L'«OPEN DIALOGUE»: UN AUTRE REGARD SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

S'asseoir ensemble pour comprendre, une posture qui résume l'essence même de l'«open dialogue». Née en Laponie il y a 30 ans, cette méthode diffère de la prise en charge traditionnelle des troubles psychotiques.

Une vingtaine de personnes discutent, assises en cercle dans une salle de conférences réaménagée pour l'occasion. Ces femmes et ces hommes partagent leur vécu intime de la schizophrénie. Quel que soit leur statut: patient, proche ou professionnel, ils échangent leurs propos dans une écoute mutuelle. C'était lors d'un atelier organisé autour de l'*open dialogue*, à l'occasion du Congrès PSY 2016 à Bâle. À la tête de cette initiative, Jens Stellbrink-Beckmann, responsable de la Clinique de jour des Hôpitaux FMI AG à Interlaken. Son service fait figure de pionnier dans l'implémentation de cette méthode de traitement en Suisse. L'approche repose sur la création d'un *dialogue ouvert* au sein du cercle familial et social de la personne en souffrance psychique. Elle privilégie le soin à domicile ainsi qu'une prise minimale de médicaments.

Miser sur le rétablissement global de la personne plutôt que sur la disparition du symptôme, tel est le pari de l'*open dialogue*. Si les équipes bernoises commencent leur formation, cette thérapie se pratique déjà depuis quelques dizaines d'années ailleurs dans le monde, notamment dans sa Scandinavie natale.

UNE MÉTHODE VENUE DU NORD

L'*open dialogue* a vu le jour dans les années 1980 en Laponie, au nord-ouest de la Finlande. Il puise ses racines dans la thérapie systémique familiale et un modèle appelé *Need-adapted approach* (NAA: «Approche adaptée aux besoins») qui préconise une attitude thérapeutique ouverte et empathique envers le patient. À cette époque, cette région affichait un des plus hauts taux mondiaux de personnes atteintes de troubles schizophréniques. Face à ce constat, l'État finlandais a soutenu des projets de transformation du système de prise en charge psychiatrique, tels que la création de services extrahospitaliers. Petit à petit, ces innovations ont amélioré le pronostic des patients touchés par la schizophrénie. Ce fut le point de départ du mouvement *Open dialogue*, développé par le professeur Jaakko Seikkula et les soignants de l'Hôpital psychiatrique de Keropudas.

Par la suite, d'autres expériences sur le rôle des neuroleptiques lors d'un premier épisode psychotique ont conduit l'équipe finlandaise à perfectionner leur jeune modèle. En remettant en cause la prescription quasi automatique de neuroleptiques en cas de crise psychotique, les soignants finlandais ont réalisé que la voie médicamenteuse n'était pas l'unique solution.

L'open dialogue privilégie le soin à domicile ainsi qu'une prise minimale de médicaments

Vingt ans de recherches plus tard, la transformation du paysage psychiatrique de la région est impressionnante. Le travail pour améliorer le suivi thérapeutique a fait chuter le nombre de séjours longue durée en institution à zéro et renforcé la confiance mutuelle entre la population et les services psychiatriques. Les résultats* sont sans appel: plus de 80% des patients diagnostiqués schizophrènes ne présentent plus de symptômes psychotiques après cinq ans de suivi. Ces personnes vivent sans médication, travaillent ou ont repris leurs études.

SEPT PRINCIPES

La clé de ce succès réside notamment dans la mise en place de moments d'ouverture au dialogue, appelés réunions de traitement. Durant ces séances, auxquelles participe le réseau social et familial du patient, un sens nouveau émerge, nourrit du vécu relationnel et psychique de chacun. Ces échanges permettent de collecter des informations essentielles à la mise en place d'une aide et du futur traitement. Durant la période de crise aiguë, tout est mis en œuvre pour éviter l'hospitalisation. Une équipe pluridisciplinaire constituée de soignants intra et extrahospitaliers se réunit tous les jours au domicile du patient, puis les séances s'espacent progressivement.

Lorsqu'un patient ou un proche contacte l'hôpital pour une crise, le médecin à l'autre bout du fil a 24 heures pour constituer une équipe pluridisciplinaire et prendre en charge le patient. Durant toute la durée du traitement, l'équipe demeure identique et suit les sept principes de l'*open dialogue* (voir encadré). La thérapie s'ajuste en permanence aux besoins de la personne et à ceux de son réseau. Quel traitement devons-nous proposer? Qu'est-ce qui fonctionne dans cette situation? De quoi a besoin cette famille? Dans un mouvement réflexif, les soignants s'interrogent continuellement avec les proches et la personne concernée sur le traitement en cours. L'équipe soignante doit rendre la situation gérable pour le patient et son cercle. Une condition sine qua non à l'émergence des différentes narrations autour de la situation vécue. C'est là que s'installe le *dialogue ouvert* durant lequel chaque voix est entendue.

Dans cette approche, la crise n'est pas l'ennemie à combattre mais une situation à comprendre. La voie médicamenteuse est utilisée en dernier recours. Au fil des séances et du temps, le traitement amène la personne vers un rétablissement global et non vers la disparition du symptôme. Un changement de paradigme dans le monde du soin psychiatrique.

UNE PREMIÈRE EN SUISSE

À Interlaken, l'équipe de Jens Stellbrink-Beckmann s'inspire de cette approche depuis maintenant deux ans. «Nous ne pouvons pas encore offrir à nos patients l'application de l'*open dialogue* à 100%. À ce stade, ils bénéficient de techniques issues de la méthode lorsqu'ils viennent à la Clinique de jour. Elles font maintenant partie de notre quotidien clinique. Seuls quelques-uns ont un suivi à domicile. Nous travaillons à sa mise en

place systématique, mais le chemin est encore long», souligne-t-il. Une trentaine de soignants ont été formés en 2015 et une nouvelle volée l'a été en 2016.

«Le changement de posture, l'abandon de notre rôle d'expert pour s'ouvrir à l'autre m'a beaucoup séduit lorsque j'ai découvert l'*open dialogue*», se souvient Jens Stellbrink-Beckmann, responsable du développement de la méthode lapone dans son hôpital.

«Les retours des patients sont très positifs et cela nous encourage à continuer dans cette direction. Notre prochain objectif est l'instauration du suivi à domicile sur une base régulière pour plus de patients. Nous travaillons également à la question de l'adaptation de la méthode à notre système de soins. C'est un sacré défi!» Pour l'instant, c'est le seul programme de formation à l'*open dialogue* en Suisse, mais d'autres expériences proches de la méthode finlandaise existent aussi de l'autre côté de la Sarine.

DANS LE CANTON DE VAUD

À Lausanne, par exemple, le professeur Charles Bonsack, responsable de la Section de psychiatrie sociale du Service de psychiatrie communautaire au DP-CHUV, évoque une expérience proche de l'*open dialogue*. «Depuis quelques années, nous avons développé des équipes mobiles et un modèle de traitement et d'intervention précoce dans la psychose (TIPP). Ce modèle comprend notamment l'intervention immédiate dans la communauté, le partenariat avec les proches, la flexibilité face aux besoins, la responsabilité du suivi par un case manager, une continuité du suivi pendant trois ans et un principe de médication minimale.»

L'OPEN DIALOGUE EN 7 PRINCIPES

Pratiquer l'*open dialogue* demande à l'équipe soignante de se conformer à sept principes, érigés en lignes directrices nécessaires à la mise en place du traitement dans son intégralité:

1. Répondre dans un délai de 24 heures à la demande d'aide;
2. Inclure le réseau social et familial du patient;
3. Être flexible par rapport aux besoins spécifiques du patient et de ses proches;
4. Prendre la responsabilité du suivi;
5. Assurer une continuité dans le traitement;
6. Tolérer l'incertitude;
7. Générer un dialogue ouvert.

«À trop se focaliser sur les symptômes, on diminue la possibilité de bien fonctionner dans d'autres aspects de la vie»

Le mouvement reste encore limité à l'échelle cantonale, par manque de ressources. Malgré tout, les prises en charge alternatives influencent le monde médical. «L'*open dialogue* ou le modèle Recovery nous poussent à réfléchir sur l'utilisation des médicaments, par exemple. À trop se focaliser sur les symptômes, on risque de diminuer la possibilité de bien fonctionner dans d'autres aspects de la vie. Certaines études montrent qu'une médication minimale augmente le risque de rechute à court terme, mais elles montrent également qu'elle améliore le fonctionnement à plus long terme. Dans notre société du non-risque, il y a ainsi malgré tout de bonnes raisons pour que la médication minimale fasse partie des recommandations en matière de santé psychique», précise Charles Bonsack.

VALIDATION SCIENTIFIQUE

Si le changement de paradigme insufflé par le modèle finlandais réunit de plus en plus d'adeptes à travers le monde, certains sceptiques se font entendre.

Tout au long de l'élaboration de l'*open dialogue*, des études, appelées recherches-actions ont été menées en parallèle sur le terrain. «Cela permettait à leurs auteurs de vérifier si leur méthode était efficace ou non et d'avancer par petites touches, progressivement. Mais cette méthodologie peine à convaincre le monde scientifique, explique Béatrice Cordonier, psychologue à Genève. En effet, lors des études sur l'*open dialogue*, les équipes ont mené leurs recherches de façon qualitative avec tous les patients qu'ils avaient, sans chercher à randomiser leur panel. Ce qui signifie que la population qui a participé à leurs études n'était pas contrôlée quant au sexe, à l'âge, etc. De ce fait, les résultats obtenus ne peuvent exclure un biais méthodologique, selon un point de vue scientifique dominant.»

Auteure d'un mémoire sur l'*open dialogue*, Béatrice Cordonier ne se focalise pas sur les querelles de méthodologie. «En plus des résultats, cette approche offre un regard novateur sur le trouble psychique. Elle se base sur une conception de la schizophrénie différente de la nôtre. Nous pensons que c'est une maladie que nous conservons à vie, alors que l'*open dialogue* propose de voir cette pathologie plutôt comme une période dans le parcours d'une personne.

DÉBUTS INTERNATIONAUX

Bien entendu, tout le monde ne peut pas participer à ces programmes, et certaines personnes peuvent ne pas être réceptives à cette approche. Des patients se tournent quelquefois vers l'*open dialogue* dans l'espoir d'arrêter leur médication, mais cela n'est pas toujours possible. Actuellement, le fossé entre les approches traditionnelles et alternatives au sujet de la psychose demeure important. Mais les choses bougent.

En juillet de l'année passée (2016), l'influent magazine *Psychiatric Services* a publié la première étude sur un programme *Open dialogue* aux États-Unis, dirigé par le Dr Christopher Gordon et le Dr Douglas Ziedonis, de l'Université du Massachusetts. Les résultats se révèlent encourageants. Sur les 14 participants au projet pilote, 9 sont toujours à l'école ou au travail, un an après leur premier épisode psychotique. Quatre s'en sortent sans médication. «C'est juste une petite étude pilote, mais c'est un début», souligne le Dr Christopher Gordon dans les colonnes du *New York Times*.

Si l'*open dialogue* commence depuis quelques années à faire des émules aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Suisse, en Finlande il n'est plus une méthode alternative mais la manière principale de prendre en charge les personnes affectées dans leur santé mentale. «La chose la plus importante est de commencer», conclut Jens Stellbrink-Beckmann.

Jessica Richard

** «Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies», in «Psychotherapy Research», Jaakko Seikkula et al., mars 2006, 16(2), pp. 214-228.*