible à modéré sur les délires et les symptômes positifs et un effet important sur l'acceptation de l'intervention. L'effet sur les idées délirantes est réduit, mais reste significatif lorsque les biais potentiels sont pris en compte.* » (Eichner et Berna, 2016).

2. Etudes d'efficacité en France

Deux études ont été réalisées en milieu francophone dont l'une d'elle en 2014 dans notre région de Franche-Comté. Cette étude est un essai randomisé, contrôlé, multicentrique, réalisée dans l'Est de la France (Alsace, Bourgogne et Franche-Comté), comparant la MCT à un groupe de thérapie verbale active (nommée thérapie de soutien (ST)). Cette étude vise à évaluer l'impact à court terme de la version française du programme MCT chez des patients schizophrènes stabilisés avec une symptomatologie positive résiduelle. Les auteurs justifient cette étude par l'efficacité partielle des antipsychotiques sur les symptômes positifs et l'insight dans la schizophrénie, et par les atteintes cognitives et métacognitives

supposées en lien avec une majoration des symptômes positifs et du retentissement social. Cette étude compare 50 patients atteints de « troubles du spectre de la schizophrénie » (DSM-IV). Les deux groupes bénéficient d'une séance de thérapie d'une heure, deux fois par semaine, pendant huit semaines (soit 16 séances par groupe). Les échelles utilisées sont la SUMD (mesurant l'insight), la PANSS, la PSYRATS, le CDSS (mesurant la dépression dans la schizophrénie), et la QLS. Tous les formateurs sont formés en MCT et en ST avant le début de l'intervention et sont soit psychiatres, soit infirmières psychiatriques, soit médecins stagiaires ou soit psychologues. Pour étayer davantage les résultats, il n'y a eu aucun changement dans les médicaments antipsychotiques dans une durée de deux mois précédent l'essai et huit semaines pendant l'essai. (Briki et al, 2014). Un des tableaux de l'article présente les différentes caractéristiques principales de chaque module MCT:

Module	Entraînement
Attribution : Blâmer et s'attribuer le mérite	Des situations positives ou négatives sont présentées. Les participants sont entraînés à considérer diverses hypothèses pour expliquer les événements.
Sauter aux conclusions : Jugement hâtif (Part. I)	Des morceaux d'une image apparaissent progressivement et des hypothèses sont émises par les participants. On leur demande de découvrir ce que représente l'image, mais des décisions prématurées conduisent à des erreurs.
Changer les croyances	Les séquences de bandes dessinées sont présentées dans l'ordre inverse, au fur et à mesure que des scénarios complexes sont clarifiés. Après chaque image, les participants sont invités à évaluer la plausibilité de quatre interprétations différentes.
Empathie	Des images d'expressions faciales sont montrées et le groupe est invité à déduire le sentiment présenté approprié.
Mémoire	Des scènes complexes sont présentées (plage), manquant des éléments typiques (serviette, ballon) dont les participants se souviennent fréquemment. Les patients apprennent à discerner les vrais souvenirs des faux.
Théorie de l'esprit	Des bandes dessinées présentant le point de vue de l'un des personnages sont discutées. Ce personnage n'a pas toutes les informations que possèdent les observateurs.
Sauter aux conclusions	Des chefs-d'œuvre de peintres célèbres sont présentés et les participants sont invités à déduire leurs titres parmi quatre options. Une inspection superficielle conduit à de mauvaises réponses.
Humeur et estime de soi	Les cognitions dépressives typiques en réponse à des événements courants sont présentées. Le groupe est invité à développer des cognitions plus constructives et positives que celles proposées.

Tableau 1 : Modules de métacognition

Les résultats de l'étude montrent un bénéfice significatif pour la MCT concernant les éléments délirants et hallucinatoires. Les auteurs notent aussi que l'amélioration des symptômes positifs n'a pas entraîné de conséquence thymique négative : « *Les participants ont amélioré leurs symptômes positifs après MCT à la fois sur la PANSS (délire, persécution et hallucinations) et sur la PSYRATS (délire et hallucinations), et de manière significativement meilleure par rapport au groupe contrôle, en particulier en ce qui concerne l'échelle positive du PANSS. Ces résultats reproduisent les données précédentes concernant l'efficacité de la MCT sur les symptômes positifs. Pour la CDSS, les scores de dépression restent stables dans les pré-tests et les post-tests pour les deux conditions, et confirment que la MCT est un programme relativement bien accepté qui n'est pas plus confrontant ou intrusif qu'un groupe de thérapie de soutien, sans augmentation de l'anxiété ou de la dépression. Certaines études ont suggéré que l'amélioration de l'insight serait associée à davantage de symptômes dépressifs, ce qui n'est clairement pas le cas ici.* » [Traduction personnelle] (Briki et al, 2014).

Cette étude mesurant aussi la qualité de vie des patients retrouve une tendance en faveur d'une meilleure capacité sociale des patients ayant bénéficié de la MCT. Les patients sont plus susceptibles de prendre des initiatives quant à leurs relations sociales. Les auteurs proposent une explication : « *Si les patients sont moins inquiets de leurs symptômes et réduisent leur évitement social, ils améliorent par conséquent leur conscience du besoin d'avoir plus d'amis et de personnes qui se soucient d'eux.* » [Traduction personnelle] (Briki et al, 2014). Cette étude française est donc prometteuse et va dans le même sens que les études internationales retrouvant des bénéfices de la MCT, rapportant une amélioration sur les délires psychotiques des patients, sans répercussion sur l'humeur, mais avec une répercussion positive sur leur sociabilité et donc sur leur qualité de vie.

3. Etude d'efficacité et particularités en Chine

En 2021, une équipe chinoise réalise un essai contrôlé randomisé comparant la MCT au traitement habituel. Cette étude s'inscrit dans le contexte de la Chine où les patients vivent principalement dans leur famille et où les hôpitaux psychiatriques chinois sont souvent géographiquement éloignés, ce qui entraîne une demande de soins plus importante au niveau communautaire. Dans ce contexte s'est développé dans un premier temps un « *plan de réadaptation à base communautaire* » (CBR) correspondant à une forme de psychoéducation dispensée par les médecins généralistes. Le CBR comporte six aspects : formation aux médicaments, identification des rechutes, gestion physique, formation aux compétences de vie, formation aux compétences sociales et formation en réadaptation professionnelle. Le problème serait que la plupart des patients bénéficiant de ce plan le considèreraient comme « *inutile* ». Dans ce contexte, cette étude vient comparer la CBR associée à la MCT versus à la CBR seule. (Chen et al, 2021).

Une des motivations de l'étude concerne les troubles du comportement graves suscités par les délires psychotiques. « *Le délire fait partie de ces symptômes considérés comme significativement corrélés aux actes violents chez les patients psychiatriques. Le défi pour la communauté est que les patients présentant des symptômes délirants peuvent parfois provoquer des comportements dangereux, notamment agresser d'autres personnes ou même se suicider et, par conséquent provoquer des conséquences graves dans la communauté.* » [Traduction personnelle] (Chen et al, 2021). 124 patients atteints de schizophrénie (DSM-IV) sont randomisés dans cette étude. La MCT utilisée se compose de huit modules, couvrant six biais cognitifs et sociaux (biais d'attribution, saut aux conclusions, inflexibilité des croyances, excès de confiance dans les erreurs, théorie des déficits de l'esprit et schémas cognitifs dépressifs). Chaque session dure environ 60 minutes. Une particularité est qu'« *un cadeau d'une valeur de 5 \$ a été remis à chaque patient du groupe d'intervention après chaque session* ». Les échelles mesurées sont la PANSS, la PSYRATS, et la SQLS. La MCT est dispensée aussi par les médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation préalable.

Les résultats montrent de multiples améliorations significatives des symptômes psychiatriques globaux pour les deux groupes après le traitement. La CBR montre une certaine efficacité et la CBR + MCT encore davantage. Pour détailler au niveau des symptômes délirants, l'échelle PSYRATS du délire montre une amélioration significative ($p = 0,04$) de 1,84 points de différence (pour MCT+CBR) contre 0,35 (pour CBR). L'échelle PANSS P1 (idées délirantes) : respectivement 0,26 VS 0,11 pour un $p = 0,042$. L'échelle PANSS P5 (idées de grandeur) : respectivement 0,26 VS -0,07 pour un $p = 0,132$. Et l'échelle PANSS P6 (Méfiance/Persécution) : respectivement 0,97 VS 0,24 pour un $p = 0,001$. L'association de la MCT à la CBR montre donc une amélioration significative par rapport à la CBR seule sur le délire évalué par la PSYRATS et les idées délirantes de méfiance et persécution évaluées par la PANSS. Les auteurs concluent que puisque la MCT peut améliorer les symptômes de méfiance et persécution des patients qui sont associés à un risque élevé de violence, alors elle peut diminuer le risque de violence communautaire. Une hypothèse sur l'amélioration de la PANSS négative a été émise par les auteurs, expliquant que « *les réponses des patients aux délires de persécution peuvent être associées à des symptômes négatifs. Ici, la MCT a amélioré les délires de persécution du groupe d'intervention et a ainsi affecté l'échelle négative du PANSS.* » [Traduction personnelle] (Chen et al, 2021). Pour ce qui est de la qualité de vie des patients du groupe d'intervention, elle s'est vue améliorée après le traitement dans les trois dimensions : psychosociale, motivation/énergie, et symptômes/effets secondaires.

Un certain nombre de biais sont présents : un biais de sélection, le fait que les recruteurs et patients se connaissent, le manque d'adaptation de la MCT à la culture chinoise, et une évaluation à court terme. Nous relevons aussi que le fait d'offrir une somme d'argent à chaque patient du groupe d'intervention qui est discutable et favorise « artificiellement » une meilleure observance. Enfin, le groupe d'intervention se voit

suivre une thérapie supplémentaire (MCT) alors que le groupe contrôle ne bénéficie pas d'une autre thérapie supplémentaire à la CBR (thérapie de soutien ou autre).

C. Education thérapeutique

1. Le concept

Les techniques d'éducation thérapeutique à l'intention du patient se sont construites dans le cadre d'un partenariat entre le patient et le thérapeute. En s'appuyant sur le modèle vulnérabilité-stress, l'ETP cherche à accroître la connaissance et la compréhension qu'a le patient de sa maladie. Elle permet au patient d'identifier les facteurs de risques et les facteurs de protection vis-à-vis de ses différents symptômes, et lui donne des outils pour mieux utiliser les traitements et ses propres ressources psychiques. L'ETP donne aussi un soutien émotionnel aux patients. Elle peut être réalisée de manière groupale ou individuelle et peut se mettre en place dans les phases précoces des troubles psychotiques, mais nécessite une prise de conscience progressive de la maladie et de ses enjeux par le patient : *« le développement de l'insight sur les troubles psychiques est un processus qui doit être accompagné avec finesse par les soignants, sans inutilement précipiter les patients vers une prise de conscience trop abrupte de la condition de malade qui pourrait conduire à une autostigmatisation et au découragement. »* (Conus, 2021).

2. Un exemple : « Je paranoïe »

Pour permettre une psychoéducation *« adaptée et non stigmatisante »*, le Pr Conus et son équipe du CHU Vaudois ont développé le programme hospitalo-ambulatoire « TIPP » : traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques. A noter que ce programme comprend, sur son versant hospitalier, des groupes d'ETP et des brochures composées d'un ensemble de 9 fiches d'information portant sur quatre thèmes : (1) les symptômes, (2) la médication, (3) le cannabis, (4) le rétablissement. Ainsi, ces fiches ont la particularité d'être destinées au premier épisode de psychose, prenant alors en compte que le déni et le rejet du modèle médical est le plus fort à ce moment de la maladie. *« Il est donc important d'informer les patients non seulement sur la maladie mais également sur les possibilités d'évolution positive, voire de guérison, et sur le rôle central qu'ils peuvent jouer à cet égard dans le cadre d'un partenariat avec les soignants. »* (Conus, 2021). L'une de ces fiches concerne les idées délirantes de persécution nommée *« Je paranoïe »* où nous voyons réutilisée la pyramide de la paranoïa explicitant le continuum de sévérité des idées de persécution.

Je **paranoïe**



J

Jean a l'impression que les gens lui veulent du mal. Il pense que les gens sont mal intentionnés à son égard. Il se sent épié, observé. Il est constamment aux aguets. Comme il a peur, il évite le contact visuel avec les gens. Néanmoins, des fois quand il jette un coup d'œil autour de lui, il perçoit le regard d'autrui comme intrusif et menaçant.

Les idées de persécution peuvent arriver à n'importe qui occasionnellement, mais sont fréquentes lors de certaines formes d'épisode psychotique. Par exemple, la pyramide de la paranoïa, ci-dessous, montre différentes intensités de l'expérience.

L'expérience de la paranoïa est probablement liée à une sensibilité excessive à l'environnement. Les médicaments prescrits réduisent cette sensibilité. En revanche, des produits comme le cannabis ou la cocaïne peuvent provoquer un sentiment de persécution même chez les gens qui au départ n'ont pas de troubles psychotiques.

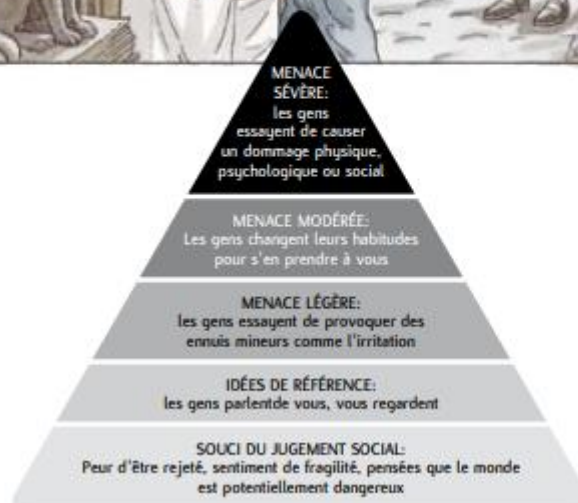
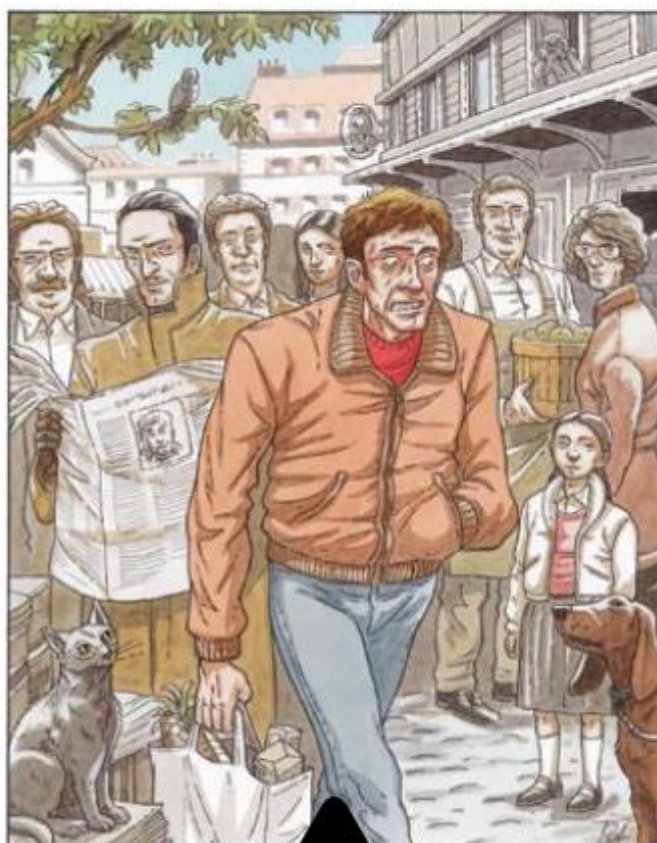


Figure 4 : Fiche d'éducation thérapeutique « Je paranoïe »

Cette fiche utilise un mécanisme de normalisation des idées de persécution : « *les idées de persécution peuvent arriver à n'importe qui occasionnellement...* ». Elle vient aussi travailler la prise de distance vis à vis de ces idées de persécutions, de repérer cette « *sensibilité excessive à l'environnement* » comme liée à la maladie et non à une réalité concrète menaçante. Cela permet de réassurer le patient et de diminuer la charge anxieuse qui est liée aux idées de persécution. La pyramide de la paranoïa, permet de prendre conscience de la variation possible de ces idées de persécutions et d'adapter les réactions des patients selon l'intensité des symptômes : de la simple acceptation des idées venant du « *souci du jugement social* », à la mise en sécurité aux urgences pour des idées de « *menace sévère* ». L'image, la pyramide et le texte explicatif sont donc un support riche pour aborder la question des symptômes persécutifs, en individuel ou en groupe, avec ou sans les proches.

3. Etude d'efficacité

Nous n'avons pas trouvé d'étude spécifique de l'application de l'ETP au délire psychotique. Cependant, de nombreuses études montrent l'intérêt de l'ETP dans le cadre des troubles psychotiques. Une revue systématique de la banque de données Cochrane montre une réduction significative des taux de rechute, du nombre d'hospitalisations et de la durée des séjours hospitaliers pour des patients atteints de schizophrénie. Aussi, l'ETP est associée à une meilleure adhésion au traitement. La rareté des études rend faible la comparaison de l'efficacité des différents formats de programmes d'ETP. (Xia et al., 2011).

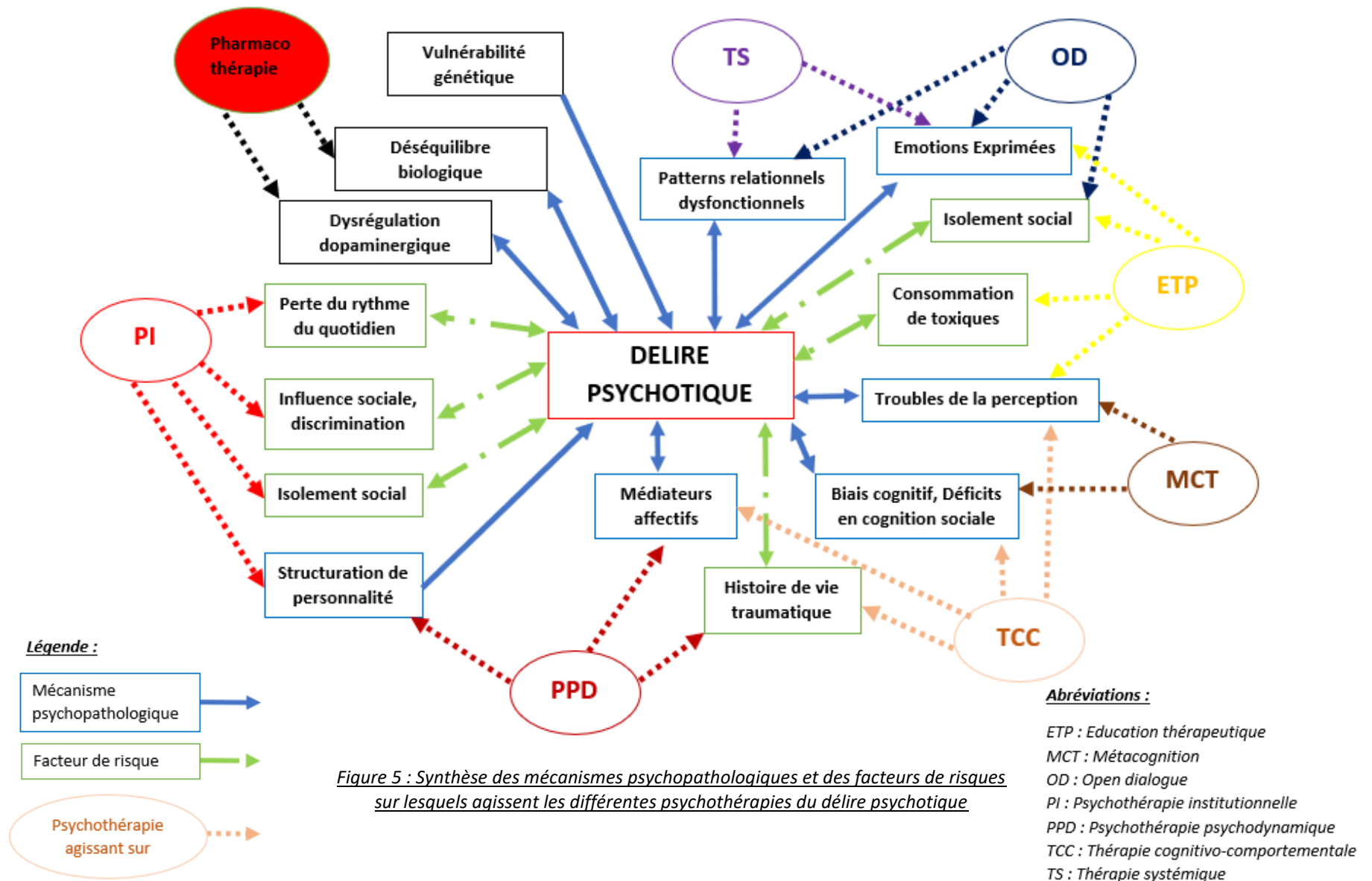
D. En résumé

Notre aperçu de la TCCp, de la MCT et de l'ETP révèle la considération du délire comme étant une croyance à l'extrême d'un continuum. Cette croyance est supposée liée à une altération secondaire à une vulnérabilité : altération des capacités de raisonnement source d'interprétation erronées, altération des affects source d'anxiété extrême. Ainsi, les catégories nosographiques ont peu d'influence sur la thérapie, ce qui importe est l'intensité, les mécanismes, la fréquence, et le retentissement des idées délirantes. Les principaux outils thérapeutiques utilisés sont la remise en question du délire, l'acceptation du doute, le travail des biais, et l'identification des facteurs de stress. Par contre, les catégories nosographiques reprennent toute leur importance pour la réalisation d'études cliniques bien conduites qui sont nombreuses pour ces thérapies. La TCCp et la MCT ont ainsi fait la preuve de leur efficacité pour diminuer les symptômes délirants, cela étant associé à un meilleur rétablissement, une meilleure réhabilitation, et une diminution des retentissements négatifs du délire. De nombreux programmes et outils intéressants

spécifiques et s'appuyant sur ces mêmes bases théoriques dans le traitement du délire psychotique connaissent un essor actuellement.

Troisième partie : Mise en perspective

Maintenant que nous avons entrevu toute la complexité du délire et que nous avons survolé plusieurs de ses approches psychothérapeutiques, nous nous proposons de réaliser une mise en perspective de toutes ces connaissances. Nous avons choisi de synthétiser de façon sommaire sous forme d'une figure et de trois pyramides, notre compréhension des différentes caractéristiques et des différentes articulations des psychothérapies prenant en charge le délire



I. De la complexité de la description du délire à la complémentarité des approches psychothérapeutiques des délires psychotiques

A. Pluralités des modélisations psychopathologiques des délires psychotiques

Nous nous proposons de reprendre brièvement les mécanismes psychopathologiques identifiés dans les différentes approches psychothérapeutiques présentées. En ce qui concerne l'approche psychodynamique, le délire psychotique est inscrit dans l'expression d'une lutte du psychisme face à des angoisses massives avec des mécanismes de défense que l'on pourrait qualifier de défectueux. Le délire apparaît ainsi suite à des fixations précoces dans la structuration de la personnalité et des événements de vie traumatique, entretenus par des médiateurs affectifs. L'approche institutionnelle ajoute à ces mécanismes ceux liés à l'influence sociale sur le délire. Dans une plus petite échelle relationnelle, le délire est compris par la thérapie systémique comme une réaction ou une prise de position dans un système présentant des patterns relationnels dysfonctionnels avec des enjeux identitaires, conflictuels et générationnels. Finalement, pour les thérapies psychoéducatives, les TCC, et la MCT, le délire est compris selon le modèle vulnérabilité-stress-facteur de protection. La TCC et la MCT y voient particulièrement l'influence de biais cognitifs, de déficits en cognitions sociale, et de troubles de la perception. Tout cela est entretenu par des médiateurs affectifs.

B. Spécificités de certains mécanismes et thématiques des délires psychotiques

Par l'étude de la diversité de toutes les entités du délire nous voyons que les différentes interventions psychothérapeutiques s'accordent particulièrement pour certaines entités du délire et plus difficilement pour d'autre. Certaines thérapies d'inspiration cognitive agissent directement sur les mécanismes interprétatifs, et ciblent donc facilement les thématiques persécutoires par exemple. Certaines TCC et la thérapie par avatar agissent plus directement sur le mécanisme hallucinatoire.

Le délire à thématique mégalomaniacale se voit théorisé par certaines approches psychodynamiques (comme projection d'un narcissisme tout puissant) ou approches systémiques (comme réaction relationnelle et identitaire face à la disconfirmation).

C. Action sur les facteurs de risques des délires psychotiques

Nous avons vu dans la première partie de notre travail les facteurs de risques identifiés pour l'apparition, le maintien, la majoration du délire psychotique. A travers notre travail, nous avons identifié plusieurs liens entre les psychothérapies présentées et ces facteurs de risques.

En ce qui concerne l'isolement social, nous avons vu que l'une des spécificités de la PI est de restaurer une vie relationnelle chez le patient atteint de délire, que cela soit avec les soignants ou encore avec ses pairs. L'ETP aussi, lorsqu'elle se réalise en groupe permet un espace de parole avec les pairs. L'OD mobilise un grand réseau de proches et de soignants autour du patient. Plus globalement, dans chaque psychothérapie s'établit une relation, celle entre le patient et le thérapeute. Du fait de la solitude parfois majeure de ces patients, cette relation peut être parfois la seule qui possède une certaine stabilité. La relation thérapeutique mobilise les capacités relationnelles du patient, l'aide à reprendre confiance en lui et en autrui, et le pousse à développer son réseau social.

En ce qui concerne la consommation de cannabis et de toxiques, nous n'avons pas évoqué la prise en charge addictologique de ces patients. Cependant, nous avons relevé que l'ETP, qu'elle soit à l'intention du patient ou de sa famille, consacre des modules entiers à cette problématique addictologique.

En ce qui concerne la migration et la discrimination comme facteur de risque du délire psychotique, la PI instaure particulièrement dans ses lieux un climat de valorisation et de déstigmatisation pour les patients.

Enfin, en ce qui concerne les psychotraumatismes, l'approche psychodynamique cherche à mettre au travail les conflits psychiques par la mise en sens des angoisses parfois causées par des traumatismes précoces. En TCC, de nombreuses techniques sont aussi développées pour la prise en charge des troubles post-traumatiques.

D. Similitudes des pratiques entre les approches psychothérapeutiques

Bien que le rôle du thérapeute diffère selon le regard porté sur le délire psychotique, dans leur mise en pratique, nous avons identifié que les différents abords psychothérapeutiques partagent plusieurs éléments communs. Ces éléments sont :

- La considération du délire comme expression ou source d'une souffrance pour le patient.
- La nécessité avant tout de créer une bonne alliance thérapeutique.
- L'absence de confrontation directe du délire au risque de mettre en échec la thérapie et au risque de déclencher des troubles du comportement chez le patient.
- Le respect et le maintien du délire sous certaines conditions, en particulier pour les éléments délirants qui soutiennent l'estime de soi, l'identité, et/ou le narcissisme du patient.
- Le raccrochement du patient à la réalité dans la mesure du possible.

E. Différences dans les approches psychothérapeutiques

La place du thérapeute diffère selon l'abord psychothérapeutique, nous notons qu'en PPD, le thérapeute vient encourager l'expressivité du sujet. En raison de l'impact du délire, cette expression est non seulement individuelle et verbale, mais aussi groupale et médiée par l'utilisation de différents outils comme l'art-thérapie. Le thérapeute aide le patient à mettre du sens sur ses vécus, à symboliser ses angoisses, à se subjectiver et lui permettre de recréer du lien avec autrui. Le thérapeute vient travailler les mécanismes de défense et analyser le transfert et contre-transfert qui s'exprime dans la relation thérapeutique.

Pour ce qui est de la PI, le thérapeute a la double place de professionnel et d'être humain dans une rencontre authentique et peut ainsi -avec l'aide du partage d'un certain quotidien institutionnel- accéder à quelque chose du jeu délirant du patient sur la scène institutionnelle. De son côté l'institution propose un espace cadré et une temporalité régulière pour amender les souffrances du soigné. L'institution permet des relations riches et variés pour le soigné, où il peut sortir de son rôle de malade et retrouver une place dans le groupe.

En TS, le thérapeute fait partie du système familial tout en s'en décalant, il rentre en résonance sur le plan émotionnel avec le système et se sert de ses résonances pour proposer un décalage. Ainsi, le

thérapeute peut proposer des hypothèses au délire du patient et le recadrer dans une dynamique relationnelle. L'idée est de faire alliance avec la famille, pouvoir également reconnaître les compétences de celle-ci afin de devenir une sorte d'allier, de « cothérapeute », inducteur de changement.

Dans l'OD, le thérapeute travaille en équipe pour assurer une contenance rapide et précoce du délire et des manifestations du premier épisode psychotique. Il réunit le cercle social large du patient et les intervenants de la santé pour donner un cadre pertinent de soin. Pour l'ETP, le thérapeute se place dans une relation horizontale avec le patient où il possède un savoir théorique sur la pathologie et le patient un savoir expérientiel. L'idée est de pouvoir travailler en collaboration et de mettre en commun ces deux types de savoirs. Aussi, le thérapeute transmet un optimisme vis-à-vis de la maladie et des traitements, utilise des techniques de normalisation pour abaisser les émotions exprimées, et donne un espace de parole aux patients et aux familles. En TCC, le thérapeute est actif, il est un entraîneur cognitif et permet au patient délirant de pouvoir s'exercer à penser différemment. Il utilise des techniques spécifiques aux symptômes délirants avec pour but d'agir sur les mécanismes cognitifs de ceux-ci. Le thérapeute utilise des techniques tels que la normalisation et le questionnement socratique pour aider le patient à identifier ses biais cognitifs et ses fragilités affectives, source de croyances délirantes. Il aide le patient à mobiliser ses ressources, afin de diminuer le délire et son impact.

Enfin pour la MCT, le thérapeute anime un programme thérapeutique à l'aide d'exercices et de problèmes pour travailler les biais cognitifs et les déficits en cognitions sociales.

En ce qui concerne les objectifs thérapeutiques sur le délire, on retrouve deux pôles qui coexistent in fine dans chaque approche :

- L'action sur le symptôme directement, à savoir la diminution maximale de la symptomatologie délirante, qui est l'objectif visé aussi par l'approche pharmacologique.
- L'adaptation au symptôme, et le développement de techniques pour l'appréhender, vivre le quotidien avec la symptomatologie délirante en limitant les répercussions notamment thymiques et anxieuses. Ceci va de pair avec l'acquisition, malgré la symptomatologie délirante d'une certaine autonomie, et d'une insertion sociale. Les techniques d'ETP et de TCC vont travailler de manière plus pragmatique sur la manière de gérer le symptôme avec un apprentissage de stratégies concrètes. La PPD, la PI et la TS vont plutôt travailler sur le positionnement du sujet, par rapport à ses choix, son inclusion sociale, et son autonomie psychique.

F. Complémentarité

Tout cette panoplie de compréhensions et de pratiques que proposent ces approches psychothérapeutiques nous semble s'enrichir mutuellement, parfois se renforcer, parfois s'opposer, mais il s'agit de considérer ces oppositions comme non significatives car prises dans des référentiels différents. Il paraît intéressant ici de citer les travaux du sociologue suédois Alain Topor qui a recherché quels facteurs sont considérés comme ayant aidés les patients atteints de schizophrénie à se rétablir. Il note que les patients rétablis comprennent leur maladie comme un phénomène complexe. A savoir par exemple comme un phénomène biologique avec une vulnérabilité génétique, pouvant avoir un lien direct et affecter leur histoire de vie, pouvant se trouver renforcé voir provoqué par des facteurs familiaux et environnementaux, avec des mécanismes cognitifs et affectifs, et tout cela pouvant affecter leur croyance et leur spiritualité... (Topor, 2001).

Selon Topor, il s'agirait pour le thérapeute de repérer les modèles peu présents naturellement chez le patient et de renforcer ceux-ci avec une intervention psychothérapeutique. Ainsi chez un patient convaincu de l'approche biologique et médicamenteuse mais peu connecté à l'aspect relationnel, il serait intéressant de lui proposer en complément une approche psychodynamique ou familiale. Pour un patient qui réfléchit beaucoup à ses relations mais se présente sceptique sur le plan de l'observance médicamenteuse, on pourrait lui proposer plutôt de la psychoéducation pour renforcer un modèle plus biologique.... Ainsi, il s'agit de garder à l'esprit l'importance de la complexité dans les représentations des thérapeutes et des patients.

« C'est en intégrant des repères biologiques (beaucoup de sujets insistent sur l'importance de leur traitement médicamenteux), psychologiques (beaucoup de personnes mettent en avant l'importance qu'a pu représenter pour eux un travail psychothérapeutique, notamment psychanalytique), systémiques et existentiels que les sujets s'offrent le plus de chances de s'en sortir, dans la mesure où chaque mise en sens permet des possibilités de soin qui lui sont propres. Ces données scientifiques, qui s'appuient sur la solidité des méthodes qualitatives contemporaines, plaident donc en faveur de la complexité, et non de l'exclusion d'un modèle pour un autre. » (Martin et Peneau, 2019).

Ainsi, que ce soit dans le domaine de la thérapie, mais aussi dans le domaine des classifications, nous sommes *« en faveur de la complexité »* dans notre abord pratique et théorique des délires psychotiques. Nous pensons que le développement actuel des psychothérapies agissant sur les délires psychotiques pourrait conduire à des modèles hybrides de catégories nosographiques conciliant plusieurs facteurs étiopathogéniques, physiopathologiques et psychopathologiques. Les avancées

biologiques s'intégreraient également dans ces catégories. Et nous pensons que la multitude des approches de soin biologiques et psychothérapeutiques peuvent se renforcer mutuellement dans la prise en charge du patient.

II. De la difficulté d'évaluer les psychothérapies

A travers notre thèse, nous avons constaté les difficultés de validation auxquelles sont confrontées les psychothérapies du délire psychotique. De manière générale, les critères d'évaluations des psychothérapies pour les pathologies psychotiques présentent une grande complexité, du fait notamment des différents objectifs thérapeutiques évoqués plus haut. De plus, nous trouvons pertinent la combinaison d'une approche EBM à une approche qualitative pour attester de la validité d'une psychothérapie. Enfin, il nous semble pertinent de laisser une place à des approches plus subjective du patient et de son délire de la part du thérapeute.

A. Intégrer des critères fonctionnels à l'abord quantitatif

Afin d'optimiser la possibilité de réaliser des études pour les psychothérapies des délires psychotiques, il nous semblerait pertinent de réfléchir à des critères d'évaluation composites prenant en compte l'abord symptomatique, le retentissement fonctionnel et les facteurs de risque de délire. Pour ce faire, cela nécessite que ces psychothérapies choisissent les critères d'évaluation les mieux adaptés à leurs objectifs thérapeutiques. Par exemple, avec le développement des approches fonctionnelles, notamment en réhabilitation psychosociale, il serait intéressant d'utiliser des échelles adaptées à la mesure de critères fonctionnels pour évaluer quantitativement les bénéfices obtenus par certains types de PI.

B. Avoir un abord qualitatif

Nous avons noté que certains types de thérapies, comme la PPD, sont plus difficilement évaluables du fait du manque de protocoles d'interventions reproductibles plus intégrables dans des études bien conduites. Ici, la recherche qualitative, avec notamment les analyses de récit nous semblent pouvoir, malgré des protocoles parfois lourds, occuper une place intéressante. Toutefois, les psychothérapies ne peuvent se résumer qu'à des techniques protocolisées et standardisées.

C. Avoir une part d' « inévaluable »

La relation médecin-malade ne saurait se défaire de la subjectivité de cette relation. Elle ne saurait non plus se passer de l'individualité du patient et de son propre vécu du délire. Même les psychothérapies les plus codifiées possèdent une part de subjectivité, et, nous avons vu que la conviction avec lequel le thérapeute croit en son modèle est un facteur d'efficacité important pour toutes les psychothérapies. Enfin, nous aimerions mettre l'accent sur l'importance de l'expression de la créativité de chaque thérapeute face à la singularité de chaque relation thérapeutique avec le patient, au sein de laquelle persistent des processus subjectifs, avec leur part « d'inévaluable ».

III. Des articulations des différentes approches psychothérapeutiques dans les délires psychotiques

A. Rappel des recommandations françaises

Avant d'émettre quelques réflexions sur notre compréhension de l'articulations des différentes approches psychothérapeutiques, il nous semble important de rappeler que les psychothérapies ont le plus souvent une place secondaire dans la prise en charge des délires psychotiques. Le traitement médicamenteux est recommandé comme traitement de première ligne devant la quasi-totalité des délires psychotiques. Les traitements médicamenteux permettent souvent la rémission des symptômes délirants, et permettent aussi souvent au sujet de pouvoir accéder et investir l'espace psychothérapeutique. La psychothérapie trouve donc généralement sa place en complément du traitement pharmacologique afin de travailler par exemple la symptomatologie résiduelle et la compliance au traitement.

Il nous semble important de rappeler aussi les recommandations officielles française en matière de prise en charge psychothérapeutique pour les délires psychotiques. Il n'existe à ce niveau que des recommandations traitant des « schizophrénies » dans le guide « ALD 23 » de la Haute Autorité de Santé, datant de 2007.

Dans le chapitre sur la prise en charge thérapeutique, la HAS mentionne : « *La conduite de la thérapeutique est adaptée pour chaque patient en fonction du contexte clinique biologique et social de celui-ci, par le médecin spécialiste. Elle varie selon la phase d'évolution de la maladie. L'alliance thérapeutique entre le patient, son entourage et l'équipe soignante est fondamentale.* » (HAS, 2007). La HAS mentionne que les objectifs pour les schizophrénies sont de « *réduire ou éliminer les symptômes* », « *aider le patient à prendre conscience de sa pathologie et à accepter son traitement* », « *préserver les capacités cognitives et les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie* », « *prévenir les rechutes* », « *assurer une prise en charge globale du patient et un soutien de l'entourage* », et « *assurer et engager des mesures psycho-éducatives pour le patient et/ou son entourage* ». (HAS, 2007).

Pour ce qui est des recommandations à propos des psychothérapies, la HAS introduit tout d'abord que : « *L'approche psychothérapeutique est fondée sur une relation de confiance et nécessite continuité,*

écoute, disponibilité et empathie. Elle vise à restaurer les capacités de fonctionnement mental du patient et à rétablir le contact avec la réalité. Elle favorise les processus de pensée et d'expression verbale des émotions, en réduisant les réactions de rupture. Elle constitue souvent une étape initiale et peut être complétée par une psychothérapie codifiée. Elle se poursuit tout au long du suivi. » (HAS, 2007).

La HAS indique qu'il est nécessaire de proposer une psychoéducation « de base » dans tous les cas : *« Les mesures psycho-éducatives sont initiées dès les premiers contacts et renforcées à chaque consultation. Elles comportent la transmission de connaissances au patient et à sa famille ou son entourage : informations sur la maladie et les symptômes, information sur l'évolution des thérapeutiques pharmacologiques et leurs effets secondaires, information sur les autres interventions, information sur la stratégie de prévention des rechutes le cas échéant et leur dépistage. Elles doivent évaluer l'assimilation de ces connaissances. La continuité des soins doit en constituer l'un des points essentiels. » (HAS, 2007).*

Ainsi, les premiers paramètres d'une « bonne » approche psychothérapeutique sont l'alliance thérapeutique marquée par la continuité, l'écoute, la disponibilité et l'empathie, puis un travail de lien avec la réalité, un travail réflexif et la verbalisation des émotions. Les psychothérapies « codifiées » viennent dans un deuxième temps. Une information générale doit être donnée au patient et à son entourage, accompagnant généralement la prescription d'une pharmacothérapie. Enfin, il est affirmé que : *« La prise en charge thérapeutique du trouble schizophrénique se réfère au modèle bio-psychosocial. » (HAS, 2007).*

Pour ce qui concerne les psychothérapies codifiées, celles mentionnées dans le guide de la HAS sont les : *« Interventions cognitives et/ou comportementales : Elles s'adressent au patient en complément des autres moyens thérapeutiques mis en œuvre. Leur mise en place peut débuter dès la phase initiale de la maladie. On distingue d'une part les interventions cognitivo-comportementales à visée de réadaptation (entraînement aux habiletés sociales, remédiation cognitive) et d'autre part les thérapies cognitives indiquées dans les symptômes psychotiques persistants, notamment hallucinatoires. Elles concernent aussi l'acceptation de la maladie par le patient et la préservation de l'intégration et de l'adaptation sociales. Les interventions au long cours sont plus efficaces sur les symptômes psychotiques que les interventions brèves. Les séances, individuelles ou en groupe, ont lieu une à deux fois par mois, pendant plusieurs mois. » (HAS, 2007).* Puis, sont aussi mentionnées les « Autres interventions psychothérapeutiques : *Psychothérapie d'inspiration psychanalytique, individuelle ou de groupe. Interventions familiales : Les entretiens familiaux doivent être proposés de façon systématique aux familles des patients, fratrie comprise, particulièrement en cas de rechute récente ou si le patient*

est à risque de rechute, ou encore en cas de symptômes psychotiques persistants. Des psychothérapies familiales codifiées peuvent également être proposées. » (HAS, 2007). Nous lisons donc qu'il n'existe pas de protocolisation ou de recommandation précise, laissant la place à de multiples possibilités quant aux choix et à l'articulations de ces différentes psychothérapies.

B. Prise en considération de la phase, de l'évolution et du diagnostic des délires psychotiques

Ainsi, nous pensons que chacune des approches psychothérapeutiques présentées dans notre thèse peut être bénéfique au patient. L'éclectisme de ces approches permet au psychiatre d'ajuster et d'individualiser la psychothérapie à chaque patient et à chaque type de délire. Ces thérapies doivent s'accorder aux entités du délire, à ses phases, à ses évolutions, et aux besoins des patients. L'accordage doit aussi se faire entre la prise en charge hospitalière et celle ambulatoire.

Nous avons vu que plusieurs types de thérapies sont spécifiques à des moments particuliers du délire. La thérapie psychodynamique de soutien telle que modélisée par l'équipe de Rosenbaum et l'OD sont centrés par exemple sur le premier épisode psychotique. Pour ce qui est de la MCT et de la PI, elles sont plus propices quand la pathologie s'installe avec la persistance d'une symptomatologie délirante résiduelle, avec la nuance que la PI de La Velotte a la particularité de s'adresser à des jeunes patients. La TS trouve généralement sa place dans un second temps, quand la famille et le patient sont prêts à débiter cette thérapie. Quant à l'ETP et la TCC, elles peuvent se faire à tout moment de la pathologie, et être débutées dès les premiers épisodes selon les recommandations de la HAS, mais nécessitent une certaine motivation de la part du patient.

Tout cela est complémentaire avec le diagnostic du trouble dans lequel le délire psychotique s'exprime. Les différences entre le délire de l'épisode psychotique bref, le délire paranoïde de la schizophrénie, ou le délire paranoïaque des troubles délirants entraînent la nécessité d'une réflexion sur l'articulation des différentes thérapies entre elles. Cette réflexion doit être faite aussi au sein d'une même thérapie, guidant le choix de certains outils thérapeutiques plutôt que d'autres. La présence d'autres symptômes peut orienter cette décision, comme la présence d'hallucinations auditives orientant vers une thérapie plus spécifique comme par exemple la thérapie par avatar. Les capacités du patient sont à prendre aussi en considération : des thérapies comme la TCC et la MCT confrontent plus à la maladie que des thérapies plus « neutres » comme la PPD. La TS est plus éprouvante pour les familles. L'OD demande

une mobilisation active des acteurs de santé et des proches. Aussi, il est crucial de prendre en compte la demande du patient, qui peut être soit d'avoir des outils pour gérer ses délires ou soit d'avoir un espace de parole pour s'exprimer, ou même d'un espace où vivre. Et finalement, nous rappelons l'idée de l'importance d'un modèle pluriel de la maladie pour le rétablissement et le choix de la psychothérapie qui peut amener le patient à ouvrir sa conception de la maladie vers de nouvelles hypothèses.

C. Prise en considération de l'offre de soin

La panoplie d'interventions présentées permet ainsi de combler l'absence de proposition de toutes ces interventions selon les lieux où vivent les patients. Par exemple, dans notre région de Franche-Comté, il n'existe pas à notre connaissance d'équipe formée à l'Open Dialogue. Le programme Profamille n'est pas dispensé actuellement même si des projets de ce type existent. Les TCC ainsi que les programmes d'ETP et de MCT sont en plein essor, et l'offre tend à augmenter ce qui est porteur d'espoir pour les patients.

D. Notre proposition de recommandations

A l'image de la pyramide de Mottaghipour et Bickerton qui hiérarchise les interventions familiales chez un patient présentant un trouble mental sévère, nous proposons trois pyramides hiérarchisant la prescription des différentes interventions psychothérapeutiques présentées dans notre thèse. Nous avons choisi de hiérarchiser selon le type et la phase du délire. Nous n'avons pas assez développé d'intervention psychothérapeutiques spécifiques aux délires atténués des troubles de personnalité pour réaliser une quatrième pyramide.

Pour chacune de ces pyramides, nous reprenons les deux premières marches de base du modèle de Mottaghipour et Bickerton, en y ajoutant l'instauration d'une alliance et d'un cadre thérapeutique dès la première rencontre avec le patient.

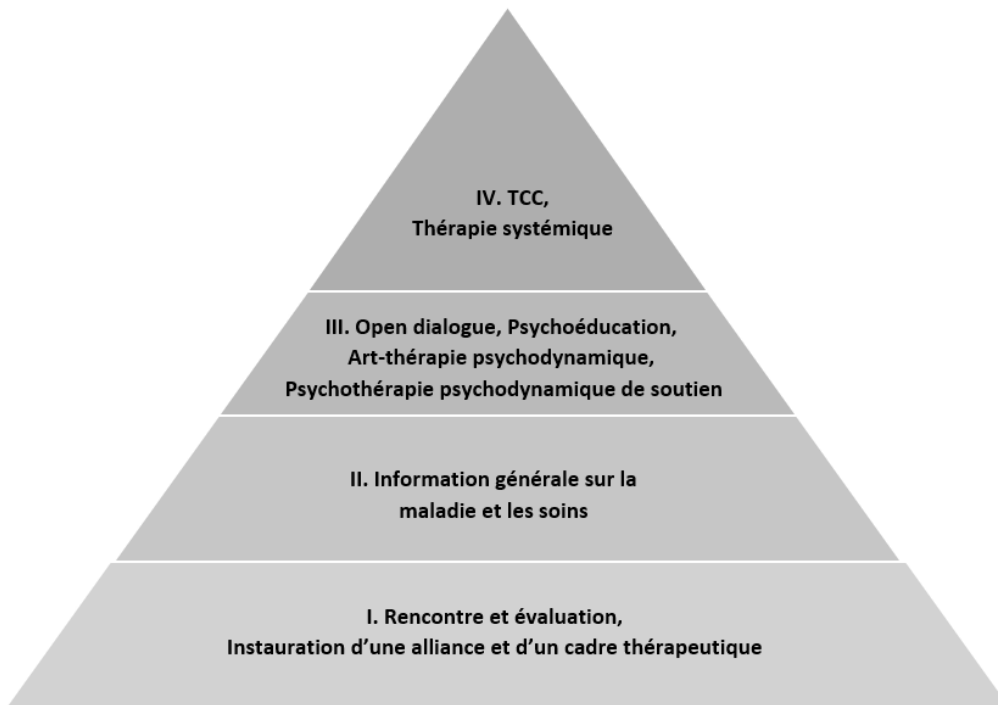


Figure 6 : Pyramide des psychothérapies dans le trouble psychotique bref et les épisodes délirants aigus

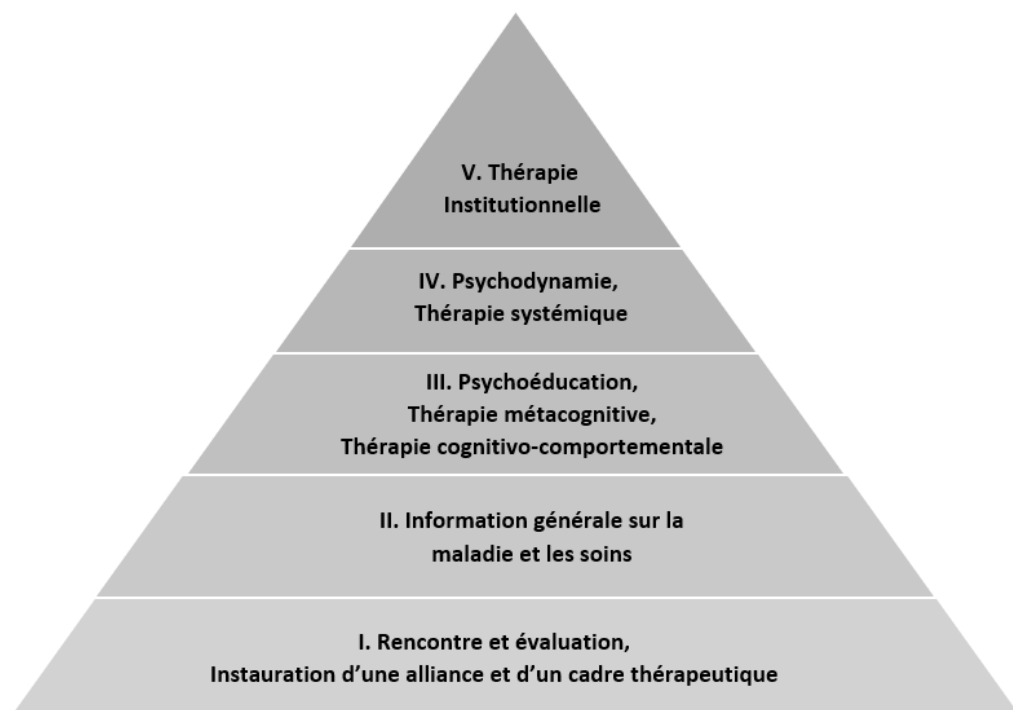


Figure 7 : Pyramide des psychothérapies dans le délire paranoïde chronique de la schizophrénie

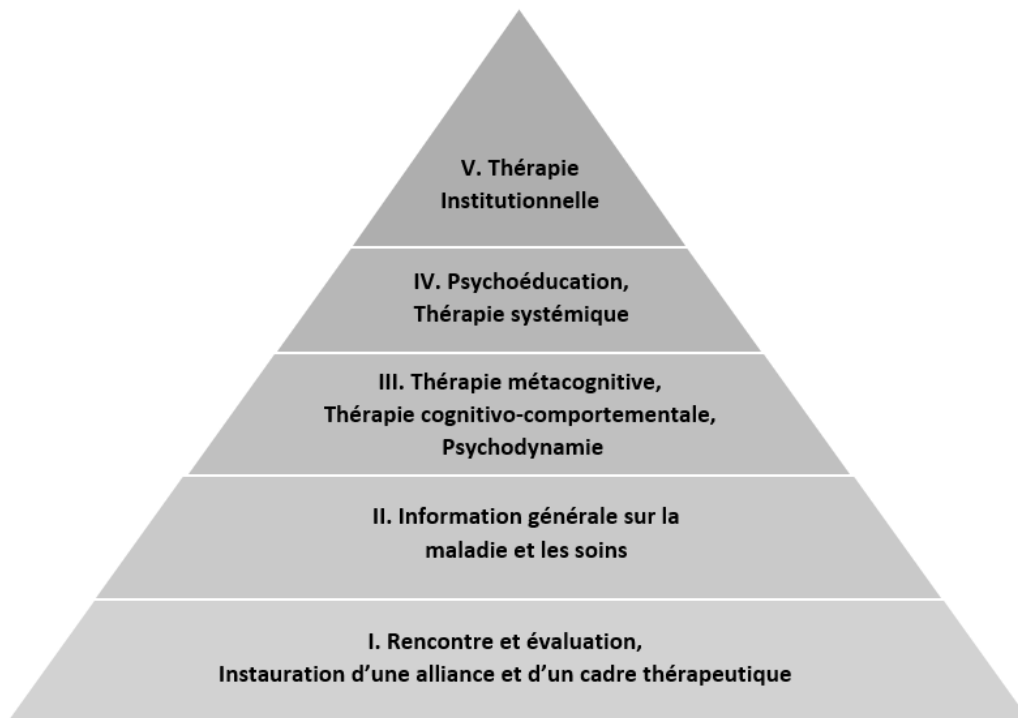


Figure 8 : Pyramide des psychothérapies dans le délire paranoïaque chronique

E. Mise en application

Pour terminer, nous proposons de revenir au cas concret du jeune médecin militaire présenté en introduction et qui nous a particulièrement marqué lors d'une garde aux urgences psychiatriques. Il présente, pour rappel, un délire de persécution apparu depuis deux années. Si le dispositif était disponible en France, ce patient aurait ainsi pu bénéficier d'une intervention sur le modèle de l'Open Dialogue dès les premières manifestations de détresse, par sa propre sollicitation ou celle de sa famille.

Dans le cadre des urgences psychiatriques, lorsque nous le rencontrons, premièrement, en tant que représentants du système de santé, il est primordial de poursuivre l'alliance thérapeutique instaurée depuis ces deux dernières années avec tous les intervenants du système de soin. Pour ce patient, cette alliance est mise à mal par l'alternance entre des soins sur Paris où il habite avec sa femme, et des soins sur Besançon où vit ses parents.

Après une évaluation psychiatrique, notre prise en charge aux urgences a consisté en une hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers pour proposer un cadre de soin protecteur vis-à-vis de ses idées suicidaires délirantes. L'hospitalisation va également

permettre une réévaluation du traitement médicamenteux au vu de la majoration des idées de persécutions et des alcoolisations.

Durant cette hospitalisation pourrait être réalisées des séances d'art-thérapie psychodynamiques et/ou des séances d'éducation thérapeutique en individuel ou en groupe. Puis, pour assurer une bonne coordination des soins, le suivi psychiatrique ambulatoire devra se poursuivre et il est judicieux durant le temps d'hospitalisation et en accord avec le psychiatre traitant, d'évaluer la pertinence d'intégrer des psychothérapies centrées sur le délire dans cette prise en charge ambulatoire. Il nous semble ici que des techniques de TCC ou la participation à un programme de MCT peuvent être particulièrement recommandés pour l'amélioration de ses idées de persécutions à mécanisme interprétatif, à la condition que le patient soit motivé et que sa pathologie soit suffisamment stabilisée. Ces techniques pourraient lui permettre de reprendre un certain contrôle sur ses pensées et ses émotions, d'améliorer sa confiance en lui, cette confiance qui a été malmené par ses délires et peut-être répondre à cette question qu'il avait posé à ces parents : « Si je suis vraiment délirant comme le prétendent les psychiatres, alors comment pourrais-je encore faire confiance à ce qui vient de moi-même... ? ». Secondairement, une psychothérapie psychodynamique peut être envisagée, en particulier si le patient sent le besoin particulier de verbaliser ses vécus et de travailler son histoire de vie.

Au niveau familial, nous nous rappelons le désespoir et le sentiment d'être dépassé qui se lisait sur le visage de ses parents. Ce désespoir peut être entendu, accueilli grâce aux programmes de psychoéducation disponibles (Profamille ou Bref) et selon si le patient participe à un groupe TCCp (programme AVEC). Pour aller plus loin, le patient et ses parents peuvent bénéficier de consultations familiales, voir débiter une thérapie familiale systémique pour identifier si des dysfonctions de patterns relationnels en jeu avec le délire sont présents, et si des changements sont possibles. Finalement, si le trouble s'installait et entraînait des difficultés d'ordre social, le patient pourrait participer à des hôpitaux de jours et des GEM sur le modèle de la psychothérapie institutionnelle, allant jusqu'à une admission en soins complets dans une institution spécialisée s'il trouvait nécessaire de changer de milieu.

Nous voyons donc que la proposition de hiérarchisation proposées par les pyramides peut donner un aperçu des moyens psychothérapeutiques disponibles et bénéfiques pour ces patients. Le thérapeute doit agencer les propositions de psychothérapies selon la phase et le type de délire du patient, l'offre de soin, les preuves quantitatives et qualitatives à sa disposition, les représentations de la maladie du patient et la volonté et la motivation du patient. Le patient reste le décisionnaire final de sa prise en charge individualisée et adaptée à son délire et à ses souffrances.

IV. Limites de notre travail de thèse

A. Une délimitation progressive du contenu de la thèse

En lien avec les rencontres de patients présentées dans l'introduction, la question première qui sous-tend le travail de cette thèse est : « Quelles psychothérapies pour les patients présentant une symptomatologie délirante ? Avec quelles preuves ? ». Pour y répondre, il nous a semblé important de bien définir ce qu'est le délire, puis de comprendre sa place actuelle dans les nosographies. Il nous a semblé intéressant de proposer des pistes d'explications sur la simplification choisie par les classifications internationales. De même, devant le décalage perçu entre la complexité et la pluralité du délire sur le plan de l'expression symptomatique et leur place dans les nosographies internationales, il nous a semblé important de rappeler toutes les caractéristiques, les facteurs de risque et le retentissement du délire psychotique. C'est ainsi, alors que ce n'était pas l'axe principal de notre question, que la compréhension du délire psychotique et sa délimitation ont pris une place importante dans notre sujet de thèse avant d'aborder les psychothérapies des délires psychotiques.

B. Des difficultés d'extraire le délire de la psychose en générale

Un des défis majeurs de ce travail a été d'individualiser les caractéristiques propres du délire psychotique par rapport à celles de la pathologie psychotique globale. Nous avons constaté qu'il existe peu d'étude bien conduite portant sur la symptomatologie délirante en particulier. Le délire psychotique est bien souvent contenu dans le groupe des « symptômes positifs » ou n'est parfois même pas nommé. -seul le trouble psychotique ou la schizophrénie étant nommés par exemple.-

C. Des liens intéressants mais difficiles à conceptualiser

Comme nous l'avons vu, chaque époque, culture, et idéologie ont perçu différemment le délire et « l'humain délirant ». De la même manière, les conceptions du délire par les différentes approches psychothérapeutiques nous semblent faire partiellement écho à ces différentes perceptions. La PI par sa considération de l'influence sociale sur le délire, nous semble faire écho à la question de la norme,

et de la considération sociétale de la déviance. L'approche cognitive par sa considération du délire comme une erreur d'interprétation, nous semble faire particulièrement écho à la question de la raison. La PPD par la considération du délire comme altération jusqu'à la rupture dans la relation avec l'autre nous semble faire écho à la perte de contact avec la réalité. Devant ces liens intéressants, il aurait été sûrement pertinent de mieux développer ces parallèles.

D. Un manque d'exhaustivité

Comme nous l'avons précisé, nous ne pouvions traiter de l'ensemble des psychothérapies s'intéressant aux délires psychotiques. Nous avons choisi les psychothérapies évoquées selon nos connaissances, notre pratique et notre sensibilité clinique. Certaines psychothérapies ou abords psychopathologiques du délire auraient certainement été intéressantes à aborder dans notre thèse. Nous pouvons citer l'approche phénoménologique en terme d'abord psychopathologique, qui propose d'importantes pistes de compréhension du vécu délirant, mais que nous n'avons pas traité devant l'absence de mise en pratique. Nous pouvons également citer les thérapies dites de "troisième vague" en TCC, que sont la thérapie ACT (Acceptation and Commitment Therapy) et la mindfulness qui connaissent un essor dans la prise en charge des troubles psychotiques.

E. Des paramètres non traités mais non négligeables

Nous nous sommes principalement centrés sur les pratiques des psychothérapies et leur validation sur le plan clinique pour le patient. Nous n'avons pas intégré les problématiques de disponibilité des différentes thérapies selon le lieu géographique du patient, les différents intérêts économiques de ces thérapies, les problématiques de formation et de variabilité inter-opérateur, et tous les autres paramètres influençant la mise en place de telle psychothérapie dans tel lieu pour tel patient. Il est bien entendu que tous ces paramètres ne sont pas négligeables dans la conception d'une articulation individualisée et adaptative au patient et à son délire.

V. Ouverture

La prise en charge des délires psychotiques s'ouvre à travers notre thèse vers la nécessité d'une finesse clinique devant toute la complexité des délires psychotiques. Nous devons nous revêtir d'humilité en tant qu'expert des soins psychiques devant les si nombreuses inconnues restantes dans l'origine, les mécanismes, le sens et tout ce qui sous-tend l'apparition, la majoration et le maintien d'un délire psychotique.

Notre thèse ouvre aussi à la constitution d'une nosographie complémentaire aux nosographies internationales de la CIM et du DSM. Elle viendrait équilibrer l'athéorisme nécessaire des nosographies internationales en prenant en compte l'éclectisme des approches théoriques sur les délires psychotiques, qu'elles soient biologiques, psychologiques, systémiques et existentielles. Cette complémentarité doit aussi se maintenir et se développer entre les prises en charge pharmacothérapeutiques et psychothérapeutiques.

Enfin, notre thèse ouvre vers une prise en charge adaptative aux particularités des délires psychotiques, et individualisée devant la pluralité des thérapies proposées et la prise en compte de la subjectivité du patient.

Conclusion

Depuis la naissance de la psychiatrie, la complexité du délire a suscité une panoplie importante d'approches psychothérapeutiques qui ne fait que s'enrichir actuellement. Loin de s'exclure, ces approches psychothérapeutiques permettent de développer une approche intégrative devant toutes les formes que peuvent prendre les délires psychotiques et devant tous leurs retentissements. Ces approches trouvent leur place en complément des traitements pharmacologiques. Le développement de nouvelles psychothérapies, le travail de leurs articulations et la validation de leur efficacité doit être poursuivie et encouragée. Il nous semble important de pouvoir offrir à chaque patient délirant qui le peut et qui le souhaite la chance d'avoir un espace porteur d'espoir pour le soulagement de la souffrance souvent en lien avec la symptomatologie délirante. Celle-ci est la source de bouleversements émotionnels, relationnels, fonctionnels et parfois vitaux chez de très nombreux patients en psychiatrie.

L'optimisme imprègne les différentes conceptions et études des psychothérapies présentées dans cette thèse. Il existe dans le paysage psychiatrique une diversité de thérapies permettant d'améliorer le devenir de ces patients. Ces psychothérapies devraient à notre sens infiltrer les pratiques hospitalières et ambulatoires, et être indiquées au patient selon l'offre de soin, la temporalité du délire, les besoins, les représentations et la motivation du patient atteint par le délire. Les différents regards portés sur le délire psychotique par les différentes approches psychothérapeutiques sont d'une richesse importante pour l'acquisition d'un modèle complexe du délire psychotique pour les psychiatres et les patients. Un travail autour de l'optimisation de l'utilisation des différentes approches chez un même patient est nécessaire pour permettre une prise en charge adaptée et individualisée.

Annexes

Annexe 1 : PANSS, POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. Lépine



NOM: _____
PRENOM: _____
SEXE: _____ AGE: ____ DATE: ____
EXAMINATEUR: _____

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Absence
Minime
Légère
Moyenne
Mod. Sévère
Sévère
Extrême

Echelle positive

P 1	Idées délirantes.	1 2 3 4 5 6 7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1 2 3 4 5 6 7
P 3	Activité hallucinatoire.	1 2 3 4 5 6 7
P 4	Excitation.	1 2 3 4 5 6 7
P 5	Idées de grandeur.	1 2 3 4 5 6 7
P 6	Méfiance/Persécution.	1 2 3 4 5 6 7
P 7	Hostilité.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

N 1	Eoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N 2	Retrait affectif.	1 2 3 4 5 6 7
N 3	Mauvais contact.	1 2 3 4 5 6 7
N 4	Repli social passif/apathique.	1 2 3 4 5 6 7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5 6 7
N 6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation	1 2 3 4 5 6 7
N 7	Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1	Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
G 2	Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
G 3	Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
G 4	Tension	1 2 3 4 5 6 7
G 5	Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
G 6	Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
G 7	Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7
G 8	Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
G 9	Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
G 10	Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
G 11	Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
G 12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie	1 2 3 4 5 6 7
G 13	Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
G 14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5 6 7
G 15	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques)	1 2 3 4 5 6 7
G 16	Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

Annexe 2 : PSYRATS, PSYCHOTIC SYMPTOMS RATINGS SCALES

PSYRATS
Psychotic Symptom Rating Scales
Echelles de cotation des symptômes psychotiques

Code :

Date :

Hallucinations auditives

1. Fréquence

0. Les voix ne sont pas présentes ou sont présentes moins qu'une fois par semaine
1. Les voix sont présentes au moins une fois par semaine
2. Les voix sont présentes au moins une fois par jour
3. Les voix sont présentes au moins une fois par heure
4. Les voix sont présentes continuellement ou presque continuellement, ex s'arrêtent pour quelques secondes ou minutes.

2. Durée

0. Pas de voix
1. Les voix durent quelques secondes, voix fugaces
2. Les voix durent quelques minutes
3. Les voix durent au moins une heure
4. Les voix durent plusieurs heures de suite.

3. Provenance

0. Pas de voix
1. Les voix semblent venir seulement de l'intérieur de la tête
2. Les voix proviennent de l'extérieur de la tête, mais proches des oreilles ou de la tête. Des voix provenant de l'intérieur de la tête peuvent également être présentes
3. Les voix proviennent de l'intérieur de la tête, de l'extérieur proche des oreilles et de l'extérieur loin des oreilles
4. Les voix proviennent seulement de l'extérieur de la tête.

4. Volume

0. Pas de voix
1. Moins fort que sa propre voix, murmures
2. Même volume que sa propre voix
3. Plus fort que sa propre voix
4. Extrêmement fort, cris.

5. Croyance sur l'origine des voix

0. Pas de voix
1. Croit que les voix sont uniquement produites par soi et liées à soi
2. Convaincu à < 50% que les voix proviennent d'une source externe

3. Convaincu à $\geq 50\%$ que les voix proviennent d'une source externe
4. Croit que les voix sont uniquement produites par une source externe (Convaincu à 100%).

6. Quantité de contenu négatif

- 0 Pas de contenu déplaisant
- 1 Contenu déplaisant occasionnel (<10%)
- 2 Une minorité des contenus des voix est déplaisant ou négatif (<50%)
- 3 Une majorité des contenus des voix est déplaisant ou négatif ($\geq 50\%$)
- 4 Tous les contenus des voix est déplaisant ou négatif.

7. Degré de contenu négatif

0. Pas déplaisant ou pas négatif
1. Voix en partie négatives, mais pas de commentaires personnels liés à soi ou aux autres membres de la famille, mots injurieux ou commentaires non dirigés sur soi, ex : « le facteur est laid ».
2. Injures personnelles, commentaires sur le comportement, ex : « ne devrait pas faire ou dire cela ».
3. Injures personnelles liées au concept de soi, ex : « Tu es paresseux, laid, fou, perversi »
4. Menaces personnelles contre soi, ex : menaces de blessures pour soi ou pour sa famille, instructions extrêmes ou ordres de se blesser ou de blesser les autres.

8. Degré de détresse

0. Les voix ne sont pas pénibles du tout
1. Les voix sont occasionnellement pénibles, à majorité non pénibles (<10%)
2. La minorité des voix sont pénibles (<50%)
3. La majorité des voix sont pénibles ($\geq 50\%$)
4. Les voix sont toujours pénibles.

9. Intensité de la détresse

0. Les voix ne sont pas pénibles du tout
1. Les voix sont légèrement pénibles
2. Les voix sont modérément pénibles
3. Les voix sont très pénibles, bien que le sujet puisse se sentir encore plus mal
4. Les voix sont extrêmement pénibles, la détresse est la pire qu'il est possible d'avoir.

10. Impact des voix sur la vie

0. Pas d'impact sur la vie, capable de maintenir des relations sociales et familiales (si présentes)
1. Les voix ont un impact minimal sur la vie, ex : interfère avec la concentration bien que la personne maintienne son activité journalière, sociale et familiale et soit capable de maintenir une vie autonome sans soutien
2. Les voix ont un impact modéré sur la vie. Elles perturbent les activités journalières, sociales et familiales. Le patient n'est pas à l'hôpital bien qu'il puisse vivre dans un logement protégé ou reçoive une aide supplémentaire pour les activités de la vie quotidienne

3. Les voix ont un impact sévère sur la vie au point que l'hospitalisation est généralement nécessaire. Le patient peut maintenir certaines activités journalières, soins personnels et contacts sociaux au sein de l'hôpital. Le patient peut également être dans un logement protégé mais présente des perturbations sévères de son fonctionnement en terme d'activités de la vie quotidienne et des contacts sociaux
4. Les voix provoquent une perturbation complète de la vie quotidienne, nécessitant une hospitalisation. Le patient ne peut maintenir aucune activité de la vie quotidienne ni contacts sociaux. Les soins personnels sont sévèrement perturbés.

11. Contrôlabilité des voix

0. La personne croit qu'il peut avoir le contrôle sur les voix et peut les déclencher ou les chasser à volonté
 1. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix la plupart du temps
 2. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix approximativement la moitié du temps
 3. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix seulement occasionnellement. La majorité du temps, la personne perçoit les voix comme incontrôlables
 4. La personne n'a pas de contrôle sur les voix quand elles sont présentes et ne peut pas les déclencher ni les chasser.

Délires

1. Somme de la préoccupation avec les idées délirantes

0. Pas de délire ou la personne y pense moins qu'une fois par semaine.
1. La personne pense au délire au moins une fois par semaine
2. La personne pense au délire au moins une fois par jour
3. La personne pense au délire au moins une fois par heure
4. La personne pense au délire continuellement ou presque continuellement.

2. Durée des moments de préoccupation avec les idées délirantes

0. Pas de délire
1. Les pensées au sujet des croyances durent quelques secondes, pensées fugaces
2. Les pensées au sujet des idées délirantes durent quelques minutes
3. Les pensées au sujet des idées délirantes durent au moins une heure
4. Les pensées au sujet des idées délirantes durent plusieurs heures de suite.

3. Conviction

0. Pas de conviction du tout
1. Très légère conviction dans la réalité des croyances, < 10%
2. Certains doutes liés à la conviction dans les croyances, entre 10 et 49%
3. La conviction dans la croyance est très forte entre 50 et 99%
4. La conviction est de 100%.

4. Degré de détresse

- 0 Les croyances ne sont pas pénibles du tout
- 1 Les croyances sont pénibles à une minorité d'occasions
- 2 Les croyances sont pénibles à <50% des occasions
- 3 Les croyances sont pénibles à la majorité des occasions quand elles surviennent entre 50-99% du temps.
- 4 Les croyances causent toujours de la détresse quand elles surviennent.

5. Intensité de la détresse

- 0 Les croyances ne sont pas pénibles du tout
- 1 Les croyances sont légèrement pénibles
- 2 Les croyances sont modérément pénibles
- 3 Les croyances sont nettement pénibles
- 4 Les croyances sont extrêmement pénibles, cela ne peut pas être pire.

6. Impact des idées délirantes sur la vie

- 0 Pas d'impact sur la vie, capable de maintenir des relations sociales et familiales (si présentes)
- 1 Les croyances ont un impact minimal sur la vie, ex : interfère avec la concentration bien que la personne maintienne son activité journalière, sociale et familiale et soit capable de maintenir une vie autonome sans soutien
- 2 Les croyances ont un impact modéré sur la vie. Elles perturbent les activités journalières, sociales et familiales. Le patient n'est pas à l'hôpital bien qu'il puisse vivre dans un logement protégé ou reçoive une aide supplémentaire pour les activités de la vie quotidienne
- 3 Les croyances ont un impact sévère sur la vie au point que l'hospitalisation soit généralement nécessaire. Le patient peut maintenir certaines activités journalières, soins personnels et contact sociaux au sein de l'hôpital. Le patient peut également être dans un logement protégé mais présente des perturbations sévères de son fonctionnement en terme d'activités de la vie quotidienne et des contacts sociaux
- 4 Les croyances provoquent une perturbation complète de la vie quotidienne, nécessitant une hospitalisation. Le patient ne peut maintenir aucune activité de la vie quotidienne ni contacts sociaux. Les soins personnels sont sévèrement perturbés.

Annexe 3 : BPRS, BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE

ECHELLE DE COTATION PSYCHIATRIQUE BREVE

Nom

Date

Testeur

INSTRUCTIONS : Ce formulaire consiste en 24 symptômes, dont chacun doit être évalué sur une échelle de sévérité de 7 points, allant de "absent" à "extrêmement sévère". Si un symptôme particulier n'est pas évalué, écrire PE pour Pas Evalué. Entourer le numéro qui correspond le mieux au terme décrivant la condition du patient pendant l'interview.

PE : Pas Evalué

3 : Léger

6 : Sévère

1 : Absent

4 : Modéré

7 : Extrêmement sévère

2 : Très léger

5 : Modérément sévère

Temps de référence pour l'évaluation : _____

Questions 1 à 12 basées sur l'auto-observation du patient pendant l'interview. Les questions 12 et 13 sont également évaluées sur le comportement ou langage observés pendant l'interview. Citer des exemples.

1. Préoccupation somatique	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
2. Anxiété	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
3. Dépression	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
4. Tendances suicidaires	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
5. Sentiment de culpabilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
6. Hostilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
7. Humeur élevée	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
8. Mégalomanie	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
9. Suspicion	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
10. Hallucinations	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
11. Pensées inhabituelles	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
12. Comportement bizarre	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
13. Négligence personnelle	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
14. Désorientation	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____

Questions 15 à 24 basées sur le comportement et le langage du patient observés pendant l'interview.

15. Désorganisation conceptuel.	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
16. Affect émoussé	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
17. Retrait émotionnel	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
18. Ralentissement moteur	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
19. Tension	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
20. Absence de coopération	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
21. Excitation	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
22. Distractibilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
23. Hyperactivité motrice	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
24. Maniérismes et attitudes	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____

Annexe 4 : SAPS, SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS

SAPS

Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Andreasen)

Traduction française : Lecrubier et Boyer

<http://www.c-e-p.eu/>

Date |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_|_|

Nom _____

Prénom _____

0	– Absent(e), aucun(e), inexistant(e)	3 – Moyen(ne)
1	– Doute, discutable	4 – Important(e)
2	– Léger(e)	5 – Sévère, grave

Hallucinations		Intensité
1	Hallucinations auditives Le malade rapporte qu'il a entendu des voix, des bruits ou d'autres sons que personne d'autre n'a entendu.	
2	Commentaires des actes et de la pensée Le malade fait mention d'une voix qui commente son comportement et ses pensées.	
3	Hallucinations de conversation Le malade rapporte qu'il a entendu deux ou plusieurs voix parler entre elles.	
4	Hallucinations somatiques ou tactiles Le malade fait mention de sensations physiques bizarres au niveau de son corps.	
5	Hallucinations olfactives Le malade sent des odeurs inhabituelles que personne d'autre n'a remarquées.	
6	Hallucinations visuelles Le malade voit des formes ou des personnes qui ne sont pas réellement présentes.	
7	Évaluation globale des hallucinations Cette évaluation doit prendre en compte la durée et la sévérité des hallucinations et leur retentissement sur la vie du patient.	
Idées délirantes		Intensité
8	Idées délirantes de persécution Le malade pense qu'il est, d'une façon ou d'une autre, persécuté ou victime d'un complot.	
9	Idées délirantes de jalousie Le malade pense que son conjoint a une relation amoureuse avec quelqu'un d'autre.	
10	Idées délirantes de culpabilité ou de péché Le malade croit qu'il a commis un terrible péché ou fait quelque chose d'impardonnable.	
11	Idées délirantes de grandeur Le malade pense qu'il est détenteur de pouvoirs spéciaux ou doué de capacités exceptionnelles.	
12	Idées délirantes religieuses Le malade est préoccupé par des croyances erronées de nature religieuse.	
13	Idées délirantes somatiques Le patient est convaincu que d'une façon ou d'une autre son corps est malade, anormal ou modifié.	
14	Idées délirantes de référence Le malade a le sentiment que des remarques ou des événements sans importance le concernent ou possèdent une signification spéciale.	
15	Idées délirantes d'influence Le malade a le sentiment que ses impressions ou ses actions sont contrôlées par une force extérieure.	
16	Idées délirantes de lecture de la pensée Le malade croit que les autres sont capables de lire ou de connaître ses pensées.	

17	Divulgateion de la pensée	Le malade croit que ses pensées sont divulguées de telle sorte que lui-même ou les autres peut ou peuvent l'entendre.	
18	Idées délirantes de pensée imposée	Le malade croit que des pensées qui ne sont pas les siennes ont été introduites dans son cerveau.	
19	Idées délirantes de vol de la pensée	Le malade pense que des pensées lui ont été dérobées.	
20	évaluation globale des idées délirantes	L'évaluation globale doit prendre en compte la durée et la persistance des idées délirantes et leur retentissement sur la vie du malade.	
Comportement bizarre			Intensité
21	Habillement et présentation	Le malade s'habilte de façon inhabituelle ou fait des choses étranges pour modifier son apparence.	
22	Conduite sociale et sexuelle	Le malade se comporte d'une façon inappropriée par rapport aux normes sociales en cours (par exemple se masturbe en public).	
23	Comportement agressif ou agit�	Le malade peut être agressif, agit� de façon souvent imprévisible.	
24	Comportement répétitif ou stéréotypé	Le malade met en place des séries d'action ou de rituels répétitifs qu'il est obligé de faire et refaire.	
25	évaluation globale de la sévérité du comportement bizarre	Cette évaluation doit prendre en compte le type de comportement et sa déviance par rapport aux normes sociales.	
Trouble de la pensée formelle non-déficiente			Intensité
26	Relâchement des associations	Modalit� de discours où les idées dévient vers d'autres sujets n'ayant avec elles que des rapports lointains (voire inexistant).	
27	Tangentialit�	Façon de répondre à une question de manière indirecte ou inappropriée.	
28	Incohérence (salade de mots, schizophasie)	Type de discours qui, à certains moments, est fondamentalement incompréhensible.	
29	Pensée illogique	Type de discours ou les articulations n'ont pas d'organisation logique.	
30	Discours circonlocutoire (digressive)	Type de discours (ou de pensées) prenant des voies très indirectes et tardant à atteindre son objectif.	
31	Logorrh�e	Le discours du patient est rapide et difficile à interrompre ; la quantité de discours produite spontanément est plus importante que de coutume.	
32	Distractibilité du discours	Le patient est distrait par des stimuli de l'environnement qui interrompent son discours.	
33	Associations par assonances	Type de discours dans lequel ce sont les sons plutôt que les relations sémantiques qui gouvernent le choix des mots.	
34	évaluation globale du trouble positif de la pensée formelle	Cette évaluation doit prendre en compte la fréquence de l'anomalie et son retentissement sur la capacité du patient à communiquer.	
Total des 34 items			

1 : SYMPTÔMES POSITIFS

1.1 TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE

Humeur Délirante et Perplexité ("Idées Non Cristallisées")

- Avez-vous déjà eu le sentiment que quelque chose d'étrange que vous ne pouvez pas expliquer se produit ?
Comment est-ce ? _____
- Êtes-vous troublé par quelque chose ? Votre environnement familial vous paraît-il étrange ? Avez-vous l'impression d'avoir changé d'une quelconque façon ? _____
- Avez-vous l'impression que les autres, ou le monde en général, avaient changé d'une quelconque façon ? _____

Idées de Référence

- Idées de référence : Avez-vous déjà eu le sentiment que les choses qui se passaient autour de vous avaient une signification spéciale, ou que les gens tentaient de vous transmettre des messages ? Pouvez-vous m'en parler ? Comment cela a-t-il commencé ? Idées Bizarres "Idées Cristallisées" _____
- Pensées, sentiments et pulsions imposées : Avez-vous eu l'impression que quelqu'un, ou quelque chose, à l'extérieur de vous contrôlait vos pensées, vos sentiments, vos actions ou vos pulsions ? Avez-vous déjà eu des sentiments ou des impulsions qui ne semblaient pas venir de vous ? _____
- Passivité somatique : Vous arrive-t-il d'avoir des sensations étranges dans votre corps ? Savez-vous ce qui les cause ? Pourraient-elles être provoquées par d'autres personnes ou par des forces en dehors de vous ? _____
- Pensées insérées : Avez-vous ressenti que des idées ou des pensées qui ne sont pas les vôtres ont été implantées dans votre tête ? Comment savez-vous que ce ne sont pas les vôtres ? D'où proviennent-elles ? _____
- Vol de la pensée : Avez-vous déjà eu l'impression que des idées ou des pensées ont été retirées de votre tête ? Comment cela se produit-il ? _____
- Émission de la pensée : Vos pensées sont-elles diffusées permettant à d'autres personnes de savoir ce que vous pensez ? _____

- Lecture de la pensée : D'autres personnes peuvent-elles lire dans vos pensées ?

TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Psychotique et sévère
Absence de trouble du contenu de la pensée.	Légère élaboration des croyances conventionnelles partagées par une partie de la population.	Vague impression que quelque chose dans le monde est différent, ou pas tout à fait normal, l'impression que les choses ont changé mais incapable d'être clairement énoncées. Le sujet n'est pas préoccupé / inquiet par cette expérience.	Un sentiment de perplexité. Une plus forte impression d'incertitude à propos des pensées qu'en 2	Idées de référence que certains événements, objets ou personnes ont une signification particulière et inhabituelle. Sentiment que l'expérience peut provenir de l'extérieur de soi. Croyance non entretenue avec conviction, le sujet est capable de douter. Ne provoque pas de modification du comportement	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable Le sujet peut douter (non entretenues avec une conviction délirante), ou auxquelles le sujet ne croit pas tout le temps. Pouvant entraîner quelques changements mineurs du comportement	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable entretenues avec une conviction délirante (absence de doute). Pouvant avoir un impact marqué sur le comportement.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)

0									100
Pas du tout perturbé					Extrêmement perturbé				

IDÉES NON BIZARRES - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Psychotique et sévère
Pas d'idées non-bizarres	Changements subtils qui pourraient être basés sur la réalité. Par exemple, très gêné	Gêne augmentée. Par ex. : pense que les autres l'observent ou parlent de lui. Ou un sentiment accru de sa propre importance. Le sujet est capable de s'interroger quant à ses expériences.	Des pensées étranges ou inhabituelles mais dont le contenu n'est pas entièrement impossible - il peut exister une certaine logique. Plus de logique qu'en 4. Contenu des pensées non surprenantes, par ex. : jalousie, légère paranoïa.	Croyances clairement particulières, qui, même si elles étaient "possibles", se sont développées sans raison logique. Moins d'arguments logiques qu'en 3. Par ex. : idées que d'autres veulent du mal au sujet, qui peuvent être facilement repoussées. Pensées d'avoir des pouvoirs spéciaux, qui peuvent être facilement repoussées.	Pensées inhabituelles à propos desquelles il existe un certain doute (non entretenues avec une conviction délirante), ou auxquelles le sujet ne croit pas tout le temps. Pouvant entraîner quelques changements mineurs du comportement	Pensées inhabituelles à contenu surprenant et fortement improbable, entretenues avec une conviction délirante (absence de doute). Pouvant avoir un impact marqué sur le comportement.

Date de début : Date de fin :

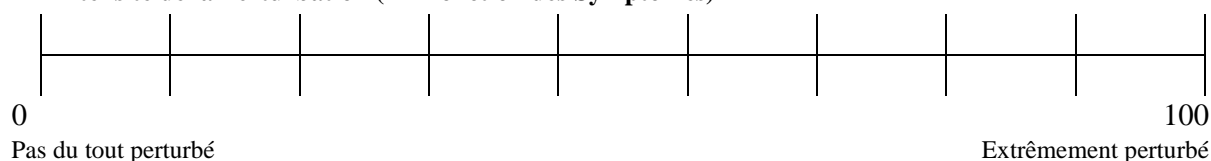
Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)



Annexe 6 : Questionnaire sur la prise en charge des patients atteint de délire psychotique, au centre psychothérapeutique de La Velotte.

Questionnaire

1. Place de la thérapie institutionnelle dans la clinique de La Velotte

Le Centre de cures psychothérapeutiques de La Velotte ayant été fondé en 1967 par le Dr Racamier, comment les concepts psychothérapeutiques sous-jacents ont-ils évolué depuis sa création ?

Actuellement, quelle est la place de la thérapie institutionnelle dans la clinique de La Velotte?

2. Epidémiologie et nosologie des délires au sein de l'institution

Les patients que vous prenez en charge souffrent-ils fréquemment de délire psychotique ? Comment caractérisez-vous leur délire (par exemple, quels sont les thèmes et mécanismes retrouvés) ?

Trouvez-vous pertinent de classifier le type de délire de vos patients ?

3. Retentissements des délires

Quels sont les retentissements émotionnels et comportementaux induits par le délire chez vos patients ?

Quelle place prend le délire dans l'institution ?

Quel impact a le délire dans les relations avec les soignants ?

Quel impact dans les relations entre les soignés ?

4. Prise en charge psychothérapeutique des délires

Quels sont vos objectifs thérapeutiques pour la prise en charge du délire de vos patients ?

Quelles outils ou techniques psychothérapeutiques utilisez-vous ?

Selon vous, quelles pratiques de thérapie institutionnelle de La Velotte ont des impacts sur le délire des patients ?

Bibliographie

Andréasson S., Engström A., Allebeck P., Rydberg U., Cannabis and schizophrenia a longitudinal study of Swedish conscripts, *The Lancet*, 1987.

Badcock JC., Shah S., Mackinnon A., Stain H., Galletly C., Jablensky A., et al., Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile, *Schizophrenia Research*, 2015.

Bailey T., Alvarez-Jimenez M., Garcia-Sanchez AM., Hulbert C., Barlow E., Bendal S., Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 2018.

Bardy S., Le modèle cognitivo-comportemental, chap.22 In : Conus P., Söderström D., Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021

Barthélémy S., Bilheran A. Le délire. Paris: Colin; 2007

Bergström T., Seikkula J., Alakare B., Mäki P., Köngäs-Saviaro P., Taskila JJ., et al., The family-orientated Open Dialogue approach in the treatment of first episode psychosis: nineteen year outcomes, *Psychiatry Research*, 168–175, 2018

Bighelli I., Salanti G., Huhn M., Schneider-Thoma J., Krause M., Reitmeir C., et al., Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia : systematic review and network meta-analysis, *World Psychiatry*, 2018

Bleuler E., Die Prognose der Dementia Praecox-Schizophreniegruppe. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und PsychischGerichtliche Medizin*. 1908. Reproduit (trad. anglaise abrégée) dans : Cutting J., Shepherd M. The clinical roots of the schizophrenia concept. Cambridge University Press, p. 59-74, 1987.

Bodei R., Des logiques du délire : élargir notre connaissance du monde. *Diogène*, 204, 46-61, 2003

Bouchard JP., Brulin-Solignac D., De Jésus A., Floris E., Quillerou B., Lodetti C., et al., Délires paranoïaques, dangers et homicides, *Anales Médico-psychologique*, Elsevier, 2018

Boyer P., Lecrubier Y., Fiche descriptive et traduction française de la SAPS. *Psychiatr Psychobiol*, II : 425-437, 1987.

Brazo P., Troubles délirants non schizophréniques, chap.20 In : Les schizophrénies, Dollfus S., Psychiatrie, Lavoisier, 2019.

Briki M., Monnin J., Haffen E., Sechter D., Favrod J., Netillard C., et al., Metacognitive training for schizophrenia: A multicentre randomised controlled trial, *Schizophr Res*, 157:99-106, 2014.

Carr A., Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the current evidence base, *Journal of Family Therapy*, 2018.

Chen Q., Sang Y., Ren L., Wu J., Chen Y., Zheng M., et al., Metacognitive training: a useful complement to community-based rehabilitation for schizophrenia patients in China, BMC Psychiatry, 2021.

CIM-10, Organisation mondiale de la santé, classification internationale des maladies. 10^è révision, OMS, Paris : Masson ; 1992.

CIM-11, Organisation mondiale de la santé, classification internationale des maladies. 11^è révision, OMS, Paris : Masson ; 2019.

CNUP, Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, 3^e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021.

Conrad K., Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns, 1958.

Connors MH., Halligan PW., Delusions and theories of belief, Elsevier, vol. 81, 2020.

Conus P., Söderström D., Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021.

Conus P., Psychoéducation, chap.24, In : Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021.

Craig T., Rus-Calafell M., Ward T., Leff J., Huckvale M., Howarth E., et al., AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial, Lancet Psychiatry, pp. 31-40, 2018.

Crocq MA., La schizophrénie – histoire du concept et évolution de la nosographie, chap.1 In : Pathologies schizophréniques, Psychiatrie, Lavoisier, 2012.

Cullen W. Institutions de médecine pratique traduites de la 4^{ème} édition de l'ouvrage anglais de M. Cullen par M. Pinel. Paris : P.J. Duplain, Versailles : André ; 1785

Da Silva J., Thérapeutes en résidence : du soin « fait maison », In : Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?, pp.67-78, 2012.

Daumézon G., Koechlin P., ANAIS PORTUGUESES DE PSIQUIATRIA, pp. 271-311 , 1952.

De Bercker E., L'approche systémique du trouble psychotique partagé, Thérapie Familiale, pp.295-313, 2012.

Delion P., Actualité de la psychothérapie institutionnelle, Perspectives Psy, pp.342-345, 2012.

Delion P., La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ?, Empan, pp 104-112, 2014.

Delion P., La constellation transférentielle, Le carnet psy, Erès, 2022.

De Sainte-Marie P., Processus et délire, Revue française de psychanalyse, pp. 1789-1792, 2004.

Demazeux S., Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? Psychiatr Sci Hum Neurosci; 6:17-25, 2008.

Demily C., Franck N., Place du trouble schizoaffectif dans la nosographie actuelle, *Anales Médico-psychologiques*, vol.167, 256-263, 2007.

Dewez N., Mise en perspective historique du concept de psychose, In : Balestrière L., *Au plus près de l'expérience psychotique*, 2009.

DSM-I, American Psychiatric Association, *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 1^è édition, Paris : Masson ; 1950.

DSM-II, American Psychiatric Association, *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 2^è édition, Paris : Masson ; 1968.

DSM-III, American Psychiatric Association, *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 3^è édition, Paris : Masson ; 1980.

DSM-IV, American Psychiatric Association, *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^è édition, Paris : Masson ; 1994.

DSM-V, American Psychiatric Association, *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^è édition, Paris : Masson ; 2013.

Durand B., *Les Groupes d'entraide mutuelle : un acquis des usagers*, *L'information psychiatrique*, pp. 803-812, 2009.

Eichner C., Berna F., Acceptance and Efficacy of Metacognitive Training (MCT) on Positive Symptoms and Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis Taking Into Account Important Moderators, *Schizophrenia Bulletin*, pp.952-962, 2016.

Esquirol E. Divers articles sur l'aliénation mentale extraits du *Dictionnaire des sciences médicales*, tome VIII, 1^{ère} édition, Paris : C.L.F.Panckoucke, 1814.

Falret JP. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris : J.P.Baillère, 1864 : *Sciences en situation*, 2 volumes, 1994.

Favrod J., Nguyen A., Frobert L., Bonsack C., Ce que les TCC nous apprennent sur le délire, In : *Délire et schizophrénie*, *Santé Mentale*, 253, 2020.

Favrod J., Rexhaj S., Ferrati 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, 2012.

Fenton WS., McGlashan TH., Victor BJ., Blyler CR., Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders, *The American Journal of Psychiatry*, 199-204, 1997.

Ferrant A., *Psychopathologie*, In : Roussillon R. *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Elsevier-Masson; 2007.

Fonagy P., The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update, *World Psychiatry*, pp. 137-150, 2015.

Franck N., *Remédiation cognitive*, 2^{ème} édition, Masson, 2017.

Franck N., Schizophrénie et autres troubles psychotiques, chap.13 In: Manuel de psychiatrie, Guelfi JD., 4ème édition, Masson, 2021.

Frankhauser A., Thérapies multifamiliales et schizophrénie : comment complexifier les représentations, thèse de médecine, université Claude Bernard – Lyon 1, 2015.

Freeman D., Morrison A., Bird JC., Chadwick E., Bold E., Taylor KM., et al., The weeks before 100 persecutory delusions: the presence of many potential contributory causal factors. *BJPsych Open*. Cambridge University Press; 2019.

Freeman D., Freeman J., Paranoïa, the 21th century fear, OUP Oxford, 2008.

Freeman D., Emsley R., Diamond R., Collett N., Bold E., Chadwick E., et al., Comparison of a theoretically driven cognitive therapy (the Feeling Safe Programme) with befriending for the treatment of persistent persecutory delusions: a parallel, single-blind, randomised controlled trial, *The Lancet*, 2021.

Freud S., Le Délire et les Rêves dans la « Gradiva » de W. Jensen, 1908, In : Œuvres complètes, *Psychanalyse*, VIII, p. 39-126, Paris, PUF, 2007.

Freud S., Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa, 1911, In : Cinq psychanalyses, Paris, Gallimard, 1935.

Freud S., Pour introduire le narcissisme, 1914, In : Œuvres complètes de Freud, PUF, 2005.

Freud S., Le problème économique du masochisme, 1924, In : Œuvres complètes de Freud, PUF, 2005.

Freud S., Abrégé de psychanalyse, 1940, In : Œuvres complètes de Freud, PUF, 2001.

Gaillard JP., Coenen R., Friehe F., Hardy G., Vers une neuro-éco-systémique, *Thérapie Familiale*, vol 32, pp.171-190, 2011.

Gaillard R., Psychiatrie et psychologie cognitive, chap.7 In : Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte, *Quadrige*, PUF, 2012.

Garrabé J., Historique des délires chroniques et de la schizophrénie. *EMC (Elsevier-Masson), Psychiatrie*, 37-281-C-10, 2013

Gayer-Anderson C., Morgan C., Social networks, support and early psychosis: a systematic review, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, pp. 131-146, 2013.

Godfryd M., Vocabulaire psychologique et psychiatrique, *Que sais-je*, PUF, 2015.

González-Rodríguez A., Seeman MV., Addressing Delusions in Women and Men with Delusional Disorder: Key Points for Clinical Management, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020.

Guàrdia A, González-Rodríguez A, Seeman MV, Álvarez A, Estrada F, Acebillo S, et al. Dopamine, Serotonin, and Structure/Function Brain Defects as Biological Bases for Treatment Response in Delusional Disorder: A Systematic Review of Cases and Cohort Studies. *Behavioral Sciences*. 2021.

Guelfi JD., Rouillon F., Mallet L., Manuel de psychiatrie, 4ème édition, Masson, 2021

Gimenezv G., Guimont M., Rouan G., Pedinielli JL., Rencontre avec une patiente schizophrène hallucinée, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2002.

Hardrick S., Favrod J., adaptation française de l'ECHELLE DE COTATION PSYCHIATRIQUE BREVE, BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS), Version élargie 2.2, Genève, 1992.

HAS, Haute Autorité de Santé, Schizophrénies, Guide – Affection de longue durée, 2007.

Hendrick S., Les émotions exprimées, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002.

Herrera F., Achille MA., Robalo B., Comment l'hôpital psychiatrique soigne-t-il ?, chap.33 In : Conus P., Söderström D., *Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien*. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021.

Hochmann J., *Histoire de la psychiatrie*, PUF, 2017.

Hor K., Taylor M., Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors, *Journal of psychopharmacology*, 2010.

Paquette Houde C., Abdel Baki A., Lecomte T., et coll., *Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques*, 1ère édition, 2018.

Hulak F., Vers un nouveau paradigme : de la paraphrénie à la psychose ordinaire, *L'information psychiatrique*, 869-875, 2009.

Ionescu S., *Psychopathologie athéorique, 15 approches de la psychopathologie*, Psycho Sup, Dunod, 2019.

Jacquart D., De la condition du fol au Moyen Âge aux possédées de Loudun, In : Cyrulnik B., Lemoine P. *Histoire de la folie avant la psychiatrie*. Odile Jacob; 2018.

Janssen I., Hanssen M., Bak M., Bijil RV., De Graaf R., Vollebergh W., et al., Discrimination and delusional ideation, *The British Journal of Psychiatry*, vol. 182, pp. 71-76, 2003.

Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*, 1913, trad *Psychopathologie générale*. Paris: Bibliothèque des introuvables ; 2007.

Jules Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, Asselin et Houzeaux, 1895.

Jung E., Wiesjahn M., Rief W., Lincoln TM., Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis, *British Journal of Clinical Psychology*, pp.34-48, 2015.

Kalhbaum K., *Die Grupperierung der Psychischen Krankheiten*. Dantzig : Viafeman, 1863.

Kancherla N., Mani Jeyanthi K., Abbas R., Sai Charaan Reddy Sathi T., et al., Cannabis Associated Mental Health Effects: A Review, *Journal of Pharmacy & BioAllied Sciences*, 2021.

Kannas S., *Thérapies familiales et schizophrénies*, *Cahiers critique de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 143-150, 2001.

Kapsambelis V., Introduction aux idées délirantes, In : Délire et schizophrénie, Santé Mentale, 253, 2020.

Kapsambelis, V., Psychothérapie d'une patiente hallucinée chronique. L'information psychiatrique, 735-741, 2018.

Kapsambelis V., Introduction aux pathologies psychotiques, Chap.23 In : Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte, Quadrige, PUF, 2012.

Kecskeméti S., Psychoses aiguës, Chap.24 In : Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte, Quadrige, PUF, 2012.

Kecskeméti S., Schizophrénies débutantes, Chap.26 In : Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte, Quadrige, PUF, 2012

Kapsambelis V., Paranoïas et autres psychoses chroniques systématisées, Chap.29 In : Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte, Quadrige, PUF, 2012.

Kasanin J., the acute schizoaffective psychoses, American Journal of Psychiatry, 1933.

Keshavan M., Kanko Y., Secondary psychoses: an update, World Psychiatry, 2013.

Klein M., Notes on Some Schizoid Mechanisms, 1946, In : Développements de la psychanalyse, Paris, puf, 1966.

Klein M., La psychanalyse des enfants, PUF, 2009.

Kozato N., Mishra M., Firdosi M., New-onset psychosis due to COVID-19, BMJ Case Reports, 2021.

Krakauer J, Arnaud C. Sur ordre de Dieu: double meurtre au pays des mormons. Paris: 10-18; 2019.

Krebs MO., Sujets à haut risque de transition, In : Les schizophrénies, Lavoisier, 2019.

Krebs MO., Magaud E., Willard D., Elkhazen C., Chauchot F., Gut A., et al., Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique: validation de la version française de la CAARMS. L'Encéphale, 40(6), 447-456, 2014.

Lacan J., L'Éthique de la psychanalyse, Livre VII, 1959-1960, Paris, Editions du Seuil, 1986

Lantéri-Laura G., Tevissen R., Historique des délires chroniques et de la schizophrénie, Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie, 37281-C10, 1996.

Le Maléfan P., Il y a cent ans : la psychose hallucinatoire chronique, L'information psychiatrique, vol 88, 253-255, 2012.

Leaune E., Dealverto MJ., Luck D., Grot S., Zeroug-Vial H., Poulet E., et al., Ethnic minority position and migrant status as risk factors for psychotic symptoms in the general population: a meta-analysis, Psychological Medicine, 2018.

Lecomte T., Leclerc C., Wykes T., La TCC de groupe pour le traitement de la psychose, Presse de l'Université du Québec, 2018.

Lee EHM., Hui CLM., Chang WC., Chan SKW., Lin J., Chen EYH., Letter to the Editor: Comparison of cognitive functions, pre-morbid conditions and clinical characteristics between brief psychotic disorder and schizophrenia, *Psychological Medicine*, pp. 2011-2013, vol.46, 2016.

Lévy B., « De la Paranoïa aux délires paranoïaques : correspondances franco-allemandes et émergence d'une catégorie nosographique à la charnière du xix^e et du xx^e siècle », *Revue germanique internationale*, 30, 2019.

Linares JL., *The Family Therapy of Psychosis : A reconfirmation Process*, chap.1 In : *Clinical interventions in systemic couple and Family Therapy*, Springer International Publishing, 2018.

Maurer D., Thibaut F., Granger B., *Thérapies cognitives et comportementales*, chap.15 In : *Les fondements des psychothérapies*, Dunod, 2014.

McFarlane WR., *Multiple family groups in the treatment of schizophrenia*, in McFarlane WR., *Family therapy in schizophrenia*, The Guilford press, 1983.

McFarlane WR, Link B., Dushay R., Marchal M., Crilly J., *Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia*, *Family process*, volume 34, n°2, 127-144, 1995.

McFarlane WR., Dyck DG, Robert A., Hendryx MS., Norell D., et al. *Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups*, *Psychiatric services*, volume 51, N°4, 513-519, 2000.

McFarlane WR. *Family interventions for schizophrenia and the psychoses: a review*. *Family Process*, 55:460–82, 2016.

Manca, R., Valera-Bermejo, J.M., Venneri, A. et al., *Accelerated atrophy in dopaminergic targets and medial temporo-parietal regions precedes the onset of delusions in patients with Alzheimer's disease*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2022.

Martin B., Peneau E., *Pour un droit à la complexité, Réaction à la tribune du Nouvel Obs du 22 octobre 2019*, *Perspectives Psy*, pp.186-189, 2019.

Michaud-Feinberg J., Mosig M., Vaudan C., *Approches familiales*, chap.19 In : Conus P., Söderström D., *Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien*. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021.

Montag C., Haase L., Seidel D., Bayerl M., Gallinat J., Herrmann U., et al., *A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity*, *PLoS One*, 2014.

Moreau de Tours. *Du haschich et de l'aliénation mentale*. Paris : Fortin-Masson, 1845.

Moritz S., Woodward T., *Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention*, *Current Opinion in Psychiatry*, 2007.

Mornet J., *Psychothérapie institutionnelle. Histoire & actualité*, *Champ social*, 2007.

Mosig M., Vaudan C., Michaud-Feinberg J., *Famille et psychose : le modèle systémique*, chap.18 In : Conus P., Söderström D., *Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien*. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021.

Mottaghipour Y., Bickerton A., The Pyramid of Family Care: A Framework for Family Involvement with Adult Mental Health Services, Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4 (3): 210–217, 2005.

Myin-Germeys I., Nicolson NA., Delespaul PA., The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia, Psychol Med, 2001.

Nash J. The Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel 1994 [Internet]. NobelPrize.org. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/1994/nash/biographical/>

NICE, Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management, London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014.

Oury J., La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde, conférence prononcée à Poitiers le 15 mars 1970, Paris, Éditions d'une, 2016.

Oury J., L'aliénation, Paris, Galilée, 1992.

Paquette Houde C., Abdel Baki A., Lecomte T. et al., Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques, 1ère édition, 2018.

Peach N., Alvarez-Jimenez., Cropper SJ., Sun P., Bendall S., Testing models of post-traumatic intrusions, trauma-related beliefs, hallucinations, and delusions in a first episode psychosis sample, British Journal of Clinical Psychology, pp.154-172, 2018.

Perry JC., Guelfi JD., Despland JN., Hanin B., Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation, Masson, 2009.

Perron R., Histoire de la psychanalyse, PUF, 2014.

Petitjean F., Que sont devenues les psychoses passionnelles ?, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 179, Issue 3, 2021.

Philippe P., Délire ! [Internet]. Contrepoints. 2014 [cité 7 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.contrepoints.org/2014/10/18/184946-delire>

Picard D., Marc E., chapitre 5 : la psychothérapie, In : L'école de Palo Alto, PUF, 2020.

Pinel PH., Traité médico philosophique sur l'aliénation mentale. Paris : JA Brosson, 2e ed., 138-139, 1809.

Platon, Phèdre, trad. fr. de Claude Moreschini et Paul Vicaire, Paris, Les Belles Lettres, pp. 114-115, 1998.

Poissonnier S., Conus P., Bardy S., Modèle du rétablissement, chap.8 In : Conus P., Söderström D., Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021.

Racamier PC., L'esprit des soins, Les Editions de la Velotte, 2020.

Rey R., Lourioux C., Vehier A., Dorion V., D'Amato T., Bohec AL., BREF est associé à une réduction du fardeau des aidants. Poster présenté dans le cadre du congrès de l'encéphale, Paris, 2020.

Rosenbaum B., Harder S., Knudsen P., Koster A., Lindhardt A., Lajer M., Supportive Psychodynamic Psychotherapy versus Treatment as Usual for First-Episode Psychosis: Two-Year Outcome, *Psychiatry*, pp. 331-334, 2012.

Richard-Devantoya S., Chocard AS., Bouyer-Richard AI., Duflot JP., Lhuillier JP., Gohier B., Garré JB., Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques: À propos de 27 expertises, *L'encéphale*, 2008.

Sassolas M., Introduction, In : *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?*, Santé mentale, Erès, 2012.

Sassolas M., Martin B., Frankhauser A., Bachy C., Rencontre avec Marcel Sassolas : la psychiatrie ou l'ouverture au semblable et au différent, *Perspectives psy*, pp. 277-288, 2017.

Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K., Keränen J., Lehtinen K., Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228, 2006.

Selvini Palazzoli M., Cirillo P., Selvini M., Sorrentino AM., *Les jeux psychotiques dans la famille*, Paris: ESF, 1990.

Sher L., Kahn RS., *Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview*, Medicina, 2019.

Slootman N., Raymond S., Gasman I., Paranoïa et homicide, Étude d'un échantillon de 13 patients homicidaires atteints de paranoïa, hospitalisés à l'UMD Henri-Colin, *l'information psychiatrique*, pp.107-114, 2022.

Smith CM., Komisar JR., Mourad A., Kincaid BR., COVID-19-associated brief psychotic disorder, *BMJ Case reports*, 2020.

Söderström, Le modèle psychanalytique, chap.14 In : Conus P., Söderström D., *Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien*. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021.

Söderström D., Conus P., *Parcourir le champ des théories*, chap.4 In : *Approche psychothérapeutique des psychoses : un lien pour cheminer au quotidien*. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène; 2021.

Tavares P., Montagne A., Brazo P., Profamille, Programme de psychoéducation pour les familles d'un proche souffrant de schizophrénie : étude de l'impact du programme sur l'humeur des participants, *European Psychiatry*, 2015.

Topor A., *Managing the Contradiction. Recovery from Severe Mental Disorders*, Thèse de sociologie, Stockholm University, 2001.

Tournier M., *Épidémiologie des troubles schizophréniques et de leur évolution*, chap.3 In : Dollfus S., *Les schizophrénies*, Psychiatrie, Lavoisier, 2019.

Tréhout M., Dollfus S., Outils d'évaluation symptomatique et fonctionnelle, chap.34 In : Les schizophrénies, Psychiatrie, Lavoisier, 2019.

Valéry P., Mauvaises pensées et autres, Gallimard, 1941.

Vandel P., Rebière V., Avant-propos. Autonomie et psychose. À l'occasion du Colloque du 50e anniversaire de La Velotte, Centre de Soins psychothérapeutique, Perspectives Psy, pp. 302-303, 2019.

Van Os J., Linscott RJ., Myin-Germeys Je., Delespaul P., Krabbendam L., A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder, Psychol Med, 2009.

Van Rossum JM., 1966. The significance of dopamine-receptor blockade for the mechanism of action of neuroleptic drugs. Arch Int Pharmacodyn Ther 160, 492-494.

Von Buelzingsloewen I., Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation, Vingtième siècle. Revue d'histoire, pp. 99-115, 2002.

Vignat JP., Psychopathologie de la bouffée délirante aiguë, Soins Psychiatrie, n°291, 2014.

Ward T., Garety AP., Fast and slow thinking in distressing delusions: A review of the literature and implications for targeted therapy, Schizophrenia Research, 2019.

Watzlawick P., Beavin JH., Jackson DD., Une logique de la communication, Éditions du Seuil, 1972.

Widakowich C., Van Wettere L., Jurysta F., Linkowski P., Hubain P., L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques, Annales Médico-Psychologiques 171, 300-305, 2013.

Widakowich C., Van Wettere L., Hubain P., Snacken J., Le délire de relation des sensitifs de Kretschmer : cas clinique, poster présenté dans le cadre du congrès de l'encéphale, PO-513, Paris, 2013.

Xia J., Merinder LB., Belgamwar MR., Psychoeducation for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011.

Table des matières

Pourquoi cette problématique ?1

Première partie : Le délire une notion complexe

I. Définition du délire	7
A. Étymologie.....	7
B. Dans le langage psychiatrique.....	8
C. Ce qu'est le délire.....	10
1. Une conviction, une sensation incontestable, une vérité révélée	10
2. Une cognition et/ou une sensation.....	11
3. Une dysmodulation du système dopaminergique	12
4. Une croyance inébranlable à la parole de l'autre	13
5. Une passion et une souffrance.....	14
6. Un problème de réalité et un lien avec l'imaginaire	15
D. Considération du délire avant la psychiatrie.....	17
1. Antiquité : première classification	17
2. Moyen Âge : polyphonie des regards.....	18
3. XVIe siècle : humanisme.....	19
4. XVIIe siècle : hégémonie de la raison	20
5. XVIIIe siècle : naissance de la psychiatrie.....	20
II. Evolution nosographique du délire à l'âge de la psychiatrie.....	21
A. Le début des nosographies psychiatriques	21
1. Philippe Pinel : le précurseur.....	21
2. Les monomanies d'Esquirol.....	22
3. Des maladies mentales plurielles	23
B. Essor des classifications.....	24
1. Différenciation psychoses et névroses.....	24
a) Naissance des termes.....	24
b) Etiologie organique ou psychique ?	24
c) L'apport de la psychanalyse	25
d) La question du sens de la réalité	25
2. Délimitations des schizophrénies et délires chroniques	26
a) De la démence précoce à la schizophrénie	26

b)	Les délires chroniques non schizophréniques.....	28
c)	Entre schizophrénie et paranoïa	34
3.	Evolution chronique ou aiguë : la bouffée délirante aiguë	36
C.	Classifications internationales.....	37
1.	Quelques considérations.....	37
a)	Naissance et essor	37
b)	Approche athéorique du DSM.....	38
c)	Approche catégorielle puis dimensionnelle	39
2.	Classifications actuelles des troubles psychotiques.....	40
a)	Selon le DSM V	40
b)	Selon la CIM 11	42
3.	Vers une simplification des nosographies des délires.....	44
a)	Des classifications destinées à la recherche.....	45
b)	Une clinique complexe du délire	45
c)	Des étiologies complexes	46
d)	Des classifications indépendantes des spécificités culturelles.....	47
e)	Un intérêt modéré de différencier les différentes entités du délire vis-à-vis de la prise en charge	47
III.	Les délires psychotiques : considérations actuelles.....	50
A.	Le délire : une entité transnosographique	50
1.	Le délire au sein des maladies organiques.....	50
2.	Le délire des pharmacopsychoses et le delirium tremens	51
3.	Le délire des troubles thymiques	52
4.	Le délire et les troubles de personnalité.....	52
5.	Le délire et l'anxiété	53
B.	Spécificités des délires psychotiques	57
1.	Epidémiologie.....	57
a)	Âge et évolution	57
b)	Genre	57
2.	Caractéristiques.....	58
a)	Thème.....	58
b)	Mécanisme	59
c)	Degré de systématisation	60
d)	Adhésion.....	60
e)	Sectorisation.....	61
3.	Retentissement	61
a)	Impact sur l'humeur et l'anxiété	61
b)	Impact sur le comportement.....	62
c)	Impact sur les fonctions cognitives	65

4.	Une vertu thérapeutique ?.....	66
5.	Facteurs de risque du délire psychotique	67
a)	Isolement social versus présence d'autrui	68
b)	Cannabis	68
c)	Migration et discrimination.....	69
d)	Traumatismes.....	69
6.	Echelles d'évaluations des délires psychotiques.....	70
a)	PANSS positive.....	70
b)	PSYRATS.....	71
c)	BPRS.....	72
d)	SAPS.....	72
e)	CAARMS.....	73
7.	Quels objectifs thérapeutiques se fixer et quelle place pour les psychothérapies au sein de la stratégie thérapeutique ?.....	73
IV.	En conclusion	76

Deuxième partie : Approches psychothérapeutiques des délires psychotiques, pluralités des concepts et difficultés d'évaluations

I.	Approche psychodynamique du délire psychotique	83
A.	Les débuts.....	83
B.	Concepts initiaux	83
C.	Les mécanismes de défense psychotiques.....	84
1.	Le délire comme retour de la réalité déniée et rejetée	84
2.	Le délire comme projection et identification projective.....	85
3.	Le délire comme clivage du moi ou de l'objet.....	87
4.	Le délire comme lutte contre la perte.....	87
D.	Spécificités cliniques.....	88
1.	Délire aigu.....	88
2.	Schizophrénie	89
3.	Psychose paranoïaque.....	89
4.	Structure de personnalité préalable	89
E.	Modalités de la thérapie psychodynamique.....	90
1.	L'alliance thérapeutique.....	90
2.	Le transfert et le contre-transfert psychotique.....	90
3.	Le travail de symbolisation du délire.....	90
4.	Le travail des défenses psychotiques	91

F.	Etudes cliniques.....	91
1.	Psychodynamie de soutien dans le premier épisode psychotique	92
2.	Art-thérapie psychodynamique dans les épisodes psychotiques aigus	93
G.	En résumé.....	95
II.	Approche institutionnelle.....	96
A.	Description théorique	96
1.	Les débuts.....	96
2.	Deux principaux concepts de la thérapie institutionnelle.....	97
a)	Le concret de l'institution.....	97
b)	La thérapie dans l'institution.....	98
3.	L'intérêt de l'approche institutionnelle dans le délire psychotique.....	98
a)	Un cadre pour délirer	98
b)	Lutte contre l'isolement induit par le délire.....	99
c)	Lutte contre la stigmatisation et prise de responsabilités pour changer de rôle	100
d)	« Sous-titrage », mise en sens du délire et constellation transférentielle.....	101
e)	Lutte contre la perte de contact avec la réalité : rythmicité et activités	103
4.	Evaluation des psychothérapies institutionnelles.....	104
B.	Rencontre avec le Dr Rebière, médecin directeur de « La Velotte »	104
1.	Présentation de La Velotte	105
2.	Autonomie et décollement familial.....	105
3.	Rythmicité	107
4.	Réunions thérapeutiques	107
5.	Les délires psychotiques à La Velotte.....	108
C.	En résumé.....	110
III.	Les approches familiales	111
A.	Approche systémique.....	112
1.	Les Débuts	112
2.	Quelques concepts systémiques pour appréhender le délire psychotique.....	115
a)	Théorie pionnière du « Double-bind » et prescription d'injonctions paradoxales	115
b)	Rôle du climat familial et jeux psychotiques intrafamiliaux.....	116
c)	Problématiques transgénérationnelles et travail de la temporalité et des espaces familiaux	118
d)	Confirmation, disconfirmation et reconfirmation.....	119
3.	Illustration : à propos d'un cas de folie à deux	121
B.	Psychoéducation à l'intention des familles.....	123
1.	Programmes francophones : Profamille, BREF, AVEC.....	125

2.	Programme de psychoéducation multifamiliale de McFarlane	126
3.	Recommandations dans le trouble délirant.....	128
C.	Open Dialogue : une intervention psychosociale précoce.....	129
D.	Etudes d'efficacité des approches familiales sur les délires psychotiques	130
1.	Généralités et état de la recherche.....	130
2.	Evaluations des thérapies multifamiliales psychoéducatives	131
3.	Evaluation de l'Open Dialogue	132
E.	En résumé.....	134
IV.	Approches d'inspiration cognitive.....	135
A.	Thérapies Cognitivo-Comportementales	135
1.	Les débuts.....	135
2.	Les concepts de TCC concernant le délire psychotique	137
a)	La nécessité d'une bonne alliance thérapeutique.....	137
b)	Interroger les certitudes cognitives avec le patient	138
c)	Thérapie via les médiateurs affectifs	142
d)	Thérapie par avatar pour les hallucinations auditives	143
3.	Les études actuelles en TCC	143
a)	Une méta-analyse de grande ampleur	143
b)	« Feeling safe programme » : une étude prometteuse	146
c)	Preuves d'efficacité de la thérapie par avatar.....	147
B.	Thérapie métacognitive.....	148
1.	Le concept	148
2.	Etudes d'efficacité en France	148
3.	Etude d'efficacité et particularités en Chine	150
C.	Education thérapeutique.....	152
1.	Le concept	152
2.	Un exemple : « Je paranoïe »	152
3.	Etude d'efficacité.....	154
D.	En résumé.....	154

Troisième partie : Mise en perspective

I.	De la complexité de la description du délire à la complémentarité des approches psychothérapeutiques des délires psychotiques.....	159
A.	Pluralités des modélisations psychopathologiques des délires psychotiques.....	159

B.	Spécificités de certains mécanismes et thématiques des délires psychotiques	159
C.	Action sur les facteurs de risques des délires psychotiques	160
D.	Similitudes des pratiques entre les approches psychothérapeutiques	161
E.	Différences dans les approches psychothérapeutiques.....	161
F.	Complémentarité	163
II.	De la difficulté d'évaluer les psychothérapies	165
A.	Intégrer des critères fonctionnels à l'abord quantitatif.....	165
B.	Avoir un abord qualitatif	165
C.	Avoir une part d' « inévaluable »	166
III.	Des articulations des différentes approches psychothérapeutiques dans les délires psychotiques.....	167
A.	Rappel des recommandations françaises.....	167
B.	Prise en considération de la phase, de l'évolution et du diagnostic des délires psychotiques 169	
C.	Prise en considération de l'offre de soin.....	170
D.	Notre proposition de recommandations	170
E.	Mise en application	172
IV.	Limites de notre travail de thèse.....	174
A.	Une délimitation progressive du contenu de la thèse	174
B.	Des difficultés d'extraire le délire de la psychose en générale	174
C.	Des liens intéressants mais difficiles à conceptualiser.....	174
D.	Un manque d'exhaustivité	175
E.	Des paramètres non traités mais non négligeables	175
V.	Ouverture.....	176
	Conclusion	177
	Annexes	179
	Bibliographie	195

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : HERBACH Olivier

Thèse soutenue le : 28 septembre 2022

Titre de la thèse : **De la complexité du délire aux principales approches psychothérapeutiques des délires psychotiques**

Résumé :

A travers l'étymologie métaphorique du délire, ses définitions et sa considération à travers les âges, nous voyons toute sa complexité : de la prophétie à la malédiction divine, de l'expressivité créatrice à la déraison, jusqu'à la perte de contact avec la réalité. Le délire devient en France, à partir du XIX^{ème} siècle, objet d'étude et de soins par la psychiatrie. D'une place primordiale dans le processus de l'aliénation mentale, les théorisations deviennent nombreuses à son propos jusqu'à ce que les classifications internationales ne simplifient sa nosographie en circonscrivant implicitement quatre catégories au délire psychotique : délire aigu, délire paranoïde, délire paranoïaque, et délire atténué. La pratique clinique actuelle garde la précision des thèmes, des mécanismes, de la systématisation, de l'adhésion, et de la sectorisation des délires. Cette pratique recherche les impacts multiples, la fonction potentielle du délire pour le patient, et ses facteurs de risques pour déterminer la prise en charge et ses objectifs thérapeutiques. La réflexion, la pratique et la recherche à propos des prises en charges psychothérapeutiques des délires psychotiques est foisonnante, avec une tendance actuelle au développement de nouvelles thérapies plus codifiées agissant de manière plus spécifiques sur les mécanismes du délire. L'approche psychodynamique étudie le vécu des personnes et considère le délire psychotique comme la conséquence de mécanismes de défense psychique face à des angoisses extrêmes. L'approche institutionnelle, voit le délire comme l'expression d'une aliénation sociale et propose en conséquence des lieux de soins plus inclusifs. L'approche systémique voit dans le délire l'expression de patterns relationnels dysfonctionnels et propose aux familles d'expérimenter certains changements. Enfin, l'approche cognitive voit dans le délire une dysfonction de la raison et des affects, qu'elle se propose d'aborder notamment par le travail des capacités réflexives et des biais cognitifs. Ces différentes approches psychothérapeutiques se complètent et permettent d'offrir au patient une prise en charge personnalisée et adaptée au diagnostic, à l'évolution, et aux besoins du patient confronté au délire. Leur validation scientifique est complexe et exige un équilibre entre une approche d'evidence-based medicine, une approche qualitative, et une approche plus subjective du patient et de sa symptomatologie délirante. L'engouement actuel pour le développement, la recherche et l'avènement de nouvelles thérapies spécifiques sont porteurs d'espoir pour les patients atteints de délires psychotiques.

Mots clés : Délire ; Psychose ; Nosographies ; Psychothérapies ; Complexité ; Complémentarité.