

Consentir au dialogue

Outil spécifique d'entretien, le « Dialogue de crise » permet d'échanger avec le patient en état psychotique aigu, en lui permettant d'aborder l'expérience qu'il est en train de vivre. Cette prise en charge respectueuse de l'autre, et surtout de l'épisode central de la crise comme événement réel, favorise l'alliance thérapeutique.

La rencontre initiale avec le patient en crise psychotique est un temps fort, souvent déterminant pour la prise en charge ultérieure. À partir de notre expérience de soignants, nous avons élaboré une forme d'entretien particulier, le Dialogue de crise (DdC), véritable méthode qui induit une disposition particulière à l'écoute des personnes en pleine expérience psychotique. L'indication à utiliser les quatre étapes du dialogue de crise (voir tableau page suivante) trouve son fondement dans l'idée que certains aspects de l'expérience psychotique, particulièrement à son début, sont communs à la plupart des gens qui la vivent (Grivois, 2007). Les histoires cliniques présentées dans cet article sont une synthèse de plusieurs récits précisément documentés de professionnels ayant utilisé le dialogue de crise dans une unité hospitalière de psychiatrie aiguë et dans un service d'accueil et écoute téléphonique bénévole (1).

Gilles BANGERTER*,
Bertrand GRAZ**,
John LAURENT***,
Alexia STANTZOS****

* Professeur en soins infirmiers, Haute École de santé La Source, Lausanne (Suisse).

** Médecin, Département formation et recherche UNIL Lausanne (Suisse).

*** Infirmier en psychiatrie, unité Titan, Hôpital psychiatrique de Marsens (Suisse).

**** Professeure en soins infirmiers, Haute École de santé Vaud, Lausanne (Suisse).

QUAND LE TÉLÉPHONE SONNE...

À la troisième sonnerie, Agnès, bénévole du service d'accueil et d'écoute téléphonique décroche et se prépare à entendre une nouvelle demande d'aide.

Au bout du fil, les propos de la femme sont confus. Elle saute du coq-à-l'âne, parle doucement, la langue pâteuse. Il est cependant facile de repérer dans sa voix l'angoisse qui l'a poussée à appeler le service.

– « *Satan, éloigne-toi de mon chemin, tu n'as pas le droit de me prendre ceux que j'aime, tu n'es pas le plus fort, pas toujours...* »

Agnès écoute attentivement sans intervenir. Elle ponctue le récit de cette dame par des mots simples qui lui confirment sa présence.

– « *Satan m'a tout pris, il m'a pris mon amie, il va tout me prendre. Je vous en supplie, appelez les anges pour me protéger.* »

À cet instant, Agnès ressent une drôle d'impression. Elle décide de prendre la direction de l'échange et propose à son interlocutrice les termes du dialogue de crise : « *Êtes-vous au centre du monde, en communication avec tout le monde ?* »

La femme au téléphone acquiesce instantanément, mais ce qui surprend le plus Agnès, c'est que dans le même temps sa voix devient plus claire. Alors que jusque-là son discours était parfois incompréhensible, tout à coup elle parle distinctement. La suite du dialogue de crise se déroule sans que la personne au bout du fil n'interrompe Agnès, si ce n'est par les marques sonores de sa présence soutenue. L'appel ne dure qu'un quart d'heure, et ce n'est qu'au cours des cinq dernières

minutes qu'Agnès intervient, en prenant la parole et en déroulant le dialogue de crise. Les deux premiers tiers de l'échange sont réservés à accueillir la parole sans condition. En fin d'entretien, Agnès est frappée d'entendre la personne au bout du fil lui répéter à plusieurs reprises qu'elle a enfin trouvé « *quelqu'un qui l'a comprise* ». Et c'est la « dame du bout de la nuit » qui va conclure le dialogue en déclarant à Agnès qu'elles peuvent s'arrêter là, qu'elle se sent bien puisqu'elle a été parfaitement entendue.

LE RIDICULE NE TUE PAS

André et Agnès travaillent dans le même service d'accueil téléphonique. À leur demande, nous sommes allés leur présenter le dialogue de crise (Bangerter et al. 2009; Graz. 2011).

André ne sait pas très bien ce qui l'incite à utiliser le DdC. Il se souvient soudain que nous l'avions encouragé à suivre son impression d'étrangeté dans la rencontre téléphonique pour se lancer dans l'entretien. Cela fait plusieurs mois qu'un homme joint le service téléphonique la nuit. Il appelle de plus en plus fréquemment dans un crescendo qui commence à inquiéter les différents interlocuteurs du centre d'écoute.

« *Aborder l'expérience* », c'est ainsi que s'intitule la première étape du DdC, laquelle se traduit par : « *Êtes-vous au centre du monde, en communication avec tout le monde ?* » Cette question, pour celui qui est hors du vécu psychotique, est bien plus déroutante que pour celui qui vit profondément cette étrange expérience. La question touche exactement



© MICHEL BERBERIAN / Tête au manteau bleu — Acrylique et crayon gras sur carton — 50 x 65 cm.

Les étapes du Dialogue de crise (DdC)

Le DdC vise la réanimation du lien. Il est indiqué avec une personne en état psychotique aigu. Il est construit en quatre étapes, présentées sur une carte mnémotechnique recto/verso à glisser dans la poche. Ce « mémo » aide les soignants à être précis à un moment où chaque mot peut avoir un poids décisif pour le patient.

• Les repères

Aborder :

– « 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... », arrêter là et réévaluer plus tard.

Valider :

– « À votre place, je vivrais la même chose. » – « Ce que vous vivez est important. »

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 le début de la prise en charge, après les présentations.

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

– Dérouler le DdC en laissant au patient de brèves réparties. Éviter tout ajout du genre

« avez-vous l'impression que... », « croyez-vous que... »...

– Si le patient est logorrhéique, ne pas hésiter à l'interrompre.

– Si le patient est mutique, dérouler le DdC.

– Il est parfois plus adéquat de parler au passé, si l'épisode a déjà duré un certain temps (« quand cela a commencé, étiez-vous au centre... »).

– Après plusieurs jours, on pourra espacer et ne reprendre que certaines parties du DdC, en le mettant au passé et en élaborant.

– Après avoir utilisé les phrases exactes, on pourra passer à une utilisation plus souple de la théorie sous-jacente, admise au moins comme hypothèse de travail.

le cœur de ce qu'éprouve l'interlocuteur d'André. « À un certain moment, raconte André, il m'a dit qu'il était entouré d'énergie positive depuis que son voisin avait baissé les stores de son appartement. Je suis resté perplexe. Que dire ? J'ai alors cherché ma carte "mémo" (ci-dessus) qui précise les étapes du dialogue de crise. À la première question, sans me laisser le temps de reprendre mon souffle, cet homme a éclaté de rire ! J'ai aussitôt pensé que j'étais passé complètement à côté de la problématique. Je me suis senti un peu ridicule. » Or, entre deux éclats de rire, l'appelant confirme à André qu'il a compris ce qui se passe : « C'est exactement ça, oui c'est ça. » De toute évidence cette situation n'est pas pour lui une source d'angoisse absolue. André entame alors la dernière phrase du dialogue : « Souvenez-vous, ça n'a pas toujours été ainsi. » Cette fois, l'homme lui répond simplement « oui » et il ajoute : « Maintenant je suis fatigué, je vais pouvoir aller me coucher, merci beaucoup, merci beaucoup ! »

DANS LE DOUTE, ON DIALOGUE

Si ces deux échanges sont intenses, les interlocuteurs sont néanmoins séparés par la ligne téléphonique et ne se rencontrent pas physiquement. De plus, l'échange reste anonyme et n'engage pas de démarche thérapeutique. Apparaît ici toute l'importance pour ces appelants de rencontrer quelqu'un qui semble pouvoir parler précisément de ce qui occupe intensément leur vie. À aucun moment, ils ne demandent à aller au-delà, ils veulent trouver quelqu'un qui comprenne ce qui se passe : « Y a-t-il quelqu'un qui le sache ?

– Trouverai-je un interlocuteur qui ne soit pas surpris d'en parler avec moi ? »

Jamais ces personnes ne réclament une intervention urgente, elles prennent congé, comme soulagées d'avoir été entendu. De ces interventions téléphoniques et de quelques autres, des éléments reviennent régulièrement : ces personnes expriment leur soulagement et leur gratitude d'avoir été comprises.

L'écouter n'a qu'une notion assez vague des mécanismes par lesquels sa parole

est efficace. Quand nous utilisons un médicament, nous pouvons fort bien ignorer son mécanisme d'action – cela ne nous empêche pas de l'utiliser à bon escient. Le DdC est structuré à partir de quelques phrases à utiliser de manière exacte tant qu'on ne maîtrise pas la théorie sous-jacente. Elles sont construites de manière à être opérantes telles quelles. Ce sont des formules précises qui font sens pour celui qui les entend. Elles peuvent être lues à haute voix, récitées, montrées – peu importe, le résultat ne varie pas. Derrière ces quelques mots soigneusement choisis, la théorie sous-jacente existe ; la connaître permet certes de travailler de manière plus souple en construisant toutes sortes de variations en fonction des situations particulières. Mais de telles connaissances nécessitent un investissement en temps important et ce n'est pas nécessaire. Le noyau de cet outil clinique reste le même et deux heures de formation permettent de l'utiliser de manière adéquate.

Le DdC ne remplace pas les traitements classiques mais propose de prendre le temps, voire le risque, de la rencontre entre deux personnes, avant de considérer la crise psychotique ou suspectée comme telle comme les symptômes d'une maladie.

LA SURPRISE DE LUCILLE

Lucille a 22 ans. Elle vient d'être hospitalisée dans l'unité spécialisée pour jeunes patients psychotiques. Selon ses parents, chez qui elle vit, elle est fragile, réservée. Son visage fermé semble triste. Elle est indéniablement intelligente mais se trouve en difficulté dès qu'il s'agit de s'investir dans les relations humaines. Depuis trois ans, elle se sent à l'écart de toute vie sociale. C'est d'ailleurs pour ce type de difficultés qu'elle est suivie depuis l'âge de 17 ans. Le diagnostic médical retenu est celui d'état dépressif récurrent. Les motifs de son hospitalisation ne sont pas très clairs, il est question d'un conflit familial exacerbé. Il est très difficile de comprendre les tenants et aboutissants de cette soudaine tension intrafamiliale, seuls les comportements étranges et les attitudes menaçantes de Lucille envers ses parents vont décider ces derniers à demander son hospitalisation en milieu psychiatrique. Lucille est méfiante mais accepte cette décision. Elle perçoit rapidement les soignants qui l'entourent comme autant de persécuteurs. Elle se méfie des médicaments qui

lui ont été prescrits. Elle est passive, ne prend aucune initiative et passe de longs moments seule dans sa chambre. Trois semaines après son entrée à l'hôpital, sa situation se dégrade. Elle se sent très persécutée et se plaint de mauvaises odeurs qui émanent d'elle et de son environnement. Chaque entretien avec Lucille est un moment difficile. Les soignants se retrouvent face à une jeune fille sombre qui ne participe que « mollement » à la discussion. Elle se soumet aux différentes échelles d'évaluations qui lui sont proposées. Jean, infirmier, va utiliser le DdC. – « *Êtes-vous au centre du monde, en communication avec tout le monde ou quelque chose de cet ordre-là ?* »

Après les quelques politesses du début de l'entretien où Lucille s'est montrée réservée et méfiante, comme à son habitude, elle se redresse surprise et lance un regard perçant à Jean, assis en face d'elle. Après un silence marqué, Jean repose sa question. Lucille prend alors la parole : « *Je suis surprise d'entendre ça, je m'étais préparée à vos questions habituelles et à répondre aux mêmes questionnaires !* »

Jean déroule l'ensemble du dialogue de crise et valide l'expérience de Lucille comme vraie : « *À votre place je vivrais la même chose.* »

Il lui explique que nous sommes tous en lien les uns avec les autres et que, parfois, on ne sait plus qui imite qui, qui influence qui. Et enfin, il l'encourage à se souvenir que ça n'a pas toujours été ainsi. Le collègue infirmier qui assiste à l'entretien remarque que Lucille ne lâche plus des yeux son interlocuteur ; très attentive, elle se permet des mimiques qui soulignent les propos de Jean.

Au cours des entretiens suivants, Lucille se dévoile : « *Le monde joue avec moi, il me fait un traitement spécial par la pensée. Qui suis-je pour avoir un tel traitement ? Je me sens différente des autres, c'est parfois dur à gérer. J'ai peur que l'on découvre que je suis un imposteur. Je sais tout ça depuis que je suis adolescente, mais ça devient de plus en plus angoissant. Vers 11-12 ans je me sentais en sécurité, j'aurais voulu que cela ne change jamais.* » Elle raconte aussi : « *J'ai l'impression que l'on parle tout le temps de moi, il faut que je me cache, qu'on ne me voie pas. Je ne veux pas être mal jugée, observée, il faut que je reste cachée. Les gens peuvent lire en moi comme dans un livre ouvert, ils disent que je me fais un film, ils m'agressent.* »

Pendant trois semaines d'hospitalisation et en appliquant les méthodes classiques, Lucille est restée dans un état symptomatique stable sans évolution notable malgré l'introduction d'une médication antipsychotique (Risperdal® puis Séroquel®). Après cette période, elle est suivie une à deux fois par jour et les entretiens sont menés selon la méthode du DdC. Dès lors, ils prennent une tournure très différente. Lucille aborde des éléments de son monde interne, elle confie à son interlocuteur des bribes de son vécu étrange. Un lien de confiance s'établit entre Lucille et Jean. Le dialogue de crise se présente comme une possibilité forte d'engager la relation sur un terrain commun. Le soignant prend une position active en postulant qu'il sait quelque chose de ce qui est en train de se passer dans la vie de son patient.

Jean abandonne les attitudes de compassion et d'empathie pour aborder directement les éléments au centre du vécu de Lucille. Le message du dialogue de crise pourrait se résumer ainsi : « *Je sais quelque chose de ce qui vous occupe depuis quelque temps, vous savez le reste, il est temps de nous mettre ensemble et d'en parler. Profitons aussi de la terre d'asile qui vous est offerte pour se préserver de l'agitation que cela engendre en vous et autour de vous.* » Ce contrat de travail thérapeutique est négocié et devient un projet commun. Il n'est plus seulement la surveillance d'une maladie dont la responsabilité incombe aux soignants et prive du coup le patient de son autonomie. Lucille a très rapidement, et à la surprise de tous, noué un lien fort avec Jean. Ses rapports avec le reste de l'équipe et les autres patients de l'unité ont eux aussi progressivement évolué. Elle cherche le contact et vient spontanément à notre rencontre quand nous la croisons dans le parc de l'établissement. La sortie de l'hôpital est proche, Lucille sait maintenant ce qu'elle peut y trouver et aussi comment éviter, à l'avenir, une hospitalisation en urgence.

MORGANE, HYPERVITAMINÉE

Morgane a tout juste 19 ans. Elle ne dort plus, ne tient pas en place, est logorrhéique, ses idées se chevauchent. Son discours inquiète son entourage, elle vient de rater ses examens scolaires. Morgane n'a qu'un mot pour se décrire : « *hypervitaminée !* » C'est une véritable tornade qui s'abat sur le service hospitalier, elle

est partout, interpelle tout le monde. Morgane dit percevoir les rêves des autres patients quand ils sont au plus profond de leur sommeil, qu'elle est aussi capable de télépathie. Elle provoque dans l'unité un malaise palpable chez les autres patients et un peu de lassitude chez les soignants qui s'épuisent en attendant de la voir « faiblir ». Morgane est tantôt irritable, se fâchant bruyamment ; tantôt triste, exprimant ses états d'âmes par des sanglots appuyés.

Prendre quelques instants pour dialoguer avec elle tient de la haute voltige. Elle occupe plusieurs chaises sans pouvoir s'arrêter plus de deux minutes et remue sans cesse. Les entretiens sont très courts.

Le soignant référant de Morgane décide rapidement d'utiliser le dialogue de crise. La difficulté majeure sera d'interrompre Morgane pour glisser les éléments de la méthode dans le tourbillon de ses interventions colorées.

– « *Je suis quelqu'un de très important, j'ai une volonté à toute épreuve, j'aimerais que tout le monde soit capable d'autant de volonté que moi.* »

Elle ne marque pas de réaction aux divers éléments du dialogue de crise. Son référent insiste néanmoins et glisse ses commentaires à chaque fois que Morgane laisse un espace dans leurs échanges. Les jours se suivent, les entretiens sont chaotiques. L'intensité de l'agitation psychomotrice de Morgane décroît au fil des jours. Sa capacité à tenir un dialogue avec son entourage se renforce. Petit à petit, le projet de passer un week-end à la maison s'organise avec elle. À son retour de congé, ses parents relèvent un net apaisement. Morgane se montre attentive aux décisions qui concernent la suite de son hospitalisation et commence à parler d'elle dans les entretiens. Elle évoque ses peurs, ses hallucinations auditives qui lui parlent nuit et jour.

Puis, Morgane demande à son infirmier référant un entretien pour revenir sur un élément du dialogue de crise. Durant les trois jours où celui-ci a été utilisé, à raison de 1-2 fois par jour, Morgane n'a jamais réagi. L'infirmier a eu l'impression de prêcher dans le désert. Il s'est fait à l'idée que les éléments du dialogue de crise ne parlaient pas à Morgane, que l'expérience qu'elle vivait était trop différente. Morgane revient sans détour sur la question centrale de ce dialogue : « *Êtes-vous en communication avec tout*

le monde, au centre du monde? » Elle l'a bien entendue, cette question, dès la première fois. Impossible d'y répondre, mais dès cet instant, elle a perçu l'hôpital, ceux qui l'entouraient et ce qu'elle y faisait de manière différente. À partir de ce moment-là, elle a su qu'elle n'était

LE SAVOIR DES SOIGNANTS

Ces quelques exemples cliniques soulignent l'importance dès les premiers instants de la rencontre des notions d'accueil et de consentement. Comment devrait-on accueillir ces personnes aux prises avec leurs idées bizarres? À quoi devraient-elles consentir?

patient perçoit très souvent chez les soignants des attitudes de doute et de perplexité. Par la qualité de la relation soignant-soigné se joue la construction d'une alliance, d'un lien intersubjectif et social. Dans la sécurité du cadre hospitalier, les soignants disposent de bonnes condi-

“

Le fait de considérer comme une réalité phénoménale ce que vit le patient donne une intensité particulière à la relation. »

pas une « *exception humaine inexplicable* ». Morgane, un peu triste, un peu perdue, dont l'avenir était peut-être barré par l'échec aux examens scolaires, a compris que tout cela venait d'elle. Ce soignant, qui a mis le doigt sur sa certitude d'occuper une place unique au centre de tous, lui a permis de réaliser qu'elle n'était désormais pas seule à savoir! Un véritable travail psychothérapeutique pouvait commencer.

DÉCRIRE LE PHÉNOMÈNE

Aucune de ces histoires n'est identique à une autre. Aucun parcours n'a emprunté les mêmes chemins. Si toutes ces personnes ont eu à un moment ou un autre besoin d'aide, il est surtout devenu très important pour elles de rencontrer des soignants capables de leur dire précisément ce qu'ils savaient des événements inhabituels qui bouleversaient leurs vies. Si les phrases types du DdC sont invariablement identiques au cœur de la crise, c'est que le gros du travail thérapeutique n'est pas là.

Cette insistance à décrire le phénomène affirme l'importance de ce qui se passe pour le patient et inscrit très tôt les possibilités d'un travail commun. Dire les phrases du dialogue de crise oblige le soignant à changer l'angle de son intervention. D'observateur soucieux de l'évolution de la maladie, il prend le risque d'aller voir de plus près l'expérience du patient. Qu'il se rassure, ce dernier est là pour l'aider!

L'attitude de compassion, qui prévaut habituellement en face de personnes *a priori* inaccessibles à la rencontre, doit pousser les soignants à la curiosité. Ne savons-nous vraiment rien de ce qui se passe dans l'expérience que ces patients décrivent avec leurs mots, au plus fort du trouble psychotique? Les soignants régulièrement confrontés à ce type de phénomène en savent tous quelque chose mais souvent, ils n'en parlent pas ou peu. Ce sont toutes les personnes rencontrées et peut-être soignées au point culminant de la crise qui sont à l'origine des récits cliniques qui se racontent à la pause-café. Cette base de données d'expérience est très riche. C'est de cette richesse qu'a été tirée la « matière première » du dialogue de crise.

Pourtant, les connaissances scientifiques de la psychopathologie détournent les soignants de leurs priorités. Il ne suffit pas de recenser des manifestations symptomatiques, il faut aussi se dépêcher d'échanger sur ce qui se passe avec et autour du patient. Nous n'en sommes pas complètement ignorants, eux encore moins!

L'hospitalisation sous contrainte conditionne la rencontre. Consentir au dialogue inaugure peut-être une nouvelle ère de l'urgence psychiatrique.

Le point d'orgue du DdC est le respect de l'épisode central comme événement réel. Le fait de considérer, et de ne jamais revenir sur la réalité phénoménale de ce que vit le patient, donne une intensité particulière à la relation dès le premier entretien. Sans cette considération première, le

tions pour tenter d'établir le dialogue dès le premier jour de prise en charge des patients psychotiques. Les cas décrits précédemment montrent qu'on a parfois tendance à juger un peu trop vite comme « impossible » l'établissement d'un échange verbal thérapeutique. Nous nous sommes intéressés à cette question relativement peu étudiée : comment créer le lien avec des patients en psychose aiguë? Puisse les quelques expériences rapportées dans cet article apporter sur ce sujet un peu de lumière.

1- L'association suisse La Main Tendue regroupe 14 associations régionales indépendantes. Sans appartenance professionnelle, culturelle ou politique, elle travaille selon les principes de la Fédération internationale des services de secours par téléphone, IFOTES (International Federation Of Telephone Emergency Services). Les appelants s'adressent à des collaborateurs bénévoles bien formés. Ceux-ci les aident à surmonter des situations de crise (d'urgence ou durables telles que le risque de suicide, des conflits de travail, des conflits familiaux, des problèmes de dépendance, etc..) et à gérer les soucis du quotidien.

BIBLIOGRAPHIE

- Bangerter G., Stantzos A., Graz B., (2009) Parler pour éviter de délirer, In : *Santé mentale*, 142, 55-59.
- Graz B (2011) Épisode psychotique aigu : une nouvelle méthode d'entretien pour éviter la construction délirante? *Neurones*, 46, 7-9.
- Grivois H, Parler avec les fous. Paris, *Les empêchés de penser en rond*, 2007.
- Grivois H., (2007) Le point aveugle des psychoses, *Santé mentale*, 123, 66-72.

Résumé : À partir de son expérience clinique du vécu des patients en crise psychotique et de propositions développées par le psychiatre français Henri Grivois, une équipe suisse de soignants a élaboré un outil pour communiquer avec eux, le dialogue de crise (DdC). Cette méthode qui complète le processus thérapeutique habituel vise à favoriser l'alliance thérapeutique. Les auteurs décrivent ici plusieurs cas cliniques et l'utilisation de cette technique.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Cas clinique – Crise – Écoute – Entretien – Méthode – Psychose – Téléphone.