



DR



L'ENTRETIEN THÉRAPEUTIQUE PRÉCOCE EN CAS DE PSYCHOSE RÉCENTE OU AIGUË ESSAI DE SYSTÉMATISATION DE LA MÉTHODE DÉVELOPPÉE PAR HENRI GRIVOIS ET AL.

B. Graz*

INTRODUCTION

Pour la psychose aiguë, alors que la médication est en évolution constante, des propositions sur les autres aspects de la prise en charge restent assez rares. Cet article porte sur l'entretien en urgence, lequel devrait permettre de dépasser l'impression d'incohérence que donne le patient pour repérer la logique particulière qui est à l'œuvre et l'utiliser comme levier thérapeutique précoce — d'où son appellation d'entretien précoce. La problématique de l'entretien en urgence a été explorée très en détail par l'équipe de l'Hôtel-Dieu à Paris, sous la direction d'Henri Grivois. Les ouvrages de ce dernier donnent une vision très détaillée de la clinique des états psychotiques aigus (1, 2), mais aucun n'offre une description systématique de la

méthode d'entretien développée. Après une trentaine d'années de recherches, il semblait indiqué de tenter une synthèse pratique à l'usage des cliniciens.

L'objectif de l'entretien précoce tel que développé à l'Hôtel-Dieu est d'éviter l'évolution d'une psychose aiguë vers un délire chronique. Il se pourrait aussi que la méthode aboutisse à une évolution plus favorable d'autres indicateurs, comme la durée d'hospitalisation, la persistance de la rémission et la compliance médicamenteuse. Le but de cet article est de présenter un essai de systématisation de la méthode d'entretien précoce avec le patient en état psychotique aigu. Cet essai représente l'aboutissement d'une série de rencontres avec Henri Grivois, complétée par des observations de sa pratique clinique.

*Antenna, 29, rue de Neuchâtel,
1204 Genève, Suisse
Courriel : bertrand.graz@hospsvd.ch

ENSEIGNEMENT

L'entretien précoce est-il une méthode de soin qui peut être enseignée avec des moyens relativement limités ? C'est probable et l'investissement nécessaire pour la formation reste relativement modeste : il existe une expérience limitée de soignants qui ont appris à pratiquer l'entretien précoce en suivant un bref stage clinique après lecture soigneuse de la documentation disponible. Un enseignement pourrait être organisé comme suit : l'enseignement envoie à l'avance des textes préparatoires. Il intervient ensuite lors d'un après-midi passé avec les soignants. Il répond aux questions théoriques sur la méthode proposée, puis anime des exercices au cours desquels les soignants peuvent pratiquer l'entretien précoce. Il reste par la suite à disposition pour superviser les premières prises en charge par les soignants nouvellement formés.

OBSERVATION CLINIQUE

Il peut être intéressant de documenter l'évolution des patients exposés à un entretien précoce conduit selon la méthode proposée ici. Les points suivants, en rapport avec la symptomatologie des troubles de type psychotique, pourront être enregistrés au début et à intervalles réguliers (selon des échelles d'évaluation psychiatrique utilisées dans le service) : niveaux d'angoisse/de détente, d'agitation, de perplexité et d'exaltation, existence ou apparition d'un délire (qui, s'il se systématisait, franchement, imposerait l'arrêt des entretiens).

Les durées d'hospitalisation seront également enregistrées, ainsi que les autres traitements administrés et le taux de guérison après durées déterminées (guérison = zéro symptôme psychotique — le sentiment qu'il s'est passé quelque chose de réel n'est pas un symptôme !). Si le suivi est assez long (par exemple une année), le taux de rechute (*versus* persistance de la guérison) sera également un indicateur intéressant des bénéfices atteints avec la méthode utilisée.

Par ailleurs, les soignants noteront aussi leur utilisation (ou non — et dans ce cas pourquoi ?) de la méthode, pour chaque patient — et leurs opinions à son sujet.

L'étude clinique représente actuellement le standard pour établir l'efficacité d'une méthode de soin, qu'elle soit pharmacologique ou autre. À certains moments, l'acceptation et la diffusion d'une méthode comme celle de l'entretien précoce ne pourra probablement pas faire l'économie de ce fardeau de la preuve.

Après des résultats cliniques intéressants (évolutions observées meilleures que ne le laissait prédire le pronostic d'entrée), il peut être intéressant de préciser la magnitude des bénéfices attribuables à la pratique de l'entretien précoce aux urgences.

Il sera plus commode de tester, non pas la pratique en tant que telle (trop individualisée, trop multiforme pour former des groupes de traitement homogènes) mais l'effet de son enseignement. Un groupe comparatif sera choisi : autre établissement avec appariement, contrôles historiques, randomisation — les possibilités sont nombreuses — des statisticiens ou épidémiologistes devront être consultés pour établir un protocole rigoureux.

Quelles sont les spécificités de la méthode d'entretien présentée ici ? Tout d'abord, la méthode se base sur un certain nombre de connaissances théoriques récentes sur la psychose ; il s'agit notamment des domaines suivants :

- théorie de l'interaction psychomotrice et de la perturbation de l'attribution de l'action dans le déclenchement de la psychose (3) ;

- nouvelles acquisitions en neurophysiologie dans le domaine de la représentation de l'action (rôles des neurones-miroirs et de la copie d'efférence dans le codage pragmatique) (4) ;

- clinique de la psychose naissante (1) ;
- connaissances sur les particularités cognitives associées aux états psychotiques et prépsychotiques (5).

L'entretien précoce est structuré selon

une thématique précise. On verra qu'il ne s'agit pas simplement d'accueil ou d'empathie, et que les thèmes abordés sont très différents de ceux qui jalonnent l'anamnèse habituelle aux urgences de psychiatrie. La teneur de l'entretien proposé diffère aussi largement des approches psychothérapeutiques ou sociothérapeutiques proposées dans d'autres pays (6, 7).

Trois concepts clés constituent à la fois l'originalité de la démarche et son fil conducteur : les concepts de mimétisme inconscient, d'indifférenciation et de centralité psychotique. Le mimétisme désigne le phénomène de réciprocité sensori-moteur qui intervient en permanence dans les relations interpersonnelles et joue un rôle important pour l'apprentissage par imitation (langage, communication non verbale, gestes complexes, etc.). Le mimétisme est un phénomène permanent, involontaire et en grande partie inconscient. L'indifférenciation désigne le phénomène cognitif que le patient perçoit comme impression de ne plus être l'auteur de ses intentions (trouble de la représentation de l'action). La centralité psychotique est le terme employé par Grivois (2) pour nommer l'état subjectif global du patient en début de psychose aiguë...

Les éléments constitutifs de l'entretien précoce — questions, propositions, injonctions, etc. — sont autant d'outils dont l'usage doit être adapté à chaque cas. Selon mon expérience personnelle, une connaissance des bases théoriques citées plus haut et un peu d'entraînement permettent d'utiliser de façon efficace la technique d'entretien précoce dans pratiquement tous les cas de psychose aiguë, qu'il s'agisse d'un premier épisode ou d'une récurrence. La difficulté principale, au début, provient probablement de la position très particulière, dans laquelle le clinicien se trouve placé : une position de partenaire par rapport au patient, position déjà difficile à tenir en médecine somatique et certainement encore plus en psychiatrie. Néanmoins, une fois cette difficulté surmontée, selon notre expérience, l'évolution du patient et de la relation patient-soignant justifiait l'investissement consenti. À noter que ce guide a bénéficié de corrections proposées par Henri Grivois.

L'ENTRETIEN PRÉCOCE – UTILISATION, DESCRIPTION

Indication : l'entretien précoce peut être entrepris avec les patients admis pour un syndrome de type psychotique aigu (1^{er} épisode ou récurrence après intervalle libre) avec rupture récente dans le comportement quotidien, confirmée par une tierce personne.

Note : la méthode n'est pas une substitution aux traitements habituels, elle est administrée et utilisée en plus des éventuels traitements médicamenteux administrés selon les règles de l'art.

Entretien type (10 à 30 minutes)

N.B. : Toutes les phrases données entre guillemets doivent être comprises comme des exemples et ne représentent en aucun cas des formules à utiliser de toutes pièces.

A. Présentation et usage d'une notion clé, la centralité psychotique

Affirmer au patient : "Il apparaît qu'on est, d'une certaine manière, en communication avec vous. Tout le monde. En tout cas beaucoup de monde". On enchaîne avec la question clé : "Est-ce bien cela ? Vraiment tout le monde ou presque ?"

À cette question, le patient répondra, suivant le cas, de différentes manières, en bref, schématiquement par exemple :

- par le silence et la perplexité ;
- par un acquiescement discret ou franc ;
- avec une certaine réticence ;
- avec colère ("ne me posez pas de questions inutiles", "vous connaissez la réponse"...);
- par un "non" catégorique ;
- ou encore par une réponse de type "je n'en suis quand même pas là", "je ne suis pas complètement fou", "j'ai pensé cela une autre fois, mais pas cette fois", etc.

Pour tous les types de réponses, sauf le dernier et le "non" catégorique, revenir avec la même question un peu plus tard.

B. Valider et contextualiser l'expérience récente du patient :

Affirmer : "Je respecte votre perception, je ne dis pas que c'est faux, au contraire et je serais à votre place, je vivrais la même chose que vous".

Puis, au choix, l'une des phrases suivantes :

- "Vous avez le droit de penser cela" ;
- "Vous avez des raisons valables de penser cela" ;

- "Cela paraît insensé, mais il y a de bonnes raisons de penser cela" ;

- "Vous n'avez pas de trouble neurologique" ;

- "Quand vous irez mieux, vous vous direz sans doute : ce psychiatre était fou".

Et encore, au choix, des phrases comme :

- "Ce qui vous arrive, vous arrive vraiment, c'est une vraie expérience" ;

- "Ce qui vous arrive est ce qu'il y a de plus important en ce moment" ;

- "Il se passe quelque chose de réel" ;

- "Ce n'est pas un rêve".

Et finalement :

"Mais souvenez-vous : cela n'a pas toujours été comme cela. Vous pensez aussi faire le chemin inverse et retrouver votre situation d'avant".

C. Proposer une explication fondée sur les notions décrites plus haut :

Expliquer : "Sans qu'on s'en rende compte, très souvent on s'imites les uns les autres. Et c'est tellement rapide qu'on ne remarque rien — et parfois on ne sait pas qui a commencé, on ne sait plus qui imite qui, qui influence qui".

Poursuivre : "Chez vous, il semble que le phénomène s'est déréglé. Comme si cette sorte d'imitation invisible était devenue générale. Du coup, tout le monde a l'air d'être en communication avec vous".

D. Proposer la suite du travail précoce, dans le sens d'une démarche de maîtrise fine des événements neurosensoriels du début de la crise :

Pour terminer, rassurer : "Vous pensez qu'il va se passer quelque chose de très important. On verra. Moi je ne pense pas. De toute façon nous sommes là si vous avez besoin d'aide. Je vous encourage à essayer de faire le chemin inverse, retrouver comment vous perceviez les autres avant, sans même y penser".

Fin de l'entretien. Rendez-vous pris pour un deuxième entretien après 3 heures, plus vite si nécessaire.

Les entretiens sont poursuivis selon le même schéma, en s'adaptant à l'évolution du patient, à raison de 2 à 3 par jour, pendant 1 à 7 jours, jusqu'à observation d'une amélioration cliniquement nette.

Les entretiens sont interrompus en cas d'apparition d'un délire organisé ou en voie de systématisation importante (culpabilité vis-à-vis de personnes précises et constantes d'un jour à l'autre, mission détaillée, perception d'un complot défi-

ni...) — ou en cas d'autre problème médical majeur.

RÉFÉRENCES

1. Grivois H. *Naître à la folie*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1991.
2. Grivois H. *Tu ne seras pas schizophrène*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2001.
3. Proust J. "Vers une genèse cognitive de la centralité. Réflexions à partir du travail clinique d'Henri Grivois". In *Mécanismes mentaux mécanismes sociaux*, sous la direction d'Henri Grivois et Jean-Pierre Dupuis, Paris, La Découverte, 1995.
4. Jeannerod M. "Recognition of action in normal and schizophrenic subjects". In *The Self in Neuroscience and Psychiatry*, sous la direction de Kircher T. et David A., Cambridge University Press, 2005.
5. Fournier A. "Entre affordance et agentivité : bases d'un nouvel outil". *Synapse*, 2004 ; 209 : 37-41.
6. Hogarty G.E., Greewald D., Ulrich R.F., Kornblith S.J., DiBarry A.L., Cooley S., Carter M., Flesher S. "Three-Year Trials of Personal Therapy Among Schizophrenic Patients Living With or Independent of Family, II : Effects on Adjustment of Patients". *American Journal of Psychiatry*, 1997 ; 154 : 1 514-24.
7. Carpenter W.T. "Evidence-Based Treatment for First-Episode Schizophrenia ?" *American Journal of Psychiatry*, 2001 ; 158 : 1 771-73.

