

# Dialogue de Crise

## Urgence psychiatrique, psychose et alliance thérapeutique.

Ce guide, destiné aux professionnels de la santé, a été conçu pour servir de complément au manuel « mhGAP » de l'OMS

Fondation Antenna, Genève, 2019

# Préambule

Au cœur de l'urgence psychiatrique, l'effort déployé par les soignants pour rencontrer le patient dans ce qu'il vit est une tâche complexe. L'étrangeté de l'expérience psychotique vécue par les patients, au plus fort de la crise, induit parfois des comportements et des attitudes qui perturbent la possibilité d'une rencontre significative. Dans le dispositif thérapeutique, si l'expérience psychotique est souvent incompréhensible pour les patients, la réponse thérapeutique ne leur paraît pas non plus, d'emblée, plus intelligible.

Les personnes concernées par une décompensation psychotique sont difficiles d'accès, souvent craintives, agitées ou au contraire prostrées. La possibilité de s'entretenir est en général assez réduite. S'il est possible de s'arrêter un instant avec le patient pour s'inquiéter de ce qui lui arrive, son discours est déroutant. Dans notre regard il lit l'incompréhension ou, pire, la confirmation que ses mots le condamnent à la sentence diagnostique. Psychotique! Un concept précieux en psychopathologie, mais très mystérieux pour la plupart des gens directement concernés. Le constat de psychose entraîne des comportements stéréotypés chez le soignant. Il faut diminuer l'étrangeté de l'expérience vécue par le patient, en lui proposant une description de son état qui fasse sens pour lui, le rassure et, dans le meilleur des cas, amène quelques éléments aidant à la déconstruction du délire ou entravant l'avènement de celui-ci. Les soignants, face à une personne en état psychotique, sont souvent déroutés ou impressionnés. Dans notre regard, les patients lisent probablement ce que l'on ne dit pas à haute voix: «Il est complètement fou, il doit être psychotique!». Cette première impression a souvent une valeur diagnostique. Par la suite, les questions prennent souvent l'allure d'une quête d'éléments typiques qui permettent de confirmer ou d'infirmer l'impression diagnostique présente au premier contact.

Avec l'expérience, les soignants développent une véritable préscience de ces états psychotiques et, sans même faire l'usage de longs entretiens, situent facilement la catégorie diagnostique en regard des symptômes présentés. Ils développent une sensation précoce et perçoivent une atmosphère d'étrangeté décrite par le psychiatre hollandais Rümke sous le concept de Praecox Gefühl, une sorte de diagnostic intuitif. L'outil symptomatique nécessaire à l'évaluation de l'état mental et la pose d'un diagnostic n'est pas remis en question, mais ce travail médical essentiel ne s'attarde guère sur le récit que le patient peut faire de l'expérience qu'il est en train de vivre avec les autres. Il est souvent difficile d'établir un véritable dialogue. Le Dialogue de Crise est le nom donné à une technique de communication qui agit à ce moment comme un réamorçage de la communication et tente d'ouvrir la possibilité de déconstruire un délire. Cette technique a été développée à partir des travaux du psychiatre français Henri Grivois qui dirigeait les urgences de psychiatrie au centre de Paris.

## Parler une même langue

Le Dialogue de Crise porte d'abord sur un moment précis dans l'histoire du patient psychotique: le moment de l'éclatement de cette crise psychotique. Quels sont les mots qui seraient susceptibles de décrire ou de qualifier au mieux l'expérience telle que les patients l'ont éprouvée? Quel devoir minimal les interlocuteurs doivent-ils consentir pour prétendre dialoguer? C'est à travers ces deux questions que le travail pour établir ce dialogue a lieu. Il montrera au patient que ce qu'il vit n'est pas «inhumain», mais au contraire profondément humain.

C'est dans un espace intersubjectif que les effets de la psychose se déploient. Si la personne psychotique a l'idée envahissante qu'il va se

passer quelque chose de terrible ou de grandiose, la recherche d'indices expliquant le caractère exceptionnel de l'instant présent l'occupe de manière obsédante. Rien n'est plus fortuit, l'instant est inscrit dans un destin dont les contours se précisent de plus en plus.

C'est de cela qu'il faudra parler et le Dialogue de Crise propose de revenir par le souvenir à l'expérience inaugurale.

La particularité la plus remarquable dans ce type d'interaction est que le patient n'est pas dans une demande d'aide vis-à-vis du soignant. Bien souvent, alors qu'il perçoit les tensions qui l'agitent, il ne les attribue pas à une maladie, mais à un évènement qui va se produire, dont il est l'acteur ou le témoin privilégié. Il ne s'occupe pas de traitement ou de médecine, mais de l'intervention de diverses forces publiques ou spirituelles. Nous sommes loin du dialogue habituel où le patient qui identifie à l'intérieur de lui une souffrance la décrit et la partage avec un soignant. Le Dialogue de Crise devrait permettre, en amont, d'approcher le phénomène qui a surgi chez le patient au début de l'épisode psychotique (voir plus loin la description des invariants de la psychose), phénomène inaugural que celui-ci n'a en général pas identifié clairement pas comme un objet mental causeur de trouble.

Le Dialogue de Crise devrait préparer à une prise de conscience de ce qui s'est passé entre le déclenchement de l'épisode et le moment présent, une prise de conscience du socle impalpable qui a suscité la construction délirante - et des moyens de la déconstruire.

Une sorte de traitement pré opératoire, car la suite sera largement du ressort du patient lui-même, de sa capacité à abandonner les bénéfices secondaires du délire pour reprendre le chemin de la réalité partagée habituellement par des êtres humains considérés comme libres et responsables.

# Comment réaliser le Dialogue de Crise

Le Dialogue de Crise sert à établir un premier contact avec le patient en psychose aiguë et l'encourage à rétablir un lien avec notre réalité. Il tente de donner sens à l'expérience psychotique.

Le Dialogue de Crise n'est bien sûr pas le seul moyen d'aborder le patient. Il est conçu pour être intégré dans la prise en charge habituelle.

'Au cours de la prise en charge, on peut cesser le Dialogue de Crise à tout moment, en particulier quand le soignant réalise que le patient n'est clairement pas en psychose aiguë. Pendant l'entretien il faut laisser du temps pour de brèves réparties. Si le patient ne répond pas du tout, le Dialogue de Crise est à dérouler en totalité en laissant plusieurs instants de pause entre les phrases. Ceci permet au patient de prendre son temps pour éventuellement répondre après quelques secondes de réflexion. Par contre, il ne faut pas craindre le monologue, et même si le patient ne dit rien, il est généralement à l'écoute. En revanche, si le patient est logorrhéique, il faut l'interrompre pour demander un moment d'attention et placer le Dialogue de Crise.

Il est essentiel d'admettre au départ la réalité de l'expérience pour celui qui la vit. Cette posture de base est un élément important du Dialogue de Crise.

On cherchera à avoir avec le patient des contacts courts (quelques minutes) mais fréquents (2 à 3 fois dans la journée. Dans le cours d'une crise psychotique, des périodes d'accalmie sont possibles mais ne signent pas une rémission totale. Le Dialogue de Crise ne cherche pas à remplacer la prise en charge habituelle, il la complète.

Dans la suite de ce manuel les **phrases «entre guillemets» et en gras** sont données à titre d'exemple. Il est recommandé de les utiliser telles quelles au début, car chaque mot a été soigneusement pesé (voir plus loin pour les élaborations possibles plus tard).

## Début de l'entretien

Commencer l'entretien avec le patient de manière habituelle, en se présentant avec son nom et sa position dans l'établissement, en demandant la raison de l'entretien, etc. En cas de forte suspicion que le patient vit un épisode de psychose aiguë (cf. page précédente: « Démarche initiale: est-ce que le patient est en Psychose aiguë? »), requérir l'attention du patient pour lui poser une question et passer à la première étape du Dialogue de Crise, « Aborder ».

## Aborder

Après avoir obtenu l'attention du patient, débiter tout de suite par la phrase "*Rappelez-vous comment tout cela a commencé: Est-ce que, à un certain moment, vous vous êtes trouvé(e) au centre du monde, en communication avec tout le monde?*"

L'expérience de "centralité« (se trouver au centre du monde), du point de vue du patient, n'est pas un symptôme mais une expérience réelle. Donc les phrases du genre «avez-vous l'impression que...», «croyez-vous que...» etc. sont à éviter. A ce stade, il faut accepter cette expérience comme réelle et éviter de parler de maladie.

Autre exemples de phrases abordant l'expérience de la psychose :

*Vous êtes en communication avec tout le monde, tout le monde s'intéresse à vous,*

*Vous n'êtes plus jamais seul, ça a commencé avec chacun et continué avec tous.*

*En communication avec tout le monde, tous, partout, les gens alentours et même ailleurs, vous êtes au centre de tout ce monde, au centre du monde.*

*Tout le monde pense la même chose, tous sont concernés par votre présence, mais personne ne vous en dit quelque chose.*

*Tout le monde s'occupe de vous et vous de tous !*

*Vous ne faites qu'un avec tous les hommes.*

Dans le cas où le patient exprime un «non» clair ou une phrase comme «Je ne suis pas encore à ce point », laisser du temps au patient et ré-évaluer la situation après quelques heures. Si l'impression de psychose aiguë subsiste, recommencer par la question du début (« Aborder »).

### Valider

Ce que le patient vit est une expérience réelle qui pourrait arriver à n'importe qui. Ceci peut d'abord être abordé par la phrase « *A votre place je vivrais la même chose.* » Par cette phrase il est possible de donner un sentiment de compréhension qui sera important pour la suite de la prise en charge. On insiste ainsi sur notre place en tant qu'être humain et pas seulement personnel de soin. Continuer alors avec la phrase « *Ce que vous vivez est important.* » , non seulement donner le sentiment de compréhension mais encore pour valider l'expérience comme importante et justifier le fait qu'elle sera abordée pendant les entretiens.

Autre façon de le dire :

*«C'est une vraie expérience, une expérience que les humains font parfois, certains l'ont déjà vécu, d'autres la vivront encore.*

### Dire

On aborde le rôle du mimétisme dans le phénomène de la psychose aiguë par la phrase:

« *Nous sommes tous en lien les uns avec les autres. Parfois, on ne sait plus qui imite qui, qui influence qui.* » C'est en imitant que, depuis la prime enfance, nous apprenons de notre environnement et des personnes qui nous entourent. Pour concevoir le trouble générateur de l'état psychotique, certains auteurs parlent d'une distorsion de la capacité de la personne à «résonner en accord avec le monde». Voir le chapitre sur «les invariants» plus loin.

Autres exemples de phrases proposant un début d'explication à l'expérience de la psychose :

*«En vous adressant aux autres, vous n'êtes pas toujours bien sûr de savoir qui de vous ou de d'autre a commencé.*

*«Dans la foule, au cinéma, dans le métro les gens font des signes, vous savez que tous ces signes vous sont adressés, c'est étrange, mais c'est ainsi.*

### Encourager

L'étape « Encourager » cherche d'abord à rassurer: « Je ne pense pas qu'il va se passer quelque chose d'important. »

Ou encore :

*«Ce qui se passe depuis un certain temps est surprenant, peut être inquiétant, mais je pense qu'il ne va rien arriver de grave*

Les patients ont souvent peur que quelque chose de dangereux va se passer, le soignant doit essayer de contenir cette peur. Au contraire, les patients s'attendent parfois à un événement grandiose où ils auraient un rôle central. La mention de « quelque chose d'important » convient aux deux types d'attente, anxieuse ou exaltée.

Ensuite, on invite le patient à penser aux moments où il n'était pas dans cette état psychotique: «Souvenez-vous, ça n'a pas toujours été ainsi.»

Les patients savent qu'il y a eu des phases moins intenses dans leur vie, où ils étaient des personnes ordinaires. Ils peuvent tenter de retrouver le mode de penser d'alors.

### Suivi du patient

En phase aiguë le Dialogue de Crise sert à initier les soins; il sert aussi à préparer le suivi du patient. Il peut faciliter un traitement précoce et éventuellement raccourcir cette phase aiguë. De surcroît, il peut aussi être utilisé après la sortie du patient de la psychose aiguë. Dans ces cas, la première question peut aider à repérer une éventuelle rechute. Pour le reste, il est important de prévoir le suivi habituel et complet pour le patient, avec traitement médical et, selon les cas, interventions psychosociales avancées.

## La science derrière le Dialogue de Crise

Le Dialogue de Crise a été élaboré par une équipe de soignants en Suisse romande, la Fondation Antenna à Genève et le Professeur Henri Grivois à Paris. D'un côté il s'appuie sur la théorie de l'agentivité d'Elisabeth Pacherie, basée sur l'observation que des psychotiques ont des troubles d'attribution des intentions.

D'un autre côté le Dialogue de Crise peut être compris sur des bases physiologiques, notamment celle des neurones miroirs qui sont activés de la même manière quand une personne agit ou quand elle observe cette action chez autrui. Salvador peint à partir de cela un modèle mimétique et attributionnel du soi-agent en combinant les faits mécaniques de l'imitation et la tendance de reproduire une activité mentale ou comportementale. Ce modèle est dérivé de celui du « miroir social ». Il serait aussi possible que la psychose se développe à partir d'une superposition d'aires corticales activées.

Henri Grivois lui-même décrit la psychose comme une «naissance à la folie». Ceci veut dire que toute personne peut entrer dans une psychose aiguë à tout moment. Avec les patients en psychose aiguë il a souvent été observé qu'ils essaient d'expliquer leur trouble interindividuel en projetant ce trouble sur d'autres personnes (« Ce n'est pas moi qui fait cette impression sur eux donc ça doit venir des autres »).

En intervenant le plus tôt possible il est possible de valider cette expérience comme expérience réelle et de créer une relation thérapeutique plus harmonieuse avec le patient. Ceci facilitera le suivi et, le cas échéant, autant que possible la déconstruction du délire.

«Le patient vit une expérience réelle – l'explication qu'attend de nous le patient, lui seul en détient les éléments »

É. Pacherie « Représentations motrices, imitation et théorie de l'esprit. Le cas de l'autisme », *Subjectivité et conscience d'agir. Approches cognitive et clinique de la psychose*, 1998, 207-243.

L.L. Salvador « La construction mimétique du soi-agent et les phénomènes de schizophrénie débutante », *Annales Médico Psychologiques*, 2008, 166, 620–626

B. Graz, G. Bangerter, A. Stantzos, H. Grivois, «Crisis Dialogue for Acute Psychotic State and Ethical Difficulties: What Do You Do When Trials Are Interrupted Because Clinicians Find the Intervention Too Effective?», *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, Volume 17, Number 1, 2015

## Les invariants de la psychose

Henri Grivois a décrit trois invariants de la psychose, synthèse tirée des récits de ce que les patients ont vécu au moment du déclenchement de la psychose::

- **Le trouble du mimétisme**  
*adressant la question: « Qui imite qui? »*

Normalement, le mimétisme reste largement inconscient. Il représente une fonction fondamentale pour l'apprentissage et la coordination des relations interpersonnelles..

- Dans un état psychotique, le mimétisme devient un acte conscient et ainsi dysfonctionnel qui mène à une indifférenciation subjective

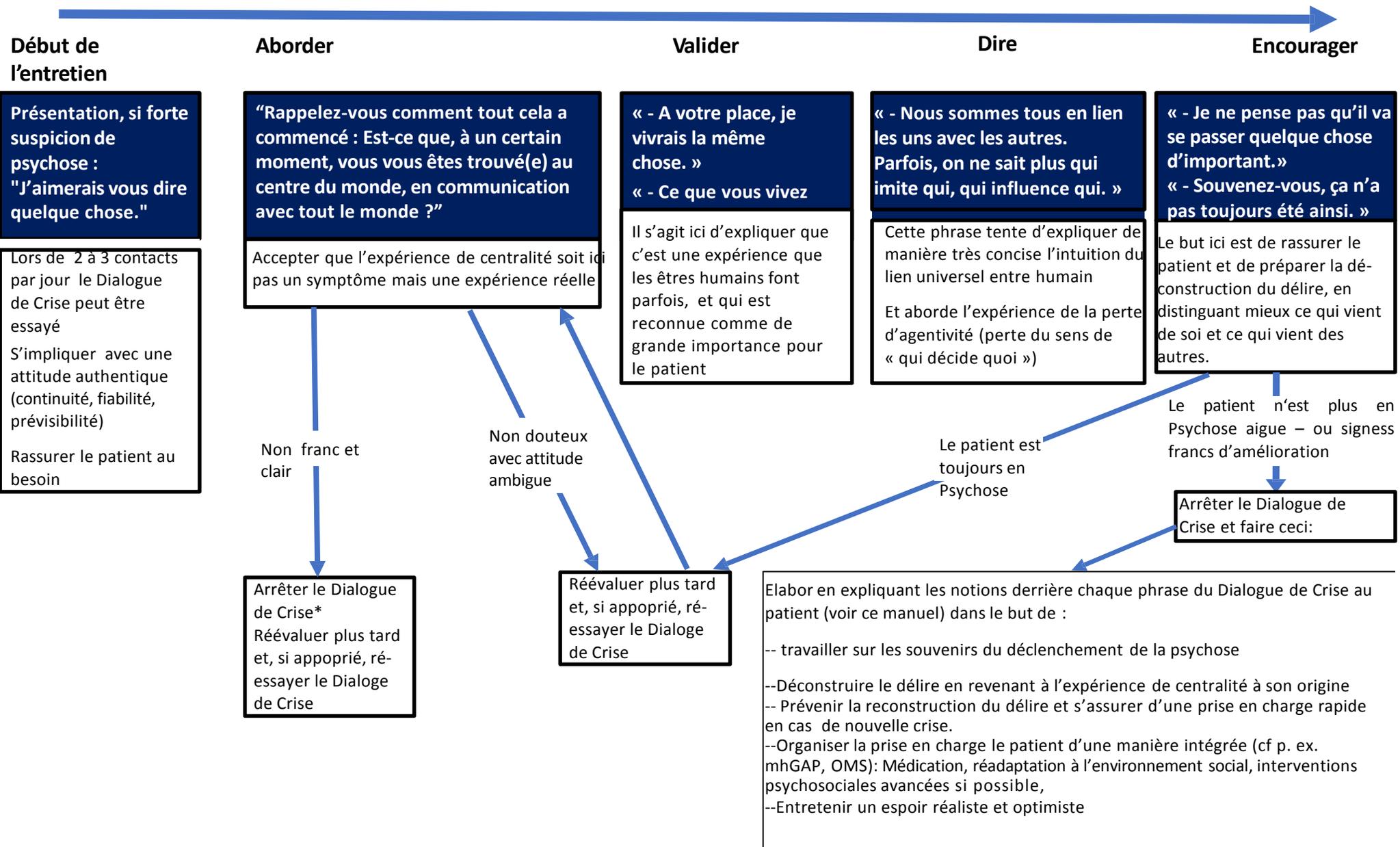
- **L'indifférenciation subjective**  
*adressant la question: « Qui de moi ou des autres est à l'origine de mes pensées, mes actes? »*

Les patients, bien que conscients de leurs gestes, ont l'expérience d n'avoir pas d'autorité pour leurs actes et leurs idées. Cette expérience étant d'habitude traumatique mais parfois excitante, il devient impossible de savoir qui déclenche les pensées, soit eux-mêmes ou d'autres personnes : La différenciation subjective disparaît.

- **Le concernement généralisé**  
*adressant l'expérience: « Partout je suis au cœur, au centre de l'attention de tous.»*

Le patient, étant envahi par le phénomène du mimétisme universel, perçoit que les autres êtres humains sont en lien avec lui, il est devenu le centre d'attention, le « centre du monde »; il est influencé par ou influence tous les autres. A ce moment, il voit des signes confirmant sa « centralité », souvent avec des interprétations délirantes qui incluent un destin exceptionnel et unique. La spécificité de l'expérience psychotique consiste en un concernement qui ne touche pas seulement les personnes autour de soi mais le monde entier.

# Dialogue de crise – une technique de communication en cas de psychose aiguë



# Annexe

Fiche résumée du Dialogue de Crise: à découper, plier, plastifier et conserver dans votre poche:

|  |  |
|--|--|
|  <p>PSYCHOSE/SCHIZOPHRÉNIE:<br/>Dialogue de Crise – Français.</p> <p>Aborder: « - <b>Rappelez-vous comment tout cela a commencé: Est-ce que, à un certain moment, vous vous êtes trouvé(e) au centre du monde, en communication avec tout le monde?</b> »</p> <p>En cas de réponse franchement négative, arrêter là et réévaluer plus tard</p> <p>Valider:</p> <p>« - <b>A votre place, je vivrais la même chose.</b> »</p> <p>« - <b>Ce que vous vivez est important.</b> »</p> <p>Dire:</p> <p>« - <b>Nous sommes tous en lien les uns avec les autres. Parfois, on ne sait plus qui imite qui, qui influence qui.</b> »</p> <p>Encourager:</p> <p>« - <b>Je ne pense pas qu'il va se passer quelque chose d'important.</b></p> <p><b>Souvenez-vous, cela n'a pas toujours été ainsi.</b> »</p> | <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Utiliser ce « Dialogue de Crise » (DC) tout de suite après les présentations. Eviter tout ajout du genre "avez-vous l'impression que...", "croyez-vous que..." etc.</li><li>-Dérouler le DC en laissant à l'interlocuteur de temps de brèves réparties.</li><li>-Si l'interlocuteur parle sans arrêt, ne pas hésiter à l'interrompre.</li><li>- S'il/elle ne dit rien, dérouler le DC.</li><li>-Le DC complète la prise en charge habituelle, il ne la remplace pas.</li><li>- Le DC peut-être répété 2 à 3 fois dans la journée, jusqu'à sortie de crise.</li><li>. Le DC est indiqué avec une personne en état psychotique aigu ; après avoir utilisé les phrases exactes, on pourra passer à une utilisation plus souple si on maîtrise la théorie.</li></ul> <p>(Elaboré par la Fondation Antenna et une équipe soignants en Suisse romande, avec l'aide de Henri Grivois, psychiatre urgentiste de l'Hôtel-Dieu, Paris)</p> |
|--|--|