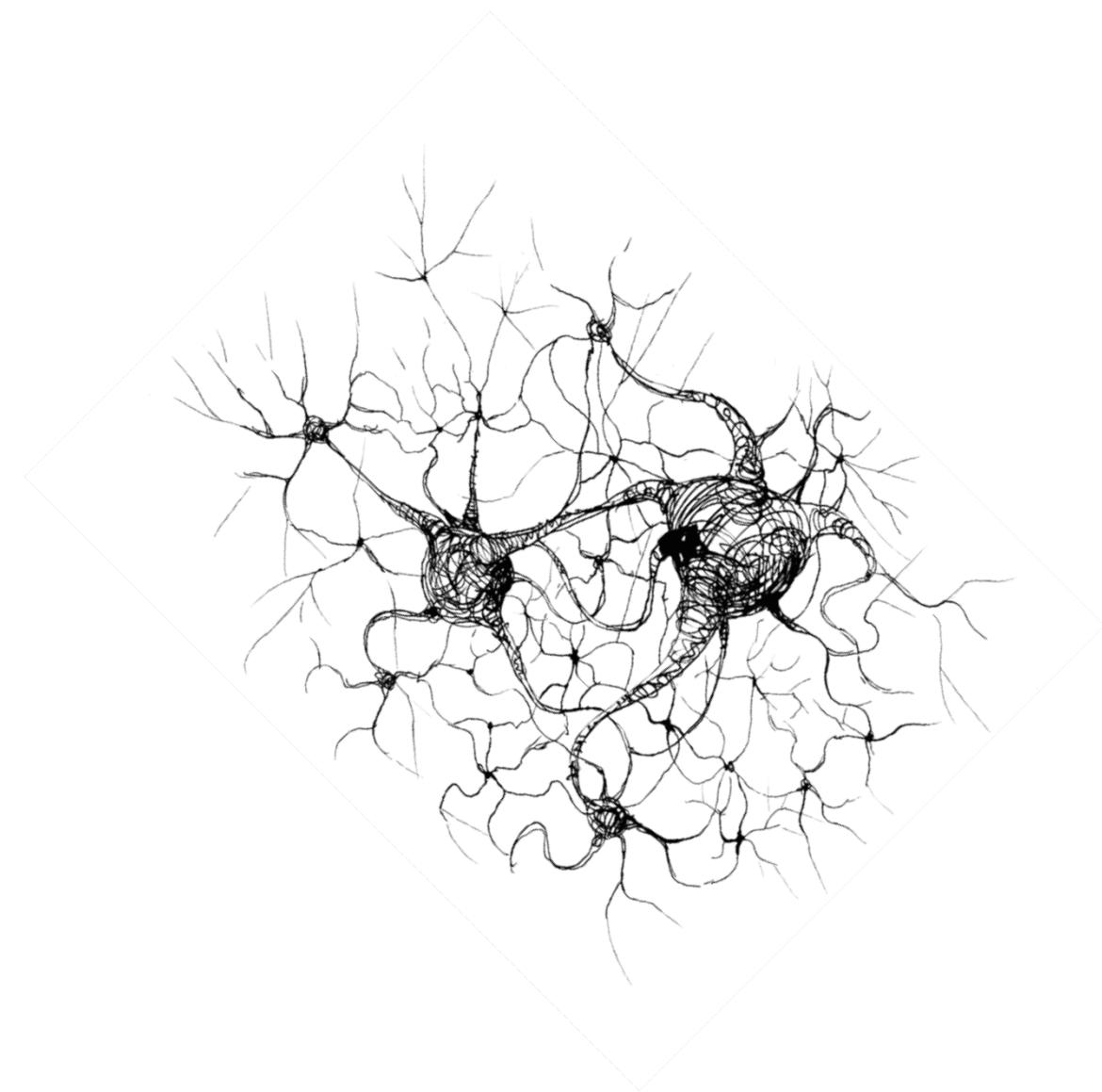


Dialogue ouvert

Béatrice Cordonier



Université de Genève
DAS – Psychothérapie systémique
Mémoire final 2015

Résumé : Ce mémoire présente la transformation d'un système de soin psychiatrique initiée par une équipe de « thérapeutes-chercheurs » dans le nord de la Finlande afin d'améliorer la prise en charge de personnes vivant un premier épisode psychotique. Issue de la thérapie systémique, cette approche appelée « Open Dialogue » a réorganisé la prise en charge des patients autour de *réunions de traitement* tenues par une équipe de soignants pluridisciplinaires composée de deux à trois professionnels d'unité hospitalière différentes (intra- et extrahospitalier) en fonction des problématiques présentées par le patient, équipe qui aura la charge de ce suivi sur le long terme. Ces réunions composées des différents acteurs concernés par ce moment de crise, c'est-à-dire autant les professionnels que les proches, ont pour but d'ouvrir une discussion dialogique avec tous les participants afin de co-construire en séance une nouvelle lecture de la situation et de décider d'un plan de traitement qui sera constamment ajusté aux besoins du patient et de ses proches. Pour déterminer si cette approche a été suivie, sept critères sont requis : répondre immédiatement à la demande d'aide, inclure le réseau social du patient, rester flexible aux besoins spécifiques et changeant du patient et de sa famille, prendre la responsabilité du suivi, garantir la continuité, tolérer l'incertitude et générer un dialogue ouvert.

Mots clés : Thérapie systémique, système de soin psychiatrique, postmodernisme, recherche-action, dialogisme et polyphonie.

Remerciements : Je tiens tout particulièrement à remercier Sarah Ait Ghezala-Rossier, Vijé Franchi, Pascale Grivel, Samantha Granger et le professeur Marco Merlo pour leur précieuse aide.

Table des matières :

1. Introduction et présentation du sujet	4
2. Revue de la littérature.....	5
2.1. Les recherches sur l'efficacité de l' « Open Dialogue » dans le traitement des premiers épisodes psychotiques	5
2.2. Historique de la mise en place de l' « Open Dialogue »	7
2.3. Les 7 critères qui composent l'« Open Dialogue »	11
1. Répondre immédiatement à la demande d'aide	11
2. Inclure le réseau social du patient	12
3. Rester flexible aux besoins spécifiques et changeant du patient et de sa famille	13
4. Prendre la responsabilité du suivi	14
5. Garantir la continuité	14
6. Tolérer l'incertitude	15
7. Générer un dialogue ouvert	16
Une vision du monde postmoderne	17
Le système thérapeutique de l'« Open Dialogue »	19
La position de l'équipe thérapeutique	21
Le processus thérapeutique	23
3. Analyse et discussion du sujet en regard de la littérature présentée	27
4. Annexe	33
5. Références bibliographiques.....	34

Mixer des proverbes

(...) Procurez vous un bon recueil, ou bien cherchez en ligne le site à proverbes qui vous convient. Dès que vous en avez un petit stock, l'expérience peut commencer.

Elle consiste à couper et coller pour obtenir de nouveaux proverbes à partir de ceux qui existent. Exemples de résultats : « Ventre affamé n'amasse pas mousse », « Pierre qui roule n'a pas d'oreilles ». Ou bien : « Qui veut noyer son chien perd sa place » (...)

Si vous vous amusez ainsi, gratuitement, vous découvrirez surtout, au passage, une des propriétés du sens : il n'est pas donné, fixé, assigné à résidence une fois pour toutes. Il se fabrique, se déplace, surgit d'éléments disparates, là où on ne l'attend pas. (...)

Roger-Pol Droit

1. Introduction et présentation du sujet

Voilà bientôt 10 ans que je fais partie du Comité d'organisation d'un Réseau d'Entraide sur l'Entente de Voix à Genève, le REEV. Cette association, comme les autres réseaux dans le monde affilié à Intervoice, tend à promouvoir toute approche thérapeutique qui travaille à donner un autre sens aux hallucinations que celui d'un simple symptôme psychotique à éliminer. En 2012, lors d'une rencontre internationale à Cardiff aux Pays de Gall, nous avons eu connaissance d'une nouvelle approche finlandaise, issue de la thérapie systémique, appelée « Open Dialogue ». Les grandes lignes de cette approche ainsi que ses résultats vis-à-vis du traitement de premiers épisodes psychotiques peuvent être découverts dans un film qui porte le même nom, réalisé par Daniel Mackler, psychothérapeute new-yorkais. Intéressés par leur démarche, nous avons alors commencé à faire connaître et à animer des discussions autour de cette thérapie en Suisse et, en particulier à Genève, tant dans les associations qu'aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Je saisiss l'opportunité de ce mémoire de fin de DAS¹ en thérapie systémique pour présenter cette approche, ainsi que pour réfléchir à une possibilité de s'en inspirer pour questionner et enrichir la prise en charge thérapeutique dans notre contexte genevois. En effet, appliquer ce modèle, tel quel, semble de premier abord difficile, car le cadre dans lequel l'« Open Dialogue » s'est développé est bien différent du nôtre. Il s'agit d'une région à l'ouest de la Finlande, en Laponie, au sud du cercle arctique. La majeure partie de la population (72 mille habitants) se trouve dans les 2 villes industrielles proches de la frontière avec la Suède, Kémi et Tornio. Il y a très peu de diversité culturelle, 90% de la population est finlandaise et de

¹ Diploma of Advanced Studies

religion luthérienne. Il n'y a pas d'autre soin psychiatrique dans la région que celui développé dans ce travail, et tous les frais médicaux sont entièrement pris en charge par l'Etat.

Ce travail repose sur de nombreuses lectures qui m'ont permis de mieux comprendre le regard novateur que cette approche pose sur le système de soin psychiatrique ainsi que les nouvelles pratiques qui en ont découlé. En préambule, je présenterai les résultats de cette méthode en évoquant, à titre indicatif, des résultats issus de prises en charges thérapeutiques différentes. Je poursuivrai par l'historique de la transformation de son système de soin en psychiatrie, puis la présentation des 7 principes de base de cette thérapeutique avant de clore par une discussion autour de l'application de ce modèle dans d'autres contextes culturels.

2. Revue de la littérature

2.1. Les recherches sur l'efficacité de l' « Open Dialogue » dans le traitement des premiers épisodes psychotiques

Les résultats de l'approche «Open Dialogue » (OP) peuvent se découvrir dans de nombreux articles (Seikkula & al., 2006, Aaltonen & al., 2011, Seikkula & al., 2011) ainsi que dans un livre « Dialogical Meetings in Social Networks » (Seikkula et Arnkil, 2006). Ces recherches de type qualitatif ont été réalisées pour analyser et améliorer les suivis thérapeutiques dans cette région. Elles entrent dans la famille des recherches-actions, c'est-à-dire des recherches qui ont pour but de proposer des modifications de l'objet de recherche après une analyse de la situation, puis d'évaluer leurs effets. Les critères habituellement appliqués dans les recherches quantitatives, comme la randomisation² de la population étudiée, sont dans ce cas peu pertinents, car ces recherches s'inscrivent dans une réalité de terrain et ne cherchent donc pas à généraliser des résultats obtenus. De ce fait, pour la recherche sur l'efficacité de la prise en charge thérapeutique, présentée ci-dessous, l'échantillon qui la compose comprend tous nouveaux cas de psychoses non affectives, selon les critères diagnostiques du DSM III-R entre 1992 et 1997. Au total, 75 patients des 90 invités ont participé à cette étude³. Afin de tester cette approche, l'équipe « Open Dialogue » a voulu évaluer le pourcentage de patients qui, après cinq ans, se sont rétablis. Cependant, il faut tout d'abord préciser que la question du

² Répartition au hasard des participants afin de réduire l'interférence de variables autres que celles étudiées

³ Deux ont été exclus ayant débuté un traitement ailleurs, trois ont refusé de participer, dix n'ont pas pu être recontactés pour cause de déménagement ou de décès.

rétablissement fait débat dans le monde scientifique. En effet, pour certains, être rétabli signifie simplement que la personne ne présente plus de symptômes psychotiques. Pour d'autre, il faut en plus qu'elle soit réinsérée socialement. Et finalement, pour les plus puristes, la personne doit aussi ne plus être sous traitement médicamenteux. Cette définition des critères à remplir, pour être conçu comme rétabli selon les recherches, détermine ce qui est évalué et modifie beaucoup le pourcentage des sujets considérés comme tel⁴. Dans le cas de la recherche qui nous concerne, l'équipe « Open Dialogue » a mesuré la présence de symptômes psychotiques, les facteurs reconnus comme ayant une influence sur le pronostic comme la durée de la période entre l'apparition des premiers symptômes et la prise en charge thérapeutique, la durée d'hospitalisation, le nombre de rechute⁵, la prise de médicament⁶, et des indicateurs évaluant les données sociologiques habituelles, c'est-à-dire l'âge, le sexe, le statut civil et la profession ainsi que l'obtention d'une rente d'invalidité. Les résultats obtenus montrent notamment qu'avec cette approche :

- la période entre l'apparition des premiers symptômes et la prise en charge thérapeutique est courte, environ de 3 mois (à titre indicatif, dans d'autres régions, cette période peut durer de 3 mois à 3 ans) ;
- la durée d'hospitalisation moyenne est courte⁷, 31 jours (durée de 110 jours selon une étude réalisée à Stockholm par Svedberg & al. (2001)) ;
- les rechutes sont peu nombreuses, 29% ;
- les neuroleptiques sont peu utilisés, 29% en ont reçu (93% pour l'étude de Stockholm cité ci-dessus) ;

et qu'en évaluant, après 5 ans, les critères qui déterminent s'il y a rétablissement :

- 82% des patients ne présentent plus de symptômes psychotiques (40% selon la recherche de Bertelsen et al. (2009)).
- 83% des patients ne sont plus sous traitement médicamenteux (25% selon l'étude de Stockholm)
- 86% des patients ont retrouvé un travail, en recherchent activement un ou poursuivent leurs études.

⁴ Par exemple, les chiffres dans la recherche de Bertelsen et al. 2009 passent de 40% de personnes rétablies si on considère comme seul critère celui de l'arrêt des symptômes psychotiques à 18% en incluant le critère de l'intégration social.

⁵ Influence dans le sens où plus la durée est courte pour les deux premières critères et moins il y a de rechute, meilleur sera le pronostic

⁶ Critère, généralement conçu comme améliorant le pronostic, mais qui sera remis en question par cette recherche comme nous le développerons plus loin.

⁷ Résultat renforcé par un nombre d'hospitalisation faible comme le montre leur chiffre de 1988 : 40% de patients sont non hospitalisés

- 81% de patients ne reçoivent pas de rente d'invalidité (contre 38% pour Stockholm).

En résumé, il y a autant de nouveaux patients diagnostiqués schizophrènes dans leur région que dans d'autres régions du monde. Après un suivi par cette approche, seul 18% correspondent toujours à ce diagnostic basé sur la présence de symptômes psychotiques, 17% restent sous traitement médicamenteux et 19% reçoivent une rente d'invalidité⁸. Ces chiffres permettent de montrer que le pourcentage de rétablissement, selon une définition restrictive, serait particulièrement élevé dans cette approche, c'est-à-dire 81% contre, par exemple, 18% selon Bertelsen et al. (2009)⁹.

Au vu de ces résultats, il semblerait donc que l'« Open Dialogue » n'a pas un effet préventif en diminuant le nombre de personnes souffrant d'un trouble schizophrénique, mais que cette approche permettrait d'éviter, pour un bon nombre de personnes qui présentent une symptomatologie psychotique, de devenir des patients chroniques.

2.2. Historique de la mise en place de l'« Open Dialogue »

Avant de développer plus précisément cette approche, abordons son historique. Depuis la mise en place sur le marché des neuroleptiques dans les années 50, il a été rapidement admis que leur prescription pour le traitement des psychoses était nécessaire, voire obligatoire afin de réduire les symptômes positifs¹⁰ du trouble, fait confirmé par de nombreuses recherches et que ces médicaments pouvaient constituer le seul traitement (Whitaker, 2010). Parallèlement à cela, quelques personnes dans le monde ont continué à croire et à traiter les personnes souffrant de psychose à l'aide de psychothérapies comme en témoigne l'approche « Soteria » du Docteur Ciompi à Berne dans les années 80. Depuis les années 60, à la clinique psychiatrique de Turku, au sud de la Finlande, ce fut le professeur Alanen, psychiatre et psychanalyste, qui travailla avec son équipe afin d'améliorer la prise en charge de patients schizophrènes. Ces améliorations étaient guidées et validées par des recherches-actions. En termes de changement, il introduisit tout d'abord un suivi psychothérapeutique individuel, de type analytique, lors de l'hospitalisation puis, quelques années plus tard, des suivis

⁸ La quasi totalité des personnes qui continuent à avoir des symptômes psychotiques sont sous traitement médicamenteux et reçoivent une rente.

⁹ Recherche qui définit le rétablissement comme absence de symptômes psychotiques et insertion social en n'incluant pas comme critère l'arrêt de la prise de médicament.

¹⁰ Sont entendus comme symptômes positifs les hallucinations, délires, ou pensées désorganisées par exemple

systémiques suivant les principes de l'école de Milan. Parallèlement à cela, il développa un réseau de soin extrahospitalier et organisa, dès le début de la prise en charge, des rencontres thérapeutiques avec le patient et ses proches afin de :

1. obtenir et partager des informations sur le problème et la crise (fonction informative)
2. voir *in vivo* le fonctionnement familial et orienter le travail thérapeutique (fonction diagnostique)
3. apporter de l'aide à la famille dès les premiers rendez-vous (fonction thérapeutique).

Ces rencontres permettaient aussi d'initier des discussions entre professionnels, en présence de la famille, afin de choisir les suivis thérapeutiques pertinents et les réévaluer au gré des séances en fonction des besoins du patient et de ses proches. Cette innovation dans la prise en charge des patients donna le nom de cette approche appelé « Need-Adapted Approach » (NAA). Cette prise en charge visait donc à intervenir rapidement, en équipe, à mettre en place un traitement spécifique cohérent et continu en fonction des besoins du patient et de sa famille avec des visites à domicile, en s'appuyant tout d'abord sur leurs ressources et en adoptant une attitude thérapeutique ouverte et empathique autant lors de l'évaluation que du traitement.

Dans les années 80, suite aux résultats qui montrèrent une amélioration notable du pronostic des patients schizophrènes (Alanen, 1997), le Finnish National Schizophrenia Project promut cette approche dans différentes régions du pays en soutenant des projets de recherche. Ce mouvement fut le point de départ du futur « Open Dialogue ». A l'époque, l'ouest de la Laponie avait un des pires scores mondiaux de cas de schizophrénie (Seikkula et al. 2006). Désireux d'améliorer sa prise en charge, le système de soin en psychiatrie de Laponie, composé alors de l'unique hôpital psychiatrique de Keropudas, évoluera en trois temps pour mettre en place l'approche NAA en contrôlant aussi leurs résultats à l'aide de recherches-actions. En 1984, l'équipe en charge du projet¹¹ initia le premier changement : l'organisation à l'hôpital de *réunion de traitement* avec le patient et sa famille, réunion durant laquelle le suivi du patient commença à être discuté ouvertement. En 1987, elle ouvrit à l'hôpital un service de crise, chargé d'organiser pour chaque patient hospitalisé une équipe interdisciplinaire de deux ou trois soignants¹² qui sera en charge du suivi. Et, finalement en 1990, l'hôpital se compléta de cinq centres de jours en ville et l'équipe en charge du suivi, composée dès lors de soignants intra et extrahospitaliers, devint mobile, organisant les *réunions de traitement* de préférence au domicile du patient ou dans un des centres de jour

¹¹ Dont Seikkula, Alakare, Aaltonen et Lehtinen, pour ne citer qu'eux.

¹² Médecins, psychologues, infirmiers et/ou travailleurs sociaux

voire à l'hôpital selon la gravité de la situation. Il résulta de cette transformation que le système de soin en psychiatrie a progressivement muté : de l'hospitalisation des nouveaux cas de schizophrénie vers une prise en charge à domicile. De 299 lits en 1983, l'hôpital n'en compta plus que 55 en 1992, passant de 4.2 à 0.8 lits pour mille habitants.

Cette volonté d'éviter les hospitalisations au profit d'un suivi à domicile donne une première explication quant à la diminution des jours d'hospitalisation citée ci-dessus. La deuxième explication vient du fait que l'équipe mise sur pied pour suivre un patient est composée de deux ou trois professionnels de différents services intra et extrahospitaliers. Cette mesure constraint les différents organismes à travailler ensemble, améliorant de fait la continuité et la cohérence de la prise en charge. Par ailleurs, l'ouverture de centres en ville ainsi que l'organisation de rencontres avec les proches au domicile du patient augmentent la visibilité de l'équipe soignante et faciliter l'accès au soin. Cette disposition donne une explication à la baisse du lapse de temps entre l'apparition des premiers symptômes et la prise en charge thérapeutique.

Au cours de ce changement de pratique, les initiateurs du projet ont pris conscience, comme cela a été le cas pour le professeur Alanen, que la question de la formation des soignants était centrale pour améliorer les prises en charge thérapeutiques. En effet, l'enseignement pratiqué à l'université, trop centré sur la personne porteuse du trouble et envisageant uniquement une prise en charge hospitalière, n'était pas suffisant, voire limitant, pour travailler selon leur nouvelle approche en construction. Par conséquent, dès 1989, l'équipe du futur « Open Dialogue » organisa dans sa région une année de cours d'introduction et une formation en thérapie familiale en cours d'emploi de 3 ans. Cette formation dont la teneur a été influencée par les principes de la NAA et par l'approche réflexive d'Andersen fut concoctée par l'Association Finlandaise en Santé Mentale.

Depuis, cette formation est dispensée à tous les intervenants du service, autant les médecins, les psychologues, les infirmiers, que les autres travailleurs sociaux afin que les prises en charge soient plus cohérentes et moins hiérarchisées. Ce faisant, elle a permis d'initier un changement de paradigme passant de la schizophrénie conçue comme une maladie intrapsychique et repérable grâce à ses symptômes, à la schizophrénie comme l'expression par un membre, d'un dysfonctionnement au sein d'un système familial. Les symptômes sont

alors conçus comme d'importantes sources d'information pour comprendre et agir afin de modifier le fonctionnement familial et ainsi le rôle du patient désigné.

En 1992, une nouvelle étape dans le développement de leur approche se dessina grâce à leur participation à une nouvelle phase de recherches appelée Acute Psychosis Integrated Treatment (API) conçue par le Finnish National Project pour tester le modèle de traitement finlandais NAA et pour évaluer le rôle des neuroleptiques dans le traitement des premiers épisodes psychotiques dans ce contexte de soin (Lehtinen et al., 2000). Six centres, séparés en deux groupes, ont participé à l'expérience : trois devaient traiter les nouveaux patients en crises psychotiques comme à l'habitude, c'est-à-dire en utilisant bien souvent les neuroleptiques dès le début du suivi (groupe contrôle) et trois autres, dont le système de soin de l'ouest de la Laponie, devaient attendre trois semaines avant d'introduire au besoin ce traitement médicamenteux (groupe expérimental). Les résultats obtenus ont confirmé que le NAA était, non seulement efficace pour traiter les patients vivant un premier épisode psychotique, mais que cette approche était encore plus probante sans l'utilisation de neuroleptiques dans les premières semaines du suivi. En effet, dans le groupe expérimental, une baisse du temps d'hospitalisation a été observée (chez 50.8% des patients contre 25.6% pour le groupe contrôle), une baisse du nombre de patients sous traitement médicamenteux ainsi qu'une baisse des doses prescrites (42,9% étaient sans traitement), corrélées à une baisse du nombre de patients qui continuaient à avoir des symptômes psychotiques après 2 ans de suivi (58.2% contre 41% pour le groupe contrôle).

Ce résultat concernant le traitement médicamenteux, corroboré par de rares recherches¹³, a amené l'équipe du futur « Open Dialogue » à remettre en question l'utilisation systématique de neuroleptiques pour traiter les patients présentant des symptômes psychotiques et à développer encore plus leur nouvelle pratique pour gérer différemment le début de traitement au moment où la crise est au plus fort. Par rapport aux chiffres présentés au point précédent, cette prise de position vis-à-vis de la médication explique le peu de patients traités par neuroleptiques dans leur approche. Elle semble être aussi une des clés, avec le changement de

¹³ En exemple, il y a la recherche réalisée par l'OMS afin de comprendre les raisons qui font que les pays pauvres ont un pronostic de guérison de la schizophrénie meilleur que celui des pays riches. Cette étude explique que cette différence serait due au fait que, dans les pays pauvres, les personnes souffrant de schizophrénie reçoivent plus de soutien au sein de leur famille et qu'elle ne peut être expliquée par une meilleure compliance au traitement vu que seul 16% des patients dans les pays pauvres sont sous traitement médical (Whitaker, 2010).

paradigme et la mise en place rapide d'un suivi souple et adapté en évitant les hospitalisations, pour empêcher que la situation devienne chronique.

Trouvant dans la recherche un outil primordial pour évaluer et améliorer leur pratique, ils poursuivirent jusqu'en 2005 celle initiée par l'API¹⁴. Leurs résultats s'améliorèrent progressivement jusqu'à obtenir finalement ceux décrit ci-dessus. Ce faisant, s'attachant à comprendre pourquoi certains de leurs suivis échouaient, ils ont constaté que la réussite de leur traitement tenait au fait de mettre en place durant les *réunions de traitement* avec le patient et ses proches, des moments de dialogue suffisamment ouvert pour qu'un sens nouveau puisse émerger, intégrant le vécu de chacun et surtout le vécu psychotique. Avec cette dernière étape dont est issue le nom de leur approche, l'équipe s'ouvrit au paradigme systémique de la deuxième cybernétique entrant dans une pensée constructiviste.

Grâce à ces années de recherches, l'équipe de l'« Open Dialogue » a pu donc développer une nouvelle approche aux résultats prometteurs et faire reconnaître leur travail grâce à leurs nombreuses publications. Ce faisant, ils ont aussi démontré que le pronostic, dans le cadre de trouble schizophrénique, est dépendant de la prise en charge.

2.3. Les 7 critères qui composent l'« Open Dialogue »

Nous allons maintenant chercher à mieux comprendre leur approche en développant les sept critères qui déterminent à leurs yeux qu'il y a eu un suivi caractéristique de l'« Open Dialogue ». Ceci amènera forcément à revisiter sous un autre angle certaines des données présentées ci-dessus.

1. Répondre immédiatement à la demande d'aide

Quand un patient, un proche ou une personne faisant partie du réseau du patient téléphone à l'un des services psychiatriques pour demander de l'aide, son appel est reçu par une permanence téléphonique tenu par les soignants, infirmiers, psychologues et médecins confondus. Le professionnel qui reçoit l'appel, va mobiliser un ou deux autres soignants intra- et extrahospitaliers pertinents pour la situation qui, avec lui, composeront l'équipe en charge du suivi. En parallèle, il organise dans les 24 heures une première *réunion de traitement*, de

¹⁴ Récoltes de données échelonnées en trois temps de : 1992-93, 1994-97 et 2003-05

préférence au domicile du patient, avec toutes les personnes significatives du réseau social de ce dernier. Ces réunions remplissent les trois fonctions développées par le NAA c'est-à-dire (1) recueillir des informations sur le problème, (2) construire un plan de traitement et prendre toutes les décisions nécessaires sur la base du diagnostic posé durant l'échange et (3) générer un dialogue psychothérapeutique. Le but des thérapeutes durant la séance va être d'éviter l'hospitalisation et d'inclure le patient en crise psychotique au sein de la réunion. Ce moment de crise est vu comme une opportunité pour accéder rapidement aux difficultés qui habitent le patient. En effet, de leur expérience, l'organisation d'une telle réunion tend à réduire les symptômes psychotiques et permet au patient d'aborder des thèmes qui, bien que souvent incompréhensibles dans un premier temps, vont être des clés pour la réussite du suivi. Selon leur lecture, le patient est en contact pendant l'état de crise avec des choses qui ne sont pas perçues par le reste de la famille et qu'il n'arrive pas exprimer par des mots, choses qui sont en lien avec un incident réel qui le terrifie. Un des buts du traitement sera alors de mettre des mots sur une expérience *qui n'en a pas*.

2. Inclure le réseau social du patient

La première raison qui justifie la participation du réseau social du patient aux *réunions de traitement* est la volonté de mobiliser du soutien pour le patient et sa famille. De plus, leur présence contrebalance l'isolement social induit par les symptômes psychotiques et permet *in factio* de moins se focaliser sur les dysfonctionnements de la personne pour l'envisager au sein de sa communauté. La deuxième raison tient au fait que, bien souvent, un problème devient tel parce qu'il est défini ainsi par les autres. En ce qui concerne les patients vivant un premier épisode psychotique, le problème débute par des comportements qui ne répondent plus aux attentes de l'entourage. Ce faisant, comme le souligne Seikkula (Seikkula et Arnkil, 2006 p. 54) en faisant référence à Anderson et Goolishian : « celui qui voit un problème devient une partie du système qui définit le problème ». Pour changer cette définition, il est donc nécessaire que toutes les personnes impliquées dans le système soient incluses dans le processus pour pouvoir dissoudre le problème et faire émerger une nouvelle compréhension de la relation avec la personne concernée avec qui, de plus, elles ont eu probablement des expériences difficiles.

Pour choisir le plus simplement possible qui devrait participer aux réunions, le soignant va chercher à savoir auprès de la personne qui les a contactés :

1. qui connaît la situation et se sent concerné ;
2. qui serait une aide ;
3. qui serait la meilleure personne à inviter.

Outre la famille, les amis et voisins, il ne faut pas oublier d'évoquer les thérapeutes déjà impliqués dans la situation et d'autres acteurs comme l'aide sociale, l'aide à l'emploi et/ou l'école.

Le réseau social de la personne peut être inclus dans les réunions de différentes manières. Le mieux étant que les personnes concernées soient présentes dès le premier rendez-vous.

Cependant, si cela n'est pas possible, elles peuvent venir lors de prochaines rencontres ou être contactées par téléphone durant la réunion. On peut aussi charger un membre du réseau de prendre contact avec un absent après la réunion et de partager les commentaires de ce dernier à la prochaine rencontre. Un autre moyen est de faire référence à l'absent durant la séance en demandant au groupe ce qu'il dirait s'il était présent. Idéalement, les personnes participent aux réunions tant que leur présence est utile.

3. Rester flexible aux besoins spécifiques et changeants du patient et de sa famille

L'idée est de mettre en place un, voire des suivis thérapeutiques en fonction des besoins du patient, besoins qui varient dans le temps. Par exemple, pendant la phase critique qui dure une dizaine de jours, l'équipe organise généralement une rencontre par jour dans le lieu le plus adéquat. Au besoin, un membre de l'équipe peut passer quelques heures voire rester la nuit au domicile du patient pour calmer la situation, un somnifère ou un anxiolytique peut être donné afin de rétablir le sommeil. Puis, quand la situation retrouve un peu de calme, d'autres traitements peuvent s'organiser comme une thérapie familiale, une thérapie individuelle selon diverses approches thérapeutiques, de l'art thérapie, de la thérapie occupationnelle ou de réhabilitation et/ou des groupes thérapeutiques. Généralement, le focus du traitement va débuter par une approche non centrée sur le patient comme une thérapie systémique pour aller progressivement vers un focus plus individuel avec au final une thérapie individuelle. L'équipe explore également d'autres ressources bénéfiques à la personne comme des séances de yoga, de méditation ou de sport, des promenades dans la nature, des activités entre amis, etc.

4. Prendre la responsabilité du suivi

La personne qui reçoit l'appel a donc la responsabilité de constituer une équipe et d'inviter ou de faire inviter les personnes concernées du réseau social du patient mais aussi les professionnels de différents services qui lui semblent concernés par les problématiques du patient. Cette nécessité de mettre en lien différents organismes vient du fait qu'au fil du temps, le système de soin en santé mentale s'est de plus en plus organisé créant des spécialisations en fonction de catégories pensées par le monde professionnel (Seikkula et Arnkil, 2006). Cependant, si on regarde la situation du patient en fonction de ces catégories, ce dernier présente la plupart du temps non pas une problématique mais de multiples problématiques. Il peut, par exemple, souffrir de troubles psychotiques et être alcoolique. En invitant tous les professionnels concernés aux *réunions de traitement*, l'approche « Open Dialogue » s'évite le délicat choix de décider pour quelle problématique le patient devra être traité. Le choix du suivi par rapport aux thérapies, à la médication et/ou à l'hospitalisation se discute alors entre les différents professionnels, en présence du patient et de ses proches ce qui permet à ces derniers de participer à la prise de décision.

Indépendamment de leur profession et de leur statut, l'équipe constituée a dès lors la responsabilité d'analyser le problème et de planifier le futur traitement qui sera rediscuté au fil des réunions. Ce faisant, chacun d'entre eux a le souci de récolter les informations utiles pour prendre les meilleures décisions possibles. Ce sont donc eux qui ont la responsabilité de conduire le dialogue. Dans le cas où aucun médecin ne serait présent, l'équipe devra en consulter un par téléphone durant la réunion. Si ce dernier n'est pas en accord avec l'équipe, la prochaine réunion sera organisée en sa présence pour discuter de ce point.

5. Garantir la continuité

Le manque de continuité dans la prise en charge en psychiatrie est une des causes de l'arrêt prématuré du traitement. Afin d'améliorer cela et d'augmenter de fait la cohérence du suivi thérapeutique mis en place pour les patients, l'« Open Dialogue » s'est inspiré des modifications faites par le « Need-Adapted Approach ».

Un des moyens trouvé pour favoriser la continuité entre les différents services de soin est, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, de constituer une équipe fixe, composée de

professionnels intra- et extrahospitaliers, en charge du suivi jusqu'à son terme qui peut durer de quelques mois à bien souvent 2 ans et plus. Ce faisant, ce fonctionnement en équipe fixe, assure une continuité dans le lien, évitant les transmissions d'informations et de dossiers qui occasionnent forcément un choix dans des éléments rapportés, et qui obligent à recréer des liens entre les nouveaux acteurs. Le deuxième moyen qui garantit une continuité dans le traitement est de planifier les suivis durant les *réunions de traitement* afin de discuter et d'intégrer au suivi différentes méthodes thérapeutiques qui font sens et s'aident mutuellement. Finalement, afin d'assurer une continuité de sens, il est important d'inviter aux rencontres, tout le réseau du patient autant personnel que professionnel¹⁵. En effet, comme ces réunions contribuent à donner de nouvelles significations aux symptômes et à partager l'expérience de ce processus, il est aussi important que tous les professionnels participent à ces échanges afin de mettre en place un travail thérapeutique cohérent. C'est pourquoi lorsqu'une thérapie individuelle est décidée, un des membres de l'équipe peut prendre le rôle de thérapeute ou, si cela n'est pas possible, l'équipe va inviter le thérapeute engagé à certaines réunions.

6. Tolérer l'incertitude

A l'arrivée de l'équipe au domicile du patient, la crise est aiguë. Le patient et ses proches qui baignent dans un climat de profonde insécurité souvent depuis quelques mois ont tous plus ou moins atteint leurs limites. Dans ce contexte, la tendance naturelle des professionnels est de réagir à l'urgence en se posant comme expert et en mettant en place rapidement un protocole de soin comme une hospitalisation et/ou la prescription de neuroleptiques. Ce faisant, ils coupent le patient de ses ressources tant psychologiques, familiales que de celles de son réseau social.

Pour ne pas réagir dans l'urgence, l'équipe formée à l'« Open Dialogue » aura donc la délicate tâche de rendre la situation plus gérable tout en explicitant que personne n'a actuellement de réponses au problème. Afin d'augmenter la tolérance de tous les participants envers l'incertitude, elle a la possibilité d'organiser des *réunions de traitement* quotidiennes, nécessaire généralement pendant les 10-12 premiers jours, afin de discuter du suivi à mettre en place. Cette pratique permet à la famille de se sentir soutenue dans la crise tout en évitant les conclusions et décisions de traitement prématurées. L'équipe doit aussi arriver à mettre en

¹⁵ Professionnels qui, pour la plupart, ont été sensibilisés à l'approche systémique

place un contexte thérapeutique dans lequel chacun se sente en sécurité tout en ouvrant la situation en crise par le dialogue. Pour ce faire, elle va écouter et répondre aux points de vue de chacun appliquant le principe de dialogisme et de polyphonie de Bakhtine que nous développerons ci-dessous. Cette mise en confiance, en faisant en sorte que tout le monde se sente entendu, va permettre de mobiliser les ressources psychologiques autant du patient que des proches afin de créer non pas une mais des narrations autour de ces expériences extrêmes, encourageant par là le travail personnel de chacun.

La fréquence rapprochée des rencontres, au début du suivi, ainsi que le processus thérapeutique qui est initié permet donc d'augmenter la tolérance à l'incertitude y compris auprès de l'équipe qui est responsable du suivi.

7. Générer un dialogue ouvert

Afin de mieux comprendre comment se déroule une *réunion de traitement* selon l'« Open Dialogue », nous allons tout d'abord présenter les concepts théoriques principaux qui la sous-tendent avant de présenter son cadre thérapeutique.

Comme nous l'avons déjà évoqué, générer un dialogue ouvert est la clé du succès ou de l'échec de la prise en charge. Au cours du développement de leur pratique, l'équipe « Open Dialogue » a rencontré des difficultés à appliquer dans leur *réunion de traitement* les idées de l'école de Milan de part un contexte de travail trop différent. Cherchant à résoudre ce dilemme, elle s'est tournée vers une pensée postmoderne participant au courant du constructivisme puis du constructionisme social tout comme d'autres systémiciens à la même époque. Les auteurs principaux qui ont nourri sa pratique sont : Vygotsky, psychologue russe qui développa la théorie historico-culturelle du psychisme¹⁶, Bakhtin et Voloshinov, linguistes russes qui développèrent le concept de dialogisme et de polyphonie, Andersen qui est l'initiateur des équipes réfléchissantes comme outil thérapeutique et Anderson et Goolishian qui développèrent l'approche thérapeutique collaborative.

¹⁶ Théorie qui soutient que psychisme se développe en partie sur une base biologique et héréditaire mais surtout par le contact avec la culture dans laquelle l'enfant grandit grâce aux communications interpersonnelles dont principalement la parole.

Une vision du monde postmoderne

Le postmodernisme remet en question la notion de *Vérité* et de *Savoir* du monde moderne en postulant que tout est construction sociale et que le Savoir des théories reconnues comme scientifiques ne sont finalement qu'une vision parmi d'autres. De ce point de vue, la posture de l'observateur neutre indépendant du système qu'il observe est une illusion et la réalité objective n'existe pas, car toute réalité est forcément dépendante du contexte de laquelle elle est issue. Les réalités se construisent dans et par le langage, le sens n'existe donc pas en soi, mais se construit dans l'échange avec les autres. C'est par l'analyse du système langagier que Bakhtin et Voloshinov ont conclu que les mots/énoncés sont polysémiques. De leur point de vue, leurs diversités sémantiques proviennent des diversités linguistiques engendrées par les diversités sociales. C'est pourquoi, il n'est pas possible d'attribuer un sens à un énoncé sans prendre en compte le contexte dans lequel il a eu lieu. Les marques prosodiques, la place des locuteurs au sein de la hiérarchie sociale, leur intention, le contexte sociopolitique dans lequel l'interaction a lieu etc. sont des éléments qui vont infléchir son sens. Le sens émerge donc d'un processus actif qui est construit autant par celui qui émet l'énoncé que par celui qui le reçoit. Néanmoins, des malentendus peuvent s'y glisser qui vont provoquer des réajustements et des éclaircissements tout au long de l'échange verbal (Boutet, 1986).

Pour les deux linguistes russes, l'autre est toujours présent dans tout énoncé. Il est présent en tant que destinataire parce qu'on s'adresse de façon différente en fonction de lui. Il est aussi présent par les personnes auxquelles est lié l'énoncé, qu'elles soient ou non nommées explicitement comme dans : « le médecin m'a dit que... ». Comme le souligne Salazar-Orvig et Grossen, (2008 p. 39), « dans tout discours se joue un dialogue interne entre soi et autrui, entre le discours propre et le discours d'autrui ». Pour Voloshinov cité par Peytard (1995 p. 28) « Il n'est pas un seul énoncé verbal qui puisse, en quelque circonstance que ce soit, être porté au seul compte de son auteur : il est le produit d'une INTERACTION VERBALE ENTRE LOCUTEURS et, plus largement, le produit de toute la conjoncture sociale complexe dans laquelle il est né ». Donc, quand un locuteur prend la parole, il construit son énoncé en fonction de l'auditeur et des énoncés déjà perçus qu'il aura intériorisés. Dans cet entendement, construire un énoncé est forcément un positionnement et donc une réponse à d'autres énoncés qui demandent à leur tour une réponse. Cette relation à l'autre et à d'autres discours que Bakhtin appelle le dialogisme lui fait dire que « dans chaque énoncé résonnent les harmoniques des autres discours » (Salazar-Orvig et Grossen, 2008 p. 39). Pour lui, « Le

mot/discours n'est pas une chose (...) il ne renvoie jamais à une seule conscience, à une seule voix. La vie du mot c'est de passer de bouche en bouche, d'un contexte à un autre contexte, d'un groupe social à un autre, d'une génération à une autre génération... Chaque membre du groupe parlant (...) reçoit le mot par la voix d'un autre et rempli par la voix de l'autre. Le mot arrive dans son contexte à lui venant d'un autre contexte, pénétré de sens donnés par d'autres. Sa propre pensée trouve le mot déjà habité » (Peytard 1995 p.72).

De cette conception émerge le concept de polyphonie, c'est-à-dire que toute interaction verbale ouvre potentiellement sur une diversité de voix et de points de vue qui va permettre d'enrichir l'échange et de créer de nouvelles associations, car, comme le dit Bakhtine, « un sens se révèle dans sa profondeur pour avoir rencontré et s'être frotté à un autre sens, à un sens étranger : entre les deux s'instaure comme un dialogue qui a raison du caractère clos et univoque, inhérent au sens (...) pris isolément » (Peytard 1995 p. 99). Cette diversité de voix émerge dans la rencontre avec l'autre, mais se trouve aussi en soi. Gergen (2005) utilise la métaphore des voix multiples pour souligner que « pour toute voix que le client vous fait entendre, il en retient probablement maintes autres qui orienteraient chacune la conversation dans une direction différente (...). Cette métaphore attire donc l'attention sur le fait qu'autre chose pourrait être formulé, qu'il n'y a pas un soi unifié qui serait à l'œuvre dans la parole (p. 36) ». Au contraire, l'individu est vu comme ayant une multiplicité de « soi » qui vont lui permettre d'« exister simultanément dans des réalités multiples» (Gergen, 2005 p. 34). Le sentiment d'identité viendrait pour sa part du « maintien de la cohérence et de la continuité dans notre histoire » grâce « à la construction de récits qui s'accordent à donner du sens à notre propre manque de cohérence ». (Anderson, 2005, p. 249) Le soi est donc conçu comme un soi narratif qui se construit et se reconstruit inlassablement par le langage dans un processus dialogique.

Le langage est la clé de voûte de la pensée postmoderne. Comme le dit Anderson (2005, p. 236), « Nous sommes nés dans le langage et nous avons hérité de tout ce qu'il véhicule : l'histoire, la culture, la tradition, etc. Le langage est l'instrument grâce auquel nous existons, il nous permet le partage avec les autres et avec nous-mêmes. C'est la voie principale que nous utilisons pour construire notre réalité, notre monde, nos observations, notre compréhension de l'autres. Il est le véhicule par lequel nous définissons le sens, donnons une signification à notre vie, ordonnons notre monde et racontons notre vécu. Nous agissons et

réagissons par le langage, nous en faisons usage pour entrer en relation, pour influencer et pour changer. » Il nous crée tout comme nous le créons en retour.

Le sens de nos actes se construit donc sur les limites entre l'intérieur et l'extérieur. Selon la théorie du développement de Vygotsky, au cours du développement de l'enfant, la langue, la pensée et l'esprit sont d'abord des événements interpersonnels avant d'être internalisés par l'individu. Durant cet apprentissage, celui qui transmet s'accorde constamment à celui qui apprend pour rester dans cet espace métaphorique entre le « pas trop loin et pas trop près » que Vygotsky appelle la « zone de développement proximale ». Les interactions et les voix qui entourent l'enfant vont peu à peu donner sens à son environnement et à son rôle. Progressivement, il va les intégrer donnant naissance au dialogue intérieur, instrument puissant qui lui permettra de réguler ses actions et ses émotions. Comme ce concept de dialogue intérieur repose sur les voix internalisées et que de nouvelles voix se créent constamment, le dialogue intérieur va être lui aussi dans un mouvement permanent.

Ces conceptions postmodernes du monde vont donner naissance à différentes thérapeutiques dont celle qui est traitée dans ce mémoire. Pour démontrer comment ces hypothèses théoriques donnent forme au cadre thérapeutique de l'Open Dialogue, je vais utiliser l'analyse en trois points qu'Anderson propose dans son livre : « Conversation, langage et possibilités : Une approche postmoderne de la thérapie » (2005), soit examiner quel est le système thérapeutique, la position du thérapeute et le processus thérapeutique de ce cadre spécifique.

Le système thérapeutique de l'Open Dialogue

Ce système thérapeutique varie dans sa composition en fonction de chaque situation et de son évolution dans le temps : des soignants qui viennent d'institutions différentes sont amenés à travailler en équipe pendant des années juste pour une situation donnée, tout membre du réseau social touché par le problème est invité à participer aux *réunions de traitement*, tant que cela est utile, et à tout moment du suivi, d'autres professionnels peuvent s'ajouter en fonction des décisions prises lors de ces réunions. Suivant la pensée postmoderne, l'équipe fait entièrement partie du système thérapeutique. Les membres du réseau pour leur part sont perçus comme des partenaires actifs dans le processus de rétablissement.

Le but de ces réunions est d'évaluer le problème actuel en discutant de tous les aspects qui lui sont liés, de réfléchir au plan de traitement le plus bénéfique pour aider les membres du réseau qui sont en difficultés en se centrant dès le départ sur les soins psychiatriques, mais aussi sur la réinsertion sociale avant toute prise de décision. Ce faisant, l'« Open Dialogue », comme tout système thérapeutique constructiviste, cherche à générer un espace de rencontre au sein duquel un nouveau langage, de nouveaux récits, de nouvelles associations peuvent émerger. L'idée est que cette co-création entre tous les participants va modifier en retour le dialogue intérieur de chacun, les relations entre les membres et permettre aux problèmes, pour lesquels ils sont venus consulter, de se dissoudre.

Dans ce sens, l'équipe travaille particulièrement à donner du sens aux symptômes psychotiques qui sont conçus, du point de vue du constructionisme social, comme une manière de faire avec une expérience si terrifiante qu'elle n'a pu trouver d'autre langage que celui des hallucinations et/ou des délires pour exprimer sous forme d'évocations métaphoriques l'expérience traumatisante¹⁷ (Seikkula, Alakare et al., 2011). Trop intense, ce vécu s'est donc inscrit dans la mémoire du corps. Il erre tel un fantôme tant qu'il n'a pu trouver moyen d'être narré comme le souligne Anderson (2005) et ressurgit lors de vécu stressant. L'objectif thérapeutique va être alors, d'évoquer ces moments en séance et de trouver des mots pour exprimer une expérience *qui n'en a pas*, ce non-dit ou *non-encore-dit* reprenant le terme d'Anderson (2005), afin qu'il puisse prendre une place de souvenir dans la vie de la personne et de son entourage. Par cette co-construction, un discours non-pathologique remplit de nouvelles significations autour du problème et des comportements du patient se révèlent dans le respect des narrations personnelles et des définitions du problème partagées lors des séances.

Un autre objectif de l'équipe va être de transformer une relation monologique en une relation dialogique. Dans la conception constructioniste, les visions de la réalité sont multiples, mais comme l'évoque Anderson (p. 88) « lorsque les gens entrent dans le lieu de thérapie, ces points de vue, ces réalités multiples sont tellement affirmées que les participants sont prisonniers (...) des *réalités antagonistes* » (Anderson, 2005 p. 88) Chaque membre du réseau en crise, de par la charge émotionnelle qui s'y vit, est pris par son propre monologue : il veut

¹⁷ Ce lien entre le vécu dans l'enfance d'expériences traumatiques et le développement d'une psychose apparaît dans différentes recherches (Varese et al., 2012) et soutien l'idée que les psychoses tout comme les névroses peuvent être en lien avec l'histoire de vie des patients.

imposer sa voix et reste sourd à celles des autres. Pour sortir de cette impasse, l'« Open Dialogue » cherche à mettre en place une relation dialogique, c'est-à-dire d'initier une conversation dans laquelle la parole de chacun est écoutée et, en retour, chacun accepte d'être modifiés par les mots/énoncés des autres. Son moyen va être de se mettre à l'écoute des différentes voix, toutes prises comme des échos de la situation problématique, mais à partir de positions différentes. Par ce jeu de voix interpersonnelles, de nouveaux énoncés se font jour qui en amènent d'autres et, dans ce mouvement polyphonique, va se co-construire au fil des réunions une nouvelle compréhension partagée, permettant de resserrer les liens communautaires et de dissoudre la situation de crise pour laquelle le réseau a consulté.

Les *réunions de traitement* sont donc conçues comme un lieu où un nouveau langage partagé et des mots pour parler de choses difficiles peuvent être trouvés par le dialogue, ce que Gergen et McNamee (2000) ont appelé le *dialogue transformatif*. A cela s'ajoutent différentes méthodes thérapeutiques jusqu'à ce que le patient puisse commencer à mettre des mots sur les expériences *qui n'en ont pas*.

La position de l'équipe thérapeutique

Dans le cadre thérapeutique de l'Open Dialogue, l'équipe qui, de préférence, compte trois membres fait partie intégrante du système. Sa fonction est de mener les entretiens en vue d'ouvrir tout d'abord la discussion sur les différentes compréhensions de la problématique avant d'aboutir à la construction d'un plan de traitements et à la prise de décisions.

La première tâche de l'équipe va donc être de donner de la place aux énoncés, aux différentes voix en entrant en dialogue avec toutes les personnes présentes. Elle les écoute et les aide à exprimer des émotions. Elle se centre sur le rythme de chaque discours et les mots utilisés. Elle privilégie les narrations personnelles au lieu de vérité générale. Elle travaille au présent et adapte son action à chaque dialogue, sans plans d'actions ni questions prévues d'avance, amenant le système à se recréer à toute nouvelle prise de parole. Par ses réponses aux énoncés, l'équipe montre qu'elle a compris leurs sens et, quand cela est possible, elle ouvre sur de nouveaux points de vue pour permettre à une relation dialogique de se mettre en place. Pour renforcer le dialogisme, elle va chercher aussi à faire émerger d'autres voix au sein du système thérapeutique afin d'ébranler la lecture que chacun se fait de la situation pour en construire de nouvelles.

Pour pouvoir tenir ce rôle, les membres de l'équipe doivent être présents en tant que professionnel mais aussi en tant que personne. Le dialogue intérieur de chaque thérapeute fait partie du moment présent, il est même une part puissante du processus dialogique. Le thérapeute doit respecter et croire en la compétence des autres. Son intérêt pour le récit de chaque participant doit être réel. Il doit éviter toute remarque qui montrerait qu'une voix est plus juste qu'une autre, c'est-à-dire éviter de prendre parti pour une voix et d'aboutir à une conclusion trop rapide. Comme dit précédemment, il doit arriver à tolérer l'incertitude afin de permettre aux différentes voix de s'exprimer et continuer avec la famille d'explorer ce qu'elle n'a pas encore exploré.

Le contenu est important pour les membres, la façon dont on en parle est importante pour l'équipe qui doit pouvoir se laisser modifier, habiter par les mots, les énoncés et les émotions de chaque participant y compris de la personne qui présente des symptômes psychotiques. Elle doit se détacher du contenu de la narration pour s'attacher au ressenti qui émerge au moment présent quand l'histoire est racontée dans le dialogue, dans l'émergence d'une conscience intersubjective, pour ensuite refléter ce qu'elle a vécu au réseau. Dans ce processus, elle porte une attention particulière aux énoncés et à la manière de communiquer de la personne en crise et cherche à lier les symptômes au contexte particulier vécu. Elle doit aussi être attentive à son dialogue interne pris entre son expérience du soi et son soi professionnel, devant se questionner constamment pour savoir si ses émotions et associations sont véritablement reliées au traitement.

En se centrant sur le dialogue, les thérapeutes deviennent des membres actifs du réseau. En auditeurs attentifs et créatifs, ils permettent de dérouler le dialogue et contribuent à lui donner du sens par leurs réponses authentiques. A défaut de pouvoir contrôler les différentes voix qui surviennent et leurs effets, ils se placent en auteurs de l'histoire du traitement, générant un dialogue entre les voix et recherchant activement de nouvelles compréhensions du problème développé sur les thèmes et par les mots utilisés au sein du réseau.

Le processus thérapeutique

En préambule, voici comment une réunion de traitement de l' « Open Dialogue » se déroule. L'équipe, composée de gens qui ne travaillent pas habituellement ensemble, a donc la responsabilité de conduire le dialogue. Avant la séance, l'équipe va rapidement se mettre d'accord sur qui mènera la réunion, choix allant d'un membre à toute l'équipe en fonction de l'expérience des professionnels à guider une telle rencontre. Lors de son arrivée en séance, l'équipe n'a pas en tête une hypothèse à confirmer ou à infirmer. Au contraire, après avoir donné brièvement les informations connues, elle va poser une question ouverte aux participants assis en cercle dans la même pièce comme « Qui aimerait parler ? » ou « De quoi serait-il important de parler ? » afin que les thèmes discutés viennent du réseau. Souvent la personne qui a téléphoné va être la première à prendre la parole. Puis un autre membre présent apportera sa lecture de l'histoire ouvrant sur de nouveaux thèmes, donnant de cette manière la parole à tous les participants. A d'autres moments, l'équipe va échanger entre elle prenant alors une position réflexive inspirée des équipes réfléchissantes d'Andersen. Ce processus de mise en dialogue prend du temps. Souvent à la fin des 2-3 premières réunions qui durent environ 1h30, l'équipe ne prendra aucune décision. Elle évoquera de fait qu'elle n'arrive toujours pas à bien comprendre ce qui se passe. Elle propose alors de laisser la question ouverte et de reprendre la discussion le lendemain. En parallèle, l'équipe discute de façon très concrète des besoins du patient et de sa famille, ainsi que du protocole à suivre en cas d'urgence d'ici le rendez-vous suivant. Avant de clore toute rencontre, l'équipe avertit que la séance va bientôt se terminer et demande s'il y a encore quelques choses à rajouter avant de faire un résumé des thèmes discutés. Au bout de quelques séances, quand la situation s'éclaircit, un plan de traitement et des décisions vont être discutés. Ils seront résumés à la fin de la rencontre pour ensuite être rediscutés à la séance suivante. Généralement, pendant une dizaine de jour, l'équipe a des entrevues quotidiennes avec tout le réseau, puis les rencontres s'espacent au rythme discuté en séance en fonction des besoins du patient et de ses proches. Cette présence de l'équipe et l'aide immédiate apportée va augmenter le sentiment de sécurité, afin que tout le système puisse tolérer l'incertitude dans laquelle la situation et le dialogue ouvert les emmènent.

Dans le but d'ouvrir le dialogue, l'équipe utilise deux outils thérapeutiques. Le premier est d'entrer en dialogue avec tous les participants à la manière d'un dialogue socratique pour faire surgir leurs différentes voix. Lors de ce processus, l'équipe, mais plus particulièrement un des

thérapeutes, soutient la personne qui narre son histoire. Il s'ajuste au rythme et au style de cette dernière. Il s'attache aux mots et énoncés exprimés qu'il va reprendre pour poser une question qui va permettre au récit de se dérouler encore un peu plus loin. Ce faisant, il donne à entendre à la personne ses propres mots mis en perspective avec un questionnement, ce qui va octroyer à cette dernière une distanciation et une prise de conscience qui vont l'aider à présenter une histoire de la crise, riche en détails et en émotions. Suite à ce dialogue, la parole va être donnée au reste du groupe afin qu'il puisse commenter ce qu'il vient d'entendre. Dans ce mouvement, une autre personne va débuter un nouveau récit relatant sa version de l'histoire, qui à son tour, va être soutenue par l'équipe etc. Il en est de même pour le patient, même si son discours est, à première vue, incompréhensible. L'équipe cherche à explorer les comportements psychotiques en lien à leurs contextes d'apparition, c'est pourquoi elle met une attention particulière à répondre aux énoncés psychotiques et aux signes de réflexions que le patient émet, en les prenant au sérieux. Par exemple, si un patient pense qu'on contrôle sa pensée, le thérapeute peut demander : « Je ne comprends pas comment il est possible de contrôler la pensée de quelqu'un, pouvez-vous m'en dire plus ? » Puis ouvrant sur les autres membres : « Qu'est-ce que vous pensez de ce qui vient de se dire ? ». Dans ce contexte, les symptômes psychotiques sont pris comme une voix de plus qui peut évoquer métaphoriquement un traumatisme passé. Lorsque la personne se met à exprimer, souvent pour la première fois, une expérience traumatique vécue parfois des années auparavant, l'équipe va l'aider à formuler une description précise sur : « Comment l'attaque s'est déroulée ? Où avez-vous été frappé ? » etc. L'idée est d'encourager et de la soutenir le patient dans la construction d'une narration du traumatisme pour que l'expérience mémorisée dans le corps sous forme de symptômes soit dissoute dans des mots et arrête de revenir sous forme de symptômes.

Le deuxième outil va être les discussions réfléchissantes au sein de l'équipe. Dans une narration en thérapie, il y a toujours deux histoires : celle que les personnes racontent et celle qui émerge de la rencontre des personnes présentes. C'est pourquoi, lorsque les récits se construisent, l'équipe se centre en même temps sur ce qui se passe dans le présent de la séance avec toujours le même objectif, celui de rester dans un processus dialogique et ce particulièrement avec le patient. Par exemple, si ce dernier dit : « Je me sens différent, je ne voulais pas venir ici, je ne suis pas toujours comme cela », l'équipe va poser une question par rapport à l'énoncé qui concerne le présent de la séance pour ouvrir le dialogue comme « Pourquoi vous ne voulez pas venir ce soir ? » Elle porte aussi une attention particulière aux

moments où son discours devient confus et aux signes non verbaux qui surgissent également chez d'autres membres quand la réunion devient trop tendue, moments qui signalent que le dialogue touche de près l'expérience *qui n'a pas encore de mots*. Afin de pouvoir nommer ce qui est encore diffus, l'équipe agit comme régulateur émotionnel. Elle va alors s'arrêter sur cet instant confus pour questionner directement le patient ou les autres personnes présentes sur ce qui se discutait quand survint la tension, mais elle peut aussi initier un dialogue réflexif au sein de l'équipe. La pratique réflexive de l' « Open Dialogue » diffère de celle d'Andersen dans le sens où l'équipe qui réalise l'entretien et celle qui donne à entendre son vécu est la même. Avant d'entamer une discussion réflexive, l'équipe prévient le reste des participants qu'elle va échanger entre elle un instant devant eux, en précisant qu'elle leur demandera de faire des commentaires sur cet échange. Se tournant légèrement les uns vers les autres, les membres de l'équipe initient une discussion autour de leurs observations, de leurs résonnances émotionnelles, mais aussi par rapport à leur propre dialogue réflexif. Ce faisant, elle construit de nouveaux mots qui s'inscrivent dans le concret de l'échange et augmentent les possibilités de compréhension des membres du système. Le dialogue réflexif est aussi utilisé afin de construire le plan de traitement après les premières séances. Ces échanges permettent aux thérapeutes de l'équipe qui, rappelons-le, ne se connaissent pas toujours, de discuter ouvertement en présence du réseau des différentes options thérapeutiques. Là aussi, chacun va présenter différentes alternatives envisagées ainsi que sa réflexion et donner son point de vue sur les alternatives présentées par les autres membres de l'équipe. Ces échanges réflexifs sont un autre exemple d'échange dialogique que l'équipe offre au réseau et qui donne, par la même occasion aux participants, l'accès au dialogue interne des thérapeutes.

Le point de départ du processus thérapeutique est le langage que chaque membre du réseau utilise pour décrire et nommer le problème du patient sans chercher à établir une vérité ou un consensus. L'équipe, tout comme le réseau, participent pleinement à la co-construction du sens de l'épisode psychotique dans ce qui se dit, se ressent et les conséquences qu'il a produit. Tous ces mouvements d'ouverture avec l'expérience d'une relation dialogique visent à ébranler les compréhensions que chacun s'est fait de la situation afin d'en promouvoir d'autres. Ce processus de mise en mot par les membres du réseau se fait en séance. Aborder les thèmes de sources de conflit ou de confusion avec une équipe thérapeutique qui permet de faire une juste balance entre tension et soutien, ouvre aux participants l'accès aux ressources du réseau en leur faisant vivre l'expérience d'arriver à traverser ensemble ce moment difficile. Cela s'avère être thérapeutique car, comme leur recherche l'a démontré (Seikkula et Trimble,

2005), plus l'exploration des expériences et émotions lourdes seront abordées ensemble en séance, meilleur sera le pronostic de rétablissement. Lors des réunions, le changement se lit par le soulagement des tensions, par de « petites surprises » qui permettent de débloquer la situation et d'ouvrir sur de nouvelles directions. Vivre ces mouvements émotionnels va être curatif en soi, c'est pourquoi l'équipe évite de mettre des mots, d'interpréter ou de donner des explications lorsque cela se produit, pour laisser le processus de transformation suivre son cours au sein du système thérapeutique. Quand le nouveau langage capture l'histoire originelle « non exprimée en mot » mais par les symptômes, quand le système thérapeutique trouve un langage pour exprimer l'expérience traumatique, autant la situation décrite que les émotions associées deviennent contrôlables.

Ce système thérapeutique a été conçu de façon à potentialiser la création de nouvelles significations et le passage à une relation dialogique afin d'instaurer de nouvelles compréhensions auprès de chacun ce qui, en retour, va modifier le dialogue intérieur des différents participants ainsi que leur relation. De nombreux éléments étayent ce *dialogue transformatif*. Par exemple, comme énoncé précédemment, l'équipe s'ajuste tout d'abord au langage de chaque membre du réseau, ce qui va lui permettre d'être intégré au système et de donner naissance à un langage partagé. Initier une relation dialogique entre l'équipe et chaque participant contribue au fait que chacun se sente entendu, tout en expérimentant ce processus de création d'une nouvelle histoire par le dialogue. Etre entendus permet aux participants d'arrêter de devoir défendre leur position pour s'ouvrir à entendre celles des autres. L'alternance entre dialogue et écoute fait passer, tour à tour, chaque participant d'une posture d'interlocuteur à celle de témoin, ce qui donne du temps et la possibilité de construire une nouvelle compréhension du problème. En sollicitant les voix et des commentaires sur les voix auprès de tous les participants et en posant des questions circulaires, l'équipe s'ouvre à une polyphonie de significations tout en invitant chacun à parler de son point de vue. Par les discussions réflexives et les connotations logiques, l'équipe construit des ponts entre les différents énoncés et amène ses propres voix à la polyphonie. Dans ce processus dialogique, les relations ne sont plus hiérarchiques, mais horizontales, expérience qui offre l'occasion aux participants de sortir de leur posture habituelle en séance et qui occasionne des modifications d'interactions hors séance. Mettre en place un processus thérapeutique suffisamment soutenant permet aux membres d'aller explorer des thèmes forts émotionnellement et d'ouvrir sur une conversation qui, jusqu'alors, s'était avérée impossible. Etre soutenu dans l'expression d'émotions intenses permet de trouver des mots à l'expérience *qui n'en a pas* et

apporte un sentiment d'appartenance. Développer le dialogisme dans un réseau et favoriser l'échange émotionnel va réduire l'isolement des membres en construisant une relation communicative entre eux, afin de créer ou de restaurer des liens communautaires, ce qui est particulièrement important pour le patient.

3. Analyse et discussion du sujet en regard de la littérature présentée

Depuis les années 80, le système de soin de l'ouest de la Laponie a vécu de nombreuses modifications qui ont transformé radicalement son fonctionnement. L'« Open Dialogue » a tout d'abord été pensé pour les personnes vivant une première crise psychotique pour finalement être appliqué à toute demande d'aide en santé mentale. Malgré les résultats positifs obtenus par une prise en charge selon les sept critères développés ci-dessus, ce modèle a de la peine à être utilisé ailleurs. Une des raisons s'explique par le fait que les chiffres concernant l'efficacité de cette approche diffèrent de ceux de la plupart des études randomisées. L'exemple de l'utilisation des médicaments est le plus marquant. En effet, avec ce modèle thérapeutique, ne pas recevoir un traitement neuroleptique, au début du suivi, va améliorer le pronostic de guérison et diminuer le risque de rechute, tandis que dans la grande majorité des recherches l'inverse est démontré, c'est-à-dire que la prise de médicaments va améliorer le pronostic et éviter les rechutes. Cette contradiction apparente se lève si on cesse de considérer la schizophrénie comme une entité indépendante, c'est-à-dire comme un objet d'étude sans lien avec la manière dont on la conçoit et dont on la traite. Dans ce sens, le modèle « Open Dialogue » améliore le suivi thérapeutique en évitant de prescrire des neuroleptiques, tandis que les modèles plus traditionnels vont l'améliorer en prescrivant ce traitement médical. En revanche le résultat des suivis à l'aide de l'un ou l'autre de ces différents modèles n'est pas le même comme le montre leur taux de guérison respectif : 81% pour l' « Open Dialogue » contre 25-33%¹⁸ pour les modèles plus traditionnels, selon une revue de la littérature de Bertelsen et al. (2009). Ce bref exemple démontre que le fait de généraliser des données qui ont été obtenues dans un certain contexte risque de nous induire sur de fausses pistes et de poser comme postulat des éléments qui n'en sont pas. Parcourir les lectures qui ont donné corps à ce mémoire m'a amenée à classifier les différentes recherches sur la schizophrénie en deux catégories :

¹⁸ Chiffres qui ne précisent pas s'ils correspondent à l'absence de symptômes psychotiques uniquement ou s'ils prennent en compte la réinsertion sociale du patient.

- celles qui sont en quête de *Vérité* sur la schizophrénie, et qui, de ce fait, suivent une conception moderne du monde
- et celles, beaucoup plus rares, qui s'intéressent à améliorer la prise en charge de patients schizophrène à l'aide de recherches-actions et qui, partageant l'idée « qu'on ne peut vraiment connaître une réalité qu'en la modifiant » (Albano, 2012 p.1) et qu'un objet d'étude est forcément influencé par celui qui l'étudie, adhèrent donc à une pensée postmoderne.

Au vu de l'expérience réalisée en Finlande, il me paraît dommage de ne pas utiliser plus souvent l'apport de ce dernier type de recherche qui, comme nous l'avons vu, semble être un outil efficace pour questionner un système de soin dans le but d'améliorer les prises en charge.

L'autre raison qui rend difficile l'adoption du modèle « Open Dialogue » ailleurs est que son application demande de révolutionner tout le système de soins existants. Cependant, quelques lieux thérapeutiques dans le monde ont fait le pas et d'autres, qui sont actuellement intéressés à le faire, suivent des formations dispensées par l'équipe de Finlande ou par l'*« Institute for Dialogic Practice »* qui est en lien avec le département de psychiatrie de l'Université de Massachusetts (UMASS). Ces derniers, en collaboration avec Seikkula, ont pris l'initiative de séparer les différentes innovations réalisées par l'équipe de Finlande en deux catégories : celles qui touchent le cadre de soin telles que la mise sur pied de centre de jour extrahospitalier, la décision d'organiser et de coordonner le suivi thérapeutique durant les *réunions de traitement* etc., de celles qui concernent ce que Olson, Seikkula et Ziedonis (2014) ont appelé la *pratique dialogique*¹⁹, c'est-à-dire la manière de gérer une telle séance. Ainsi, à défaut de pouvoir modifier tout un système thérapeutique, les thérapeutes intéressés par cette approche peuvent se former à pratiquer en thérapie un *dialogue ouvert*.

Par rapport au cadre de soin, la transformation du système de soin en Laponie a duré une dizaine d'années et a pu se réaliser grâce à la volonté d'une équipe de soignants, soutenue par le gouvernement. Cette dernière a mis du temps et de l'énergie à réfléchir et à contrôler l'efficacité de nouvelles options thérapeutiques à l'aide de recherches-actions. Ce changement de paradigme a été facilité par le fait que, dans cette région de la Finlande, l'offre de soin était restreinte²⁰. Tel n'est pas le cas du contexte genevois actuel avec une offre de lieux de soins

¹⁹ En annexe se trouvent les 12 éléments qui définissent cette pratique

²⁰ Un seul hôpital psychiatrique et aucun cabinet privé

publics multiples et variés ainsi que de nombreux cabinets privés, quelques fondations et associations. Malgré une telle différence, il pourrait être intéressant de s'inspirer de cette expérience de construction et d'application d'un nouveau concept de soin pour questionner et réfléchir à transformer certains fonctionnements de notre système, afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques.

La réflexion finlandaise s'est construite autour du patient et de son réseau en cherchant à répondre à ses besoins dans son contexte de vie. Elle s'est aussi portée sur les moyens pour dépasser certaines problématiques dont les contraintes institutionnelles qui entraînaient ce chemin, comme la sectorisation des offres de soins²¹ ou les formations trop centrées sur les déficits qui amènent à penser les maladies mentales comme étant incurables. Grâce entre autre à leur expérience, il apparaît que le pronostic dépend en partie des suivis mis en place. Dans ce sens, nous pourrions notamment nous questionner sur quelques points comme :

- comment établir une référence de suivi sur le long terme afin d'améliorer la continuité et la cohérence des prises en charge ?
- comment introduire une déssectorisation afin d'améliorer les échanges entre les différents lieux de soin et d'insertion sociale ainsi qu'entre les différents professionnels ?
- comment faire place à un dialogue dialogique entre les différents acteurs pour amener les professionnels à partager leurs réflexions avec le patient et ses proches afin que ces derniers puissent comprendre et prendre part aux décisions ?
- comment travailler avec la crise et mettre en œuvre une thérapeutique qui ne va pas réduire le patient à ses symptômes mais qui, au contraire, va pouvoir les utiliser comme outils pour sortir de cette impasse ?

Actuellement, des réflexions autour du Model de Weddinger de Berlin sont menées dans certains services des HUG. Ce modèle qui repose sur les concepts d'Empowerment, de rétablissement et d'inclusion du patient propose des modifications de pratique qui vont dans le même sens que celles de l' « Open Dialogue ». L'une d'entre elles, qui est déjà appliquée à l'unité hospitalière d'addictologie ainsi que dans certaines unités d'admission à Belle-Idée, consiste à ne plus organiser des moments d'échange uniquement entre professionnels pour

²¹ Sectorisation qui, comme déjà évoqué, s'est fait en fonction d'une conception professionnelle des problématiques

parler du patient, mais de faire une réunion hebdomadaire en présence de ce dernier²², afin de discuter du suivi avec tous les acteurs.

Par rapport à la *pratique dialogique*, l'« Open Dialogue » a adapté les trois principes qui guidaient les séances de l'équipe milanaise: *hypothèse, circularité et neutralité en tolérance à l'incertitude, dialogisme et polyphonie dans le réseau social* (Seikkula et Olson, 2003). Sa technique pour guider les séances, qui paraît simple au premier abord, s'avère être difficile à pratiquer car elle est très différente, voire opposée à celles enseignées dans nos écoles. En effet, durant notre cursus universitaire, nous apprenons différentes théories qui nous forment à analyser une situation et guider un entretien pour, par exemple, déterminer le fonctionnement psychique d'une personne, le fonctionnement d'une famille ou poser un diagnostic, selon les critères du DSM, afin de faire des interventions qui auront pour but de modifier la situation observée. Cette pratique soulève plusieurs questions dont les trois évoquées ci-dessous. Tout d'abord, la théorie utilisée, qui nous donne une lecture de la situation, peut être tellement intégrée à notre pratique qu'elle devient l'unique vérité, nous faisant oublier que « les théories des thérapeutes sont elles-mêmes des constructions qui risquent de fonctionner comme des œillères » (Gergen, 2005 p. 31). Ensuite, comme elle n'est pas forcément connue du patient et que le thérapeute ne donne généralement pas accès à son dialogue intérieur au sein d'une thérapie, un décalage existe entre les acteurs en présence, ce que Lynn Hoffmann considère comme une part du « mur d'inégalités malheureuses que la profession de psychothérapeute a construit entre les thérapeutes et leur clients » (in Friedman, 1995 p. xi). Et finalement, ce mur met, de fait, le thérapeute dans une position d'expert, ce qui n'est pas sans risque. Effectivement, Romme (2000), en faisant référence au livre « Re-authoring Lives » de Michael White, met en évidence que d'être face à un expert nous place dans une position d'impuissance car, comme les « experts parlent de façon impersonnelle, ne révélant ni les motifs, ni le but se trouvant derrière ce qu'ils disent, ni comment ils ont acquis leur informations » (Romme, 2000 p. 87), ils limitent nos paroles et entravent nos réponses.

Durant la construction du modèle « Open Dialogue », l'équipe finlandaise s'est peu à peu détachée de ce type de systèmes thérapeutiques pour apprendre à s'ouvrir à la polyphonie, invitant chaque personne présente à partager, en séance, ses propres dialogues intérieurs. Il en découle que, pour initier une *pratique dialogique*, il faut pouvoir mettre de côté notre lecture

²² qui peut être accompagné d'un de ses proches

de la situation car l'idée première est de s'attacher aux mots/énoncés de chaque participant sans chercher, par exemple, à trouver leur fonction dans le système. Notre tâche est de faire surgir les différentes voix et d'orchestrer cette polyphonie, laissant les participants libre d'en retirer ce dont ils ont besoin. A cette fin, nous devons nous empêcher de poser des questions aux participants dans le but de valider notre lecture de la situation, pour apprendre à guider l'entretien à l'aide de questions ouvertes qui, rappelons-le, reprennent les énoncés amenés par les participants pour les soutenir dans leur récit à la manière d'un dialogue socratique et pour apprendre à choisir certains thèmes sur lesquels les différents participants sont invités à donner leur voix.

Notre seconde tâche consiste à apporter notre lecture de la situation de manière ouverte et indirecte, c'est-à-dire en ne s'adressant pas directement aux participants, mais en échangeant en équipe devant eux, partageant notre dialogue interne, sous forme de ressentis et de réflexions, pour ensuite laisser place à leurs réactions. Dans ce mouvement, nous sommes d'une part contraints à apprendre à parler des participants et de la situation en abandonnant notre jargon professionnel, ce qui nous amène à utiliser des mots plus simples, plus personnels et plus positifs. D'autre part, le faire de manière indirecte, donne la liberté aux participants de rebondir sur ce qui leur parle et de rejeter ce qui ne leur paraît pas pertinent. Les différentes pratiques réflexives issues du modèle d'Andersen ont en commun le fait qu'elles sont toutes des outils thérapeutiques qui permettent, comme le souligne Auberjonois et al. (2011), « de faire évoluer la relation thérapeutique vers une relation plus collaborative » (p.353). Pour ces auteurs, elles sont thérapeutiques, dans le sens où elles amènent les participants à prendre de la distance vis-à-vis de leur problématique en développant « un espace de métacommunication », afin que ces derniers s'interrogent sur leurs propres fonctionnements et réactivent leurs compétences auto-organisationnelles. Suivant la lecture de Lynn Hoffman (in Friedman, 1995), ces nouvelles pratiques occasionnent un changement de focus thérapeutique passant de l'individu ou du système à l' « espace entre-deux » dans lequel se joue notre vie de tous les jours. Elles permettent de reconnaître la souffrance de chacun tout en croyant à une transcendance possible dans la création d'une réalité conjointe. Ce changement de pratiques, qui se dessine sous différentes formes mais qui a, comme point commun, le fait d'inviter les différents acteurs de la scène thérapeutique à interagir de façon plus égalitaire, répond à la demande de transparence posée par bon nombre d'associations représentant les patients, les proches et semble être ce vers quoi les futures thérapeutiques tendent.

En guise de conclusion, cette immersion dans des pensées postmodernes et plus particulièrement dans celles du constructionisme social, parcourant maints articles à la recherche des clés pour comprendre ce qu'est l'« Open Dialogue », ouvre sur tout un champ de nouvelles thérapeutiques. Elle demande de sortir d'un monde habillé de vérités, pour entrer dans un autre où « tout ce que nous tenons pour réel, vrai, bon, valable et désirable émerge d'un processus de coordination » (Gergen, 2005, p.55) et, dans ce sens, est « le produit d'une relation humaine » (Gergen, 2005 p. 23). Analyser cette approche thérapeutique spécifique a questionné ma pratique et m'a permis de vouloir en modifier certains aspects. Elle m'a rendue beaucoup plus attentive à l'importance des mots/énoncés utilisés par les différents participants. Elle m'a permis d'entrevoir comment sortir de l'impasse dans laquelle me plaçait le récit de *réalités antagoniste* en séance en apprenant à dérouler encore plus loin les réalités en présence, jusqu'à l'émergence de ponts afin qu'une transformation advienne qui, en retour, va provoquer la dissolution du problème. Elle m'a aussi appris à utiliser la co-thérapie afin d'initier une discussion réflexive et partager mon dialogue interne au cœur des séances. En résumé, elle m'a donné envie de développer ma pratique vers une *pratique dialogique*.

4. Annexe

The Twelve Key Elements of Fidelity to Dialogic Practice (p. 8 Olsen M. et al. 2014)

- | |
|---|
| 1. Two (or More) Therapists in the Team Meeting |
| 2. Participation of Family and Network |
| 3. Using Open-Ended Questions |
| 4. Responding To Clients' Utterances |
| 5. Emphasizing the Present Moment |
| 6. Eliciting Multiple Viewpoints |
| 7. Use of a Relational Focus in the Dialogue |
| 8. Responding to Problem Discourse or Behavior in a Matter-of-Fact Style and with Meaningful Dialogue |
| 9. Emphasizing the Clients' Own Words and Stories, Not Symptoms |
| 10. Conversation Amongst Professionals (Reflections) in the Treatment Meetings |
| 11. Being Transparent |
| 12. Tolerating Uncertainty |

5. Références bibliographiques

1. Aaltonen J., Seikkula J., Lehtinen K. The comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland : I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, Octobre 2011 ; 3(3) : 179-191
2. Alanen Y. O. *Schizophrenia : its origins and Need-Adapted Treatment*. Londre : Karnac books; 1997.
3. Albano R. *Action Research / La recherche-action / La ricerca-intervento*. Bologna : TAO Digital Library; 2012
4. Andersen T. *The Reflecting Team : Dialogues and Dialogues About the Dialogues*. New York : Norton; 1991.
5. Anderson H. *Converstation, langage et possibilités : une approche postmoderne de la thérapie*. Bruxelles : Satas S.A.; 2005.
6. Auberjonois K., Tettamanti M., De Vincenzi A., Bischoff M., Reverdin B., Charmillot A., Favez N., Rey-Bellet Ph. Les méthodes réflexives en psychothérapie systémique : entre recherche et clinique. *Médecine & Hygiène : Thérapie Familiale* 2011; 32(3) : 349-362.
7. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L., Thorup A., Øhlenschlæger J., Le Quach Ph., Østergaard Christensen T., Krarup G., Jørgensen P., Nordentoft M. Course of illness in a sample of 265 patients with first-episode psychosis – Five-year follow-up of the Danish OPUS trial. In *Schizophrenia research* 2009; 107 : 173-178.
8. Boutet J. Pluriaccentuation et polysémie sociale. In *Actes du colloque dialogisme et polyphonie : 27/28 septembre 1985*. Université de Neuchâtel : Travaux du centre de recherches sémiologiques no 50; avril 1986. p. 47-64
9. Borchers P. *Issues like this have an impact : The Need-Adapted Treatment of Psychosis and the Psychiatrist's Inner Dialogue*. [Thèse, Département de psychologie]. Jyväskylä : Jyväskylä University Printing House; 2014.
10. Borchers P., Seikkula J., Lehtinen K. Psychiatrists' inner dialogues concerning workmates during need adapted treatment of psychosis. *Psychosis : Psychological, Social, and Integrative Approaches* 2013; 5(1) : 60-70.
11. Borchers P., Seikkula J., Lehtinen K. Psychosis, Need Adapted treatment, and psychiatrists' agency. *Psychosis : Psychological, Social, and Integrative Approaches* 2014; 6 : 27-37.

12. Droit R.-P. Petites expériences de philosophie entre amis : Casser les codes du quotidien. Paris : Plon ; 2012.
13. Ebel M. Apport des écrits du cercle de Mikhaïl Bakhtine à une analyse du langage comme pratique sociale. In Actes du colloque dialogisme et polyphonie : 27/28 septembre 1985. Université de Neuchâtel : Travaux du centre de recherches sémiologiques no 50; avril 1986. p. 1-13.
14. Frank I. D., Rozat Pariat V., Psychothérapie familiale et individuelle : réflexivité et synergies. Médecine & Hygiène : Thérapie Familiale 2007 ; 28(4) : 471-482
15. Gergen K. J. Construire la réalité : un nouvel avenir pour la psychothérapie. Paris : éditions du Seuil; 2005.
16. Gergen K. J., MacNamee S. From disordering discourse to transformative dialogue. In Neimeyer R. & Raskin J. eds. Constructions of disorders. Washington DC : American Psychological Association; 2000 p. 333-349.
17. Hoffman L. Foreword. In Friedman eds.The Reflecting team in Action : Collaborative practice in family thérapie. New York : The Guilford Press ; 1995; p. ix-xiv
18. Kuenzli-Monard F. Comment inviter la réflexivité en thérapie : la pensée pratique du psychothérapeute. Médecine & Hygiène 2006 ; 27(2) : 181-191.
19. Lehtinen V., Aaltonen J., Koffert T., Räkköläinen V, Syvälahti E. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed ? Eur Psychiatry 2000; 15 : 312-20.
20. Merino C. Exploration de la relation parentale complémentaire dans des psychoses débutantes. [Mémoire de Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées, Faculté de Psychologie et des sciences de l'éducation]. Genève : Université de Genève; 2007.
21. Olsen M. E., Laitila A., Rober P., Seikkula J. The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session : dialogical investigation of change from the therapists' point of view. Family Process 2012; 51(3) : 420-435.
22. Olsen M., Seikkula J., Ziedonis D. The key elements of dialogic practice in Open Dialogue : fidelity criteria. Version 2014 (en cours de publication : <http://umassmed.edu/Global/Psychiatry/Open%20Dialogue/KeyElementsV1.109022014.pdf>)
23. Peytard J. Mikhaïl Bakhtine : dialogisme et analyse du discours. Paris : Bertrand-Lacoste ; 1995.
24. Romme M., Escher S. Making sense of voices : a guide for mental health professionnals working with voice-hearers. Londre : Mind publication ; 2000.

25. Salazar-Orvig A., Grossen M. Le dialogisme dans l'entretien clinique. *Langage et société* mars 2008/1; 123 : 37-52.
26. Seikkula J. Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 2002; 28 : 263-274.
27. Seikkula J. Open Dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crisis. *Smith College Studies in Social Work* 2002; 73 : 227-245.
28. Seikkula J. Dialogue is the change: Understanding psychotherapy as a semiotic process of Bakhtin, Voloshinov and Vygotsky. *Human Systems Journal* 2003; 14(2) : 3-22.
29. Seikkula J. Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises. *Smith Studies in Social Work* 2003; 73(3) : 227-245
30. Seikkula J. Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy* 2008; 30 : 478-491.
31. Seikkula, J. Becoming Dialogical : Psychotherapy or a way of life ? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2011; 32(3) : 179-193.
32. Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology* 2001; 14: 247–265.
33. Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J. Open dialogue in psychosis II : a comparison of good and poor outcome cases. *Journal of constructivist psychology* 2001; 14 : 267-284.
34. Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J. The comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland : II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011; 1-13.
35. Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K., Keränen J., Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach : Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, March 2006; 16(2) : 214-228.
36. Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K., Keränen J., Sutela M. Treating psychosis by means of Open Dialogue. In Friedman eds. *The Reflecting team in Action : Collaborative practice in family thérapie*. New York : The Guilford Press ; 1995; p. 62-80.
37. Seikkula J., Arnkil T. E. Dialogical meetings in social networks. Londre : Karnac books; 2006. (Systemic thinking and practice series)
38. Seikkula J., Arnkil T., Eriksson, E. Postmodern society and social networks: Open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process* 2003; 42(2) : 185-203.

39. Seikkula J., Laitila A., Rober P. Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of marital and family therapy* 2011; 38(4) : 667-687.
40. Seikkula J., Olson M. E. The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis : Its Poetics and Micropolitics. *Family Process* 2003; 42(3), 403-418.
41. Seikkula, J., Trimble D. Healing elements of therapeutic conversation: Dialogues as an embodiment of love. *Family Process* 2005; 44(3): 463-477.
42. Svedberg B., Mesterton A., Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population : a 5-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001 ; 36 : 332-332.
43. Varese F., Smeets F., Drukker M., Lieverse R., Lataster T., Viechtbauer W., Read J., Van Os J., Bentall R. P. Childhood adversities increase the risk of psychosis : a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin* 2012 ; 38 : 661-671.
44. Whitaker R. Anatomy of an epidemic : magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. New York : Broadway Books; 2010.
45. White M. Reflecting teamwork as definitianal ceremony. In : Re-Authoring lives : Interviews and essays. Adelaide : Dulwich Centre Publications; 1995.