

L'Approche Open Dialogue (Dialogue Ouvert)

Notre Association apprend et pratique essentiellement l'Approche Open Dialogue, une démarche développée il y a 40 ans en Laponie de l'Ouest (Finlande), qui a permis de vider l'hôpital psychiatrique en guérissant 80 à 85 % des personnes souffrant de psychose.

Cette approche est présentée en détail à la page web suivante intitulée « [FAQ Open Dialogue](#) » (foire aux questions). Cette FAQ est traduite de l'[original en anglais](#) (suivre le lien) mais également augmentée de cinq questions pour l'adapter au contexte Belge. Cette note préliminaire en quatre pages présente l'Approche Open Dialogue de manière plus synthétique¹.

Après l'introduction, l'Approche Open Dialogue est décrite par les 7 principes de base qui ont ensuite été précisés par les 12 critères de fidélité à la pratique dialogique pour éviter qu'elle ne soit galvaudée par des initiatives trop enthousiastes. Les 7 principes et 12 critères sont d'abord regroupés sur notre adaptation schématique de la page suivante avant d'être repassés en revue aux deux dernières pages.

Qu'est-ce que l'Open Dialogue ?

Sur la base que les troubles qui mènent à la psychose seraient liés à un problème de liens relationnels, l'Open Dialogue est une approche consistant à retisser ces liens. Cela dans la bienveillance vis-à-vis de toutes les personnes concernées de près ou de loin. Il s'agit de travailler avec une présence dans la durée, sans autre but que de retisser les liens, de laisser émerger les émotions, d'écouter la polyphonie (points de vue multiples) pour dialoguer ainsi que de veiller à la sécurité.

Pourquoi est-ce une façon révolutionnaire d'envisager la psychiatrie ?

L'Approche Open Dialogue est une manière de sortir de la peur et pour être dans l'espoir.

- *C'est une approche Collaborative* : Le traitement est planifié avec le patient et son réseau (famille, policier, ambulancier, infirmier et psychiatre...).
- *C'est une approche Dialogique* : Chacun a raison de son point de vue (polyphonie) ; nous dialoguons dans l'écoute et non le répondant.
- *C'est une approche Humble* : L'issue aux impasses des difficultés des professionnels vient après un changement de soi-même ! Il n'y a pas de recettes. Nous apprenons de nos erreurs.
- *C'est une approche Humaine* : Elle fonctionne dans la bienveillance, l'empathie et le ressenti de ce qui se passe à l'intérieur de nous comme accompagnant, au plus proche de la complexité de nos natures humaines et de la grande sensibilité des personnes que nous accompagnons.

Les Sept Principes de Base du Dialogue Ouvert et les 12 Critères de Fidélité à la Pratique Dialogique (Voir schéma, p.3, et Description, pp. 3 et 4) :

Fondamentalement, le Dialogue Ouvert est une manière de penser et d'être en relation, un ensemble de valeurs, une philosophie -- plus qu'une méthode -- qui inspire la pratique psychothérapeutique. Il consacre la transparence : on ne parle pas des personnes absentes. Il

¹ Outre notre FAQ Open Dialogue, la présente note s'inspire de deux autres sources en français : (1) [Mémoire de Béatrice Cordonier \(2015\)](#) pour les 7 principes de base ; 2) la [traduction par Copper Lebrun \(Association Neptune, 2018\)](#) de la publication originale ([Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D., 2014](#)) pour les 12 critères de fidélité.

permet de parler avec les gens au lieu de les évaluer, de les tester ou de les catégoriser. Chaque crise et chaque processus constituent une opportunité unique de se redéfinir. Enfin, le dialogue ouvert convient pour tout état émotionnel extrême, pas seulement pour les psychoses.

L'approche du Dialogue ouvert est à la fois un système de thérapie communautaire et une forme de conversation thérapeutique qui advient à l'intérieur de la réunion thérapeutique. Ces deux couches de Dialogue ouvert sont guidées par les sept principes, dont "dialogue (polyphonie)" et "tolérance à l'incertitude" sont deux fondements de la conversation thérapeutique ou de la pratique dialogique. La pratique dialogique dans Dialogue ouvert est la même à la fois pour des crises aiguës et des situations de plus long terme, soi-disant "chroniques". Dans la réunion de traitement, l'objectif principal pour les thérapeutes est de nourrir un dialogue dans lequel la voix de chacun est écoutée et respectée.



OPEN DIALOGUE. - Les 7 Principes du Dialogue Ouvert (I-VII) entourés (précisés) par les 12 Critères de Fidélité à la Pratique Dialogique (1-12)

En caractères bleus, nous avons tous les 7 principes ainsi que les quatre critères (3, 6, 7 et 11) axés sur l'ouverture (questions ouvertes, relationnel, transparence et, surtout, polyphonie). En rouge, les 3 critères de la base (1, 2 et 10) consacrent le travail en équipe (thérapeutes, famille et réseau social) tandis que les 3 critères du sommet (4, 8 et 9) placent la personne au centre du processus : réponse à ses formulations, sens donné à ses problèmes, accent mis sur son parcours, pas sur ses symptômes. Enfin, en mauve, dans un rapport au temps, le critère 5 privilégie l'ancrage dans le moment présent tandis que le critère 12 introduit le développement du sentiment de sécurité pour la tolérance à l'incertitude de l'avenir.

Dans un effort de fidélité à ces principes et critères, notre ASBL et ses partenaires ont déjà organisé 5 éditions de 2 ou 3 jours d'introduction à l'Approche Open Dialogue. En outre, plusieurs de nos membres ont suivi une formation de 20 jours étalés sur un an.

Cela nous permet de gérer des groupes de parole centrés sur les Pratiques Open Dialogue en attendant le développement à long terme d'un réseau de professionnels ayant suivi une formation encore plus longue. Ceux-ci seraient alors agréés pour faire partie des équipes de thérapie pouvant intervenir dans les 24 heures comme en Laponie de l'Ouest.

A. Les sept principes de base du Dialogue Ouvert (« Open Dialogue ») :

I. Réponse immédiate à la demande d'aide. - La personne qui reçoit l'appel forme l'équipe de prise en charge. Une rencontre a lieu en moins de 24h dans le milieu de vie du client et/ou de sa famille. Ce temps réduit entre l'apparition des symptômes et la prise en charge est une opportunité d'accès rapide aux ressentis du patient ainsi qu'aux difficultés qui l'habitent. La première réunion de traitement et les suivantes permettent de recueillir des informations sur le problème pour construire un plan de traitement dans le cadre d'un dialogue psychothérapeutique. Ainsi, on évitera l'hospitalisation ; les symptômes psychotiques diminueront ; et le patient pourra espérer mettre les mots sur une expérience *qui n'en a pas*.

II. Travail en équipe et inclusion du réseau social du patient. - En plus des professionnels (trois ou quatre soignants - infirmiers, psychologues et médecins confondus), la famille fait partie du réseau social. Celui-ci peut aussi inclure d'autres proches ainsi que toute personne pouvant apporter un témoignage ou une certaine aide : ami ou voisin, acteur de l'aide sociale, de l'aide à l'emploi ou de l'école... L'équipe OD peut aussi rencontrer certains membres du réseau séparément en cas de maltraitance ou de violence. En définitive, c'est le patient (client ou bénéficiaire) qui accepte la formation et la composition de son réseau. La présence aux réunions des membres de l'équipe est recommandée mais, au besoin, certains intervenants peuvent être contactés par téléphone.

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 ; elle permet 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 chez les patients vivant un premier épisode psychotique, le problème débute par des comportements qui ne répondent plus aux attentes de l'entourage. Il est donc nécessaire que celui-ci soit inclus dans le processus pour pouvoir dissoudre le problème et faire émerger une nouvelle relation avec la personne concernée.

À noter que lors des réunions, les voix du patient, des proches et des professionnels sont écoutées et respectées sans différence de statut entre les participants. Ce respect et cette mise en confiance, en amenant tout le monde à se sentir entendu, vont permettre de mobiliser les ressources psychologiques tant du patient que des proches.

III. Flexibilité et mobilité. - On reste flexible aux besoins spécifiques et changeants du patient et de sa famille ; moyennant négociation, les réunions se déroulent dans le meilleur emplacement pour les membres du réseau. Les diverses possibilités de traitement sont discutées et décidées en synergie. Au début, durant la phase critique, le suivi peut être rapproché, avec une rencontre par jour durant une dizaine de jours. Au besoin, un membre de l'équipe peut passer quelques heures voire toute la nuit au domicile du patient. On peut donner un somnifère ou un médicament. Plus tard, on peut passer d'une thérapie plus systémique à une thérapie plus individuelle. Les stratégies complémentaires telles que le yoga, la méditation, le sport, les promenades dans la nature, les activités entre amis, ... sont toujours bienvenues.

IV. Responsabilité du suivi. - La personne, avec son entourage proche, est au cœur des préoccupations. Lorsque les problématiques du patient sont multiples (par exemple, cumul de psychose et d'alcoolisme), c'est l'équipe qui les prend en charge sans cloisonnement. L'équipe est collégalement responsable des décisions de choix et de suivi en rapport avec les thérapies, la médication et/ou l'hospitalisation. Celles-ci se discutent 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.

La responsabilité est partagée entre les membres de l'équipe sans référence à une autre autorité. La première personne contactée est généralement responsable de la suite des opérations. Toutefois, même si les décisions sont collégiales, l'avis d'un médecin reste important : 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 du point en question.

V. Garantie de continuité. - Pour éviter l'arrêt prématuré de médication ou de suivi, la même équipe doit rester en charge de l'ensemble du processus et le réseau social doit être invité tout au long de celui-ci, aussi longtemps que nécessaire. En cas de nouveau besoin ou de nouvelle crise, l'équipe de traitement travaille avec le réseau. Si une thérapie individuelle est conseillée, un membre de l'équipe sera sélectionné pour ce faire. De toute manière, la continuité suppose une vision responsable et éthique, dans un domaine où le lien et le maintien de la relation sont fondamentales.

VI. Tolérance de l'incertitude. - Le premier travail de l'équipe est d'amener le bénéficiaire et sa famille à se sentir en sécurité, en tolérant l'anxiété et l'incertitude, sans réagir dans l'urgence par une hospitalisation ou une prise de médicaments. Face à une crise psychotique, il est possible de se réunir tous les jours pendant deux semaines pour générer un sentiment de sécurité suffisant. Bref, il faut « aller lentement pour aller vite » en évitant des décisions qui pourraient être prises prématurément par des experts. La tolérance à l'incertitude permet donc de réagir calmement à une situation complexe pour mieux exploiter le haut potentiel d'évolution vers de meilleurs états de santé.

VII. Dialogue ouvert (dialogisme et polyphonie). - L'accent est mis sur la promotion du dialogue, non sur le changement. L'équipe suit les thèmes et respecte les manières de parler des membres. Ceux-ci discutent de leurs difficultés et de leurs problèmes. Une nouvelle compréhension se dégage du dialogue ; les nouveaux mots ainsi qu'un langage commun font partie de la thérapie. Un rétablissement global psycho-social est envisagé plutôt que la simple disparition des symptômes. L'espace dialogique offre l'opportunité de faire émerger du sens à la crise.

B. Les 12 critères clé de fidélité à la pratique dialogique :

1. Deux thérapeutes (ou plus) dans la réunion d'équipe. - L'approche Dialogue ouvert insiste sur l'importance d'une réunion où plusieurs thérapeutes entrent en contact en tant qu'équipe avec le réseau social. Il devrait y avoir au moins deux thérapeutes. Le travail d'équipe est essentiel pour répondre efficacement à des crises sévères, aiguës et à des conditions psychiatriques chroniques.

2. Participation de la famille et/ou de membres du réseau social. - La prise de contact avec le réseau commence au téléphone lorsque le clinicien pose à l'appelant des questions qui facilitent à la fois la participation du réseau et aident à organiser la réunion d'une façon non hiérarchique, c'est-à-dire avec la participation du ou des personnes. En valorisant l'inclusion de la famille ou d'autres membres depuis le tout début, ils deviennent généralement des partenaires importants tout au long du processus de traitement. En même temps, il y a une flexibilité basée sur la volonté de la personne au centre d'accepter la présence de proches.

3. Utiliser des questions ouvertes. - La véritable réunion thérapeutique commence lorsque des questions ouvertes sont posées par les cliniciens. Il y a trois sous-catégories de questions ouvertes. D'abord, l'usage de "deux questions" dans la toute première réunion après les présentations : 1) "Qui veut commencer ?" ou bien "Quelle serait la meilleure façon de commencer ?" "Depuis quand avez-vous eu l'idée de venir ici ?" ; ensuite, l'usage de la seconde question dans chaque réunion : "Comment voudriez-vous employer cette réunion ?", enfin, l'usage continu des questions ouvertes au long du processus de traitement afin que les personnes puissent prendre l'initiative à la fois de parler de ce qu'ils considèrent comme important et de la manière dont ils aimeraient en discuter.

4. Répondre aux énoncés de la personne. - Le thérapeute valorise le dialogue en répondant aux formulations du client typiquement de trois manières, invitant à une réponse. Ceci inclut 1) l'emploi des termes de la personne ; 2) de s'impliquer dans une écoute active ; et 3) d'être aussi en phase avec les formulations non-verbales, incluant les silences.

5. Mettre en valeur le moment présent. - Le clinicien met l'accent sur le moment présent de la réunion. Il y a à cela deux parties interconnectées : 1) répondre aux réactions immédiates qui adviennent dans la conversation; et 2) permettre aux émotions d'émerger.

6. Susciter des points de vue multiples (polyphonie). - Dialogue ouvert ne vise pas au consensus, mais à une juxtaposition et à un échange créatif de points de vue et de voix multiples, même en cas de tension entre personnes ou au niveau d'un individu. Il y a deux dimensions à la multiplicité des points de vue et des voix, ou polyphonie : 1) extérieure et 2) intérieure. Dans la polyphonie extérieure, le thérapeute engage tout le monde à la conversation, encourageant chacun à parler de son propre point de vue et de ses expériences de façons complexes. Et du côté de la polyphonie interne, le thérapeute écoute et se confronte aux multiples visions et voix du patient.

7. Privilégier le relationnel dans le dialogue. - En s'entretenant avec les personnes, les thérapeutes dialogiques s'intéressent à travailler les thèmes et sujets au sein d'un cadre relationnel. Dans Dialogue ouvert, nous ne posons pas des questions comme partie d'une méthodologie structurée d'entretien ou une séquence planifiée de questions qui mèneraient à fonder une intervention. A la place, dans la pratique dialogique, les questions sont amenées d'une façon créative, improvisée et économe de façon à ouvrir de nouvelles voies pour l'expression et la voix. Nous parlons alors de "questionnement relationnel.

8. Répondre aux discours et aux comportements dits problématiques, en étant attentif aux significations. - On met en avant, dans la pratique dialogique, le fait de "normaliser le discours", en contraste avec le fait de parler de problèmes comme étant pathologiques, ce qui est souvent la façon dont les choses commencent. Le thérapeute écoute les aspects significatifs et "logiques" de chaque réponse de la personne de façon à voir les symptômes ou le comportement-problème comme faisant sens au sein d'un contexte particulier, plutôt que comme "faux" ou "fou".

9. Mettre en valeur les termes et histoires propres aux personnes, pas les symptômes. - La pratique dialogique invite à raconter ce qui est arrivé dans la vie d'une personne, ses expériences, pensées et sentiments, plutôt que de rapporter les symptômes. Le thérapeute se concentre sur les mots qui peuvent donner accès à la narration de la souffrance d'une personne. Le but est d'arriver à des compréhensions partagées qui donnent voix à l'expérience de la personne, la rendant plus compréhensible. Ceci implique souvent de se concentrer sur les détails de la description par la personne de ce qui s'est passé, ou ce qui se produit en réalité dans la pièce alors que la personne est en train de raconter son histoire.

10. Conversation entre professionnels (processus réflexif) dans les réunions thérapeutiques. - Dans chaque réunion, la conversation des professionnels dans le processus de réflexion (ou l'échange) se déroule en présence de la famille. Toutefois, il est conseillé que ceux-ci se regardent entre eux et se parlent, sans regarder la famille ou d'autres participants.

Une conversation devant la famille se déroule entre trois parties. Les deux premières sont interchangeables ; mais la troisième vient toujours après le dialogue entre les professionnels. D'abord, les thérapeutes s'engagent dans des réflexions centrées sur leurs propres idées, images, ou associations, avec la personne et la famille. Ensuite, les thérapeutes conversent avec les autres professionnels pendant la réunion sur la planification du traitement, l'analyse du problème, la discussion des recommandations de médication et d'hospitalisation. Et, enfin, la famille commente l'échange des professionnels.

L'échange entre les professionnels s'élabore à partir d'une réflexion sur les idées, les images, les sensations, et les associations qui sont advenues dans leurs esprits et leurs cœurs en écoutant la planification du traitement. L'objectif est de créer un espace dans la réunion où les thérapeutes peuvent s'écouter eux-mêmes et ainsi avoir accès à leurs propres dialogues internes. Ceci permet également aux personnes d'écouter sans subir la pression de répondre à ce que disent les professionnels.

11. Être transparent. - Tout échange thérapeutique est partagé avec chacun des participants. Tout le monde dans la réunion de réseau peut accéder de façon égale à toutes les discussions et informations partagées. Ceci signifie que toutes les discussions au sujet de l'hospitalisation, de la médication, et alternatives de traitement se déroulent alors que tout le monde est présent. Souvent la transparence advient comme une caractéristique dans les réflexions.

12. Tolérer l'incertitude. - La tolérance de l'incertitude est l'un des sept principes de base de Dialogue ouvert et des 12 éléments-clé de la pratique dialogique. Elle est au cœur du dialogue. Dans Dialogue ouvert, l'apport de chacun (polyphonie) est important et chaque crise a des caractéristiques uniques. Les décisions hâtives et les conclusions rapides sur la nature de la crise, le diagnostic, la médication, et l'organisation de la thérapie sont évitées. L'idée principale que les professionnels devraient garder en tête dans la crise est de se conduire de façon à augmenter la sécurité au sein de la famille et du reste du réseau social. Une des pratiques spécifiques associées à cela est de rentrer en contact avec chaque personne de manière précoce dans la réunion et ainsi, de reconnaître et de légitimer sa participation. Une telle reconnaissance réduit l'anxiété et augmente la connexion et ainsi, un sentiment de sécurité.