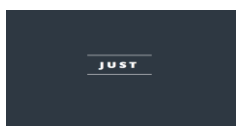


En partenariat avec le collectif Lieu de répit (LDR)
et l'association Justice & Union for Social Transformation (JUST) et Mouvement
et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social (Marss)



VOYAGES D'ÉTUDES EN LAPONIE

Rapport Final

« La crise : un moment clé pour garder ou retrouver son logement »

Voyage d'études pour améliorer les connaissances sur les politiques, dispositifs, outils et pratiques

Version finale mars 2019

Rapport élaboré à plusieurs voix,
à partir des contributions des participants aux voyages d'études et des membres du collectif
des participants aux rencontres internationales
et des partenaires

Ces voyages européens visent **trois objectifs** :

- **Améliorer** les connaissances sur les politiques, dispositifs, outils et pratiques d'accompagnement ;
- **Questionner** nos pratiques nationales ;
- **Identifier** des pratiques inspirantes pour les expérimenter et envisager un éventuel transfert.

0. Note de synthèse

Brève description de l'objectif de la mission d'étude

La mission d'étude s'est déroulée du **28 août au 5 septembre 2018 à Tornio**, ville située en Finlande où a été créée et développé l'approche Open Dialogue soit en français Dialogue Ouvert, par la participation à « la **23^{ème} rencontre du réseau international pour le traitement des psychoses** ».

La participation de 7 personnes du Collectif Lieu de Répit à cette rencontre avait pour objectif principal d'acquérir des connaissances et compétences sur le Dialogue Ouvert pour la mise en œuvre du projet Lieu de Répit à Marseille : une alternative aux soins sous contraintes pour les personnes sans domicile pendant un moment de crise.

Objectifs spécifiques du voyage d'études :

- Renforcer les appétences et capacités des participants à générer un dialogue avec les personnes en situation de détresse au Lieu de répit et partager leurs expériences auprès des membres du Collectif Lieu de Répit et ses partenaires pour une pratique en réseau innovante.
- Participer au réseau international de recherche action sur l'accueil de crise dans la communauté : développer les échanges de pratiques et d'expériences avec les équipes créatrice du Dialogue Ouvert et les acteurs impliqués à l'international (personnes concernées, professionnels, proches, aidants, chercheurs...).
- Renforcer les partenariats existants à Marseille vers une construction de pratiques en réseau.
- Participer à l'essaimage d'organisation des services et d'approches thérapeutiques facilitant le rétablissement de personnes concernées par des expériences psychotiques.

Objectifs actualisés du voyage d'études à Tornio

- Participer à un réseau international mettant en place des alternatives à l'hospitalisation
- Comprendre les enjeux de la mise en place du Dialogue Ouvert
- Identifier les conditions et les étapes nécessaires pour son développement en France
- Consolider les liens amorcés avec les équipes finlandaise et anglaise et développer le réseau méditerranéen (ex : Italie)
- Favoriser les échanges entre les participants au voyage d'études et le partage de leurs expériences : identification des différentes attentes et perception de la spécificité du Dialogue Ouvert pour un partage avec le collectif Lieu de répit et les partenaires
- Développer des pratiques communes de terrain avec différents services
- Identifier les besoins des équipes et les conditions facilitant le changement des pratiques

Résultats : présentation des pratiques inspirantes pouvant être reprises en France et conditions de leur transfert

Pratiques inspirantes

Les participants ont apprécié la **construction participative de la rencontre internationale** sous forme de recherche action qui a facilité le partage d'expériences de l'ensemble des participants. Nous avons retrouvé les valeurs et principes du Dialogue Ouvert en action c'est-à-dire l'accueil, la contextualisation, l'attention des organisateurs pour chaque personne, l'horizontalité des places dans une **approche collaborative** basée sur le partage de l'expérience de vie et bien sûr **les Dialogues**.

En comparaison aux colloques, conférences, séminaires qui se présentent souvent sous une forme descendante d'experts qui viennent partager leurs savoirs, ils ont associé des séances plénières pour répondre aux attentes de transmission de l'expérience des équipes finlandaises créatrices du Dialogue Ouvert et le partage de différentes expériences d'autres acteurs développant le Dialogue Ouvert dans leur pays par des **ateliers co-construits le premier jour par l'ensemble des participants en petits groupes**.

Nous en avons déjà retiré une première pratique inspirante : **le Dialogue Ouvert est une manière d'être, une philosophie qui se vit avant d'être une organisation des services de soins en santé mentale et un traitement centré sur le réseau**. L'importance de l'attitude d'ouverture aux autres, de l'incarner, donne une manière de travailler ensemble, dans les dialogues entre différentes expériences pour les intégrer vers une évolution des pratiques centrée sur **l'adaptation aux besoins changeants de la personne et de son réseau professionnel, social, familial**.

Nous retirons de notre participation des **pratiques inspirantes** significatives (qui seront décrites plus en détails dans la présentation du fonctionnement du dispositif) :

- **L'utilisation minimale des neuroleptiques.** Lors des premières réunions de réseau il est conseillé de ne pas prendre de décision hâtive sur le traitement. L'utilisation des neuroleptiques est évitée et s'envisage lorsque d'autres efforts se sont avérés infructueux.
- **La spécificité des réunions de réseaux.** Réunir la personne et son réseau familial et social dès la première rencontre et tout au long du processus de traitement. L'importance de l'intégration de l'expérience de chaque participant à la rencontre. Favoriser l'expérience de vie plutôt que l'approche diagnostics/symptômes. L'approche collaborative des membres de l'équipe qui ne se présentent pas comme expert mais comme participant au dialogue avec l'objectif de générer le dialogue.
- **L'activité réflexive des thérapeutes.** A partir des mots énoncés lors de la rencontre par la personne et son réseau, les thérapeutes reprennent ce qu'ils ont entendus peuvent partager leur expérience de vie et réfléchir devant la personne et son réseau. Ensuite ils invitent les participants à s'exprimer sur ce qu'ils ont entendus s'ils le souhaitent. Un autre dialogue peut émerger. Parfois un temps ou deux temps lors de la rencontre. C'est un développement de la thérapie familiale systémique qui propose habituellement des rencontres avec la personne et sa famille et des thérapeutes se trouvent derrière une vitre (non visible, non participant à la rencontre) pour observer et mener cette activité réflexive. Dans le Dialogue Ouvert cette activité se fait devant la personne et son réseau dans un processus de dialogue.
- **La génération du dialogue.** Les membres de l'équipe cherchent à générer un dialogue. Autre différenciation avec la thérapie systémique traditionnelle : ils ne cherchent pas à soigner les interactions familiales mais à un générer un dialogue. Chaque participants est considéré comme ressource et non problème. Ils vont chercher à s'appuyer sur les ressources existantes chez la personne ou créer les conditions de leur utilisation.

Conditions de leur transfert

- Documentation/Traductions
- Formation continue
- Recherche-action
- Collaboration de l'ensemble des partenaires, en amont et en aval du Lieu de Répit
- Dialogue entre tous les acteurs : personnes concernées, famille, chercheurs, acteurs de terrains, partenaires, décideurs politiques
- Coordination intersectorielle
- Réseau territorial : local, régional et national
- Implication forte des institutions et pouvoirs publics impliqués dans les politiques publiques de santé mentale
- Réseau international
- Recherche internationale

1. Objectifs et contexte de la mission d'étude

Brève présentation du porteur de projet

Objectifs et enjeux pour le porteur de projet

Notre vision est celle du mouvement national SOLIHA : « **La valeur d'une société s'apprécie à la considération qu'elle porte aux plus faibles de ses membres** ».

Cela se décline en valeurs, mission, ambition et positionnement.

Nos valeurs

- Placer la personne et l'habitant au cœur de notre projet social
- Œuvrer en faveur de la cohésion sociale, de la mixité des territoires et de la mise en œuvre du droit opposable au logement,
- Porter la cause des mal-logés et être force de proposition active auprès des pouvoirs publics

Notre mission

- Nous facilitons l'accès et le maintien des personnes vulnérables et fragiles dans un logement décent et nous réhabilitons le parc ancien dans le respect de ses habitants et des projets attenants.

Notre ambition

- Nous voulons consacrer nos énergies et nos expertises à assurer un logement digne pour tous nos concitoyens, en mobilisant le parc privé à vocation sociale et en conjuguant dans notre action, utilité sociale et création de valeur économique.

Notre positionnement

- Bâisseurs de solidarité pour l'habitat, nous sommes le premier réseau associatif national au service des personnes et de leur habitat.

Objectifs et enjeux pour le porteur de projet

SOLIHA et le réseau de partenaires qui constitue l'équipe projet sont impliqués dans une expérimentation unique en France d'un Lieu de répit qui a débuté fin 2016.

Ce projet se positionne comme une **alternative aux urgences psychiatriques et/ou à des hospitalisations sous contraintes en ciblant prioritairement les personnes vivant à la rue (sans-abri de longue durée)**. Les enjeux en

termes de transférabilité sont donc imminents et très opérationnels.

L'équipe Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social (MARSS) est une équipe mobile de santé précarité de rue créée en 2005 qui a initié l'accompagnement de crise dans des lieux d'hébergements auto-gérés, le programme « un chez soi d'abord », l'intégration de travailleurs pairs à l'hôpital et en ville, et des groupes d'auto-support selon les principes du rétablissement et du bien-être. C'est le premier partenaire privilégié du Lieu de Répit pour l'accueil des personnes et leur accompagnement.

En tant que bailleur social, SOLIHA expérimente sur le terrain depuis longtemps que **situation de crise psychique et perte de logement sont extrêmement liées**. Que, de plus, la seule réponse à la crise psychique quelle que soit son intensité et ses symptômes dans le logement et la gestion de ce dernier, est l'expulsion domiciliaire. Cette perte de logement est souvent de longue durée chez les personnes en situation de handicap psychique.

Ayant participé au projet innovant « Un chez soi d'abord » SOLIHA a pu expérimenter la pertinence d'innover avec une équipe de recherche afin de changer les pratiques.

SOLIHA Provence a de plus imaginé d'autres moyens d'action comme le **dispositif de sauvegarde de bail pour les personnes atteintes de troubles psychiques**, en cours de procédure contentieuse voire en expulsion avec concours de la force publique. L'outil contractuel créé a ainsi été déposé à l'INPI.

Son action auprès des populations souffrant de troubles ne s'arrête pas là car **SOLIHA Provence œuvre avec les CMP de l'hôpital Edouard Toulouse, à l'accession et au maintien en logement des personnes accompagnées** dans ce cadre-là. L'association est **administratrice d'un GCSMS santé mentale habitat sur Marseille** et est grandement mobilisée sur le **projet d'alternative à l'incarcération de personnes en situation de handicap psychique par l'accès au logement et au suivi intensif dans la communauté**, porté par Médecins du Monde et validé par 5 ministères.

Note de cadrage sur les politiques en direction des publics concernés par la mission d'étude et les cadres réglementaires (gouvernance de l'offre, financement, encadrement des interventions ou référentiels de pratiques, profils des personnels...) dans les pays visités

La circonscription de la **Laponie de l'Ouest**, où s'est développée la pratique du Dialogue Ouvert, comprend la partie sud-ouest de la Laponie finlandaise. La population de la région est de 72 000 en 1995 à 63 000 en 2016. (Seikkula et al., 2018).

Le district hospitalier de la région comprend cinq dispensaires municipaux et un hôpital psychiatrique : l'hôpital de Keropudas, responsable de tous les traitements psychiatriques pour les patients hospitalisés de la région. Au moment de la mise en œuvre initiale du Dialogue Ouvert dans les années 90, toutes les unités de santé mentale de la région avaient participé au développement du traitement en mettant en place des **équipes mobiles d'intervention en cas de crise**.

Gouvernance de l'offre et financements

Les équipes finlandaises questionnées sur le futur du Dialogue Ouvert au niveau mondial lors de la rencontre internationale à Tornio en juillet 2018 évoquent l'importance des financements pour développer et renforcer dans le monde des formations garantes de l'approche spécifique du Dialogue Ouvert pour des changements d'organisation de services et de pratiques permettant ce traitement spécifique en ambulatoire dans la communauté.

Le système de santé finlandais est financé par le gouvernement et les municipalités dans tout le pays. Ils sont responsables de la fourniture des soins de santé à tous les habitants. Les personnes avec des problèmes de santé mentale sévères, incluant la psychose, passent généralement des soins primaires à un traitement plus spécialisé du système de soins de santé secondaire fourni par 21 districts hospitaliers régionaux. Par conséquent, la psychose aigue est généralement traitée en milieu hospitalier, avec les neuroleptiques comme pierre angulaire du traitement tant en phase aigüe que dans la maintenance du traitement (Kiviniemi, 2014).

Même si il y a eu des tentatives d'intégration des interventions thérapeutiques familiales avec le système de santé publique finlandais, il semble qu'au milieu des années 90, il n'existait aucun autre centre mettant en œuvre un **modèle de traitement basé sur le réseau**, semblable au Dialogue Ouvert, avec des équipes mobiles d'intervention de crise 24h/24h, à bas seuil, et une continuité de traitement garantie entre les cliniques pour les personnes hospitalisées et en ambulatoire, couvrant l'ensemble du système de santé publique régional.

Au commencement de la diffusion du Dialogue Ouvert dans la région de la Laponie de l'Ouest 75% du personnel en poste de la région a participé à trois ans de formation en thérapie familiale ou en psychothérapie psychodynamique. Depuis lors, ce chiffre a diminué en raison de changements de génération et du système de formation des psychothérapeutes finlandais. Au cours des années 2000, la plupart des cliniques externes de la région ont été séparées du district hospitalier, qui relève désormais des municipalités, ce qui a décentralisé le système de traitement régional. Il pourrait donc y avoir des différences de pratiques de traitement liées aux ressources et à la culture entre les districts hospitaliers finlandais et au sein de ceux-ci (voir Pirkola et al, 2009). (Seikkula et al., 2018)

2. Dispositifs étudiés

Le Dialogue Ouvert est créé dans les années 80 à l'Hôpital Keropudas de Tornio, en Finlande. Cette approche est conçue dans un contexte de transformation des politiques publiques qui vise la création d'alternatives à l'hospitalisation par la constitution d'équipes mobiles pour les personnes vivant une expérience de crise psychotique dite sévère.

Les débuts du développement du Dialogue Ouvert

Jaakko Seikkula , 2011 : « Nous étions un petit mais enthousiaste groupe de professionnels qui comprenait deux docteurs (Jyrki Keränen et Birgitta Alakare), deux infirmières (Ilkka Vehkaperä et Telma Hihnala), et deux ou trois psychologues (d'abord moi-même et quelques années plus tard, Kauko Haarakangas et Markku Sutela), qui étaient tous intéressés par le développement d'une approche centrée sur la famille pour **les problèmes de santé mentale les plus sévères**. Nous tous avons **suivi la tradition finlandaise d'adaptation aux besoins** initiée par le professeur Yrjö Alanen et son équipe, y compris le professeur Jukka Aaltonen, qui est venu comme le superviseur du développement du projet en Laponie occidentale.

Quand nous avons commencé à développer le système de soins psychiatriques aigus pour les patients hospitalisés à l'hôpital Keropudas de Tornio, nous avions deux intérêts principaux. Tout d'abord, nous étions intéressés par la **psychothérapie individuelle** pour les patients avec le diagnostic de schizophrénie. À ce moment-là l'hôpital de Keropudas était occupé par des douzaines de patients de longue durée qui avaient été considérés comme "incurables ". Ce qui était important dans la tradition de l'adaptation en fonction des besoins, était de passer à un modèle de traitement plus **optimiste** et **apprendre comment travailler avec les ressources psychologiques des patients avec des problèmes psychotiques ; trouver des moyens de faire utiliser les propres ressources psychologiques des patients dans nos traitements s'est avérée être crucial**.

En Finlande, la pratique psychothérapeutique fait depuis longtemps partie du soin de la santé publique. Et le développement et la recherche a été particulièrement important dans la région de Turku, clinique psychiatrique depuis les années 1960 par le professeur Yrjö Alanen et son équipe. Dans le démarrage avec la psychothérapie psychodynamique individuelle, l'équipe de Turku a intégré la psychothérapie systémique familiale dans leurs traitements à la fin des années 1970, et a appelé l'approche de traitement adapté aux besoins. Cela souligne le fait que **chaque processus de traitement est unique et devrait être adaptée aux besoins variants de chaque patient**. Le modèle de traitement adapté aux besoins a également été intégré dans le contexte du projet national finlandais sur la schizophrénie dans les années 1980.

Les aspects révolutionnaires de l'approche de l'adaptation aux besoins devaient être axés sur : (1) une intervention rapide et précoce dans tous les cas ; (2) la planification du traitement pour s'adapter à l'évolution de la situation et les besoins spécifiques de chaque patient et de chaque famille en intégrant les différentes méthodes de thérapies dans un seul processus de traitement ; (3) avoir une attitude thérapeutique comme l'orientation basique pour chaque membre de l'équipe tant dans l'examen que le traitement; (4) voir le traitement comme un processus continu ; et (5) observer constamment les progrès et résultats du traitement (Alanen, 2009 ; Alanen Lehtinen, Rääkköläinen. & Aaltonen, 1991).

À l'ère de la médecine fondée sur des données probantes, tout cela semble très radical, parce qu'il s'agit de remettre en question l'idée que les thérapeutes devraient choisir une bonne méthode de traitement après avoir d'abord fait un diagnostic précis du cas. »

Objectifs et publics visés

Dans les programmes de l'**approche adaptée aux besoins** (Alanen, 2009) et le **Dialogue Ouvert**, l'objectif principal était de créer un **modèle de traitement psychothérapeutique** dans le secteur public en santé mentale pour

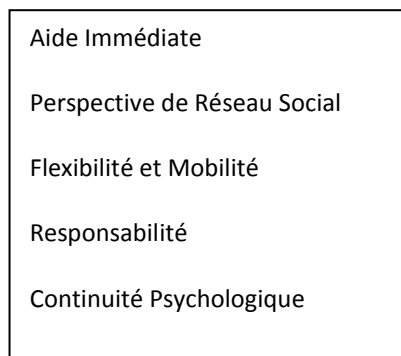
répondre aux besoins réels et changeants des personnes en situation de crise, en particulier, dans le premier contact avec les personnes avec un diagnostic de schizophrénie et leur famille (Aaltonen et al., 2011). En Laponie de l'Ouest, des tentatives ont également été faites pour **appliquer l'approche adaptée aux besoins et les principes du Dialogue Ouvert dans tout le traitement psychiatrique effectué dans la région quel que soit le diagnostic**.

L'objectif a été de créer un **environnement accueillant sans conditions préalable axé sur le système de traitement familial/de réseau** qui favorise les dialogues ouverts réciproques entre les personnes vivant une expérience psychotique et les personnes de leurs réseaux proches, et les travailleurs en santé mentale, cherchant ainsi à **faciliter l'accessibilité des services de santé mentale et la compréhension partagée de chaque situation** (Seikkula et al., 2006).

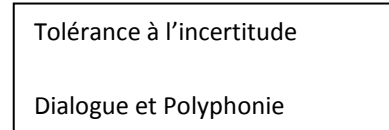
Modalités de mise en place et de fonctionnement

L'organisation des services repose sur les **7 principes du Dialogue Ouvert** (Seikkula et al., 2018, Open Dialogue UK octobre 2018 à Marseille) :

Une manière d'organisation des services



Une manière d'être



1. L'aide immédiate

Un appel téléphonique est le moyen le plus courant de contacter le service psychiatrique de Laponie occidentale. N'importe qui peut appeler : la personne, un membre de la famille, une infirmière, un travailleur social, ... Une orientation n'est pas nécessaire.

Il y a toujours une crise dans le réseau si quelqu'un a contacté le service.

Si nécessaire, la première réunion est organisée dans les 24 heures.

L'objectif est d'intégrer le plus tôt possible les réunions du réseau avec la vie quotidienne de la personne/de la famille, dans l'espoir d'éviter une hospitalisation.

2. Une perspective de réseau social

La famille/le réseau social sont invités à la rencontre dès le début afin de mobiliser du soutien pour la personne et la famille. En plus des familles, des membres clés du réseau social de la personne peuvent être inclus : collègues, employeur, voisins, amis par exemple. La famille/le réseau sont considérés comme une ressource et non comme objet de traitement.

L'équipe peut rencontrer différents membres de la famille/réseau séparément lorsque des réunions

conjointes ne sont pas possibles, comme dans de nombreuses situations de violence et de maltraitance. Il est important de questionner la personne sur son acceptation de la présence de son réseau.

3. Flexibilité et mobilité

L'adaptation de la réponse aux besoins spécifiques et changeants de chaque personne/famille, en utilisant les méthodes/services thérapeutiques les plus appropriés.

Les réunions de réseau sont organisées aussi souvent que nécessaire. La réunion suivante est décidée ensemble et organisée à la fin de la rencontre en cours.

Les réunions se déroulent dans le meilleur emplacement pour les membres du réseau, souvent à la maison familiale.

4. La responsabilité

La première personne contactée du service devient responsable de l'organisation de la première réunion en réseau, au cours de laquelle une décision sera prise sur la poursuite des rencontres. La responsabilité est partagée entre les membres de l'équipe pour toutes les préoccupations importantes en cours de discussion. Il n'y a aucune référence à une autorité.

5. La continuité psychologique

La même équipe est en charge de l'ensemble du processus, quelque soit le lieu de traitement (en milieu hospitalier et ambulatoire). Le réseau social est invité à participer aux réunions du réseau tout au long du processus.

L'équipe peut continuer à rencontrer le réseau social aussi longtemps que nécessaire. S'il y a une autre crise/besoin de services à un moment ultérieur, la même équipe travaillera avec le réseau. Si une psychothérapie est conseillée, un membre de l'équipe sera sélectionné pour le faire.

On peut dire que le problème est vraiment résolu si tous ceux qui l'ont défini comme un problème ne le considèrent plus comme tel.

Ces 5 premiers principes renvoient donc à une organisation des services. Tandis que les deux derniers principes : la tolérance à l'incertitude et le dialogue/la polyphonie, renvoient à une manière d'être avec les personnes et aux Pratiques Dialogiques (Oslo et al, 2011) comme référentiels de pratique.

6. La tolérance à l'incertitude

Le principe le plus difficile mais le plus important. Chaque situation de crise est unique. La crise est appréhendée comme une possibilité de changement. Elle a un sens et les expériences psychotiques ont un sens.

La tolérance à l'incertitude est renforcée par la création d'un espace dans lequel chacun se sent suffisamment en sécurité dans un processus commun et se sent entendu.

Le travail en équipe aide à tolérer l'incertitude et l'anxiété ainsi que les conversations réflexives.

Dans les crises psychotiques, avoir la possibilité de se réunir tous les jours, peut-être pendant les deux premières semaines, semble nécessaire pour générer un sentiment de sécurité suffisant.

« *Allez lentement pour aller vite* » : les conclusions ou décisions prématurées sont évitées.

Les médicaments neuroleptiques ne sont pas introduits lors de la réunion initiale et ne sont démarrés que si d'autres efforts s'avèrent insuffisants.

7. Le Dialogue et la Polyphonie

L'accent est mis principalement sur la promotion du dialogue et non sur le changement de la personne et de sa famille. Le dialogue vise à renforcer le sens et le choix de vie de la personne et de sa famille. Une nouvelle compréhension partagée de la situation est créée entre les participants au dialogue. Tous les problèmes doivent être discutés ouvertement, en présence de toutes les personnes.

Evaluation d'impacts pour les usagers et le système (méthodologie et résultats)

Pour évaluer l'impact pour les personnes et le système, nous avons utilisé les partages d'expériences qui regroupe différents points de vue sur les impacts pour les personnes, leur réseau, les professionnels et le système. En particulier le partage d'expériences des participants aux rencontres internationales (Tornio juillet 2018, Londres février 2018) avec leur accord, les témoignages partagés à notre demande par l'équipe finlandaise à Marseille en mai 2018, le partage d'expérience des équipes finlandaises. Nous avons également repris les résultats des recherches publiées sur le Dialogue Ouvert nous paraissant significatifs.

Des témoignages des personnes et de leur réseau ayant participé à des réunions de réseau ont été partagés et traduits par Anni Haase et Kari Valtanen, membres de l'équipe finlandaise Open Dialogue en mai 2018 lors de leur venue à Marseille, ont permis de mettre en perspective l'impact en particulier de la spécificité de l'activité réflexive des thérapeutes devant les personnes pendant la réunion de réseau. Ils ont présenté deux points de vue différents : une famille expliquait l'intérêt de pouvoir entendre les réflexions des thérapeutes et de pouvoir donner une réponse. Une autre famille, en particulier une personne concernée, parlait de l'effet étrange de cette nouveauté.

Les personnes soulignent l'importance d'être entendues, de pouvoir donner du sens à leurs expériences et de pouvoir entendre les réflexions des professionnels en transparence qui donne un sentiment d'écoute, de compréhension partagée et de confiance dans le processus de traitement.

Pour avoir une vue plus globale de l'impact sur la vie les personnes, nous avons choisi de partager les **résultats de la dernière publication de recherche sur le Dialogue Ouvert en Finlande, en septembre 2018** :

Les résultats des études sur les deux approches, le Dialogue Ouvert (Seikkula et al., 2006 ; Gordon et al., 2016) et l'approche adaptée aux besoins (Lehtinen et al., 2000), indiquent que **le traitement familial du premier épisode psychotique obtient un score de rétablissement total souvent meilleur que les traitements usuels**. Par exemple, deux et cinq ans d'études non randomisées en Laponie de l'Ouest ont conduit à montrer qu'il y a une **incidence sur les symptômes psychotiques résiduels** (Seikkula et al., 2011). De plus, après deux ans d'apparition de symptômes psychotiques, **seulement 33% des personnes utilisaient des neuroleptiques et 84 % étaient retournés à un emploi à temps plein ou à des études** (Seikkula et al : 2006).

Cependant, en l'absence d'essais contrôlés, il n'est **pas clair de distinguer quels aspects de l'intervention sont importants**, étant donné que le Dialogue Ouvert intègre divers éléments qui se sont révélés être potentiellement bénéfiques dans le traitement de la psychose (Pavloric et al ; 2016). Cela inclut, par exemple, le **stade précoce de l'intervention familiale** (Marshall and Rathbone, 2011), avec une **durée raccourcie de la psychose non traitée** (Farooq et al ; 2009), et **l'accroissement de l'alliance thérapeutique** (Laska et al., 2014). Des résultats thérapeutiques améliorés ont également été observés dans d'autres systèmes d'intervention précoce et complet (Cullberg et al., 2006 ; Kane et al, 2015 ; Granö et al., 2016).

La position dialogique dans les réunions de traitements a été considérée comme une méthode de travail **plus collaborative** que celle qui se produirait dans la plupart des interactions entre la personne et son médecin (Razzaque et Stockmann, 2016).

Néanmoins, **concernant les résultats à long terme des pratiques d'intervention précoce dans le traitement des psychoses, les recherches ont été limitées et des résultats contradictoires** ont été obtenus. Par exemple, dans l'essai d'OPUS au Danemark, les résultats d'amélioration du traitement et des symptômes ne sont pas maintenus cinq ans après le début.

L'impact pour les professionnels

Kari Valtanen partage le témoignage des professionnels rencontrés à travers le monde dans son expérience de formateur international : le dialogue ouvert prévient les situations de burn out très présent dans ces professions. Il partage son expérience : « dans ma vie personnelle et professionnelle je suis en congruence avec mes valeurs humaines ». Parfois je remarque que les professionnels sont en souffrance car ils n'agissent pas en fonction de leur nature humaine profonde ce qui crée des malaises et souffrances.

Lors de la conférence nationale du soutien par les pairs dans le Dialogue Ouvert à Londres en février 2018, cinq psychiatres (Chris Salways, Gareth Jarvis, Rosaarri Hart, Catherine Kinane et Amy Jebreel) partagent leurs expériences de changements de pratiques avec le Dialogue Ouvert sous forme de dialogue et partagent leur réflexion devant les participants. « Je suis marquée par les paroles d'un psychiatre qui explique que ce changement de pratique a changé son rapport avec les personnes. », une participante à la conférence. Il fait part auparavant d'une pratique centrée exclusivement sur la prescription de médicament. Le fait de n'être plus centré sur le traitement lui permet maintenant de rencontrer les personnes.

L'effet sur les autres professionnels des formations avec des personnes paires est évoqué à cette conférence à Londres pour comprendre le traumatisme de la stigmatisation. Les rencontres internationales renforcent cette reconnaissance et intégration de cette expérience traumatisante car on retrouve chez les pairs les idées similaires sur les effets de la stigmatisation au niveau international.

L'expérience de la formation : l'importance de pratiquer, expérimenter en formation. Les personnes dans la salle ayant suivi la formation Dialogue Ouvert et mis en pratique témoignent de la forte implication personnelle dans la formation, d'avoir été parfois bousculé personnellement lors de la formation d'où l'importance des conditions de confiance et de sécurité aussi dans la formation qui leur a permis de mettre en pratique ensuite en équipe cette ouverture émotionnelle pour la transformation de la relation thérapeutique dans la pratique du Dialogue Ouvert.

Pour aller plus loin sur ce sujet, une étude a été réalisée sur les effets de la formation : Stockmann T., et al 2017.

L'impact dans la recherche : identification des enjeux spécifiques dans la recherche

Des recherches longitudinales descriptives du processus dialogique ont été menées. Pendant les ateliers de la rencontre internationale à Tornio en juillet 2018, le groupe a repéré des enjeux dans le dispositif de la recherche sur le Dialogue Ouvert.

La question de la randomisation selon les critères scientifiques actuels basés sur l'évidence-base médecine (les données probantes) a été abordée par Jaakko Seikkula, qui propose **une randomisation des équipes plutôt qu'une randomisation des personnes utilisatrices du service.**

Il explique le choix d'une **approche naturaliste et longitudinale** correspondant à l'observation et la description des phénomènes humains et des crises de vie existentielles, ainsi que l'intégration des différents processus thérapeutiques. Il explique également les difficultés pour séparer, trouver ce qui marche. D'où le travail sur les 12 principes : éléments clés de la Pratique Dialogique (Olsons et al, 2011) pour affiner la description de l'approche thérapeutique. Il explique que **l'aspect intégratif des différentes interventions/interactions** est essentiel (et qu'il est donc peu intéressant de les séparer dans l'objectif de trouver un seul élément pertinent) d'où **l'importance de décrire au maximum les pratiques pour dégager les spécificités des Pratiques Dialogiques comprises dans leur globalité.** Par exemple dans les recherches il est porté intérêt aux temps de dialogue versus monologue.

Une participante au voyage souligne l'intérêt de la recherche pour accompagner la mise en place de pratiques dialogiques et permettre de **rendre compte et légitimer ces pratiques à contre-courant des pratiques habituelles et des lobbys pharmaceutiques.**

L'impact sur le système

Les décisions partagées lors des réunions de réseau changent un système qui fonctionne sur une organisation hiérarchique basée sur la médecine avec une décision médicale où le psychiatre prend les décisions plus ou moins (selon les différents fonctionnements des services) avec échange avec son équipe et la personne. Le projet de soins est souvent discuté et décidé en réunion clinique sans la personne et son réseau.

Dans le Dialogue Ouvert, les décisions de traitement font aussi partie d'un processus dialogique. Ainsi la responsabilité et faire avec le risque est partagée et permet de tolérer l'incertitude de la situation parfois extrême

perçue/vécue en abordant tous les sujets nécessaires lors des réunions de traitement. Les réflexions sur le traitement sont faites devant la personne et son réseau en transparence et dans un processus dialogique.

Vers une utopie politique ?

Dans les débats publics sur les politiques publiques en France nous assistons souvent à un questionnement sur des référentiels de pratiques pensés par des décideurs politiques à partir de la recherche de plus en plus qui peuvent paraître éloignés du terrain et un discours montrant la volonté de partir du terrain pour adapter des politiques publiques efficaces qui répondent aux besoins des populations et de ces différents acteurs. La philosophie dialogique permettrait de dépasser les séparations entre le monde de la recherche, du vécu des personnes, des décisions d'orientation des politiques, des professionnels ... de l'ensemble des acteurs : si nous nous plaçons dans une position et attitude dialogique basée sur les besoins des populations et instaurant un processus dialogique avec l'intégration des expériences de chacun nous pourrions peut-être utiliser ces relations transformatives dépassant les différents langages pour inventer notre langage commun et partagé. Ainsi pourrait naître des décisions à expérimenter de nouvelles expériences créatrices de sens pour tous en étant tous dans une position d'acteur. Je pense que cela est la tendance actuelle d'ouverture d'espace démocratique comme nous le voyons dans la création par exemple des comités locaux de santé mentale souhaitant réunir différentes voix. Cette méthodologie et philosophie dialogique peut aussi être semblable à une voie intéressante à explorer pour l'intégration de ces différentes voix vers une perception partagée des situations pour des prises de décisions partagées et des expérimentations nouvelles.

Intérêts du Dialogue Ouvert

Le dispositif de Dialogue Ouvert tel que mis en œuvre en Laponie Occidentale offre une manière d'organisation des services adaptés aux besoins de la personne et de son réseau et une manière d'être génératrice de dialogue entre les participants aux rencontres qui favorise l'utilisation des ressources de la personne et de son réseau. **La réunion d'un réseau** permet de sortir la personne de l'isolement dans lequel peut l'amener une situation de crise/de détresse.

Il permet une intervention précoce lors d'une première expérience psychotique et des possibilités de rétablissement. La continuité selon les besoins de la personne et de son réseau dans sa vie quotidienne évite une institutionnalisation et une chronicisation. La non-introduction systématique des neuroleptiques permet un choix et une utilisation en fonction des besoins associés à d'autres thérapies dans un modèle intégratif c'est-à-dire que toutes méthodes, services, ressources utiles est utilisé en fonction des besoins et ressources existantes dans une cohérence globale construite dans les réunions du réseau.

L'approche de Dialogue Ouvert permet de donner un sens partagé à l'expérience vécue, de partager ses émotions et expressions corporelles qui vont également dans le sens d'une approche globale humaine.

L'approche humaniste de ce dispositif permet également au professionnel d'être avec les personnes dans le partage de l'expérience humaine dans les réunions de réseau. L'organisation offerte par les 7 principes permet de supporter l'incertitude et la responsabilité est partagée par les membres de l'équipe ce qui développe un sentiment de sécurité permettant une évolution de la situation dans la recherche de sens et de nouvelles expériences.

Des réflexions sur les limites du Dialogue Ouvert

Nous avons vu dans les résultats de recherche que ce n'est pas une méthode miracle permettant à toute personne de parvenir à une vie épanouissante. L'idéalisation du Dialogue Ouvert tout comme l'intérêt de ce dispositif est de

susciter de l'espoir pour les personnes vivant une détresse et face parfois à un discours social d'incurabilité et/ou d'exclusion sociale mais cela peut être à double tranchant c'est-à-dire que les personnes et leurs familles peuvent avoir une perception du Dialogue ouvert comme une méthode magique, miracle. Il nous semble important de ne pas entretenir cela tout en partageant l'espoir de nouvelles possibilités pour la personne et son réseau.

Dans le documentaire de Daniel Mackler sur le Dialogue Ouvert, Timo Haaranen, infirmier, thérapeute familial dans l'équipe Open Dialogue finlandaise partage une expérience lors de l'hospitalisation d'une personne dans une autre région. Lors des dialogues avec la personne et le médecin et deux personnes de l'équipe Open Dialogue le médecin part ne voyant pas l'intérêt des échanges. Timo est surpris car pour lui le dialogue est devenu une évidence. Comment générer des dialogues avec les professionnels engagés qui ne partagent pas l'intérêt des dialogues ? Le dialogue est-il possible ? Quel intérêt/effet à continuer le dialogue avec la personne si les professionnels impliqués ne prennent pas part au processus ? Cette difficulté est aussi abordée de manière différente dans le développement des pratiques dialogiques (Olson et al, 2014) dans un exemple d'intégration d'un médecin qui commence dans la rencontre à donner des préconisations de thérapeutiques sans avoir entendu la personne. Les deux thérapeutes reprennent l'idée apportée pour la resituer dans un processus dialogique basée avant tout sur l'expression de la personne. Cela permet à la personne de s'exprimer et le médecin se rendra compte de sa précipitation et écoutera la personne et son réseau pour ensuite échanger sur des pistes de traitement envisageable.

Faut-il associer le réseau familial/social lorsque celui-ci est maltraitant ? Nous avons vu dans les préconisations que des rencontres séparées peuvent être proposées dans ces situations.

Lorsque la personne est isolée, comment associer un réseau social/familial ? Un professionnel peut, par exemple, prendre un rôle de membre du réseau. Notre partenaire MARSS partage leur expérience avec les personnes qui peuvent devenir comme un membre de leur réseau social.

Quand la personne ne souhaite pas participer mais que sa famille souhaite rencontrer l'équipe ? Kari Valtanen partage un exemple lors de sa venue à Marseille en mai 2018. Il arrive que la personne ne puisse participer tout le temps de la rencontre car cela demande trop d'énergie mais que la famille souhaite poursuivre. Il propose dans ce cas que la réunion puisse se poursuivre avec son accord. La personne peut rester écouter ou si elle part ce qui sera échangé lui sera dit lors d'une prochaine rencontre ou par un membre du réseau.

Cela peut être un long processus dans le temps et la motivation du réseau et de la personne est un investissement particulier. Il arrive que les rencontres s'interrompent et reprennent plus tard.

Facilitateurs de la mise en œuvre du Dialogue Ouvert

A la rencontre internationale de Tornio en juillet 2018, les équipes finlandaises de l'hôpital de Keropudas des années 1980 et 1990 partagent leur expérience de la mise en œuvre d'un service ambulatoire dans la communauté avec le dispositif Dialogue Ouvert : cette « aventure humaine » comme

« une nouvelle expérience émotionnelle qui continue »

En 1983, Markku Sutela rejoint l'équipe et partage ce qui a facilité cette mise en œuvre. Il souligne l'importance du travail ensemble avec la recherche qui a accompagné leurs pratiques par l'étude de documents ensemble et la formation. La prise en compte de la diversité des approches a également permis de les intégrer aux méthodes thérapeutiques. La présence des familles. L'importance de ne pas rester uniquement à l'hôpital de Keropudas mais d'être dans différents groupes et activités. Des portes ouvertes qui ont favorisé l'ouverture et l'implication de la communauté. Le nombre importants de personnels pour offrir une disponibilité et flexibilité des services.

Jaakko Seikkula aborde également le **changement des relations de pouvoir** de sa posture de directeur de l'hôpital

de Keropudas où il exerce une fonction de leadership. Il partage son cheminement et les autres membres de l'équipe témoignent de l'importance de son rôle de soutien et avec les personnes : « quelqu'un qui nous visite », « nous soutien en permanence » et impliqué également auprès des personnes.

Jaakko Seikkula explique qu'il n'a aucun pouvoir comme psychologue.

Il développe une attitude positive grâce aux formations pour soutenir ce changement de pratiques et d'attitude.

« Je n'avais aucune réponse quand on a commencé ».

La première étape a été **le principe de prendre aucune décision sans la personne** et de **prendre les décisions ensemble**.

Il partage aussi **l'importance d'entretenir une réflexivité permanente sur sa pratique** et d'accompagner l'évolution des pratiques de terrain.

Les équipes sont passées d'une approche individuelle à une **approche familiale** par des formations. La participation à des conférences internationales permet de soutenir leurs pratiques, de l'enrichir et soutenir cette transformation des pratiques de soin.

Des obstacles à la mise en œuvre du Dialogue Ouvert ?

Jaakko Seikkula, 2011 « Mais ce qui m'a surpris, c'est l'énorme difficulté qu'éprouvent les thérapeutes qui ont de vastes connaissances en matière d'expérience d'une méthode thérapeutique particulière dans l'adoption d'une méthode dialogique pour travailler avec les clients. Car, selon moi, le dialogue **n'est pas une méthode**, c'est un mode de vie. Nous l'apprenons comme l'une des premières choses dans notre vie, ce qui explique pourquoi le dialogue peut être un événement si puissant. Parce que c'est le facteur déterminant de la vie, il est en fait très simple. C'est **sa simplicité même qui semble être la difficulté paradoxale**. Il semble si simple que nous ne pouvons pas croire que l'élément de guérison d'une pratique est simplement d'être entendu, d'avoir une réponse, et que lorsque la réponse est donnée et reçue, notre travail thérapeutique est accompli (Seikkula & Trimble, 2005). Nos clients ont retrouvé leur capacité d'action dans leur vie en ayant la capacité de dialoguer.

Comment cela se produit-il ? Pour les thérapeutes, le principal défi devient d'être présent dans le moment présent, en tant que personnes vivantes incarnées et complètes, et répondant à toute parole vivante ainsi dans "la participation unique de l'être » (Bakhtin, 1993, p. 2). »

Lors des échanges après le voyage, les participants remarquent cette étonnante simplicité mais en approfondissant ils relèvent également sa complexité. En effet, ce n'est pas juste du bon sens même si nous rejoignons ces commentaires sur le dialogue inhérent de la vie dès notre naissance c'est une capacité que l'on développe qui nécessite une formation solide pour générer un processus dialogique. Une participante partagera les retours de personnes qui découvrent pour la première fois le Dialogue Ouvert. Souvent, les professionnels se reconnaissent dans les valeurs et principes et pensent le faire déjà. Elle constate que derrière cette simplicité c'est une réelle approche complexe car elle englobe une attitude particulière, une organisation des services et une approche thérapeutique intégrative (mobilise plusieurs modèles théoriques et pratiques dans le même processus global) qui nécessite donc un investissement et un approfondissement pour acquérir une pratique dialogique.

3. Recommandations

Enseignements pour la France des observations

Les participants à la rencontre internationale en Finlande nous ont fait remarquer que « **c'est la première fois que des français participent à cette rencontre internationale** ». Nous relevons car c'est la 23ème rencontre internationale et de nombreux pays européens et mondiaux se sont investis dans la transposition de ce dispositif. Alors que la France cherche à améliorer son système de soins, il nous semble important que ces expériences

européennes rejoignent les réflexions actuelles d'un système de soin plus humaniste qui souhaite mettre la personne « au cœur du dispositif » en intégrant l'environnement des personnes. Il nous semble donc que le Dialogue Ouvert propose une organisation, un fonctionnement et une approche thérapeutique qui rejoignent ces objectifs.

Les participants à ce voyage d'études ayant utilisés les services publics en santé mentale en France relèvent une différence importante dans l'accueil des professionnels et font référence à des expériences de contact avec des professionnels froids et une distance « professionnelle » « tandis que **le thérapeute open dialogue bien que thérapeute se place comme personne humaine dans le partage d'expérience humaine.** » L'approche humaniste centrée sur l'expérience de vie a été appréciée, en particulier par rapport à une approche médicale d'expertise diagnostique, d'intellectualisation de ce qu'il se passe sans associer la personne concernée.

Nous avons découvert également la réputation internationale des pratiques en santé mentale en France qui sont perçues comme privilégiant des approches individuelles et peu l'intégration des familles et du réseau social. Le challenge principal consiste alors à **privilégier une approche centrée sur le réseau avec l'intégration de la famille, du réseau social et professionnel.**

Les possibilités s'ouvrent avec des équipes mobiles et flexibles et des professionnels indépendants mais des pratiques communes peuvent être plus difficiles à organiser selon le fonctionnement des services traditionnels. Cela nécessite un **changement organisationnel et de pratiques.** Une articulation des ressources avec la création de plus d'équipes mobiles devrait faciliter l'élargissement de cette pratique au niveau du territoire concerné. Il semble aussi qu'une organisation intersectorielle souple, adaptée à une nécessité de flexibilité des personnels favorisera la continuité dans le temps nécessaire au-delà de la situation de crise qui doit alors s'intégrer dans le temps de travail des personnels et penser en termes d'organisation : la même équipe ? Par exemple, pour le moment le temps d'activité du personnel du Lieu de Répit est rapporté au nombre de personnes accueillies en situation de crise mais les besoins après le temps de la crise ne semblent pas avoir été intégrés. Pour être fidèle au principe de continuité, comment garantir la continuité avec l'implication des mêmes praticiens dans le temps si besoin ?

Pistes de transposition

La mise en œuvre du dispositif Dialogue Ouvert nécessite une connaissance de ce dispositif, un choix de politiques publiques et une appropriation. Cela suppose pour sa mise en œuvre une politique de service publique de désinstitutionnalisation c'est-à-dire la création d'équipes mobiles pour un traitement en ambulatoire dans la communauté pour une diminution du recours à des hospitalisations.

Comme nous l'avons présenté le dispositif Dialogue Ouvert propose une manière d'organiser les services selon 5 principes : l'aide immédiate, la perspective de réseau social, la flexibilité et la mobilité des équipes, la responsabilité et la continuité psychologique. Pour mettre en œuvre ce dispositif il faut donc repenser l'accueil, les personnes mobilisées, le lieu de rencontre, et donc une manière de travailler pour les équipes. Une réflexion sur le système de santé mentale basé sur la sectorisation peut être repensé à partir de ces principes d'organisation pour articuler l'offre de soin et ressources de la communauté : hôpital, centre médico-psychologique, hôpital de jour, groupe d'entraide mutuelle, groupe d'autosupport, association de famille, associations de défenses des droits ...

La mise en œuvre de ce dispositif demande aussi de développer la manière d'être selon le principe de tolérance à l'incertitude afin de créer un espace sécurisant pour tous pour accueillir ce moment de détresse et le principe de dialogue et de polyphonie implique de changer l'accueil d'un moment de détresse et les objectifs thérapeutiques.

La transposition peut se faire à différents niveaux : du système de soin (organisation et fonctionnement) et/ou de l'approche thérapeutique. En effet, au niveau national nous pouvons nous inspirer de cette approche pour choisir une transformation en profondeur le système de soin par le développement de services communautaires qui facilitent le rétablissement avec la création d'équipe mobile avec cette approche thérapeutique spécifique.

L'intégration de personnes porteuses de savoirs expérientiels pouvant devenir praticien de Dialogue Ouvert, membre du réseau en fonction des aspirations. Parfois, le terme thérapeute renvoie à des professions spécifiques (psychiatre, psychologue) mais le terme praticien de Dialogue Ouvert permet aussi d'élargir les conceptions et ouvrir à d'autres profession. De plus, la notion de dialogue et de partage d'expérience est centrale dans la relation des pairs. C'est pourquoi, il nous semble également intéressant de développer une réflexion et des formations communes articulées sur l'utilisation des deux approches : le Dialogue Ouvert et le Soutien Intentionnel par les pairs pour développer ces valeurs et principes pratiques communs.

Prérequis

- Un nombre important de personnel
 - Un travail de traduction et de lecture
 - Formation action (création d'une formation en France), recherche action, supervision
 - Un décloisonnement des services permettant une flexibilité et continuité des services : le développement d'un réseau professionnel
- La formation et la recherche peuvent permettre d'accompagner la mise en place de ces pratiques inspirantes en termes d'organisations de services et de pratiques dialogiques. A Marseille, nous développons ces pratiques avec d'autres équipes et/ou des professionnels en libéral, sensibles à ces approches. La formation conjointe des professionnels permettrait de faciliter le développement d'un réseau avec des pratiques dialogiques.
- Une ouverture à la communauté
 - Passage d'une culture individuelle à une approche d'intégration du réseau

Avantages

- Réduction importante de l'utilisation des neuroleptiques
- Diminution des hospitalisations
- Rétablissement des personnes
- Retour vers l'emploi à temps plein ou vers les études
- Diminution du burn-out des professionnels

Inconvénients

- Temporalité nécessaire à un changement profond : étapes
- Interdépendance des services
- Investissement important : lectures, formations, pratiques, retour sur la pratique difficile dans des conditions d'expérimentation à court terme.
- Coût d'investissement de départ pour des conditions d'innovation

4. Retour d'expérience sur la mission d'étude

a) Enseignements tirés :

Par les membres de l'équipe par rapport à leurs propres pratiques et expériences

Nos échanges avant, pendant et après la rencontre internationale afin de partager nos expériences et réflexions sur notre compréhension et intégration des différents éléments du Dialogue Ouvert, nous ont permis d'ouvrir une

réflexion articulée à nos expériences et pratiques regroupée dans ces différents thèmes :

- **L'intégration du réseau**

Comment faire quand la personne est isolée ? C'est une représentation que nous retrouvons à chaque fois que nous parlons du réseau social de la personne. Les personnes qui vivent dans la rue sont seules. Il est encouragé la créativité puisque que le réseau familial n'est peut-être pas le plus proche dans le quotidien de la personne parfois mais d'autres personnes peuvent être ressources et signifiantes dans la vie de la personne.

Une participante relève l'intérêt du dialogue pour associer les partenaires et les institutions, parfois difficiles d'accès. L'implication dans les pratiques dialogiques des équipes mobiles des partenaires travaillant autour du logement et de l'habitat après le Lieu de Répit pourrait favoriser un maintien des personnes dans le logement qui nécessite le renforcement/création d'un travail de réseau important.

La pertinence du modèle dialogique comme une base d'échanges entre différents acteurs comme **facteur facilitant la rencontre**. Le dialogue ouvert pourrait permettre **d'intégrer des partenaires avec qui il peut être habituellement difficile de travailler**. Les institutions peuvent être éloignées et difficiles d'accès pour les publics en particulier pour les personnes sans domicile.

Le développement des engagements réciproques avec des acteurs du logement pour permettre un accès au logement et une continuité pour tolérer l'incertitude. En effet, le constat de la méfiance à louer un logement à une personne avec peu de ressources et pouvant connaître des moments de détresse peut inquiéter les bailleurs.

- **L'adaptation selon les besoins**

L'atelier sur la violence à la rencontre internationale a amené une participante à faire le lien avec sa pratique de terrain dans la rue. Elle parle de la violence de la situation d'être à la rue et de la violence vécue envers elle et les acteurs de terrain dans ces situations. L'urgence de répondre en priorité aux besoins primaires : un endroit sécurisant, un lit, nourriture, ... une traduction de la sécurité nécessaire pour tolérer l'incertitude en terme de besoins matériels mais aussi humain : quelqu'un à qui parler.

- **Les décisions sont prises avec toutes les personnes présentes**

Les décisions sont prises ensemble permet de déconstruire un processus de solutions toutes faites « qui ne fonctionnent pas » en **accompagnant l'expérimentation de solutions élaborées par la personne et avec elle dans le temps**. Une habitante et bénévole au Lieu de Répit s'exprime à propos des décisions et solutions : « **On n'a pas les solutions toutes faites**. Elles se travaillent en **équipe : celui qui a des problèmes fait partie de l'équipe**. On trouve des pistes de solutions qu'il sait mais auxquelles il n'avait pas pensé ».

- **L'attitude thérapeutique**

Cela amène la réflexion d'une participante qui observe de son expérience encore une tendance chez elle et chez les autres parfois de précipitation à trouver une solution pour quelqu'un : « La tendance humaine est de se précipiter à donner une solution. Comment accepter de prendre le temps pour que de nouvelles idées émergent à la fois sur la perception de la situation et sur des solutions/nouvelles expériences ? **Comment enlever ces réflexes ?** »

L'exercice de la réflexivité pourrait être un outil intéressant pour cela dans les réunions de réseau puisque l'activité réflexive de l'équipe se centre sur ce qui est dit, entendu et le thérapeute peut réfléchir avec son collègue devant les personnes et partager son expérience personnelle similaire pouvant être utile pour la personne et son réseau. Cela diffère des pratiques d'interprétations et de reformulation et permet que chacun exprime sa voix permettant un dialogue.

Cela demande un changement de regard sur l'autre pour parler différemment de l'autre en sa présence. Il ne faut pas parler de la personne sans elle et instituer un savoir insu.

Exemple par rapport à l'expérience de terrain : « si une personne est complètement dans un délire, il faut écouter pour pouvoir parler. » Un participant au voyage observe : « ce n'est pas évident pour moi, ma tendance première

est de vouloir corriger sa réalité". L'équipe réflexive dans ces moments-là pourrait aider à parler, intégrer ces éléments qui paraissent étranges ?

Être en position d'acteur et non d'objet de soin permet de retrouver un pouvoir sur sa vie et de faire des choix de vie épanouissants. Une participante partage son expérience, au contact des thérapeutes pratiquant le Dialogue Ouvert depuis un an, qu'elle a retrouvé à cette rencontre. Peu confiance en elle et habituée à des rapports avec des professionnels se plaçant comme sachant elle remarque une différence au contact des praticiens du Dialogue Ouvert : le sentiment d'être entendu dans ses idées dont ils tiennent compte et le soutien et encouragements (ce n'est pas tellement un discours mais une façon d'être, de répondre) à expérimenter ont particulièrement retenu son attention. Les valeurs du Dialogue Ouvert sont **incarnées** par les professionnels rencontrés et dépassent donc le cadre de l'exercice professionnel tel une **manière de vivre**.

Quelle attitude et manière de répondre qui permet l'utilisation des ressources des personnes ? pour retrouver sa capacité d'action

- **Le partage de l'expérience de vie humaine**

Le thérapeute prend le risque d'être une personne. Ne pas juger et mettre de côté ses préconceptions. Ne pas conceptualiser ce qu'il se passe pour la personne, sur la situation. Ne pas penser à la place de la personne. Comment enlever ses réflexes ?

Une participante souligne dans le Dialogue Ouvert l'importance de l'écoute qui passe d'abord par l'écoute de soi-même. Le thérapeute est interpellé par l'écho de la parole de l'autre. Il doit pouvoir écouter/être attentif à cet écho pour l'utiliser au service de la personne et non de manière réactionnelle, sans filtre. La réflexion sur l'utilisation de l'expérience de vie au service de la personne : quoi échanger, dans quel but ? Il est abordé le risque de coller son histoire, son vécu sur la personne. Quelle utilisation de l'expérience de vie pour qu'elle soit au service de l'autre ?

Il faut se détacher de l'habitude à chercher tout de suite des réponses et des solutions pour préférer se référer à soi-même avec son expérience humaine. Nous avons le besoin de déconstruire l'habitude à rechercher, à voir les symptômes pour s'ouvrir à l'expérience humaine vécue. Parler du vivant plus que du pathologique. Ce pas de côté permet de donner un sens à l'expérience vécue par la personne.

Le Lieu de Répit montre l'importance et l'intérêt des pairs dans l'accompagnement des personnes. Nous remarquons souvent des tensions entre personnes identifiées comme porteuse d'une expérience et personnes identifiées comme porteuse d'un savoir théorique. Il nous paraît important de spécifier que **l'expérience de vie est mise en avant dans le Dialogue Ouvert donc on ne retrouve pas une séparation entre savoir issu de l'expérience et savoir conceptualisé : l'un et l'autre sont reconnus et ont leur place**. Bien que le savoir théorique est important il n'est pas utilisé pour définir un savoir sur une personne mais pour développer un savoir-être au service des personnes et du réseau.

Au cours de leur intervention, les professeurs Jaakko Seikkula et Anders Lindseth observent une position critique sur le savoir universitaire et préviennent des risques d'enfermement. Anders Lindseth, philosophe, différencie l'expression et l'impression. « **Si tu pars de ton savoir théorique, tu vas puiser les informations qui t'intéressent pour que ça aille dans tes cases. Alors que si tu te laisses imprimer, tu arrives à un véritable espace où la personne peut être elle-même.** »

Le savoir universitaire et expérientiel sont-ils au même niveau ? Une participante a partagé son expérience de vie difficile et cela a été intégré dans le dialogue avec les autres personnes. Elle relève en particulier des psychiatres plus ouverts qui permet d'échanger ensemble.

Lors de l'atelier sur la coercition, une participante remarque la **détresse des psychiatres** : les psychiatres expriment leur malaise à hospitaliser et utiliser des moyens de coercition pour des personnes en souffrance. Par exemple est abordée la responsabilité médicale face à quelqu'un qui parle de suicide.

« **On a pu parler de nos expériences avec les médicaments** », et les psychiatres ont posé beaucoup de questions dessus : « comment faire en temps de crise pour ne pas droguer quelqu'un ou l'enfermer ? » Une participante à la rencontre internationale parle d'**une étude qui montre qu'il serait moins traumatisant pour une personne d'être attachée que d'avoir une injection**. Les personnes ressentiraient plus de colère après une injection.

Une participante explique son approche quand une personne vit une situation de crise : l'importance de parler pendant les premières 72 heures et de profiter d'un moment de plus grande lucidité pour parler du traitement.

« **En tant qu'expert d'expériences, c'est important d'être écoutée, de transmettre mon savoir-faire comme médiatrice paire** pour la défense des droits des personnes hospitalisées et non le recours à la camisole chimique. »

- **Un modèle qui peut intégrer différentes approches et outils ?**

Le Lieu de Répit s'inspire de diverses approches : le Dialogue Ouvert, le Soutien Intentionnel par les Pairs, le rétablissement, la santé communautaire, le suivi intensif, la réduction des risques et des dommages, le rétablissement. Mais aussi différents outils par exemple : le plan d'action individualisé au rétablissement et au bien-être, les directives anticipées. Il semble important que les acteurs puissent approfondir ces différentes approches et outils afin de puiser dans ces pratiques inspirantes leur propre pratique. Il semble intéressant de pouvoir articuler ces approches dans leur ressemblance et différence et l'intérêt de leur utilisation.

Les réunions de réseau peuvent constituer l'espace dans lequel ces outils et approches puissent être proposés mais aussi au-delà des réunions.

Il est important d'intégrer les expériences et les pratiques des personnes dans le développement du Dialogue Ouvert. Mais alors comment apprendre une nouvelle manière de travailler ? Il est important de voir les points communs et différences pour se situer dans nos pratiques et construire une approche cohérente.

Risque pointé : **réduire le Dialogue Ouvert à un outil transposable**, c'est-à-dire exporter le modèle, l'approche, sans transformation profonde du système organisationnel et sans accompagnement dans les changements d'attitudes des professionnels (reproduction du même fonctionnement sous un autre nom Dialogue Ouvert).

- **Approche à la fois simple et complexe**

A cette étape de réflexion du groupe, le Dialogue Ouvert nous paraît à la fois comme une approche de bon sens qui nécessite de **réelles compétences à acquérir**. En effet, le Dialogue Ouvert est différent d'une simple discussion. Cela **nécessite une formation solide continue qui permet par la pratique** cette simplicité pour générer un dialogue ouvert. Le savoir-être, la philosophie, est plus important que les codifications.

Dialogue à plusieurs voix des participants : « Plus facile peut être pour nous car moins de déformation professionnelle ? Nous avons déjà une pratique de dialogue. Par exemple, quand des professionnels découvrent le Dialogue Ouvert, la première réaction est souvent qui pensent en faire déjà alors qu'ils sont encore dans des processus de jugement parfois, mais nous aussi, non ? C'est un mécanisme humain que d'avoir des conceptions et des préconceptions. »

Enseignements tirés pour le fonctionnement et l'organisation des organismes impliqués dans la mission d'étude

La participation du groupe du Lieu de Répit à la rencontre internationale a été multiples : méthodologie de recherche action d'inspiration dialogique à poursuivre dans notre processus de recherche action ?

Les rencontres à la réunion internationale comme **un lieu d'échange entre les acteurs impliqués dans le Dialogue Ouvert** (accueil d'équipe, de groupes et d'individus amenés à rencontrer des personnes faisant l'expérience de crises dites « psychotiques » et d'individus directement concernés par de telles crises et les familles). L'intérêt du fait du **nombre et de la diversité des acteurs**, aussi bien en termes de nationalités que d'horizons professionnels ou personnels.

L'Intérêt pour la façon dont le colloque a été organisé, la façon de construire ensemble (ex : tout le monde est acteur ; faire partie d'une logique de réseau, une façon de dialoguer, de travailler ensemble...) : « quelque chose d'ouvert tout en étant ancré dans un contexte » ;

- Dans un esprit de co-construction, les participants élaborent en partie le contenu du congrès en choisissant ensemble les thèmes abordés lors des groupes de travail.
- Deux journées se déroulent sous forme d'ateliers de travail autour des thèmes choisis. La pratique dialogique – mobilisation des expériences vécues, processus réflexif – est le processus choisi pour le partage des expériences des participants et donner du sens à ces expériences pour partager la créativité des participants. Des personnes ayant plus l'expérience de la pratique dialogique (exemple : membre de l'équipe finlandaise) participe au dialogue dans ce processus de partage d'expérience et de partage de réflexions autour des situations abordées.
- Les personnes qui le souhaitent ont pu présenter et partager leurs expériences dans leur pays avec ensuite des dialogues entre les participants.
- Une journée est consacrée aux études et travaux de recherche.
- La restitution et le compte rendu en fin de congrès sont également co-construits avec l'ensemble des participants après un dialogue par pays.

b) Suites envisagées (par exemple, expérimentation, diffusion des connaissances, réseautage avec les dispositifs visités...)

A. Restitution des voyages d'études avec les membres de la communauté du répit et les partenaires du LDR et de Soliha, le 9 octobre 2018 en soirée pour diffusion des connaissances et co-construction des suites à donner

La restitution du voyage en Finlande s'est déroulée sous forme de Dialogue Ouvert avec la présentation de la Bande dessinée élaborée par Lisa pour partager ce processus.

Des échanges ensuite permettent d'envisager plusieurs pistes d'actions :

Une envie de **se former ensemble** se crée avec 3 équipes mobiles afin de favoriser le partage d'expérience et le soutien dans la mise en œuvre. Fin octobre 2018, une formation est organisée par le Lieu de Répit grâce à la participation du réseau international et permet d'intégrer ces perspectives de réseau local.

Il est envisagé d'**aller davantage à la rencontre des institutions pour informer des innovations découvertes et des activités de plaidoyer** pour une meilleure prise en compte des besoins des personnes concernées, utilisant les services de santé mentale.

Des Journées ouvertes à tous : personnes concernées, médiateurs pairs, politiques, institutions, associations, acteurs de terrain pour associer un plus grand nombre de personnes dans ces recherche-actions.

B. Participation à la journée de restitution organisée par la CNSA à Paris en janvier 2019.

C. Constitution d'un groupe "réseau international" pour entretenir l'enrichissement d'un réseau international

- Avec l'équipe finlandaise
- L'Italie pour le partage d'expériences avec nos voisins plus proches.
- Avec l'Angleterre en particulier pour leur développement de formation regroupant des pairs, autres professionnels et famille.
- Poursuivre le réseau Marseille-Genève avec notre collaboration avec Carlos Leon.

D. Participation à la première rencontre du réseau international des formateurs et projets de formation en septembre 2018 à Helsinki

E. Formation et pratique

- **Projets de formation en collaboration avec d'autres équipes mobiles intéressées.** 25 et 26 Octobre 2018 Carlos Leon, Genève et Nick Putman, Open Dialogue UK facilite deux jours de formation afin d'affiner les besoins de formation communs pour 2019.
- Constitution d'un groupe pour poursuivre la pratique : entretenir et développer nos connaissances. Pratiquer et Auto-formation avec le réseau.

F. Recherches, ici et ailleurs !

- **Sur la mise en œuvre des pratiques dans le cadre de la recherche** (volet modèle d'intervention et adaptation)
- **Participation à la recherche internationale.**

c) Analyse "critique" de la mission d'étude (points forts/points faibles) quant à :

- son déroulement,
- ses résultats,
- son rapport coût/bénéfice

Analyse des éléments facilitateurs ou obstacles concernant notamment :

Les temps d'échanges avec l'équipe finlandaise les mois précédents le départ ont facilité notre participation dans ce réseau. Les temps de formation/sensibilisation à l'approche Dialogue Ouvert organisés avant le voyage **ont facilité l'appropriation de la philosophie et les spécificités des pratiques dialogiques** retrouvés lors de la rencontre internationale.

- **la collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain (voire décideurs et représentants d'utilisateurs) :** Le Dialogue Ouvert reste difficile d'accès par la représentation d'une approche thérapeutique donc réservée aux thérapeutes. Comment ouvrir le dialogue avec d'autres acteurs ? Comment transmettre et sensibiliser sur le Dialogue Ouvert comme outil d'organisation des services centrés sur les besoins/ressources des personnes concernées ? Comment élargir, impliquer les décideurs politiques dans cette envie de transformation profonde ? Malgré nos sollicitations, nous n'avons pu associer l'Agence régionale de Santé dans ce voyage d'étude car il n'y avait pas de personne disponible à ces dates. Il aurait été enrichissant de croiser aussi le regard d'une personne de l'Agence en particulier concernant l'organisation en termes de politique publique. Nous espérons un échange à venir sur ce dispositif.

- **la production partagée de connaissances :** les rencontres du groupe de participants avec des personnes avec différentes expériences ont permis de pouvoir dialoguer ensemble et de s'enrichir des différents points de vue. De plus, cela a permis une dynamique de construction de pratiques associant deux équipes mobiles qui peut s'illustrer dans les projets communs à l'issue de ces voyages. Cette recherche action émergeant de Soliha en collaboration avec le Lieu de Répit commence à envisager la participation opérationnelle étroite avec le réseau local sur le territoire. Le partage d'expériences avec d'autres acteurs internationaux et l'identification de personnes ressources dans une mise en œuvre plus avancée nous permet d'envisager la participation à un réseau international à plus long terme pour poursuivre ce partage d'expériences et envisager des collaborations futures autour de la production de connaissances à plus long terme.

La nécessité d'une pratique courante de l'anglais pour profiter des rencontres et des ressources bibliographiques limite l'accès et nécessite de penser des solutions de traduction. **Comment surmonter les difficultés pour**

échanger avec de acteurs internationaux, compte tenu des barrières linguistiques (ex : pratique de l'anglais) ?

- **le caractère opérationnel des enseignements** : nous n'avons pas trouvé de recette magique mais plutôt une attitude avec un processus spécifique qui nous a permis de mettre en perspective nos propres pratiques. La pratique reste encore difficile à mettre en œuvre et un besoin de formation est formulé par les participants avec des besoins différents. Une nécessité d'appropriation avec les pratiques déjà opérées par les acteurs de terrain est abordée.

d) Pistes d'approfondissement : observations complémentaires recommandées en relation avec le(s) thème(s) ou les territoires/dispositifs étudiés.

Découvrir d'autres expériences internationales peut enrichir le projet, par exemple par rapports aux interrogations des participants à l'adaptation avec d'autres publics. Il nous est apparu aussi important d'investiguer plus avec des expériences de développement du Dialogue Ouvert proposant un hébergement. L'approfondissement de nos connexions avec l'expérience Parachute à New York et d'autres expériences similaires qui associe équipe mobile et centre de répit pour le caractère opérationnel du Dialogue ouvert en réseau dans ces équipes est opportun dans une optique de transmission.

En Laponie occidentale, l'équipe commence à intégrer des travailleurs pairs il serait intéressant d'échanger sur leur place spécifique dans les réunions de réseau et également approfondir les connexions engagés avec Londres où la formation de Dialogue Ouvert rassemble des personnes paires, d'autres professionnels et familles.

Il est également intéressant dans la construction de notre modèle qui s'inspire de différentes approches de partager nos expériences avec d'autres acteurs pour envisager une intégration de différentes approches.

Annexes

Annexe 1 : Méthodologie

En Amont

- Rencontres en mai 2018 avec Kari Valtanen et Anni Hasse de l'équipe de Tornio, Finlande. Deux jours d'ateliers sur l'Open Dialogue.
- Formation deux jours Dialogue Ouvert en aout 2018 par Carlos Léon, psychologue formé au Dialogue Ouvert à Londres qui développe un réseau de pratiques dialogiques à Genève.
- Qui part ? Personnes intéressées. Vote des participants lors d'une réunion collective avec les critères de favoriser des membres de l'équipe soutien du Lieu de Répit, une personne de Marss (Mouvement Action pour le rétablissement social et sanitaire -équipe mobile de santé précarité), l'Agence Régionale de Santé, Soliha.
- Rencontre Recherche Action Participative : présentation rencontre internationale, attentes des participants, modes de recueil et de restitution envisagés.
- Suite à un désistement deux personnes ont rejoint le groupe au pied levé : nouvelle rencontre entre les participants : organisation pratiques.

Après la rencontre internationale sur place

Groupes de travail sur place après la rencontre internationale afin de partager notre expérience, rapporter le contenu des ateliers, confronter notre expérience, pour la bande dessinée narrative de ce voyages d'études créée par Lisa.

Objectifs : reconstituer le contenu des ateliers et partager nos premières réflexions.

Retour à Marseille, France

Rencontre entre les participants 21 septembre et 27 septembre et 3 octobre (1 mois après) pour préparer une restitution à l'ensemble du collectif et partenaires.

Difficultés rencontrées : réunir les 7 participants car les personnes bénévoles et partenaires ont d'autres activités. Adaptation : plusieurs rencontres en petits groupes pour permettre à chacun de participer avec la participation à chaque rencontre des trois personnes faisant partie de l'équipe de soutien du Lieu de Répit permettant une continuité du processus d'appropriation des connaissances.

Une étape supplémentaire d'appropriation (ou pas) des éléments partagés lors de cette rencontre.

Les questions posées pour faciliter les échanges :

- Qu'est-ce que t'as retenu qui peut être utile pour nous ?
- Qu'est-ce que vous avez envie de restituer aux autres et comment ?
- Quelles adaptations du Dialogue Ouvert vous semble nécessaire ?

A partir des échanges entre les participants après la rencontre, le choix s'est porté sur le regroupement par thème significatif du Dialogue Ouvert pour mettre en perspective les éléments en cours d'appropriation chez les participants et la comparaison avec leurs propres pratiques.

Restitution des voyages d'études aux membres de la communauté du répit et aux partenaires du Lieu de Répit et de Soliha, le 9 octobre 2018 en soirée pour diffusion des connaissances et co-construction des suites à donner (voir à ce propos b) suites envisagées).

Composition de l'équipe

- Sabrina Christensen, éducatrice spécialisée en formation, bénévole au Lieu de Répit.
- Jean-François Rolland, infirmier au Lieu de Répit.
- Marie-Thérèse Quillient, habitante et bénévole au Lieu de Répit.
- Charlotte Lenoir, psychiatre à MARSS (Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social /équipe mobile de santé précarité).
- Lisa Mandel, auteure de bande dessinée, bénévole au Lieu de Répit.
- Sandra Rodriguez, médiatrice paire au Lieu de Répit.
- Chloé Parisse, psychologue au Lieu de Répit.

Annexe 2 : Bibliographie

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Lehtinen, K., 2011. The comprehensive open-dialogue approach in western Lapland: I. The Incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis* 3 (3), 179–191.
- Alanen, Y.O., 2009. Towards a more humanistic psychiatry: development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis* 1 (2), 156–166.
- Alanen, Y.O., Lehtinen, K., Rääkköläinen, V., Aaltonen, J., 1991. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr. Scand.* 83 (5), 363–372.
- Bergström T et al., 2018. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research* 270 (2018) 168–175.
- Cullberg, J., Mattson, M., Levander, S., Holmqvist, R., Tomsmark, L., Elingfors, C., et al., 2006. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: A 3-year follow-up of the Swedish 'Parachute Project' and two comparison groups. *Acta Psychiatr. Scand.* 114 (4), 274–281.
- Farooq, S., Large, M., Nielssen, O., Waheed, W., 2009. The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: a systematic review and meta analysis. *Schizophr. Res.* 109 (1–3), 15–23.
- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E.S., DeRonck, J., Ziedonis, D., 2016. Adapting open dialogue for early-onset psychosis into the U.S. health care environment: a feasibility study. *Psychiatr. Serv.* 67 (11), 1166–1168.
- Granö, N., Karjalainen, M., Ranta, K., Lindgren, M., Roine, M., Therman, S., 2016. Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. *Psychiatry Res.* 237, 9–16.
- Kiviniemi, M., 2014. Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in firstonset schizophrenia in Finland register linkage study. *Acta Universitatis Ouluensis D, Medica* 1267.
- Kane, J.M., Robinson, D.G., Schooler, N.R., Mueser, K.T., Penn, D.L., Rosenheck, R.A., et al., 2015. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *Am. J. Psychiatry* 173 (4), 362–372.
- Laska, K.M., Gurman, A.S., Wampold, B.E., 2014. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy (Chic.)* 51 (4), 467–481.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääkköläinen, V., Syvälahti, E., 2000. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. *Eur. Psychiatry* 15 (5), 312–320.
- Marshall, M, Rathbone, J., 2011. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst. Rev.*(6) 2011.
- Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA. September 2, 2014. Version 1.
- Pavlovic, R.Y., Pavlovic, A., Donaldson, S., 2016. Open Dialogue for psychosis or severe mental illness (Protocol). *Cochrane Database Syst. Rev.* 10.
- Razzaque, R., Stockmann, T., 2016. An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *BJ Psych. Adv.* 22, 348–356.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Lehtinen, K., 2006. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother. Res.* 16, 214–228.
- Seikkula, J. 2011. Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *The Australian and New Zealand journal of family therapy.* Volume 32 Number3, pp 179-193.