

OPEN DIALOGUE : ESPOIR DE RÉTABLISSEMENT DURABLE

Conférence virtuelle, Journées de la schizophrénie 2022

Carlos León¹

Nous allons présenter l'approche psychiatrique Finlandaise "Open Dialogue", la situer dans le contexte de son origine dans les années 80, décrire brièvement ses principes, sa vision, son esprit, dire pourquoi cette approche apporte de l'espoir aux personnes en souffrance psychique, aux familles et aux proches et inspire aujourd'hui des équipes dans plus de 35 pays. Enfin, nous allons répondre aux questions.

1. Introduction

Les situations de détresse psychique ont ce pouvoir d'ébranler nos certitudes, nous questionner et nous toucher profondément dans notre humanité. En tant que proches ou professionnels, face à l'adversité psychique, nous faisons le mieux selon nos logiques et dans le respect à la dignité des personnes qui traversent ces souffrances.

Comme agir le mieux est une question qui traverse l'histoire de la psychiatrie. Dans les années 80, une équipe de professionnels de la région de Laponie Occidentale, à l'hôpital de Keropoudas, Tornio, ont participé à des recherches nationales sur la schizophrénie. Ils se sont questionner sur leur manière de faire ! Ils ont étudié ces interventions heureuses et moins efficaces, et corrigé leur attitude en fonction de leurs évaluations. Progressivement cette voie de recherche a permis à cette équipe, d'obtenir de résultats exceptionnels pour les crises psychiques². Les études³ de suivi effectuées à 2, 5, 10 et 20 ans confirment que :

- *Huit de dix personnes (85 %) retournent à la vie active ou à leurs études sans que le parcours de soin détermine leur parcours de vie.*
- *Il se produit une diminution très importante de la chronicisation, les personnes ayant suivi l'Open Dialogue présentent moins de dépendance aux services et aux allocations de handicap.*
- *Dans les cas où la prise de psychotropes s'avère nécessaire, ils maximisent les chances que la prescription soit temporaire et que sa gestion soit faite en collaboration, dans les moments où elle peut aider.*

La région où l'Open Dialogue est pratiquée, est passé de celle "ayant la plus haute incidence de schizophrénie en Europe", à celle "ayant la plus basse". Le nombre d'hospitalisations est fortement réduit. Aujourd'hui, la région a besoin à peine de 32 % du budget d'autres régions qui travaillent différemment.

Son efficacité, son respect et son éthique inspirent désormais des services dans 35 pays dans tous les continents. L'approche est recommandée par le comité des droits humains et figure dans les recommandations 2022 - 2030 de l'OMS. L'Open Dialogue a été candidat au Geneva Prize 2021, qui reconnaît dans les congrès mondiaux de la psychiatrie, les avancées dans ce domaine. Open Dialogue a des valeurs partagées avec ceux des mouvements des usagers de la psychiatrie. C'est une pratique respectueuse, non-coercitive, centrée sur la personne, qui constitue une alternative au modèle basé sur les déficiences⁴.

Il est peu connu dans les pays francophones. Nous œuvrons pour sensibiliser et faire des formations, en collaboration avec les personnes qui ont été à la base de l'approche en Laponie Occidentale.

2. Comment décrire l'Open Dialogue ?

L'Open Dialogue intègre à fur et mesure des éléments pratiques qui marchent le mieux dans les psychothérapies interactionnelles, ceux qui se montrent significatifs pour l'avenir des personnes en souffrance. Les réunions de traitement sont collaboratives. Elles cherchent à éviter les abus d'autorité, manifestes ou subtils, les effets iatrogènes ou nocifs des traitements, les mesures coercitives, l'imposition d'un pouvoir d'expert sur la vie de profanes. Il donne une place principale aux personnes et donne le temps aux changements. Il multiplie en réseau les ressources.

Dans une conférence internationale, un psychiatre américain résumait un aspect important de l'Open Dialogue⁵. Il a dit :

" C'est la manière dont je souhaiterais être reçu si jamais un jour, il m'arrivait d'être en difficulté psychique ".

Du même, Brenda FROYEN, une maman qui après la naissance de son troisième enfant s'est retrouvée dans un état de "psychose postpartum", a écrit "Psychotic mum", qui compile les rapports des infirmières, les journaux de ses proches et sa propre expérience, et relate dans un réquisitoire cinglant, la manière comme elle a été traitée en tant que patiente psychiatrique⁶. On le sait, les formes de traitement en vogue peuvent rajouter souvent du traumatisme⁷ à une situation en soi déjà difficile. Aujourd'hui rétablie, Brenda apporte aussi dans son récit un témoignage d'espoir et avance des arguments en faveur de formes plus humaines pour traiter les patients.

Suite à son expérience, elle propose quelques suggestions dans lesquelles se retrouvent quelques-uns des principes (voir tableau 1.) que l'Open Dialogue a rendu concrets :

- *"Impliquer dans la mesure du possible le réseau des proches du premier jour,*
- *Ne pas sur réagir et tolérer une certaine incertitude,*
- *Ne pas étiqueter ou juger, mais plutôt situer le contexte de la crise,*
- *Traiter l'autre comme un être humain en lui préservant le respect et la dignité et donner beaucoup de l'écoute,*
- *Focaliser sur les ressources et compétences et faire des décisions partagées où la voix de la personne est considéré comme une voix parmi les autres à égalité, etc."*

Tableau 1. Principes de traitement⁸

<p style="text-align: center;">Aide immédiate</p> <p>Service de crise 24 h, première réunion dans les 24 heures.</p> <p style="text-align: center;">Perspective de réseau social</p> <p>Ceux qui définissent le problème dans la mesure du possible sont inclus dans les réunions et dans le processus de traitement : famille, parents, proches, amis, collègues et autres autorités. Discussion et décisions communes visant à déterminer qui est au courant du problème, qui pourrait aider et qui devrait être invité ou non à la réunion sur le traitement. Toutes les choses relatives à l'analyse des problèmes, à la planification du traitement et à la prise de décision sont discutées ouvertement pendant que toutes les personnes présentes.</p> <p style="text-align: center;">Flexibilité et mobilité</p> <p>La réponse est adaptée aux besoins spécifiques et évolutifs de chaque patient et de son réseau social. Le lieu de la réunion est décidé conjointement, dans les institutions, à la maison, aux lieux de travail, aux écoles, aux polycliniques, etc.</p> <p style="text-align: center;">Responsabilité</p> <p>La première personne de l'équipe en être contacté est responsable de l'organisation de la première réunion. L'équipe prend en charge l'ensemble du processus quel que soit le lieu du traitement. Tous les problèmes sont discutés ouvertement entre le médecin responsable et l'équipe.</p>	<p style="text-align: center;">Continuité psychologique</p> <p>Formation d'une équipe intégrée, comprenant du personnel ambulatoire et hospitalier. La même équipe à l'hôpital et en ambulatoire. Des réunions aussi souvent que nécessaires et aussi longtemps que nécessaires. Dans la prochaine crise, le noyau est la même équipe. Ne pas référer la personne à un autre service (coordination de réseau).</p> <p style="text-align: center;">Tolérance à l'incertitude</p> <p>Promouvoir les ressources psychologiques du patient et de ses proches. Créer un contexte approprié à une démarche sécuritaire qui permet de tolérer l'incertitude. Eviter les décisions et les plans de traitement prématurés</p> <p style="text-align: center;">Dialogues ouverts</p> <p>L'accent est mis sur le dialogue - pas principalement sur la promotion du changement chez le patient ou dans la famille. Les histoires psychotiques sont entendues dans un dialogue ouvert avec toutes les personnes présentes. Le patient atteint quelque chose du "ne pas encore dit". Écouter ce que les gens disent et ne pas ce qu'ils veulent dire. Des nouveaux mots et un langage commun est créé.</p>
--	--

3. Fondements de l'Open Dialogue

Open Dialogue est une forme de psychiatrie humaniste composée de divers aspects.

Organisation des services - publics - en fonction des besoins présents et évolutifs des usagers. Les cinq premiers principes exposés dans le tableau 1. Font partie de cet aspect.

"**La pratique et les résultats d'abord**", Open Dialogue est une des approches les plus documentées sur sa propre amélioration pragmatique dans les résultats face aux situations concrètes. Il se caractérise par une pratique en réseau, mais peut se pratiquer en toute situation relationnelle. Plus qu'une méthode procédurale, Open Dialogue est une forme d'être relationnelle, le facilitateur de dialogues est attentif autant aux voix extérieures qu'à ses propres récits et résonances professionnelles et personnelles. Outre le travail particulier sur "le contenu" des récits, Open Dialogue **accompagne** "des processus" de résilience individuels et collectifs, il focalise et collabore à la mobilisation des ressources.

La vision et philosophie de l'Open Dialogue contrastent avec le récit prédominant sur la souffrance psychique. Il ne s'agit pas seulement de décrire ou de ranger les phénomènes perturbants, il faut chercher leur sens dans le parcours de vie. L'écoute inconditionnelle - l'implication relationnelle - ouvre la possibilité à des vraies expériences vivantes avec la personne. Le zéro risque relationnel ne fait pas partie de ses principes. On peut tenter d'organiser autour de la personne une intégration procédurale socio thérapeutique dans la communauté, mais elle ne marchera pas sans une participation réelle de la personne. Ce qui semble essentiel est cette relation sans jugement qui démarre sans connaissance - de la situation et de la personne - et se construit dans l'interaction !

Education et investigation. L'accompagnateur tient une part active dans le groupe, il est présent, ne peut pas s'extraire de cette réalité d'un mouvement émotionnel entre les participants et quoi qu'il fasse aura des influences sur la dynamique du réseau. La formation et la supervision sont des aspects très importants pour tous les membres des équipes pour découvrir le travail avec soi et les autres et intégrer ses propres ressources et valeurs. Il ne s'agit pas simplement d'une prolongation empathique de la relation avec le médecin. Les principes de l'Open Dialogue peuvent se comprendre en une heure, ils résonnent avec une certaine logique naturelle, mais sa mise en pratique demande une déconstruction progressive, un entraînement à la fois très simple et très particulier⁹.

Présent et future de la psychiatrie humaniste

Open Dialogue apparaît au décours d'études nationales sur la psychose et la schizophrénie, initiées en 1968 en Finlande par le psychiatre et ensuite professeur émérite Yrjö ALANEN¹⁰. La renommée mondiale de l'organisation des services publics de santé psychique finlandaise est due justement à son leadership dans :

- *La direction de plans et recherches nationales sur la schizophrénie ;*
- *Le développement de dispositifs de santé le plus efficaces pour l'amélioration et le dépassement des troubles psychiques ;*
- *La création d'équipes d'intervention précoces en psychothérapie individuelle et familiale ;*
- *La formation psychothérapeutique de tous les professionnels.*

Jeune professeur et directeur d'hôpital, ALANEN fait partie d'un groupe de jeunes psychiatres qui, plus tard, allaient fonder une approche de traitements humanistes pour la psychose¹¹, intégrant la thérapie individuelle et la famille et progressivement d'autres formes de thérapie émergentes.

Au-delà de l'explication théorique, la classification ou l'interprétation de symptômes, ces médecins cherchent des moyens concrets pour améliorer le sort des patients !

- *« L'intention de maintenir le contact avec la personne en crise, se désigne progressivement non seulement comme un engagement personnel éthique ou un acte héroïque, dans la tolérance de l'agitation, les cris, les jurons, etc., mais comme une clé pour des surprenants rebondissements dans l'amélioration de la condition de la personne ! Müller 1961 cité par Ch. Müller en Alanen et al. 2006¹² »*

Open dialogue en donnant un lieu équitable d'expression et d'écoute aux voix des personnes se fait ainsi, digne héritier de ce mouvement psychiatrique humaniste. Cette forme engendre une forme différente d'être expert, qui contraste déjà à l'époque, avec celle objectiviste et distante des orientations d'une médecine biologique et de ses méthodes organicistes, des cures de sommeil, de l'insuline, et des électrochocs. Le rapprochement de ces deux visions ne va pas de soi, "a more integrated development between psychological and biological standpoints apparently had to wait for its time"¹³!

Avec la prédominance progressive des thérapies pharmacologiques et des promesses neurobiologiques ou génétiques, les relations entre ces deux grandes cultures psychiatriques se sont polarisé, dans un rapport de force inégal. Dès 2016, des recommandations ont été effectuées que pourraient bien laisser présager que le temps attendu par ses pionniers serait en train d'arriver.

Au niveau pragmatique, en fonction du bien-être, du mieux-être des personnes, un dialogue ouvert entre ces deux attitudes s'avère nécessaire. Les attentes de la population ne peuvent qu'aller dans cette direction.

Même et surtout dans les situations les plus extrêmes, la personne en difficulté a besoin de continuer à se sentir « humain parmi les humains », à être écoutée et respectée dans ses vécus singuliers. La personne en souffrance a besoin que l'on apprécie ses efforts et ses luttes intérieures avec ses contradictions, que l'on écoute son récit de manière inconditionnelle

et que l'on valorise ses ressources. Etablir ce rapport est fondamental. La souffrance, la confusion, le sentiment d'atteinte à la dignité de la personne qui se sent elle-même déracinée, prônent une attention tolérante et humaine.

-
- 1 Dr en psychologie, psychothérapeute, superviseur & formateur en Open Dialogue. www.odformation.org. carlos.leon@odformation.org. Genève, Suisse.
 - 2 En occident, c'est R. Whitaker, un journaliste médical intéressé par les questions d'efficacité et d'éthique des interventions de la psychiatrie moderne qui a fait mieux connaître l'Open Dialogue, en le citant dans un de ses livres. Il est le fondateur du site www.madinamerica.com un journal -web pour la révision critique de l'institution psychiatrique et le progrès dans ce domaine.
 - 3 Etudes de suivi téléchargeables sur la page de documents en www.do-ge.ch : <http://www.do-ge.ch/le-do--principes-documents--liens.html>
 - 4 WHO (2021). Guidance on community mental health services : promoting person-centered and rights-based approaches. ISBN 987-92-4-002570-7 (electronic version). (svp ajouter les autres ressources)
 - 5 Christopher Gordon MD Psychiatry Harvard school (à vérifier).
 - 6 Le site de B., Froyen : <https://www.brendafroyen.be/>
 - 7 Document issue d'un groupe de travail multi acteurs, HUGE, Genève. Téléchargeable sur le site du www.grepsy.ch : http://www.grepsy.ch/uploads/1/3/9/9/13993272/debriefing_2007.pdf
 - 8 Olson., M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in open dialogue : fidelity criteria. Document en anglais et français téléchargeable en : <https://www.dialogueformation.com/>
 - 9 Informations sur les formations en France, à Paris : <http://www.odformation.org/> ou www.u-p-asso.fr et sur email : formations.opendialogue.france@gmail.com
 - 10 <http://www.isps.org/index.php/isps-membership/isps-honorary-members/item/39-yrj%C3%B6-alanen>
 - 11 The international society for psychological and social approaches to psychosis. Sur Alanen, Y. en <http://www.isps.org/index.php/isps-membership/isps-honorary-members/item/39-yrj%C3%B6-alanen>
 - 12 Alanen, Y., Silver, A-L., Gonzalez de Chavez, M. (2006). Fifty years of humanistic treatment of psychoses. ISPS.org
 - 13 Alanen, Y., Silver, A-L., Gonzalez de Chavez, M. (2006). Fifty years of humanistic treatment of psychoses. ISPS.org