

Robert Whitaker : Jaakko, c'est un grand plaisir de vous accueillir parmi nous aujourd'hui.

*Jaakko Seikkula* : Merci de m'avoir invité. Je me réjouis de notre conversation.

Whitaker : J'aimerais commencer par vous poser une question personnelle. Où avez-vous grandi en Finlande et qu'est-ce qui vous a motivé à devenir psychologue ?

*Seikkula* : C'était une question que je me posais moi-même quand j'étais au lycée. En fait, j'ai écarté toutes les options qui m'intéressaient, et l'une des dernières options qui restait était d'étudier la psychologie. C'est donc ce que j'ai fait. Ensuite, quand j'ai commencé à travailler dans le domaine clinique, je me suis rendu compte que l'histoire familiale joue bien sûr toujours un rôle. Je pense que le principal élément de mon histoire familiale lié à la psychologie est le fait que j'ai perdu mon père assez jeune. J'avais 10 ans, et je pense que le fait de vivre cette situation avec ma mère m'a amené à m'intéresser à la psychologie.

Whitaker : Je pense toujours que lorsque les gens se lancent dans ce domaine, ils ont des raisons personnelles de le faire. Où avez-vous fait vos études et votre formation pour devenir psychologue ?

*Seikkula* : À l'université de Jyväskylä, où j'ai ensuite travaillé comme professeur de psychothérapie. C'est là que j'ai fait mes études.

Whitaker : Si nous remontons aux années 1980, ici aux États-Unis, nous avons le nouveau modèle de la maladie qui est apparu avec la publication du DSM-III en 1980. Le modèle de la maladie, en particulier en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles mentaux graves, notamment les troubles psychotiques et la schizophrénie, affirme qu'il s'agit d'une maladie du cerveau. Elle n'est pas liée à l'environnement psychologique. Elle est causée par un déséquilibre de la dopamine, et nous disposions de médicaments qui corrigeaient les déséquilibres chimiques dans le cerveau, comme l'insuline pour le diabète.

Mais ce qui s'impose, du moins à Tornio, c'est une conception très différente. Quelles ont été les influences, sur vous personnellement, mais aussi au niveau national et culturel, qui vous ont conduit à emprunter cette voie qui allait finalement donner naissance au Dialogue ouvert dans les années 1990 ?

*Seikkula* : Je pense qu'en Finlande, nous avons beaucoup de chance à un égard, c'est que nous avons une très longue tradition d'intérêt psychothérapeutique pour la schizophrénie et les problèmes psychotiques. Il faut mentionner une personne en particulier, le professeur Yrjö Alanen, qui, avec son équipe, a développé ce qu'on a appelé l'approche adaptée aux besoins dans le traitement de la psychose et d'autres troubles mentaux graves.

L'idée de l'approche adaptée aux besoins était d'intégrer la psychothérapie individuelle dans le traitement. Yrjö Alanen était psychanalyste et nombre de ses collègues avaient une approche psychodynamique avec une thérapie familiale systémique. Afin de déterminer les besoins de chaque patient, ils ont mis au point cette innovation que sont les séances de thérapie ouvertes, qui ont joué un rôle déterminant dans notre travail. Lorsque nous avons commencé à travailler à Keropudas, nous étions tous intéressés par ce modèle adapté aux besoins ; nous voulions mettre en place une psychiatrie centrée sur la famille dans le cadre hospitalier.

Whitaker : Pouvez-vous nous parler d'une autre influence en termes de développement des approches dialogiques, Tom Anderson, de Norvège ? Quelle influence a-t-il eu sur vous personnellement et sur le développement des thérapies de dialogue ouvert à l'hôpital Keropudas ?

*Seikkula* : Nous avons commencé à travailler de cette manière ouverte en 1984. Cela remplaçait l'application traditionnelle de la thérapie familiale systémique, qui était très compliquée dans le cadre hospitalier. J'ai rencontré Tom pour la première fois en 1987 ou 1988, alors qu'il travaillait à Tromsø. Il avait eu cette idée d'ouverture en janvier 1985. Sans rien savoir l'un de l'autre, nous étions donc tous deux arrivés à la même conclusion : il fallait ouvrir le travail des équipes, car cela semblait beaucoup aider les familles.

Après cela, lorsque nous avons rencontré Tom, nous avons réalisé que nous avions beaucoup en commun. Tom a invité notre équipe à lui rendre visite et à lui expliquer notre travail, et nous l'avons invité à venir nous rendre visite. Il a régulièrement visité notre hôpital pendant des décennies, au moins une ou deux fois par an, pour donner des séminaires. Je pense que ce qui m'a le plus marqué, c'est l'immense respect que Tom avait pour ses clients et les membres de leur famille. Cela semble très difficile pour des personnes qui travaillent dans un milieu clinique très mouvementé au quotidien.

**Whitaker :** Il y a ici deux éléments qui me semblent assez novateurs. La partie réflexive de la thérapie par dialogue ouvert, lorsque les thérapeutes se tournent les uns vers les autres et font part de leurs réflexions. Cela a-t-il été développé à l'hôpital Keropudas ? D'où vient l'élément réflexif de cette approche dialogique ?

**Seikkula :** C'était la toute première idée lorsque nous avons commencé à appliquer cette approche de réunion ouverte. Nous avons cessé de nous réunir entre membres du personnel sans la présence des personnes hospitalisées. Nous pensions que dans chaque conversation où nous parlions de ceux que nous appelons les patients, ils devaient être présents et que nous devions partager ouvertement nos idées sur la manière dont nous envisagions les différentes façons d'aider les gens, les différents éléments de la planification des soins, etc.

C'est ainsi que nous avons commencé, en instaurant ces conversations ouvertes au sein de l'équipe.

Je pense que ces éléments de réflexion sont devenus plus cohérents dans le cadre de notre collaboration avec l'équipe de Tom Anderson. Tom expliquait que les éléments de réflexion entraînent un changement dans la manière de parler et d'écouter. Nous avons également pris conscience de ce point au fil du temps. Que signifie le fait que les professionnels partagent ouvertement leurs réflexions ?

**Whitaker :** J'ai eu l'occasion d'assister à plusieurs réunions de dialogue ouvert avec des clients. Je ne parle pas finnois, mais j'étais très attentif à la façon dont les clients écoutaient. On pouvait voir qu'au cours de ces moments de réflexion, ils devenaient très attentifs, très concentrés sur ce qui se passait.

Après coup, lorsque j'ai demandé aux clients ce qu'ils avaient le plus apprécié dans ces réunions, ils ont mentionné le fait que vous leur aviez permis d'exprimer leurs pensées. Je pense que cela crée un sentiment d'intimité entre vous et la famille. Est-ce aussi votre impression ?

**Seikkula :** Absolument. Lors de la toute première réunion où nous avons commencé à parler ouvertement, nous avons été très surpris par ce qui s'est passé. Nous ne nous attendions pas à ce que cela se passe ainsi, ni à ce que la réaction des familles et des clients soit aussi positive. Nous sommes également devenus un peu extrémistes, ou un peu rigides, dans le sens où, dans certaines situations, nous avons essayé de forcer la famille à penser qu'il était bon d'écouter notre conversation, même si cela ne leur plaisait pas. Puis nous avons réalisé que ce n'était pas une bonne politique. Mais je dirais que dans neuf cas sur dix, cette idée d'écouter les réflexions du personnel est, comme vous l'avez dit, un moment très curieux pour les familles.

**Whitaker :** En 1992, le gouvernement finlandais a financé une étude sur le traitement adapté aux besoins dans six sites. Pouvez-vous nous parler de cette étude ?

**Seikkula :** L'étude s'intitulait « Soins intégrés dans les cas de psychose aiguë ». Yrjö Alanen, Ville Lehtinen et Jukka Altonen étaient les principaux responsables [de la conception de l'étude]. Ils considéraient cette étude comme une réponse à la tendance neurobiologique extrémiste qui prenait le dessus, et l'une des principales questions était de déterminer le rôle des médicaments neuroleptiques dans le traitement de la psychose. C'est pourquoi ils ont mis en place une procédure selon laquelle les médicaments neuroleptiques n'étaient pas administrés dès la première consultation. On observe les effets de cette intervention

psychosociale active, puis, après quatre, cinq ou six semaines, si elle n'est pas suffisamment efficace, on peut recourir aux médicaments neuroleptiques. Trois sites ont appliqué cette nouvelle procédure, tandis que trois autres ont continué à suivre l'approche traditionnelle avec des médicaments.

**Whitaker :** Les six sites utilisaient les principes adaptés aux besoins, n'est-ce pas ? La variable était l'utilisation des médicaments.

**Seikkula :** Exactement. C'était la différence, et Keropudas était l'un des sites qui n'avait pas commencé le traitement médicamenteux dès le début.

**Whitaker :** Quels ont été les résultats de cette étude ?

**Seikkula :** Il y avait une différence significative entre les résultats [des deux groupes]. Nous avons constaté que les personnes pouvaient reprendre le travail plus rapidement si aucun neuroleptique n'était prescrit. C'était très surprenant, car nous avons continué à appliquer cette idée de ne pas utiliser de médicaments, puis nous avons réalisé qu'en réalité, seulement 15 % [de nos patients] avaient commencé à prendre des médicaments au début et que seulement 25 % en avaient pris au cours des deux premières années.

C'était à l'époque où l'on disait que [la psychose] était une maladie du cerveau. Il fallait prendre des médicaments pour arrêter ce processus toxique dans le cerveau. Nous avons été surpris de constater que les gens n'avaient pas vraiment besoin de médicaments et que, s'ils n'en prenaient pas, les résultats étaient meilleurs.

**Whitaker :** Pouvez-vous nous dire comment se passait le travail avec des personnes non traitées ?

**Seikkula :** Ce que nous avons appris, et cela va bien sûr de soi, c'est qu'il faut établir une relation très intense avec les familles. Il faut la construire dès le premier jour, voire rencontrer les familles tous les jours si nécessaire pendant la première semaine.

Mais il y avait une grande incertitude parmi le personnel. C'est très différent de la méthode traditionnelle lorsqu'une personne arrive à l'hôpital. Habituellement, on prescrit des médicaments à la personne, puis on attend que ceux-ci fassent effet. Ici, c'était totalement différent. Il ne fallait pas attendre, mais se jeter à l'eau et commencer à nager avec les personnes présentes pour essayer de trouver la rive et savoir où aller.

**Whitaker :** Pouvez-vous nous dire comment l'absence de médicaments a changé la relation entre vous et l'autre personne ? Car le client peut désormais exprimer ses émotions lors de ces réunions. Comment cela a-t-il affecté l'interaction ou même le sentiment de connexion entre votre équipe, la famille et la personne concernée ?

**Seikkula :** Un élément très surprenant a été que dès la toute première réunion, la plupart des gens sont devenus non psychotiques. Nous pensions que ce qui se passait, c'est que lorsque les gens sont écoutés, et que c'est celui qui a des expériences psychotiques, mais qu'en plus de sa mère, de son père et des membres de sa famille, tous ont cette expérience, ils ont plus de ressources sur lesquelles s'appuyer. D'une certaine manière, ils n'ont pas besoin, ou il n'a pas besoin, d'une réaction psychotique. C'est l'un des premiers résultats très fascinants à observer, et à réaliser que le dialogue semble être le meilleur médicament, beaucoup plus rapide [dans ses effets] que les neuroleptiques.

**Whitaker :** C'est une excellente description car, encore une fois, lorsque j'ai observé les personnes qui participaient à la réunion et qui étaient théoriquement psychotiques, on pouvait les voir se détendre, et on pouvait voir que cela favorisait un sentiment qu'elles pouvaient être avec les autres. Combien de temps a duré l'étude initiale ?

*Seikkula* : Elle a duré deux ans, puis nous avons comparé le traitement habituel et la nouvelle procédure. En raison de ces résultats très surprenants, nous avons décidé de poursuivre notre propre étude, intitulée « Open Dialogue in Acute Psychosis » (Dialogue ouvert dans les cas de psychose aiguë), que nous avons commencée immédiatement après la fin de la première étude.

Cette deuxième étude était importante pour nous, car c'était la phase où nous avons rassemblé tous les principes du dialogue ouvert. C'est en 1995 que nous avons utilisé ce terme pour la première fois, et nous avons réalisé que cette nouvelle approche communautaire comportait des éléments de soins optimaux.

**Whitaker** : Pouvez-vous résumer les résultats que vous avez observés au bout de cinq ans avec cette forme de soins ?

*Seikkula* : Nous avons réuni des personnes qui se trouvaient en Laponie occidentale dans le cadre de l'étude nationale sur les soins intégrés de la psychose aiguë et de notre propre modèle « Dialogue ouvert ». Nous avons assuré un suivi pendant cinq ans et nous avons également effectué une comparaison pour voir s'il y avait des différences entre la phase initiale et la phase de dialogue ouvert. Il y avait quelques différences. Mais ce qui était surprenant, c'est que même après cinq ans, plus de 80 % des personnes avaient un emploi, ce qui est à l'opposé des résultats obtenus en psychiatrie traditionnelle, où 60 % à 70 % des personnes sont en invalidité après deux ans. Nos résultats étaient inversés.

**Whitaker** : Qu'avez-vous constaté en termes d'utilisation des médicaments au bout de cinq ans ?

*Seikkula* : Lorsque des médicaments étaient utilisés, les résultats étaient moins bons, et lorsqu'ils n'étaient pas utilisés, les résultats étaient meilleurs. Bien sûr, dans ce processus d'utilisation sélective, les médicaments ne sont, espérons-le, utilisés que dans les cas les plus graves. Mais d'une certaine manière, cela confirme qu'il vaut vraiment la peine d'éviter les neuroleptiques et d'utiliser d'autres outils avant [de commencer un traitement médicamenteux].

Nous avons également remarqué que lorsque les personnes étaient hospitalisées, il y avait une probabilité accrue d'utilisation de médicaments, et lorsque des médicaments étaient utilisés, l'équipe devenait beaucoup plus passive. Elle commençait à attendre les effets des médicaments et ne jouait plus son rôle actif auprès des familles. À cet égard, je pense que les médicaments neuroleptiques ont bien sûr un impact sur le fonctionnement cérébral de la personne, mais ils ont aussi un impact considérable sur le travail de l'équipe.

**Whitaker** : Parce que, bien sûr, nous pensons que cela n'affecte que la personne, le client.

*Seikkula* : Oui.

**Whitaker** : Je crois également que vous avez constaté qu'au moins deux tiers des patients à la fin des cinq années n'avaient jamais eu besoin de prendre de médicaments.

*Seikkula* : Oui. Si je me souviens bien, environ deux tiers n'ont jamais pris de médicaments. En cinq ans, peut-être 20 % prenaient des neuroleptiques.

**Whitaker** : Vous avez maintenant publié les résultats d'une étude nationale adaptée aux besoins. L'hôpital Keropudas se trouve à Tornio, dans le nord de la Finlande, assez loin d'Helsinki. Mais vos résultats concernent un hôpital public et la Finlande dispose d'un système de santé public. Je pense donc que le reste de la Finlande dirait : « C'est fantastique. Pratiquons tous le dialogue ouvert dans tous nos centres, car les résultats sont excellents. » Quelle a été la réaction ?

*Seikkula* : Je pense que l'une des réactions était celle que nous avons évoquée au début de notre conversation, à savoir la persistance d'un modèle neurobiologique extrême. Un mouvement extrémiste prônant des idées neurobiologiques ou réductionnistes sur la schizophrénie a également commencé à émerger en Finlande. Des directives ont été élaborées. La toute première était une sorte de copie de celles qui existaient aux États-Unis. Cela s'est également répandu en Finlande, et l'intérêt pour une approche plus psychothérapeutique ou familiale a disparu. Bien sûr, il y a également eu des réactions à l'idée que nous introduisions, selon lesquelles cela ne pouvait pas être vrai, que ce n'était pas un bon traitement, etc.

**Whitaker** : L'un des points importants, bien sûr, est que le dialogue ouvert ne donne pas de pouvoir aux psychiatres qui sont des médecins, alors que le modèle médical donne du pouvoir aux psychiatres et renforce leur prestige. Ont-ils dit que vos recherches étaient frauduleuses ? Comment ont-ils rejeté vos conclusions ?

*Seikkula* : Oui, ils ont dit que cela ne pouvait pas être vrai, et ils ont commencé à examiner tous les problèmes possibles, comme l'absence de randomisation, etc. Des excuses qui n'ont en réalité rien à voir avec la pratique clinique réelle. C'est ce qui est triste dans tout cela, car j'ai l'impression qu'il s'agit avant tout d'une question de pouvoir. Quelqu'un a vraiment acquis beaucoup de pouvoir grâce à cette idée neurobiologique et à l'industrie pharmaceutique, et il ne veut pas renoncer à ce pouvoir. C'est très triste, car cela signifie que les gens deviennent vraiment chroniques, comme nous l'avons vu dans les résultats à long terme sur 19 ans.

**Whitaker** : Vous avez évoqué les résultats sur 19 ans. Expliquez-nous ce que vous avez observé dans cette étude.

*Seikkula* : Il y a eu une troisième période de recherche en Laponie occidentale, et nous avons regroupé ces trois échantillons. Nous avons 108 patients ayant souffert d'un premier épisode psychotique, puis nous avons effectué une comparaison avec le registre national finlandais, qui compte environ 1 750 personnes. Ce qui s'est passé [sur 19 ans] en termes de mortalité, d'utilisation des services, d'emploi et de handicaps, a révélé d'énormes différences. En comparant le dialogue ouvert au traitement habituel, de nombreux éléments étaient deux fois plus graves dans le traitement habituel que dans le dialogue ouvert.

Les patients avaient été hospitalisés plus souvent [pendant plus d'un mois] dans le groupe de traitement habituel que dans le groupe de dialogue ouvert. 80 % d'entre eux prenaient encore des neuroleptiques, contre 33 % en Laponie occidentale. Plus de 60 % vivaient d'une pension d'invalidité, contre 33 % en Laponie occidentale.

**Whitaker** : Pouvez-vous nous parler de Birgitta Alakare et de son rôle particulier dans la mise en place de ce programme ? Elle était psychiatre et a dû rompre avec les normes de soins.

*Seikkula* : Birgitta était la directrice médicale de notre partie de l'étude sur la prise en charge intégrée de la psychose aiguë, et elle a vraiment adhéré à cette idée d'une utilisation des médicaments adaptée aux besoins. Elle s'est impliquée très activement pour suivre les équipes et soutenir les idées. Lorsque les gens venaient lui parler de la nécessité d'utiliser des médicaments, Birgitta répondait : « Voyons voir demain », et ce « voyons voir demain » est devenu notre slogan. Quand vous demandez quelque chose à Birgitta, vous connaissez la réponse : voyons voir demain.

Elle a adopté une position très personnelle mais très responsable envers les clients, les patients et les équipes, et je pense qu'elle a vraiment intégré cette idée de soins de manière très profonde. Plus tard, elle est devenue directrice de l'ensemble du système et elle a également fait preuve d'une grande cohérence avec les nouveaux psychiatres qui sont arrivés.

Elle était aussi drôle. Elle disait qu'il ne fallait jamais laisser le psychiatre seul avec le patient. Soyez présent lorsque le psychiatre est en consultation. C'est tellement vrai, car lorsque vous êtes seul en consultation, vous vous concentrez uniquement sur les symptômes. Vous devez trouver des solutions, et ce n'est qu'avec une équipe que vous pouvez avoir une perspective plus large.

**Whitaker :** Encore une chose à ce sujet avant de passer à l'adoption du dialogue ouvert dans d'autres pays. Si vous utilisez le modèle de la maladie et que je reçois un diagnostic, je dois alors faire face à un avenir où je vais être chroniquement malade, et le mieux que je puisse faire est d'essayer de gérer la maladie. Avec le modèle du dialogue ouvert, pouvez-vous nous expliquer comment il a donné aux gens une vision différente de ce qui était possible pour l'avenir ?

*Seikkula :* Il y a des moments très décisifs dans ce processus, et c'est également ce que nous avons constaté lorsque ces idées ont été adoptées ailleurs. L'un de ces moments décisifs est la première réunion, qui doit être une réunion ouverte où nous nous réunissons tous et commençons à nous interroger sur ce qui s'est passé. C'est une sorte d'invitation à essayer de comprendre. À essayer de s'impliquer, même si l'on traverse une crise psychologique très grave, au lieu de définir qu'il s'agit d'une maladie, d'un diagnostic, et que l'on doit faire ceci ou cela.

Dans l'adaptation du dialogue ouvert [dans d'autres pays], nous avons vraiment constaté que si la première réunion est organisée par un psychiatre qui doit faire une évaluation, on perd beaucoup de potentiel. Lorsque nous nous réunissons, même si les gens sont très confus, ils peuvent avoir le sentiment d'être respectés et écoutés, et peuvent tolérer cette situation.

Une personne, par exemple, dont l'oncle était une personnalité très importante dans le domaine de la psychiatrie finlandaise. Lorsqu'il a appris qu'il s'agissait d'un projet dans lequel aucun traitement médicamenteux n'était prescrit, il est devenu furieux et a immédiatement prescrit des médicaments. Ce pauvre homme a pris les médicaments deux ou trois fois, puis il a disparu de notre contexte, et nous n'avons pu le revoir que lors de l'entretien de suivi.

Il a dit que lorsque son oncle lui a prescrit ces médicaments, tout est devenu noir et vide dans sa tête. Il ne se passait plus rien. Il s'est alors dit qu'il pouvait supporter ses hallucinations visuelles et auditives, et il a arrêté les médicaments. Je pense que les gens peuvent aussi prendre davantage conscience de ces éléments lorsqu'ils ne croient pas à une maladie du cerveau.

**Whitaker :** Cela me rappelle une expérience menée à la fin des années 1970 par William Carpenter, dans laquelle tous les patients ont suivi une psychothérapie. Un groupe a reçu des médicaments, l'autre non. Au bout d'un an, le groupe qui n'avait pas pris de neuroleptiques allait mieux. Carpenter a ensuite demandé au groupe non traité comment il avait vécu les symptômes psychotiques sans médicaments. Les patients ont répondu que c'était douloureux, mais qu'ils étaient reconnaissants d'avoir pu vivre cette expérience tout en étant capables de réfléchir et d'exprimer leurs émotions.

*Seikkula :* C'est très important. De plus, ce qui se passe dans le cadre du dialogue ouvert, c'est que les patients nouent de nouvelles relations au sein de leur famille, car celle-ci est très impliquée. Ils apprennent vraiment de nouvelles choses, car les membres de leur famille leur apportent davantage de ressources qu'ils ne pourraient en obtenir seuls.

**Whitaker :** Au lieu de devenir le problème désigné de la famille.

*Seikkula :* Oui.

**Whitaker :** Nous sommes maintenant en 2025, et vous et d'autres personnes avez participé à la mise en place de programmes de formation dans différents pays. Tout d'abord, que pensez-vous de ces programmes de formation ? Dans quelle mesure ces programmes sont-ils fidèles au modèle développé à l'hôpital Keropudas et qui existe depuis 20 ans ?

*Seikkula* : Très tôt, en 1985, lorsque nous avons commencé à organiser ces réunions ouvertes, nous avons réalisé que nous n'avions pas suffisamment de formation pour ce nouveau modèle de travail. Nous avons alors décidé de mettre en place une formation en thérapie familiale pour l'ensemble du personnel. Le programme de formation d'un an qui est en cours – comme vous l'avez dit, nous en avons dans environ 40 pays – a été couronné de succès dans de nombreux endroits.

**Whitaker** : Vous constatez donc un certain succès dans l'exportation de ce modèle. J'ai quelques questions. À l'hôpital Keropudas, il ne s'agissait pas d'une forme alternative de soins. C'était la seule forme de soins. Souvent, lorsque vous faites quelque chose de différent, cela devient une alternative qui existe en marge du système global. Ces initiatives ont-elles pu survivre au sein d'un système de soins basé sur le modèle pathologique ?

*Seikkula* : C'est un point très important, et c'est généralement ce qui s'est passé. Par exemple, pour certains problèmes psychotiques spécifiques, ou pour les problèmes de toxicomanie chez les jeunes, etc., il existe des équipes spécialisées qui adoptent la méthode du dialogue ouvert. Cela peut fonctionner si l'administration soutient cette idée pour ces équipes. Mais ce que nous essayons de dire tout le temps, c'est qu'il faut inviter vos collègues extérieurs à la pratique à se familiariser avec cette approche afin qu'elle ne leur semble pas trop étrange, car si elle leur semble trop étrange, ils commenceront à réagir et à prendre des mesures contraires à votre pratique.

**Whitaker** : Vous le savez peut-être mieux que moi, mais je n'ai pas encore vu aux États-Unis une adoption réussie de ce que vous avez fait dans le nord de la Finlande, où vous avez utilisé le modèle d'utilisation sélective des neuroleptiques.

*Seikkula* : Je suis vraiment impressionné par la pratique qu'ils ont mise en place dans le Vermont. D'après ce que j'ai compris, ils l'ont également étendue à l'ensemble de l'État, de sorte que ce ne sont pas seulement quelques équipes qui organisent des formations systématiques. Ils mènent des recherches et ont publié d'excellents articles sur les expériences du personnel et des utilisateurs. En ce qui concerne l'utilisation des neuroleptiques, j'ai entendu dire que les gens y parviennent vraiment et qu'ils sont surpris des résultats, mais je ne sais pas dans quelle mesure cela s'est produit aux États-Unis.

**Whitaker** : Jaakko, vous vous occupez de cette formation depuis près de 15 ans maintenant. Êtes-vous optimiste quant au fait que cela contribue à créer un changement de paradigme dans d'autres pays, qui modifiera notre façon de penser la psychose et changera les normes de soins ?

*Seikkula* : Je suis optimiste. Je dois l'être, car je pense que c'est la seule façon de travailler. Le dialogue ouvert est mentionné presque partout. Quel que soit le document que vous lisez en psychiatrie, le dialogue ouvert y est mentionné, ce qui n'était pas le cas il y a sept ans. Petit à petit, il s'est imposé [dans le discours dominant], et nous avons cette idée systématique d'introduire une aide pour les personnes qui s'intéressent davantage aux services humanistes. Je suis également optimiste parce que dans de nombreux pays, je rencontre de jeunes psychiatres qui sont vraiment désireux d'apprendre de nouvelles méthodes de travail.

**Whitaker** : J'ai parlé à des psychiatres qui se sont impliqués dans un projet de dialogue ouvert, et ils disent tous la même chose. C'est une façon enrichissante de travailler avec les gens, contrairement à la prescription de médicaments.

*Seikkula* : Un médecin espagnol, Pedro, m'a dit qu'il s'était beaucoup impliqué dans le dialogue ouvert ; il participe maintenant à nos programmes de formation. Il m'a dit que tout le monde sait que le système actuel ne fonctionne pas. Mais seuls quelques-uns se posent vraiment la question et lorsqu'il a commencé à chercher des alternatives, il a découvert le dialogue ouvert. Il a été très surpris lors de sa toute première réunion. Après cela, il n'a plus eu aucun doute sur la méthode qu'il voulait utiliser.

Whitaker : Deux dernières questions. La première est une question qui revient souvent ici, aux États-Unis. On dit qu'il est impossible de travailler avec des personnes qui ne prennent pas de médicaments, car elles sont violentes. Pouvez-vous nous parler de la gestion de la violence et de la création d'espaces sûrs ?

*Seikkula* : Il est essentiel de s'investir intensément dans la création de relations au début. Comme je l'ai déjà mentionné, il faut être prêt à se rencontrer quotidiennement, à instaurer un sentiment de sécurité pour les familles et à être présent en cas de menace de violence. Je ne pense pas que le dialogue ouvert augmente le risque de violence. Il y a plus de violence lorsque les gens sont hospitalisés, et bien sûr, il y a plus de violence en réaction à un traitement forcé.

Whitaker : Le titre de votre dernier livre est *Why Dialogue Does Cure* (Pourquoi le dialogue guérit). Lorsque je l'ai lu, une partie m'a particulièrement frappé : vous dites souvent que les gens disent à propos de la thérapie par le dialogue ouvert : « Oh, c'est génial, on est censés parler aux gens ». Ils réduisent cela à simplement parler aux patients. Mais quand on lit votre livre, on se rend compte qu'il existe une manière d'être avec les gens dans ces contextes qui n'est pas immédiatement instinctive ou intuitive.

*Seikkula* : Je pense qu'il est impossible de comprendre le cœur du dialogue ouvert sans en avoir fait l'expérience. Souvent, les gens qui commencent la formation demandent : « Qu'y a-t-il de nouveau ? C'est ça, ce qu'on fait ? » Après deux ou trois séances, ils disent : « D'accord, je ne connaissais pas ça. C'est une façon très différente d'être avec des personnes en crise grave. » Par exemple, cette idée d'écouter et de respecter les propos de l'autre est un concept très difficile à accepter, en particulier pour les cliniciens, mais lorsque vous entrez dans ce monde, vos idées changent radicalement.

Vous avez fait référence à mon livre, dans lequel je décris en quelque sorte les changements qui se sont opérés dans ma pratique au cours des 20 ou 30 dernières années. Ce sur quoi je me concentre aujourd'hui, c'est vraiment le partage d'expériences émotionnelles lors des réunions avec les familles et l'équipe. Cela signifie que nous nous impliquons dans ces idées émotionnelles, et c'est très créatif, car lorsque vous regardez le système de soins traditionnel, il se concentre uniquement sur les symptômes, et cela ne guérit pas les symptômes. Mais lorsque vous arrêtez cela et que vous commencez à rencontrer des êtres humains, ces symptômes disparaissent. Ils sont vraiment guéris.

Whitaker : Jaakko, ce fut un grand plaisir de vous avoir parmi nous aujourd'hui. Vous devez vous sentir très chanceux d'avoir eu une vie aussi riche et de continuer à voir le dialogue ouvert se répandre, être adopté et changer notre façon de penser. Je pense parler au nom de nombreuses personnes en disant que le travail que vous et d'autres avez accompli, Birgitta et votre équipe, a eu un impact mondial extraordinaire.

Merci d'avoir été avec nous aujourd'hui.