



Illustration : Xavier Piret

Gilles Bangerter,

Professeur en soins infirmiers,
Haute École de La Source (HedS)
Lausanne (Suisse) ;
g.bangerter@ecolelasource.ch

Alexia Stantzos,

Professeure en soins infirmiers,
Haute École Cantonale Vaudoise
de la Santé (Hecvsanté), Lausanne
(Suisse) ; astantzo@hecvsante.ch

Bertrand Graz,

médecin, chef de Clinique, Institut
Universitaire de Médecine Sociale
et Préventive (IUMSP), Lausanne
(Suisse) ; Bertrand.Graz@chuv.ch

Parler pour éviter de délirer...

Une équipe suisse de soignants en psychiatrie a élaboré une technique spécifique d'entretien, le « Dialogue de Crise ». Une nouvelle approche pour les patients en état psychotique aigu qui complète le processus thérapeutique habituel et favorise l'alliance thérapeutique.

« Tu crois en Dieu toi, dis-moi, est-ce que tu crois qu'il est au centre de tout ?
- Peut-être, mais je ne pense pas qu'il intervienne dans nos affaires.
- Moi j'ai un contact avec Dieu, forcément, c'est ça, c'est comme ça, c'est une

sacrée histoire, depuis quelque temps déjà, que je suis au cœur de son attention, au cœur de tout ça... »
Tout le temps Didier frissonne, il est très lointain et ne comprend pas qu'on soit vendredi. Il finit par ne plus parler que de

ça, de façon compulsive très inquiétante.
« Aujourd'hui c'est vendredi, ce vendredi de tous les vendredis, pour tous, toujours partout, vendredi ! »
Je lui dit que nous reprendrons notre discussion plus tard. Contorsions, repli sur soi,



fermeture totale, Didier se dit épuisé. (Silence). Il poursuit.

« *Je suis allé à l'église et là je me suis senti Dieu* ».

Voilà le « gros morceau » lâché, Dieu est-ce lui ? Didier utilise le mot, mais sait très bien qu'il n'est pas Dieu.

« *Vous en parlez au passé, c'est fini maintenant, ça n'a pas toujours été ainsi, avant ce n'était pas comme ça, souvenez-vous...* ».

Il me répond que ça continue encore, « *J'ai le sentiment d'une mission à remplir, c'est trop important, il va se passer quelque chose ! Je dois aider les autres mais je ne sais pas encore quelle est cette mission* ».

Inutile de minimiser cette expérience, c'est une véritable expérience, sa vérité n'est pas contestable, même si sa réalité est au cœur de notre échange. Ce qu'il situe venant des autres vient de lui.

« *Il ne va sans doute rien se passer* ».

Cet échange entre un soignant et un jeune homme, Didier, en pleine expérience psychotique, est un des points de départ de la recherche que nous menons depuis deux ans dans trois unités de soins aigus au sein de deux hôpitaux psychiatriques universitaires en Suisse romande (1).

L'épisode psychotique aigu est passablement décrit dans la littérature scientifique. Les hypothèses concernant l'étiologie de ce trouble nous offrent actuellement un large éventail de compréhension tant du point de vue biomédical, psychodynamique ou encore cognitivo-comportemental. Pourtant, en nous approchant de la clinique de cette expérience, il nous apparaît que peu de recherches - ou en tout cas peu de choses - sont écrites à propos du dialogue

très particulier dans lequel s'engagent parfois soignant et patient au moment aigu de l'expérience psychotique. Couramment et depuis longtemps, il existe au sein des équipes de soins, des trésors de récits relatant ces moments d'interactions riches et souvent stupéfiants.

■ Le sens de la crise

L'intérêt que nous portons à la rencontre initiale avec un patient en crise psychotique s'est d'abord construit dans le lien entre les trois soignants que nous sommes. Très vite, il nous a semblé intéressant de vérifier auprès des équipes hospitalières que le dialogue ouvert sur le vécu de l'expérience psychotique, au moment où celle-ci a lieu, est susceptible de favoriser une alliance thérapeutique. La problématique de l'entretien en urgence a été explorée très en détail, notamment par l'équipe de l'Hôtel-Dieu à Paris, sous la direction d'Henri Grivois. Ses ouvrages (1991, 2001, 2007) donnent une vision très détaillée de la clinique des états psychotiques aigus mais aucun n'offre une description systématique de la méthode d'entretien développée. Alors que nous nous attachons à la relation interhumaine dans un moment de crise, le mot « méthode ou technique d'entretien » résonne mal. En effet, comment oser « cadrer » ce moment si vif en émotions et spontanéité ? Il paraît cependant essentiel de tenter cette expérience pour transmettre une pratique clinique particulière. Nous nous y sommes donc attelés, non sans avoir à plusieurs reprises rencontré Henri Grivois dont le regard critique a fait évoluer notre approche. Nous avons

bien compris en lisant ses récits cliniques détaillés qu'il existe une manière d'aborder l'expérience psychotique aiguë par la parole et qu'il est primordial de le faire dès les premiers signes. L'urgence est de maintenir le lien afin de permettre au patient de rester dans un monde commun. Nous avons tenté de formaliser cette manière d'aborder le patient au cœur de son vécu psychotique par un dialogue qui tienne compte des éléments rapportés par d'autres patients ayant fait le récit de leur expérience de psychose naissante. C'est le résultat de ce travail que nous testons actuellement sur le terrain de l'urgence psychiatrique, en une forme originale, résultante des récits cliniques d'Henri Grivois, des expériences cliniques de soignants en psychiatrie et des apports théoriques de la psychiatrie phénoménologique. Ces derniers (Tatossian 2002, Konrad 1958, cité par F. Seywert et M. Celis Gennart 1999, Bovet 2007) permettent de saisir l'expérience psychotique, non seulement sous l'angle de la psychopathologie, mais aussi comme une expérience proprement humaine.

■ Un enseignement spécifique

En rassemblant les éléments de ce que nous allons désormais appeler le « Dialogue de Crise » (DdC), il nous est apparu nécessaire de concevoir un enseignement facilement transposable, simple d'accès et rapidement utilisable dans la pratique clinique.

En dehors de l'aspect théorique issu de la phénoménologie des psychoses, nous commençons l'enseignement du Dialogue de Crise par une saynète qui restitue en direct, et sous le regard des soignants, ce dialogue

original. Rappelons que le Dialogue de Crise est un échange court, structuré et répétitif entre le soignant et le patient (cf. encadré « *Quid du Dialogue de Crise* » ci-dessous). Il a lieu plusieurs fois par jour pendant les premiers jours de l'expérience psychotique aiguë. Ce n'est pas un simple moment d'accueil ou d'empathie. Les étapes abordées n'empiètent pas sur l'anamnèse habituelle pratiquée aux urgences de psychiatrie mais s'intègrent dans la prise en charge globale. Elles se déroulent rapidement. Le DdC diffère de ce que nous connaissons, il surprend par ses propos et nous resitue fortement dans une relation « engagée » avec le patient. Trois concepts clés constituent à la fois l'originalité de la démarche et son fil conducteur : le trouble du mimétisme humain, l'indifférenciation subjective et le « concernement généralisé » (2). Henri Grivois les distingue comme trois invariants dans le déclenchement de l'épisode psychotique qui sont néanmoins interdépendants. Pour une véritable restauration du lien au patient, il est en effet indispensable de s'approcher d'une compréhension et d'une description de l'événement vécu par lui. Cette étape se situe avant l'apparition d'un délire organisé, avant ce qu'Henri Grivois appelle, « *une tentative d'explication de cet événement inexplicable et extraordinaire qu'est l'expérience psychotique naissante* ».

L'enseignement théorique construit autour de ces trois invariants généralement repérables dans le récit de l'expérience de la psychose naissante constitue la deuxième partie de notre enseignement :

- **le trouble du mimétisme humain** : le mimétisme joue en effet un rôle fondamental dans l'apprentissage et les rapports humains. Il est bien souvent imperceptible mais omniprésent et concerne tous les humains. Il participe à la qualité de la coordination interpersonnelle et de la communication propre à notre espèce. Le trouble du mimétisme est inconscient et se situe au cœur de l'épisode psychotique, se manifestant comme un envahissement du champ de conscience par l'expérience mimétique, aboutissant à un deuxième invariant : l'indifférenciation subjective ;

- **l'indifférenciation subjective** : le patient psychotique a l'étonnante impression de ne plus être l'auteur autonome de ses actes et de ses pensées. Ne plus savoir qui imite qui, ne plus savoir qui, de soi ou des autres, initie l'action ou la parole conduit à penser que l'auteur n'est peut-

être pas celui que l'on croit. Le patient sait bien qu'il est l'exécutant, mais il se demande qui de lui ou des autres est l'auteur. La possibilité de dire « je » se confond avec l'idée que ce « je » est un « on ». Les idées délirantes d'influence trouvent sans doute ici l'origine de leurs constructions. C'est cette expérience du mimétisme et de l'influence entre soi et les autres qui fait perdre le sens de son « agentivité » au sujet, autrement dit le sens du sujet autonome et différent des autres. Cette perte du quant-à-soi du sujet, de la différence subjective est « l'indifférenciation subjective » ;

- **le concernement généralisé** : l'envahissement de la conscience par l'expérience du mimétisme universel a pour conséquence un autre aspect de l'expérience psychotique : le patient se pense comme « partout » l'objet de l'attention de ses semblables. Il se voit au centre des préoccupa-

tions de tous, en communication avec tout le monde ou presque. Il est attentif et interprète de multiples signes qui lui confirmeraient son rôle particulier, son destin unique. Il devient perplexe car il ne s'explique pas cette expérience inédite d'être devenu une sorte d'homme d'exception. Il se sent « concerné » par chacun et chacun est « concerné » par lui : c'est le « concernement généralisé » qui aboutit à la « centralité psychotique ». Cette expérience demande des explications qui peuvent prendre la forme d'un délire.

Enfin nous encourageons les participants à cet enseignement à se mettre par deux, à se remémorer une situation clinique vécue et à exercer ce Dialogue de Crise avec leur collègue, sous forme d'un jeu de rôle. Par la suite, une supervision est proposée pendant quelques semaines. Notre enseignement est

● Quid du Dialogue de Crise (DdC)

Le Dialogue de Crise, vise « la réanimation du lien ». Il est construit en quatre étapes présentées sur une « carte mnémotechnique » recto/verso à glisser dans la poche qui aide les soignants à être précis à un moment où chaque mot peut avoir un poids décisif pour le patient.

● Les repères

- **Aborder l'expérience** : « *Êtes-vous au centre du monde... En communication avec tout le monde ?* ».

En cas de réponse franchement négative ou de type « *je n'en suis pas encore là...* », arrêtez là et réévaluez plus tard. Essayez de formuler la question au passé composé.

- **Valider** : « *A votre place, je vivrais la même chose. C'est quelque chose d'important, ce que vous vivez* ».

- **Dire** : « *Nous sommes tous en lien les uns avec les autres. Parfois, on ne sait plus qui imite qui, qui influence qui* ».

- **Encourager** : « *Je ne pense pas qu'il va se passer quelque chose d'important. Souvenez-vous, ça n'a pas toujours été ainsi !* ».

● Les recommandations

- Utiliser le DdC dès l'arrivée du patient dans l'unité, en début d'entretien.

- Répéter le DdC 2 à 3 fois par jour, pendant 3 jours ou plus, toujours en début d'entretien.

- Tentez de dérouler le DdC d'un coup et dans sa totalité. Évitez tout ajout du genre « *avez-vous l'impression que...* », « *croyez-vous que...* »...

- Si le patient est logorrhéique, n'hésitez pas à l'interrompre.

- Si le patient est mutique, déroulez le DdC.

- En sortie de crise, espacez et ne reprenez qu'une part du DdC, éventuellement au passé.

● **Remarque** : Le Dialogue de Crise est indiqué avec une personne en état psychotique aigu. Après avoir utilisé les phrases exactes, nous pourrions passer à une utilisation plus souple de la théorie sous-jacente, admise au moins comme hypothèse de travail.

en partie conçu comme un cours de langue, avec l'apprentissage d'un vocabulaire précis, propre à décrire fidèlement une expérience, afin de permettre au patient de réaliser que nous sommes au cœur de ce qui lui arrive. Une manière de faciliter l'établissement d'un climat de confiance et d'une alliance thérapeutique.

■ L'histoire d'Otávio

Otávio est un adolescent perplexe et mystérieux de 17 ans qui vit au Brésil. Isaura, sa mère, 40 ans, vit elle en Europe dans la clandestinité. Elle décide de faire venir Otávio auprès d'elle parce que la famille le trouve bizarre, solitaire et mystérieux. Une fois chez sa mère, le comportement du jeune homme reste préoccupant : il ne s'intègre pas vraiment et passe de longues journées seul dans sa chambre. Isaura fait une demande d'aide psychologique dans un dispensaire de soins pour les personnes sans assurances sociales.

Gaspard, infirmier, réalise le premier entretien et découvre qu'Isaura vient pour parler de son fils. Devant lui, elle commence à raconter ce qui l'inquiète : les attitudes d'écoute d'Otávio, se tenant des heures devant la fenêtre, ou le soir s'adressant au ciel et se frappant violemment le visage. Elle dit, en Portugais à son fils, que Gaspard aimerait s'entretenir avec lui. Otávio paraît surpris mais accepte. Il ne semble pas écouter, détourne la tête. Gaspard propose à sa mère de traduire fidèlement, mot pour mot, ce qu'il va lui poser comme question : « *êtes-vous en communication avec tout le monde, au centre du monde ?* ». Instantanément, et sans attendre la traduction, Otávio, jusque-là absent de la discussion, répond de manière distincte : « oui » en Français. En un instant, il occupe l'espace sans plus lâcher l'infirmier du regard. Gaspard déroule le reste du Dialogue de Crise sans qu'Otávio lui réponde ou pose de questions mais, à aucun moment, il ne baisse son regard intense. À la fin de l'entretien, Gaspard convient d'un autre rendez-vous, cette fois-ci à domicile. Otávio l'accepte dans un hochement de tête. Dès la deuxième entrevue, Otávio envisagera l'intérêt d'un suivi thérapeutique.

Quels commentaires suggèrent cette vignette clinique ? Les indices laissant penser qu'Otávio traverse une expérience psychotique sont assez classiques. Il est bizarre pour sa famille. Les signes étranges qu'il adresse à son entourage, les mimiques



Photo : Xavier Prevost

et les comportements autoagressifs qu'il présente ne s'atténuent pas en Suisse. Que dire du vécu d'Otávio ? Faut-il lui demander comment il se sent, alors qu'il n'est là que pour accompagner sa mère ? Comment, de manière simple, compréhensible, sans banaliser son vécu, rendre compte de ce qui se passe ? Le soignant prend ici un risque mesuré en utilisant le Dialogue de Crise. Au pire, sa question ne suscite que de l'indifférence et au mieux - et c'est le cas - elle provoque un accrochage puissant (restauration d'un lien) utile pour un travail de crise plus traditionnel. Si nous reprenons les repères évoqués (cf. encadré « *Quid du Dialogue de Crise* ») pour la bonne tenue du Dialogue de Crise, que pouvons-nous observer ? :
- **l'abord de l'expérience** : la première phrase du Dialogue de Crise propose au patient une description simple et directe de l'événement central qu'il est en train de vivre : « *Êtes-vous en communication avec tout le monde, au centre du monde ?* ». Dans ce cas précis, le « oui » en Français

d'Otávio surprend le soignant qui découvre que cette première question lui parle instantanément. Otávio quitte aussitôt son monde distant pour écouter ce que Gaspard a à lui dire. Cette illustration montre que le lien - a priori très ténu - devient soudain intense au point de déstabiliser le soignant qui ne s'y attend pas. Le « oui » franc et net a la vertu de sidérer le soignant, comme s'il était impensable que l'on puisse vivre une telle chose ! Et c'est justement l'impensable de ce vécu que nous formalisons pour pouvoir l'aborder avec le patient. Otávio est resté silencieux tout le reste de l'entretien. Ce qui n'a pas empêché le soignant de dérouler le Dialogue de Crise ;

- **la validation** : Gaspard dit à Otávio qu'il n'a aucun doute sur l'authenticité de cette expérience. Il est bel et bien en train de vivre quelque chose de difficile à évaluer et valide sans condition l'intensité de ce vécu. Au moment opportun, Gaspard dira à Otávio que ce qu'il perçoit des autres, vient en fait de lui ;



– **dire** : il est fondamental de dire quelque chose au patient, que nous comprenons ce qui lui arrive, même si ce n'est pas un discours scientifique sur la psychose naissante, mais bien plus une traduction simple, mais soigneusement choisie, pour « expliquer », au sens de déplier, ce phénomène étrange ;

– **les encouragements** : la fin du Dialogue de Crise propose à Otavio deux choses importantes, à savoir une affirmation : « Je ne pense pas qu'il va se passer quelque chose d'important » et un exercice de mémoire, « souvenez-vous, ça n'a pas toujours été ainsi ». Ces deux thèmes visent à entrouvrir l'idée que tout cela ne vient pas des autres, mais de lui-même et ensuite d'inscrire l'expérience d'aujourd'hui dans une temporalité. Nous essayons ici d'offrir au patient des perspectives pour sortir de ce *no man's land* figé par le vécu psychotique et de retrouver avec ses semblables des interactions respectant l'autonomie de pensée du sujet (mimétisme et concernement « normaux » par opposition à l'in-

différenciation subjective et au concernement généralisé).

■ Pour conclure

Cette technique d'entretien appelée Dialogue de Crise a pu être enseignée et développée avec un investissement minimum et n'a en aucun cas perturbé le travail clinique dans les différents services de soins. Nous effectuons actuellement une étude comparative prospective qui nous permettra de vérifier si réellement nous pouvons éviter la persistance des symptômes psychotiques, si le patient se sent moins anxieux, moins agité et si la relation thérapeutique, dès les premiers instants de la crise, est davantage empreinte de confiance.

Les « focus group » organisés démontrent l'intérêt majeur des équipes pour cette approche différente du patient dans ces premiers moments de crise. Certains médecins relèvent que « dans le paysage clinique actuel, occupé essentiellement par des études destinées à évaluer l'efficacité de psychotropes, nous avons trouvé original et louable de vérifier l'impact clinique d'un entretien structuré sur la rémission rapide d'un épisode psychotique aigu ». Les soignants racontent : « Tout d'un coup, on rentre dans le vif du sujet avec le patient » ; « Nous parlons au patient de ce qui lui arrive et de ce qu'il vit, nous devons l'entendre et non pas partir directement dans des interprétations ou dans la recherche de symptôme confirmant le diagnostic. On est auprès du patient ». Cependant, les soignants soulignent qu'il faut du temps pour se familiariser avec cette manière d'approcher l'expérience du patient qui nécessite, pour certains, de changer de paradigme, de s'ouvrir, de lire et de s'informer. Mais une des conclusions unanimes dans les « focus group » est que « ça marche » très bien avec les patients en première décompensation psychotique aiguë. Ils racontent aussi que leur rapport au patient est différent, plus intense et que l'alliance thérapeutique se construit plus rapidement. Pour les patients ayant eu plusieurs épisodes, le Dialogue de Crise est parfois plus adéquat en se référant au passé, commençant alors par « Est-ce que vous vous souvenez d'un moment où vous auriez été au centre du monde, en communication avec tout le monde ? ». In fine, l'utilisation rigoureuse du Dialogue de Crise tend à s'assouplir avec le temps

quand les soignants saisissent avec plus de précision les invariants liés à la psychose. Ils intègrent alors, dans leurs manières de s'exprimer, le sens profond de ce que parler de l'expérience psychotique signifie pour leurs patients. ✨

1- Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois (CPNVD) à Yverdon-les-Bains, Unité Ivoire et Ebène, Canton de Vaud, Suisse, Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG), Unité Alizée, Canton de Genève, Suisse.

2- Lire aussi « Le point aveugle des psychoses », article d'Henri Grivois, Santé Mentale n°123, novembre 2007, dans le cadre du dossier consacré aux schizophrénies débutantes ; www.santementale.fr

Remerciements à :

- Jo Montandon (médecin-chef), Bruno Deschamp (directeur des soins), Vincent Schnnebli (adjoint à la direction des soins) au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois.
- Laurent Loutrel (infirmier responsable), Miruna Stoca (chefe de clinique) et leur équipe de l'unité Ivoire à Yverdon, Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois (CPNVD).
- Barbara Bordy (infirmière responsable), Fabrizio Mara (chef de clinique) et leur équipe de l'unité Ebène à Yverdon, Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois (CPNVD).
- Marco Merlo (médecin adjoint agrégé et responsable de Secteur), Maryse Badan Bâ, Ph D., psychologue FSP, Marie-Claude Jordan (infirmière responsable), Logos Curtis (chef de clinique), Séverine Bessero (psychologue) et leur équipe de l'unité Alizé à Genève, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

● Bibliographie

- ▶ Grivois, H. (1991). Naître à la folie. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- ▶ Grivois, H. (2001). Tu ne seras pas schizophrène. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- ▶ Grivois, H. (2007). Parler avec les fous : Les Empêcheurs de penser en rond.
- ▶ Tatossian, A. (2002). La phénoménologie des psychoses. Collection PHENO, Le Cercle Herméneutique.
- ▶ Andor E. Simon., Bösch, J. (2003). Structures du système de santé publique nécessaires au dépistage précoce des maladies psychotiques. PAEDIATRICA, Vol. 14 n°. 4.
- ▶ Bovet, P. (2007). Anthropologie clinique et approche bio-médicale : Pour une re'habilitation de la notion de schizoïdie: PSN, 5, 58-61.
- ▶ Graz, B. (2006). L'entretien thérapeutique précoce en cas de psychose récente ou aiguë : Essai de systématisation de la méthode développée par Henri Grivois et al. Synapse, 221.
- ▶ Grosso, L., Maurer, K., Thibaut, F. (2005) Prise en charge précoce des psychoses : Le temps des pratiques. PSN, volume III, supplément 1.
- ▶ Seywert, F., Celis Gennart, M. (1999). La transformation du champ de l'existence dans la schizophrénie : l'« analyse structurale » de Klaus Conrad. L'Evolution psychiatrique, Volume 64, n°1,101-111.