

## **Dossier de Zététique:**

**Quelle est l'origine de la validité scientifique du syndrome de « delirium agité » qui toucherait les jeunes adultes noirs?**

Réalisé par:

MACAL Talina:

[talina.macal@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:talina.macal@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

N° étudiant: 12504224

MAGGIO Tommaso:

[tommaso.maggio@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:tommaso.maggio@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

N° étudiant: 12505604

## **Sommaire:**

Introduction.....	2
Formulation du problème scientifique.....	3
Hypothèses.....	4
Analyse critique des hypothèses.....	7
Enquête personnelle.....	10
Résultats.....	10
Conclusion.....	11
Auto évaluation.....	11
Bibliographie.....	12
Annexe.....	14

## **Introduction:**

Au cours de la dernière partie du XIXe siècle un nouveau syndrome psychiatrique fait son apparition aux États-Unis. Il ne semblerait toucher essentiellement les personnes d'origine latines ou afro-américaine entraînant des épisodes d'agitation intense, ponctués de comportements violents qui mèneraient à un décès brutal et inattendu des victimes. Tout au long de ce dossier nous chercherons donc à développer l'origine de la validité scientifique du syndrome de délirium agité qui toucherait les jeunes adultes noirs. Pour cela, nous commencerons par formuler notre problème scientifique en définissant le terme "symptôme" et en développant les critères de validité d'une entité clinique. Nous poursuivrons à l'expression de trois hypothèses concernant le délirium agité, son utilisation par la médecine légale, le point de vue des institutions médicales face à ce syndrome ainsi que la dimension culturelle qui l'accompagnerait. La partie suivante consistera à réaliser l'analyse critique de ces hypothèses grâce aux différentes preuves et aux potentiels biais trouvés. Nous enchaînerons avec la méthode que nous avons mise en place afin de réaliser notre enquête personnelle et nous présenterons les résultats que nous avons trouvés. Pour finir, nous conclurons donc sur notre avis en tant que chercheurs.

# I. Formulation du problème scientifique

## A. Définition médicale d'un syndrome : symptôme, syndrome et maladie

Avant d'analyser la validité scientifique du « syndrome de delirium agité », il est nécessaire de clarifier les concepts fondamentaux utilisés en médecine et en psychiatrie, à savoir ceux de symptôme, de syndrome et de maladie. Ces distinctions constituent une base indispensable pour évaluer la légitimité d'une entité clinique.

Selon le dictionnaire de l'American Psychological Association (APA), un symptôme est défini comme « toute déviation du fonctionnement normal considérée comme indicative d'une pathologie physique ou mentale ». Un symptôme correspond donc à une manifestation observable ou rapportée (par exemple agitation, tachycardie, confusion), mais il ne constitue pas en lui-même une maladie. Il signale simplement la possibilité d'un trouble sous-jacent.

Un syndrome, quant à lui, est défini comme « un ensemble de symptômes et de signes généralement dus à une cause unique (ou à un ensemble de causes liées) et qui, ensemble, indiquent une maladie ou un trouble particulier ». Autrement dit, un syndrome suppose une cohérence clinique : les symptômes ne sont pas isolés, mais regroupés de manière régulière et reproductible, suggérant un mécanisme commun. L'existence d'un syndrome implique donc un certain degré de stabilité descriptive et explicative.

Enfin, une maladie correspond à « un processus pathologique défini, d'origine organique, marqué par un ensemble caractéristique de symptômes et altérant le fonctionnement de tout ou partie de l'organisme ». La maladie suppose l'identification d'un mécanisme pathologique identifiable, souvent biologique, et une reconnaissance scientifique établie. Elle se distingue du syndrome par le fait qu'elle renvoie à une étiologie clairement déterminée et validée.

Ces distinctions sont centrales dans l'analyse du « delirium agité ». En effet, qualifier un ensemble de comportements de « syndrome » implique qu'il existe une constance symptomatique, une cause identifiable ou au moins cohérente, ainsi qu'un certain consensus scientifique. L'absence de ces éléments pourrait remettre en question la validité du terme sur le plan médical.

Ainsi, avant même d'aborder les controverses entourant le « delirium agité », il convient d'examiner si les critères définissant un syndrome — cohérence clinique, cause identifiable, reconnaissance scientifique — sont effectivement remplis. Cette clarification conceptuelle permettra d'évaluer de manière rigoureuse la légitimité de cette entité dans le champ psychiatrique et médico-légal. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> American Psychological Association. (2015). APA dictionary of psychology (2nd ed.). American Psychological Association.

## B. Critères de validation d'une entité clinique

À partir des analyses consacrées à la validité nosologique des classifications psychiatriques et aux exigences de fiabilité diagnostique dans l'évaluation des troubles mentaux <sup>2</sup>, il apparaît que l'examen de la solidité d'une entité clinique doit prendre en compte plusieurs dimensions complémentaires : la cohérence descriptive des symptômes, la reproductibilité du diagnostic et la capacité de cette entité à se distinguer d'autres tableaux cliniques déjà identifiés <sup>3</sup>.

L'entretien mené avec une professionnelle universitaire en psychologie clinique vient nuancer et enrichir cette analyse. Celle-ci rappelle que l'absence d'un syndrome dans les classifications internationales telles que le DSM ou la CIM ne suffit pas, en soi, à invalider son existence. L'histoire des classifications psychiatriques montre en effet que certaines entités ont été intégrées tardivement, discutées, modifiées, voire retirées au fil des évolutions scientifiques.

Toutefois, l'intégration d'un syndrome dans une classification suppose le respect de contraintes méthodologiques précises : définition opérationnelle claire, fidélité inter-juges et test-retest satisfaisantes, validité étiologique et prédictive, ainsi qu'une homogénéité suffisante de la catégorie diagnostique. En l'absence de ces critères, le risque est de voir émerger non pas une entité clinique solidement établie, mais une simple « étiquette » descriptive dont la fiabilité et la validité demeurent incertaines <sup>4</sup>.

Ainsi, l'évaluation d'un concept comme le « delirium agité » ne peut se limiter à constater sa présence ou son absence dans les classifications officielles ; elle doit s'appuyer sur l'analyse conjointe de sa validité nosologique (1), de sa fiabilité diagnostique (2) de sa distinction clinique vis-à-vis d'autres conditions médicales ou psychiatriques (3), ainsi que du respect des critères méthodologiques attendus pour toute entité clinique <sup>5</sup>.

## **II. Hypothèses en présence concernant l'«excited delirium»**

A. Hypothèse 1 : Le syndrome de "delirium agité" a été utilisé par la médecine légale et les autorités afin d'expliquer plusieurs décès.

---

<sup>2</sup> Smolik, P. (2022). Validity of nosological classification.

<sup>3</sup> Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Clarke, D. E., Narrow, W. E., & Regier, D. A. (2012). DSM-5: How Reliable Is Reliable Enough? *American Journal of Psychiatry*, 169(1).

<sup>4</sup> Samuel, E., Williams, R. B., & Ferrell, R. B. (2009). Excited delirium: Consideration of selected medical and psychiatric issues.

<sup>5</sup> Baeyens, C. (2026). Communication personnelle, Université Grenoble Alpes.

Selon la "Virginia Law Review, 2021"<sup>6</sup>, le syndrome de delirium agité a systématiquement été utilisé afin de justifier les violences policières, envers les individus victimes d'un état de forte agitation, faisant parfois preuve de comportements violents contre les forces de l'ordre durant leurs arrestations.

Ainsi, ces manifestations comportementales étaient utilisées par la médecine légale et les autorités afin d'expliquer le taux élevé de décès relevés au cours des gardes à vue. Tandis que la perte de ces individus aurait plutôt été provoquée par les violences policières émises en réponse à ces comportements agités.

Les annales françaises de médecine d'urgence<sup>7</sup> nous apprennent que l'apparition et la consommation de la cocaïne aux États-Unis n'a fait qu'augmenter l'utilisation et la médiation de ce syndrome, notamment à cause du constat plus fréquent d'épisodes de la sorte chez les individus.

Un extrait du journal "Modern Pathology, 1998"<sup>8</sup> concernant les facteurs associés au syndrome de delirium et aux décès durant les gardes à vues, ainsi que les annales françaises de médecine montrent que les épisodes d'agitation seraient tellement intenses qu'une contention physique ou chimique serait nécessaire contre l'individu, sauf que cette dernière jouerait un rôle qui contribuerait justement au décès de l'individu.

Selon le journal "Modern Pathology »<sup>8</sup>, à partir de certains documents médicaux et légaux de la police, entre 1988 et 1997, 61 cas d'individus atteints du syndrome de delirium agité seraient décédés en garde à vue.

Par conséquent, suite à l'étude des trois articles cités précédemment, nous voyons que la cause médicale du syndrome de delirium agité ne serait pas une cause réelle mais une justification, d'acte de violence extrême, et particulièrement contre des individus de couleur de peau noire ou d'origine latine. Un indice du racisme et de la discrimination très présents aux États-unis. De plus, le nombre de cas recensés n'a pas été sujet d'études statistiques, ce qui nous mène à nous questionner sur la position des institutions médicales concernant le syndrome du delirium agité.

B. Hypothèse 2 : Ce syndrome n'a jamais été validé officiellement par les institutions médicales.

---

<sup>6</sup> Osagie K. Obasogie. (December 2021) Excited delirium and police use of force, Virginia Law Review. Vol. 107, No. 8 , pp. 1545-1620

<sup>7</sup> P. Gonin, et al. (2014), Agitation extrême: concept d'excited delirium, vol 4, N°1, pages 33-38. Librairie JIE.

<sup>8</sup> Saadi A, et al., (01 Nov 1998), Factors associated with excited delirium deaths in police custody. Modern Pathology : an Official Journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc, 11(11):1127-1137

En effet, le syndrome du delirium agité ne figure pas dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association Psychiatrique Américaine. Qui regroupe tous les troubles psychiatriques recensés jusqu'à ce jour dans le « DSM-5". Il ne figure pas non plus dans la Classification internationale des Maladies faite par l'Organisation mondiale de la santé, aujourd'hui nous utilisons la CIM-10 (Virginia Law Review, 2018, vol 17, n°8). (6)

Cela montre que le syndrome de délirium agité n'a jamais été reconnu officiellement comme trouble mental ni même comme simple maladie, bien que les manifestations physiologiques menant au décès des individus soient bien réelles, comme les défaillances cardiaques par exemple, selon les archives françaises de médecine. Les symptômes constatés ne sont donc pas regroupés et définis comme étant provoqués essentiellement par syndrome de délirium agité. Ils pourraient donc être liés à la consommation de drogue, aux sédations imposées aux individus ou encore à l'état de stress intense provoqué par l'arrestation ainsi que les violences subies par l'individu.

L'Association Américaine de Psychiatrie a elle-même réagi face au terme "syndrome de delirium agité" dans un document approuvé en 2020: "APA Official Actions: Position Statement on concerns about use of the term "excited Delirium" and appropriate medical management out-of-hospital contexts »<sup>9</sup>. Ce document met en exergue le fait que les policiers peuvent effectivement parfois faire face à des individus avec des comportements violents, agités ou désorganisés; que cela peut être dû à des maladies mentales, des problèmes neurocognitifs ou encore la prise de substances. Mais le cas du syndrome de délirium agité est "disproportionnellement appliqué aux hommes noirs en garde à vue."

C. Hypothèse 3: Cependant une parenthèse historique et culturelle peut nous aider à comprendre l'apparition de ce syndrome.

La dimension culturelle semble importante à prendre en compte lorsque nous nous renseignons sur un syndrome qui ne toucherait que les hommes de certaines origines ethniques. C'est pourquoi nous introduirons ici le concept de "culture-Bound syndromes" ainsi que quelques biais raciaux et stéréotypes en psychiatrie.

En effet, une annexe du DSM-IV porte sur ces culture-Bound Syndromes. Ces derniers qui seraient des symptômes psychopathologiques présents dans certains

---

<sup>9</sup> Council on Psychiatry and Law, (November 2020). Position Statement on Concerns About Use of the Term "Excited Delirium" and Appropriate Medical Management in Out-of-Hospital Contexts, American Psychiatric Association.

groupes culturels et non dans d'autres. Il en existerait 25 formes différentes dans le DSM-IV. ( Freddy A. Paniagua, 2000. )<sup>10</sup>

Selon S. Perez et Al., 2000<sup>11</sup> ce sont grâce aux travaux anthropologiques que les questions de différentes maladies mentales selon les cultures ont été soulevées. Ainsi, les études et les analyses de ces processus mentaux ont suivi les grands courants de pensées ayant marqué la psychologie, jusqu'à faire leur première apparition sous le nom de "culture-Bound syndromes" dans la quatrième version du DSM en 1994.

Les soins psychiatriques aux États-Unis ont été marqués par beaucoup de biais raciaux et de stéréotypes liés au racisme. Nous pouvons prendre comme exemple les unités spécialisées en fonction des origines ethniques des patients du San Francisco General Hospital, développés dans l'article d'Elodie Edwards-Grossi<sup>12</sup>, Clinique politique et politiques de la clinique. Nous apprenons l'existence de la « Black focus unit », l'« Asian focus unit » ainsi que la « Latino focus unit » dans lesquelles les patients étaient placés selon « des critères ethno-raciaux » et non par rapport aux troubles et aux maladies mentales desquelles ils pouvaient être victimes. ( Elodie Edwards-Grossi, 2018).

De plus, selon Élodie Edwards-Grossi l'ouvrage « The protest psychosis » de Jonathan Metz<sup>13</sup>, psychiatre étatsunien, met en avant l'enfermement injustifié de certains individus à cause de leur appartenance ethnique. Il y explique un certain héritage de l'esclavage qui expliquerait « le lien artificiel créé entre pathologie mentale et couleur de peau ». Il parle aussi du surdiagnostic de la schizophrénie chez les hommes noirs qui était utilisé pour expliquer les comportements violents et la dangerosité qui étaient associés à ces derniers.

### **III. Analyse critique des hypothèses**

#### **A. Analyse critique de l'hypothèse 1**

Le “delirium agité” aurait été utilisé par la médecine légale pour expliquer des décès. La revue systématique de Gonin et al. (2018) met d'abord en évidence que la qualité globale des études portant sur le syndrome d'Excited Delirium (ExDS) est faible. Les auteurs soulignent qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée de ce

---

<sup>10</sup> Freddy A. Paniagua, (2000), Handbook of Multicultural Mental Health Assessment and Treatment of Diverse Populations, chap 8, Pages 139-169.

<sup>11</sup> S. Perez et al., (2000), Culture-Bound Syndromes: Pertinence d'une catégorie diagnostique?, Médecine tropicale.

<sup>12</sup> E. Edwards-Grossi, (2018), Clinique politique et politiques de la clinique: Le cas des unités de soins psychiatriques « ethno-raciales » de l'université de Californie à San Francisco. Genèses, n° 111, Pages 92 à 113, Belin.

<sup>13</sup> E. Edwards-Grossi, (2020), Jonathan Metz. Étouffer la révolte. La psychiatrie contre les Civil Rights, une histoire du contrôle social. Pages 189 à 193. Paris, Éditions Autrement.

syndrome, celui-ci reposant principalement sur des critères cliniques subjectifs <sup>14</sup>. Cette absence de définition claire fragilise fortement son utilisation dans des contextes aussi sensibles que les enquêtes médico-légales.

Dans le même sens, McGuinness et Lipsedge (2022) rappellent que, dès les années 1980, ce terme a commencé à être utilisé pour expliquer certains décès survenus en garde à vue, notamment chez de jeunes hommes intoxiqués à la cocaïne et placés sous contention policière. Ils notent toutefois que d'autres facteurs potentiellement déterminants, comme les techniques de contention ou de strangulation, ont souvent été relégués au second plan au profit du diagnostic d'« excited delirium ». Ils précisent également que cette entité ne repose sur aucune base neuropathologique constante et qu'elle dépend uniquement de l'observation de comportements <sup>15</sup>.

De son côté, l'American College of Medical Toxicology (ACMT) indique que ce terme a parfois été utilisé comme cause de décès lorsqu'aucune cause médicale ou traumatique précise n'était identifiée lors de l'autopsie<sup>2</sup>. L'organisation rappelle cependant que l'« excited delirium » décrit des signes et symptômes, mais ne constitue pas une cause étiologique en soi. Elle estime donc que son usage comme cause de décès manque de rigueur scientifique et recommande de rechercher, lorsque c'est possible, une cause sous-jacente réelle<sup>16</sup> (16).

Ainsi, même si des décès ont bien été associés à des états d'agitation sévère, les données disponibles montrent que l'attribution causale au « delirium agité » repose sur une entité mal définie, sans base physiopathologique solide et pouvant masquer d'autres explications possibles (14, 15, 16).

## B. Analyse critique de l'hypothèse 2

Le syndrome n'a jamais été validé officiellement par les institutions médicales. L'ACMT affirme clairement que la littérature scientifique ne soutient pas l'existence d'un syndrome unique d'« excited delirium ». Elle précise également que ce diagnostic n'apparaît ni dans la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS, ni dans le DSM-5 de l'American Psychiatric Association.

L'organisation ajoute que plusieurs institutions médicales majeures (dont l'American Medical Association et l'American Psychiatric Association) ont appelé à abandonner l'utilisation de ce terme, aussi bien comme diagnostic que comme cause de décès (15).

---

<sup>14</sup> Gonin, P., Beysard, N., Yersin, B., & Carron, P.-N. (2018). Excited Delirium: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 25(5), 552–565.

<sup>15</sup> McGuinness, T., & Lipsedge, M. (2022). 'Excited Delirium', acute behavioural disturbance, death and diagnosis. *Psychological Medicine*, 52(9), 1601–1611.

<sup>16</sup> Stolbach, A. I., et al. (2023). ACMT Position Statement: End the Use of the Term "Excited Delirium". *Journal of Medical Toxicology*, 19(3), 310–312.

La revue de Gonin et al. (2018) apporte toutefois une nuance. Les auteurs estiment que, malgré la faiblesse méthodologique des études, l'ExDS pourrait correspondre à une entité clinique réelle, associée à certains facteurs de risque comme le sexe masculin, un jeune âge ou l'usage de psychostimulants. Ils reconnaissent cependant que la forte mortalité rapportée pourrait être liée à des définitions variables et à des biais de déclaration (14).

De son côté, Céline Baeyens (2026) rappelle qu'un syndrome n'a pas nécessairement besoin d'être inscrit dans le DSM ou la CIM pour exister. Elle souligne néanmoins que, lorsqu'un diagnostic est utilisé pour expliquer des décès, ses critères doivent répondre à des exigences scientifiques strictes. Elle insiste aussi sur la distinction entre les syndromes qui causent un décès et ceux qui servent à en expliquer les circonstances <sup>17</sup>(4).

Ainsi, si l'absence de reconnaissance officielle ne suffit pas, à elle seule, à invalider une entité clinique, le manque de définition claire, de fiabilité diagnostique et de consensus étiologique constitue un argument méthodologique important contre la reconnaissance du "delirium agité" comme syndrome établi (14, 15,16).

### C. Analyse critique de l'hypothèse 3

Le syndrome serait culturellement situé et influencé par des biais raciaux.

McGuinness et Lipsedge (2022) expliquent que le terme, initialement utilisé dans un cadre hospitalier, a progressivement été transféré vers les contextes policiers et médico-légaux aux États-Unis. Ils notent que son usage s'est élargi à presque toutes les situations de forte agitation suivies d'un décès en garde à vue (16).

L'ACMT souligne également que ce terme a été utilisé de manière disproportionnée dans des cas impliquant des personnes noires, et qu'il est associé à des problématiques de biais raciaux en médecine et dans les forces de l'ordre (15). Cette dimension renforce l'idée d'un usage socialement et culturellement situé du diagnostic.

Céline Baeyens (2026) considère également, avec prudence, que le "delirium agité" peut être interprété comme un phénomène culturellement situé. Elle souligne que son apparition, son maintien et son usage semblent liés à un contexte spécifique, notamment américain, et que sa validité fait l'objet de débats importants. Elle rappelle par ailleurs que même les catégories psychiatriques reconnues peuvent être influencées par des normes sociales et culturelles (17).

Enfin, Gonin et al. (2018) indiquent que l'appartenance à la population afro-américaine apparaît comme un facteur de risque dans certaines études épidémiologiques. Toutefois, ils ne concluent pas à une causalité biologique, et soulignent que les différences de définition utilisées peuvent influencer ces résultats (14).

---

<sup>17</sup> Baeyens, C. (2026). Communication personnelle, Université Grenoble Alpes.

Ainsi, les données historiques, institutionnelles et épidémiologiques convergent vers l'idée que l'usage du terme ne peut être compris indépendamment de son contexte socioculturel (15,16, 17)

#### **IV. Enquête personnelle**

Dans le cadre de ce travail, nous avons réalisé une recherche documentaire afin d'examiner la validité scientifique du concept de « delirium agité ». Cette recherche a été effectuée à partir des bases de données Google Scholar et PubMed, afin de croiser une littérature scientifique large avec des publications biomédicales issues de revues à comité de lecture.

Nous avons utilisé différents mots-clés en français et en anglais tels que « excited delirium syndrome », « delirium agité », « nosological validity », « diagnostic reliability DSM » ou encore « criteria for validation of a clinical entity ». Une méthode de recherche par rebond a également été employée en consultant les références des articles sélectionnés.

Les sources retenues incluent des articles scientifiques, des revues systématiques et des positions institutionnelles portant sur la définition, la fiabilité diagnostique et les controverses autour du syndrome. Cette recherche a toutefois mis en évidence une difficulté importante. Nous n'avons pas trouvé de document établissant des critères officiels permettant de valider un trouble ou un syndrome sur le plan scientifique.

Afin d'agrémenter notre dossier de l'avis d'un expert, nous avons choisi de faire appel à Madame Céline Baeyens qui est professeure de psychologie à l'Université Grenoble Alpes, car ses compétences en psychologie clinique et en psychopathologie nous semblaient idéales et très intéressantes, compte tenu du sujet que nous avons choisi. Ses réponses complètes sont à retrouver dans l'annexe de ce dossier.

#### **V. Résultats**

Suite à nos recherches concernant le syndrome de délirium agité nous avons remarqué l'absence d'études menées dans un cadre scientifique sérieux, avec des données statistiques, des variables dépendantes, indépendantes et un groupe contrôle. Il y a aussi un manque de données concernant le nombre de décès qu'a pu engendrer l'utilisation du symptôme, le nombre d'autopsies ayant été réalisées ou non, les causes extérieures relevées, mise à part les actes de violence de la part des policiers, qui auraient pu aussi être en lien avec les raisons des nombreux décès.

Néanmoins nous savons maintenant grâce au recul et aux évolutions de la psychiatrie que la base de ce diagnostic était biaisée par un certain contexte historique et culturel ainsi que de nombreux préjugés racistes et discriminatoires.

Les évaluations diagnostiques, les nouveaux symptômes, nouveaux troubles et nouvelles maladies évoluent en fonction de la science, des théories développées et réfutées alors l'apparition du syndrome de delirium agité n'a certainement pas été utilisée à bon escient mais suite à ce contexte l'interprétation péjorative de ces états d'agitation n'est pas étonnante.

Cela nous permet aussi de dire que la reconnaissance des institutions spécialisées est très importante pour établir un diagnostic, quel qu'il soit.

## **VI. Conclusion de chercheurs**

Au terme de ce travail, la question de la validité scientifique du « delirium agité » apparaît fortement remise en cause. L'analyse des définitions fondamentales en psychiatrie, des critères de validation d'une entité clinique et des données issues de la littérature scientifique montre qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic solidement établi, mais plutôt d'un concept instable, aux contours flous et dont la reconnaissance reste controversée. L'absence de définition opérationnelle consensuelle, l'hétérogénéité des critères utilisés et la difficulté à isoler une cause unique ou un mécanisme physiopathologique clair constituent des limites majeures à sa validité scientifique.

L'examen critique des trois hypothèses confirme cette fragilité. Si des états d'agitation sévère existent cliniquement et peuvent être associés à des issues graves, les travaux de synthèse montrent qu'ils relèvent de causes multiples (intoxications, troubles psychiatriques, pathologies médicales, conditions de prise en charge) et ne permettent pas d'isoler un syndrome spécifique et autonome. Par ailleurs, les positions institutionnelles récentes convergent vers le fait que le terme « excited delirium » ne constitue ni une catégorie diagnostique reconnue dans les classifications internationales, ni une cause de décès scientifiquement fondée, et qu'il peut introduire des biais d'interprétation importants dans un contexte médico-légal.

Enfin, la dimension historique et culturelle met en évidence que l'usage de ce concept s'inscrit dans un cadre social particulier, marqué par des controverses et des risques de biais dans l'interprétation clinique et judiciaire. Dans ces conditions, et au regard des critères actuels de la science médicale et psychiatrique, le « delirium agité » ne semble pas répondre aux standards nécessaires pour être considéré comme une entité clinique valide et stabilisée. Il apparaît davantage comme une catégorie descriptive contestée que comme un diagnostic scientifiquement établi.

### **Auto-évaluation:**

- Capacité à cerner votre question de recherche et les différentes hypothèses 2.5/3

- Méthode d'enquête (où avez-vous cherché et comment), et capacité à trouver les informations contradictoires 2/3
- Capacité à vous servir des travaux antérieurs 2 /3
- Votre conclusion (qui doit être en lien avec ce que vous avez trouvé) 3 /3
- L'orthographe, la qualité de la bibliographie, le non-plagiat 2.5 /3
- Respect des consignes données ici : 3/3
- Capacité à vous auto-critiquer 2/3

Répartition du travail:

Talina : 50%

Tommaso: 50%

### **Bibliographie:**

American Psychiatric Association. (2020). Position statement on concerns about use of the term “excited delirium” and appropriate medical management in out-of-hospital contexts. Council on Psychiatry and Law.

Baeyens, C. (2026). Communication personnelle. Université Grenoble Alpes.

Edwards-Grossi, É. (2018). Clinique politique et politiques de la clinique : Le cas des unités de soins psychiatriques « ethno-raciales » de l'université de Californie à San Francisco. *Genèses*, (111), 92–113.

E. Edwards-Grossi, (2020), Jonathan Metz. Étouffer la révolte. La psychiatrie contre les Civil Rights, une histoire du contrôle social. Pages 189 à 193. Paris, Éditions Autrement.

Gonin, P., Beysard, N., Yersin, B., & Carron, P.-N. (2018). Excited delirium: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 25(5), 552–565. <https://doi.org/10.1111/acem.13330>

Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Clarke, D. E., Narrow, W. E., & Regier, D. A. (2012). DSM-5: How reliable is reliable enough? *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 3–9.

Obasogie, O. K. (2021). Excited delirium and police use of force. *Virginia Law Review*, 107(8), 1545–1620.

Paniagua, F. A. (2000). Culture-bound syndromes. In *Handbook of multicultural mental health: Assessment and treatment of diverse populations* (pp. 139–169).

Perez, S., et al. (2000). Culture-bound syndromes: Pertinence d'une catégorie diagnostique ? *Médecine Tropicale*.

Saadi, A., et al. (1998). Factors associated with excited delirium deaths in police custody. *Modern Pathology*, 11(11), 1127–1137. <https://doi.org/10.1038/modpathol.3880483>

Smolik, P. (2022). Validity of nosological classification.

## **Annexe:**

Voici les réponses complètes de Madame Baeyens dans le cadre de notre dossier.

En préambule des propositions de réponses à vos questions, vous trouverez ci-dessous un lien qui explicite la position de l'association américaine de psychiatrie, suivie par l'association américaine de psychologie. En substance, elle souligne le caractère très controversé d'un diagnostic de délirium agité : <chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.psychiatry.org/getattachment/7769e617-ee6a-4a89-829f-4fc71d831ce0/Position-Use-of-Term-Excited-Delirium.pdf>

### **1. “Pensez-vous qu’un syndrome doit obligatoirement apparaître dans le DSM ou dans la CIM pour être reconnu et utilisé ?”**

L'histoire nous montre que ce n'est pas le cas. En effet, on a vu de nombreux syndromes qui ont été inclus dans les classifications nosographiques au cours des décennies, après avoir été décrit dans la littérature. Certains sont toujours discutés et d'autres enfin ont disparu (p.ex., l'homosexualité).

Dit autrement, le fait qu'un syndrome ne figure pas dans les classifications nosographiques, de type DSM ou CIM ne suffit pas, en soi, à montrer qu'il n'existe pas ou qu'il serait « faux ». Si l'absence peut être compréhensible pour des difficultés/syndrome relativement nouveaux, il me semble d'autant plus important d'être prudent lorsque le syndrome est ancien, comme c'est le cas pour le délirium agité. Des renseignements que j'ai pris, il semble aussi que ce syndrome, controversé, soit mal défini et peu fiable. Je vous invite à revoir les cours que nous avons eu ensemble sur le DSM notamment et les contraintes auxquels il faut se plier pour intégrer un syndrome dans la classification (définition opérationnelle ; Fidélité d'un diagnostic (fidélité inter-juges ; fidélité test-retest) ; validité du diagnostic (Validité étiologique ; Validité prédictive) ; Homogénéité d'une catégorie).

En fait, au vu des controverses, je pense qu'il vaut mieux éviter de parler de « syndrome », mais plus parler d'une « étiquette »

### **2. “Et particulièrement dans des cas extrêmes comme la justification de nombreux décès ?”**

Si un syndrome est lié à des décès et/ou sert de justification à ceux-ci, les critères de définition de ce syndrome doivent être d'autant plus étudiés pour répondre aux critères de scientificité (voir supra).

On doit aussi distinguer les syndromes qui mènent à un décès prématuré, des syndromes qui justifie l'usage de la force, dont dépend le décès. Dans le premier cas, ce sont les recherches qui peuvent nous éclairer sur la prévalence plus importante de décès lié à un syndrome et sur les mécanismes (facteurs ou causes) explicatifs de ces décès. Dans le second cas (de justification), l'inscription dans le DSM ou la CIM n'est pas une justification des décès.

### **3. “Selon vous, le syndrome du ‘délirium agité’ est-il culturellement situé ?”**

Avant de répondre à cette question, il est important de rappeler que je ne suis pas spécialiste de cette notion. Mon avis repose donc sur des connaissances générales pour lesquelles j'ai eu peu de temps d'approfondir ma réflexion.

Des informations prises, je dirais que l'on peut raisonnablement penser que ce syndrome est culturellement situé. Le syndrome s'est développé sur base d'un autre syndrome, lui aussi peu clairement identifié, mais non limité aux populations adultes noires. Son interprétation (p.ex., comme qqch qui a une existence en tant que tel, alors que de

nombreux spécialistes se positionnent en opposition à cette existence) et son utilisation (p.ex., pour justifier des actions offensives et des décès) semblent donc bien culturellement situées.

#### **4. “Pensez-vous que l’on peut retrouver ce syndrome chez d’autres cultures mais sous une autre appellation ?”**

Commençons par l’idée qu’il existe des points communs entre ce « syndrome de délirium excité » et le tableau clinique du « délirium », qui lui, est décrit dans le DSM. Parmi les points communs, on parle de cas de « crises aiguës » (critère B) dans lesquelles on a des altérations de l’attention et de la conscience (critère A), il peut y avoir d’autres perturbations cognitives (p.ex., altération de la mémoire, orientation, etc ...). Ce qui est moins clair dans le recouvrement entre les deux concepts, c’est le que le délirium, n’a pas comme critère cette agitation intense. Par ailleurs, le délirium est considéré comme « conséquence physiologique directe d’une autre affection médicale, d’une intoxication ou d’un sevrage de substance, d’une exposition à une toxine, ou de plusieurs causes » (Critère E), alors que le délirium agité pourrait avoir des causes sous-jacentes variées.

Par conséquent, on peut retrouver le délirium dans différentes cultures (et cela fait partie de thèmes de recherches). Par contre, concernant le délirium agité, il est difficile de se prononcer sur des comparaisons culturelles : même si l’appellation est différente, il faut rappeler que l’on n’arrive pas à décrire ce syndrome, ce qui rend les comparaisons culturelles difficiles. Par ailleurs, ce syndrome est apparu, s’est transformé et maintenu dans des contextes culturels spécifiques (en particulier aux EU), ce qui met encore plus de doute sur la possibilité de le retrouver dans d’autres cultures.

**Remarque finale** : même dans le cas de diagnostics psychiatriques, ces diagnostics ne valident pas toujours l’existence d’une « maladie » qui existerait comme une entité délimitée. C’est souvent une hypothèse sur la base de regroupement de symptômes et certains auteurs peuvent être assez critiques et considérer ces catégories/syndromes comme le résultat de normes sociales et culturelles.