



Théma Schizophrénie

familial, social et professionnel des patients atteints de dépression et/ou de troubles anxieux et débutant un nouveau traitement par antidépresseur.

D'après les évaluations clinique et fonctionnelle, après 3 mois de traitement par antidépresseurs, le patient ressent une amélioration significative de sa maladie dépressive, et cette amélioration est confirmée par le médecin traitant.

Le patient se sent mieux dans sa vie et ses relations avec les autres, ainsi 1 patient sur 5 déclare n'avoir plus aucun retentissement familial ni professionnel, 1 patient sur 6 n'a plus aucun retentissement social et enfin, 85 % des patients n'ont plus aucune incapacité totale à remplir leurs obligations à 3 mois.

Ni le sexe, ni l'âge ne semblent avoir d'influence sur l'évolution positive de l'état du patient sous antidépresseur. Les différences observées à l'inclusion s'estompent à 3 mois. Tous les patients, quels que soient leur âge et leur sévérité initiale, tirent bénéfice du traitement antidépresseur.

L'amélioration clinique globale et le bénéfice du traitement sur les incapacités sont d'autant moins importants que le patient cumule les épisodes. Cependant, on peut remarquer que, même au 4^e épisode (et plus), on constate une amélioration : il faut donc persister dans le traitement, même si l'amélioration escomptée est plus faible. Il est donc primordial de traiter la maladie dépressive quel que soit le nombre d'EDM, sachant que plus le traitement est initié précocement, plus le bénéfice du patient est important. Pour 75 % des patients, une amélioration clinique globale est confirmée par le médecin.

Dès 6 semaines de traitement, les patients et les médecins constatent une amélioration précoce fonctionnelle des perturbations dans la vie quotidienne et une amélioration clinique globale. Les patients ressentent notamment une amélioration de leur activité avec une diminution de plus de moitié (- 54 %) du nombre de jours à efficacité réduite ou d'incapacité totale. ●

L. E.

D'après un dossier de presse de Lundbeck

Épisode psychotique aigu : une nouvelle méthode d'entretien pour éviter la construction délirante ?

Brief psychotic disorder: a new method of communication to prevent delusional construction

B. GRAZ*,

avec les contributions de G. BANGERTER** et A. STANTZOS***

Développée par une équipe de psychiatres, psychologues et infirmiers hospitaliers en se basant notamment sur les travaux d'Henri Grivois, cette nouvelle technique d'entretien ou « dialogue de crise » a pour but d'améliorer la communication avec les patients en épisode psychotique aigu et d'éviter la construction délirante¹. Complément au traitement habituel délivré aux urgences de psychiatrie, le dialogue de crise prend environ 3 minutes du temps de consultation et peut être envisagé dans tous les cas de psychose aiguë, même après de multiples récurrences.



© D.R.

MOTS CLÉS

• Schizophrénie • Épisode psychotique aigu • Construction délirante • Dialogue de crise

KEY WORDS

• Schizophrenia • Brief psychotic disorder • Delusional construction • Crisis communication

*Universités de Lausanne et Genève,

HECV-santé, Lausanne, *La Source, Lausanne

Les patients présentant un épisode de psychose aiguë sont confrontés à des vécus indicibles. Le psychiatre français, Henri Grivois insiste sur le fait que certains aspects de l'expérience psychotique, en particulier au début de l'épisode, sont communs à la plupart des gens vivant une psychose²⁻⁴. Il distingue ainsi trois invariants principaux qui sont en étroite interrelation : le trouble du mimétisme humain, l'indifférenciation subjective et le concernement généralisé.

Le trouble du mimétisme humain

Le mimétisme joue un rôle fondamental dans les rapports humains. Le pilotage de ce système est le plus



Théma Schizophrénie

souvent inconscient et ce réglage permanent entre les humains participe à la qualité de la communication propre à notre espèce. Lors de l'épisode psychotique, cette coordination harmonieuse interpersonnelle est en échec, et le champ de conscience est envahi par « l'expérience mimétique ».

L'indifférenciation subjective

Le patient perçoit avec une acuité telle le phénomène mimétique qu'il ressent une influence inéluctable et universelle des autres sur lui, ou inversement. Le patient est habité par une étonnante impression de ne plus être l'auteur autonome de ses actes et de ses pensées. Les idées délirantes d'influence trouvent sans doute ici leur origine. Cette perte du « quant à soi » du sujet 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 : partout le patient est l'objet de l'attention de ses semblables. Le patient perçoit qu'il est au centre des préoccupations de tous, en communication avec tout le monde ou presque. De multiples signes lui confirment son rôle particulier, son destin unique. Il devient perplexe face à 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 ou la centralité psychotique, qui peut prendre la forme d'un délire.

Éviter la construction délirante

Le dialogue de crise (DC) utilisé dans un tel contexte par les soignants a

pour but d'éviter la construction délirante en diminuant l'étrangeté de l'expérience vécue à l'aide d'une description de l'état subjectif du patient, qui fait sens pour lui. Le DC concrétise ce qui a été demandé par certains auteurs, à savoir une intervention qui « en éclairant le sujet sur les dimensions mimétique et attributionnelle des réalités humaines en général, du soi en particulier, pourraient probablement les aider... »⁵.

Un langage qui correspond au vécu du patient

En psychiatrie comme dans d'autres spécialités, si le soignant utilise un langage qui correspond au vécu du patient, et non à sa propre réalité, cela permet une meilleure alliance thérapeutique et une rencontre soignant/soigné plus « immédiate ». Cette démarche, étendue au moment très délicat de la prise en charge d'un patient en crise psychotique, reconnaît ainsi le patient dans sa « véritable expérience » et dans sa « quête de sens »⁶. L'idée principale est d'aider ensuite le patient à donner un autre sens à son expérience, un sens plus simple, plus proche de l'événement inaugural, et qui évite la construction délirante.

Quatre repères

Première étape de cette démarche, mettre à disposition du patient des mots lui permettant de décrire son expérience, afin qu'il se rende compte qu'elle n'est pas aussi unique et étrange qu'elle lui paraît. Le DC commence par une question : « Êtes-vous au centre du monde..., en communication avec tout le monde ? » qui vise à provoquer une surprise par un léger décalage du cadre normal de discussion en milieu clinique. À cette question, la réponse peut être : silence et perplexité, approbation discrète ou franche, réticence, colère (« Ne me posez

pas ces questions inutiles », « *Vous connaissez la réponse* »...), un « Non » clair, une réponse du type « *Je pensais à une autre fois, mais pas cette fois-ci* », « *Je ne suis pas complètement fou* », etc.

Face au refus, on arrête à ce point et on essaiera à nouveau plus tard si l'impression clinique de psychose aiguë persiste.

Les expressions impliquant que nous ne croyons pas aux dires du patient sont à éviter : « *Avez-vous l'impression de... ?*, *Avez-vous le sentiment que... ?*, *Sentez-vous... ?* ». Il s'agit, au contraire, de reconnaître l'expérience du patient comme bien réelle en tant qu'expérience personnelle.

Deuxième repère : valider explicitement l'expérience du patient : « *À votre place, je vivrais la même chose - C'est une vraie expérience, importante* ». Nous admettons ainsi que tout ce que le patient peut dire, penser ou ressentir est « réel », dans le sens qu'il s'agit d'une véritable expérience, sans discuter de « *ce qu'est la réalité* ».

Troisième repère : proposition de « mise en mots » du moment du début de l'expérience psychotique : « *Nous sommes tous en lien les uns avec les autres. Parfois, on ne sait plus qui imite qui, qui influence qui* ». Cette explication peut donner au patient l'occasion de se rappeler plus précisément le début de l'épisode et peut l'aider peu à peu à réaliser que tout « délire » serait une tentative de donner un sens à son expérience extraordinaire.

Quatrième repère : encourager à différencier qu'il existe un avant le début de l'épisode et un après. « *Je ne pense pas qu'il va se passer quelque chose d'important. Souvenez-vous, cela n'a pas toujours été ainsi. Essayez de retrouver comment vous perceviez les autres avant* ». Ceci peut éviter au patient de construire des interprétations hâtives et l'encourager à porter un regard critique sur ses idées délirantes.



Théma Schizophrénie

Utilisation du dialogue de crise en clinique

Cette nouvelle approche nécessite quelques minutes du temps de consultation. Elle doit être utilisée au tout début de l'entretien, après les salutations d'usage, afin de faciliter l'établissement d'une bonne relation soignant-soigné.

Une deuxième discussion aura lieu 3 à 4 heures plus tard (le premier jour), plus tôt si nécessaire. Ce dialogue, véritable « soins intensifs », est proposé 2 à 3 fois par jour durant 3 à 7 jours selon l'évolution, suivi d'une deuxième semaine (éventuellement moins intensive), voire d'une troisième. Dans les tous premiers jours, le dialogue commence chaque fois par le premier repère, jusqu'à ce qu'un début d'amélioration de la symptomatologie annonce la « sortie de crise ». L'entretien est alors mené autrement, en abordant le premier repère sur le mode du passé. Par exemple : *« J'aimerais reparler du commencement de cet épisode, comment tout cela a commencé. Je pense que c'est important pour la suite d'en avoir une perception aussi précise que possible : est-ce que vous vous rappelez du premier moment où vous avez été au centre du monde... ? »*.

Cette méthode s'est aussi révélée pertinente pour entrer en matière quand le patient présente un fort déni de son expérience psychotique. En cas d'apparition de délire systématisé permanent (mission détaillée, perception d'un complot élaboré...) – ou en cas d'autres problèmes de santé importants –, l'utilisation du DC est interrompue.

Enseignement du dialogue de crise

Le DC a été enseigné à l'occasion d'une session de deux heures (cours et jeux de rôle) à toute l'équipe d'un



© D.R.

service, suivie d'une supervision pendant quelques semaines. Les débutants sont tenus d'utiliser exactement les phrases telles qu'elles sont écrites sur une carte-guide. Le soignant se fait ainsi une idée du type de réactions de quelques patients : étonnement, acquiescement, soulagement le plus souvent. Ensuite, il utilise le DC de manière souple. Certains soignants s'approprient l'outil rapidement. D'autres ont peur de « passer pour fous » et se sentent mis en danger dans leur position de personne saine et détenant le pouvoir ou se demandent s'ils sont « assez authentiques » avec des phrases toutes faites.

Évaluation du dialogue de crise

Le DC a été introduit dans deux services d'accueils polyvalents (à Yverdon) et un service spécialisé pour jeunes psychotiques (à Genève). Le DC a permis aux équipes de se fédérer autour d'une technique commune, médecins et infirmiers l'utilisant également. L'utilisation systématique du DC ne devient pas un réflexe en quelques semaines chez tout le monde, mais certains soignants l'intègrent rapidement à leur panoplie d'outils thérapeutiques. Ceux qui ont revu des patients 6 mois plus tard ont été surpris d'entendre que ces patients se souvenaient de certains éléments du DC et en gardaient le souvenir de quelque chose qui les avait aidé et les aidait encore, indépendants des traitements ultérieurs. Les soignants ont déclaré leur intérêt pour le DC qui, selon eux, facilite l'établissement d'un lien thérapeutique avec les patients en crise de type psychotique.

À quand les essais cliniques ?

Ces travaux sont l'occasion de mettre l'accent sur l'aspect relationnel avec les patients en psychose aiguë, dès les premiers jours de crise. Les premiers résultats sont encourageants, le DC est considéré par ses utilisateurs comme une aide pratique pour établir un lien avec le patient, stabiliser son humeur, construire une alliance thérapeutique, tout en permettant au patient de donner sens à son expérience et d'affiner ses capacités à détecter les prémisses d'une éventuelle récurrence. Il est prévu d'évaluer cette méthode et son enseignement dans une étude pilote, prospective et comparative. Par ailleurs, le DC devra être évalué dans des essais cliniques formels afin d'estimer ses effets sur le patient, les soignants, et en termes de coûts dans différents contextes institutionnels et culturels. ●

Remerciements

Ce travail a été possible grâce au soutien de la Loterie Romande, de la Ville de Genève et du Fonds National de la Recherche Scientifique en Suisse. Remerciements à Jo Montandon, Bruno Deschamps, Vincent Schneebeli, Miruna Stoca, Barbara Bordy, Zurab Chevedelidze, Fabrizio Mara, Laurent Loutrel et leurs équipes, au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, Séverine Bessero, Marie-Claude Jordan, Marco Merlo, Logos Curtis, Maryse Badan-Bâ et leur équipe de l'Unité Alizé à Genève, Hôpitaux universitaires de Genève, ainsi qu'à Henri Grivois.

Références

1. Hassan I, McCabe R, Priebe S. *Communication & Medicine* 2007 ; 4 : 141-52.
2. Grivois H. Naître à la folie. Les empêchements de penser en rond. Paris, 1999 : 202.
3. Grivois H. Parler avec les fous. Les empêchements de penser en rond. Paris, 2007 : 217.
4. Grivois H, Grosso L. La schizophrénie débutante. Montrouge, France. Éditions John Libbey Eurotext 1998.
5. Salvador L. *Annales Médico-Psychologiques* 2008 ; 166 : 620-6.
6. Corin E, Lauzon G. *Psychiatry* 1992 ; 55(3) : 266-81.