

MANIFESTE

Pro Mente Sana a une vision : que chaque personne en Suisse puisse mener une vie digne et épanouissante. Le présent manifeste, rédigé pour les 40 ans de la Fondation suisse Pro Mente Sana, en détaille les objectifs.

Qu'est-ce qui est nécessaire ?

- Premièrement, une sécurité matérielle de base pour chacun(e) avec tout ce qui est nécessaire pour mener une vie bonne.
- Deuxièmement, pour chaque membre de notre société, une place et une possibilité de contribuer au bien commun qui fasse sens à ses propres yeux.
- Troisièmement, un refus radical de l'isolement social, avec une garantie pour chaque personne de pouvoir s'intégrer, dans la mesure qui lui convient, à un cercle d'êtres humains auquel elle se sent appartenir.

1 Pas de santé sans santé mentale

Nous demandons des soins intégrés.

La santé physique et mentale est comprise comme un tout et, dès lors, dispose des mêmes ressources. Les praticiens, en particulier les médecins de famille, sont sensibles à la question du stress psychologique et peuvent conseiller les patients sur les options de traitement disponibles. Ils s'adressent à la personne dans son entier et comprennent que les maladies mentales ne sont pas simplement un déséquilibre chimique dans le cerveau qui peut être corrigé par des médicaments. L'espérance de vie des personnes souffrant d'une maladie ou d'un handicap psychique est la même que celle du reste de la population et n'est plus inférieure de 10 à 15 ans comme c'est le cas actuellement.

2 Le rétablissement est l'objectif

Nous demandons un changement de perspective dans la société au sujet du rétablissement des maladies psychiques.

Comme dans le cas des maladies somatiques, le rétablissement est clairement une question centrale dans les soins aux personnes souffrant de troubles psychiques. Le développement et le changement font partie de la vie ; les crises existentielles ou psychiques nous permettent de faire une pause, d'élargir nos perspectives, d'acquérir de nouvelles connaissances et d'oser prendre des mesures pour changer. Chaque accompagnement, traitement et thérapie est limité dans le temps et évite l'émergence d'une dépendance durable. Cela exige, entre autres, la mise à contribution de l'expérience et des connaissances des pairs, des gens qui se sont engagé dans leur propre chemin vers le rétablissement. Ces experts par expérience ont une place permanente (en tant que professionnels) dans toutes les institutions concernées.

3 La santé mentale nous concerne tous

Nous demandons une diffusion de connaissances sur le thème de la santé mentale dès l'école maternelle.

Chaque enfant, chaque adulte dispose d'une « boîte à outils de santé mentale »

qui permet de savoir comment prendre soin de sa santé mentale, dans le respect de la spécificité de chacun(e). Elle dispense notamment les connaissances sur ce qui fait du bien ou ce qui nuit. Cette boîte à outils propose en outre un langage permettant d'exprimer le vécu et l'intériorité, les perceptions et sentiments, et favorisant l'habileté d'une écoute sans jugement, en particulier des différences. Enfin, la boîte à outils indique comment soutenir les camarades et les collègues dans leurs difficultés, quand le recours à des tiers est nécessaire et où trouver du soutien.

4 Santé mentale dans la famille

Nous demandons une aide précoce pour les proches afin d'éviter que la souffrance ne perdure et ne se perpétue au fil des générations.

Les membres de la famille reçoivent un soutien adéquat en temps utile lorsqu'ils sont affectés par la maladie psychique d'un membre de leur famille et courent le risque de tomber eux-mêmes malades. Les parents souffrant de troubles psychiques reçoivent le soutien nécessaire pour qu'ils puissent être de bons parents pour leur(s) enfant(s) même s'ils sont malades. Les enfants sont non seulement accompagnés et soutenus, mais aussi activement renforcés dans leur résilience. Les enseignants et les autres personnes qui s'occupent des enfants sont sensibilisés au sujet des « enfants dont un parent souffre de troubles psychiques » et veillent à ce que les enfants concernés reçoivent l'aide et le soutien nécessaires.

5 Santé mentale au travail

Nous demandons une formation systématique pour les employeurs, les superviseurs et les employés sur le thème de la « santé mentale sur le lieu de travail ».

Les employeurs et les managers assurent un environnement de travail dans lequel la santé mentale et ses risques sont pris au sérieux et peuvent faire l'objet de discussions ouvertes. Ils veillent à ce que chacun – y compris eux-mêmes – possède les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre soin de sa propre santé mentale. Ils informent sur les ressources et adresses psychiatriques/psychologiques dont les personnes pourraient avoir besoin et offrent des perspectives et des opportunités de développement également pour les employés souffrant de handicap psychique. Les employeurs et les managers font tout ce qu'ils peuvent pour s'assurer que les employés atteints de maladie psychique soient maintenus en emploi. Si une personne est en congé maladie pour une plus longue période, ils s'assurent que l'équipe concernée n'est pas laissée seule avec une charge de travail supplémentaire.

6 Contre l'isolement et l'exclusion

Nous demandons une garantie de participation à la vie sociale dans tous les domaines.

La solitude rend malade et augmente dramatiquement le risque de mortalité. Les personnes malades psychiques sont intégrées dans la société et bénéficient d'une garantie inconditionnelle d'appartenance et d'inclusion. La diversité des personnes et des modes de vie est reconnue et appréciée sans préjugés ; les différences sont respectées comme une expression de la nature humaine. La peur de la différence et la méfiance à l'égard des étrangers cèdent la place à un intérêt empathique et bienveillant, cette conscience éclairée rendant les relations possibles aussi bien à petite qu'à grande échelle. La différenciation est permise ; elle n'est pas synonyme de rupture de la relation.

7 Société solidaire

Nous demandons une société dans laquelle les personnes peuvent assumer leur vulnérabilité et leurs limites sans être atteintes dans leur dignité.

Nous sommes tous conscients que la vulnérabilité est une caractéristique fondamentale de la condition humaine qui nous unit tous et nous concerne également. Ni la richesse, ni l'éducation, ni le talent, ni le succès, ni l'attrait, ni l'intelligence, ni aucun autre avantage ne nous protègent des chocs physiques et psychologiques. Il devrait donc être aisé de faire preuve du même respect et de la même bienveillance envers chaque personne, quel que soit son statut.

8 Je ne suis pas mon diagnostic

Nous demandons la fin de la discrimination et de la dévalorisation du vécu.

Les personnes atteintes d'une maladie psychique sont d'abord et avant tout des personnes comme les autres, avec leurs forces et leurs faiblesses. Elles ne sont ni réduites à leur diagnostic, ni discriminées en raison de leur handicap. Les particuliers et les professionnels, surtout ceux travaillant dans le domaine socio-sanitaire, ont les connaissances nécessaires pour répondre aux troubles psychiques avec sensibilité et éviter toute attitude stigmatisante. Ils ont à l'esprit l'objectif du rétablissement et la recherche du traitement le mieux indiqué et potentiellement efficace. Ils traitent les patients et leurs proches avec tout le respect dû, avec empathie et « à hauteur des yeux ». Ce qui permet également de lutter contre l'auto-stigmatisation.

9 Autodétermination dans le traitement

Nous demandons le respect et l'autodétermination en matière de traitement.

Chacun est un expert de sa propre santé et sait mieux que quiconque ce dont il a besoin et ce qui est bon pour lui. Les personnes handicapées psychiques – y compris les migrants – ont accès à des professionnels qui parlent leur langue, à des pairs et à d'autres personnes concernées. Les patients reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur les traitements proposés. En particulier, les patients ont toute liberté de dire non à un traitement sans être alarmés ou culpabilisés. La rédaction de directives anticipées par les patients psychiatriques devient la norme, et elles sont pleinement respectées. Selon l'idée de rétablissement, le traitement n'est pas vu comme une nécessité durable, mais comme ayant vocation à être limité dans le temps.

10 Décisions éclairées sur les médicaments

Nous demandons une meilleure formation des professionnels à l'utilisation responsable et fondée des médicaments psychotropes.

Les patients sont informés de toutes les approches thérapeutiques disponibles (y compris la médecine complémentaire) et reçoivent toutes les informations nécessaires pour leur permettre de prendre des décisions éclairées. Si les médicaments sont une option, les patients sont pleinement informés de leurs effets thérapeutiques comme de leurs réels effets secondaires à court et à long terme. Les conseils et le soutien pour réduire ou arrêter la médication font partie intégrante de l'offre thérapeutique. Dans la formation des spécialistes, le témoignage et l'expérience des personnes qui ont pris des psychotropes sont des composantes obligatoires. Les pairs et les personnes concernées travaillent comme co-chercheurs et co-formateurs dans les hautes écoles et universités.

11 Renforcer les droits des patients

Nous demandons la réalisation effective des droits des patients, en particulier pour les séjours en institution et pour les mesures limitant l'autonomie.

Un placement à des fins d'assistance (PAFA) doit être prescrit par un médecin spécialiste. Une assistance juridique gratuite et neutre (n'appartenant pas à la clinique) est disponible 7 jours sur 7 pour conseiller et soutenir les patients. Du vendredi soir au lundi matin, ces patients ne sont pas laissés à leur sort, mais sont pris en charge et conseillés. Dans chaque institution, des pairs sont à disposition pour aider les patients. Les directives anticipées sont toujours contraignantes.

12 Assurance de la qualité de tous les traitements

Nous demandons une assurance qualité complète pour toutes les formes de traitement psychiatrique et psychologique ainsi que pour les établissements.

Les instruments de l'évaluation des technologies de la santé (ETS) sont utilisés en fonction des connaissances scientifiques actuelles. Le terme « technologie » recouvre les produits (médicaments, offres en ligne, etc.), les procédures (psychothérapie, soutien psychologique, concepts thérapeutiques multimodaux, etc.) et les systèmes (prévention, dépistage précoce et programmes thérapeutiques, soins, gestion des cas, etc.). Tous les aspects du traitement qui se sont révélés utiles sont passés en revue, y compris les approches complémentaires, le rétablissement ou le soutien par les pairs. Les personnes concernées participent à l'élaboration des instruments d'évaluation. Non seulement les symptômes, mais surtout les aspects de la qualité de vie sont évalués. Des études financées de manière indépendante examinent l'effet à long terme des différents traitements et contribuent à des progrès visibles dans les procédures de traitement. Les résultats des études d'assurance qualité sont accessibles au public. Les patients qui suivent une thérapie médicale et/ou psychothérapeutique (médicale ou non médicale) ont également la possibilité d'obtenir une seconde opinion indépendante à tout moment s'ils ont des doutes quant à la qualité du traitement.

13 Les assurances sociales se consacrent à leur mission d'origine

Nous demandons un soutien rapide et non bureaucratique du système d'assurances sociales en cas de troubles psychiques aigus et chroniques.

Les assurances sociales aident les personnes souffrantes psychiques non seulement matériellement, mais aussi en leur permettant de participer dignement à la société. Elles fournissent des services rapidement sans introduire de complications administratives, sachant que l'angoisse existentielle et le sentiment d'exclusion peuvent rendre le rétablissement plus difficile ou même aggraver les maladies psychiques. Afin d'éviter que les personnes souffrantes ne soient tiraillées entre les différents systèmes, des tables rondes sont institutionnalisées, au cours desquelles des représentants de l'employeur, des services sociaux et de santé et des compagnies d'assurance collaborent avec les personnes concernées pour déterminer les meilleures mesures de soutien possibles en temps utile et pour définir les responsabilités contraignantes.

DIALOGUE OUVERT SUR UN RÉTABLISSEMENT DURABLE

Dr Carlos León

www.odformation.org / carlos@odformation.org

“Dialogue is the first thing we learn in life... one of the hardest and challenging things in our work.”

Jaakko Seikkula

L'Open Dialogue porte l'espoir d'un rétablissement durable en psychiatrie.

Connu pour son efficacité, l'Open Dialogue désigne une forme d'intervention mise au point en Laponie occidentale (Finlande), résultant de plus de 35 ans de recherche. Dans les années 1980 à Tornio, les services psychiatriques se transforment afin de comprendre les besoins des personnes, de les soulager dans leur vie de tous les jours et de répondre le mieux possible aux crises qu'elles traversent. Le système public traditionnel de santé mentale qui avait par le passé démontré les pires résultats en matière de guérison, en a été complètement transformé au point de présenter aujourd'hui en Occident les meilleurs taux documentés dans le traitement de la psychose et des crises psychiques.

Quatre personnes sur cinq ayant suivi cette forme de traitement se remettent de leurs crises de manière permanente. A court (2 ans), moyen (5 et 10 ans) et long terme (19 ans), ces personnes ne présentent plus de symptômes, conservent leur emploi ou poursuivent leurs études, échappent aux mesures d'invalidité, sont intégrées socialement. La fréquentation des services de santé diminue et les durées de traitement s'avèrent plus courtes. Ces expériences démontrent la possibilité d'alternatives réussies de traitement à l'hospitalisation et à la pharmacologie¹.

Comment fonctionne l'Open Dialogue ? Dès le début de la crise, un dialogue ouvert est établi entre la personne concernée, la famille, les proches et l'équipe thérapeutique. Ces réunions se caractérisent par l'absence de hiérarchie décisionnelle tant du point de vue de la compréhension des expériences, que de la planification et l'implémentation des interventions. Toute voix compte à part égale ; la collaboration et les responsabilités partagées ont pour effet de multiplier les ressources. L'utilisation de neuroleptiques et l'hospitalisation passent au second plan. Cette approche ne s'oppose pas à ces mesures si elles s'avèrent être pertinentes, mais elles ne

sont pas imposées. Le traitement ambulatoire et les réunions psychothérapeutiques en réseau sont privilégiés.

Dans le tableau évolutif de la psychiatrie, l'Open Dialogue confirme l'un des critères fondateurs de cette discipline : le soin par la relation. Il ne fait pas partie des courants dominants ni de l'antipsychiatrie. Il s'agit plutôt d'une approche intégrative qui regroupe de manière très fonctionnelle dans la pratique « dialogique » diverses autres modalités thérapeutiques.

Dans cette pratique, la personne n'est pas vue comme un cas à diagnostiquer ou interpréter ; elle est considérée pleinement comme un sujet. Les valeurs de dignité, de respect et de compassion propres à cette approche fascinent les usagers et les personnes qui attendaient depuis longtemps un paradigme alternatif². Ce qui attire particulièrement les professionnels c'est son aspect humain et non idéologique pour soulager avec efficacité la détresse mentale.

Le Need Adapted Treatment (NAT) : au service des besoins spécifiques et changeants de chaque situation

Le rétablissement durable émerge avec les travaux du professeur Alanen, considérés comme les plus importants après ceux de Bleuler sur la psychose. A l'hôpital psychiatrique de Turku en Finlande, Alanen observe comment la relation de personne à personne permet, pour chaque patient, une meilleure compréhension du fond historique de ses difficultés et lui donne une opportunité d'évolution par le développement de sa personnalité, la résolution de dilemmes et conflits, l'amélioration des situations de vie et des relations interpersonnelles.

“Tous n'étaient pas complètement exempts de symptômes psychotiques, mais dans leur environnement normal, ils étaient capables de s'en sortir d'une manière satisfaisante correspondant à leur niveau social antérieur... La tendance aux symptômes peut persister, indiquant l'expression de zones de conflit non résolues... Le rétablissement fait partie d'un processus de développement de la personnalité qui, à mesure qu'il progresse, rend inutiles les solutions aux symptômes psychotiques³. »

Alanen est sensible à la situation des familles. Aussi sont-elles invitées aux séances de traitement donnant lieu aux réunions de réseau entre patient, professionnels et proches.

Il fait coexister des thérapies psychodynamiques, systémiques et de famille dans un traitement psychothé-

rapeutique individualisé, expérience qui anticipe les recherches actuelles en thérapies intégratives⁴. Le NAT n'est pas éclectique ou un mélange « omnibus » ; il répond à la compréhension des besoins hétérogènes et uniques de chaque personne et son réseau de proches. Le système classificatoire (schizophrénie, psychose, border line, DSM) n'est pas la base du traitement, car le risque est de se concentrer sur les symptômes, de restreindre les possibilités thérapeutiques et de fermer l'angle de compréhension et d'action. Si diagnostic il y a, il émerge dans les réunions thérapeutiques pratiques de discussion en commun. Les symptômes sont considérés plutôt comme des signes à inscrire dans une configuration globale, des indicateurs de conflit, des pistes sur les interactions sensibles dans le réseau et l'histoire sociale de la personne.

Le NAT est un processus continu ; les progrès et résultats sont à monitorer constamment. L'équipe a toujours une attitude d'accueil bienveillante, offre une intervention rapide et optimiste, travaille avec les ressources psychologiques propres des patients dans leurs contextes naturels, conçoit le traitement comme une intégration pratique et fonctionnelle de diverses psychothérapies, dispose des équipes mobiles d'intervention de crise, etc.⁵

Ce cadre de psychiatrie sociale sera générateur de projets divers dans les pays du Nord, dont quatre phases en Finlande entre 1968 et 1990.

Entre la première et la troisième phase, les résultats du NAT montrent une amélioration qui va de 40% à 60%. Le besoin de recourir aux services de santé diminue de 50% en 5 ans⁶.

La quatrième phase distingue quatre projets locaux dont celui de la Laponie occidentale. Le NAT préfigure l'Open Dialogue.

L'Open Dialogue

“C'est très simple : tout ce que vous avez à faire est de montrer aux gens qu'ils ont été compris et que ce qu'ils ont à dire est important.”

Jaakko Seikkula

Les résultats surprenants du système psychiatrique Open Dialogue n'apparaissent pas ex abrupto ; ils sont construits « sur des épaules de géants » menant des recherches innovantes en Europe du Nord. Diverses étapes dans l'étude systématique du processus de traitement ont permis d'aboutir à cette forme « d'être avec les personnes et d'organiser les services hospitaliers et communautaires ». Quelques-uns de ses principes sont⁷:

- **Répondre aux crises rapidement (24h).**
La crise ouvre sur une richesse d'expérience enchevêtrée. Découvrir toute l'ampleur des vécus, de la relation de la personne avec ses traumatismes peut prendre des mois si on laisse passer cette opportunité !
- **Intégrer les familles au processus thérapeutique.**
Ceux qui définissent le problème et peuvent aider sont invités à participer dès la première réunion. Le patient accepte la présence de son réseau (certaines personnes seront vues séparément en cas de maltraitance ou de violence). Toute intervention est écoutée sans jugement ou évaluation, chaque voix est respectée sans différence de statut entre les participants, qu'ils soient patients, proches ou professionnels. Les familles ne sont pas blâmées ni poussés au changement. Elles y sont pour être comprises et faciliter leur participation active au traitement.
- **Construire ensemble un langage pour les expériences difficiles.** Être en difficulté ne procède pas de l'inné mais de l'interaction avec divers contextes sociaux. Les hallucinations et comportements sont des métaphores d'évènements réels. L'écoute reste inconditionnelle face aux histoires chargées d'un langage et d'une structure difficiles. En fin de séance, la personne atteint quelque chose qui n'avait pas encore été mis en mots.
- **Discuter et décider des plans de traitement pendant les réunions.** Il n'y a pas de hiérarchie décisionnelle mais des prises de décisions consultatives. La médication est une option en cas de besoin, pour réduire le stress, à petites doses et à très court terme. On évite le plus possible les neuroleptiques car ils bloquent l'expression et les possibilités de réflexion basées sur les résonances émotionnelles. Chaque rencontre est unique ; il n'y a pas de planification à l'avance ou en

l'absence de la personne. Il s'agit d'être flexible à ses besoins spécifiques et changeants sans anticiper ou diriger le processus de manière unilatérale par une planification préalable de séances. Le mot « approche » souligne cette « spontanéité » thérapeutique qui consiste à plonger dans l'immédiateté avec sa propre personne dans une relation sincère, différente d'une méthode fixe qui puisse être standardisée. Ceci même s'il existe toute une structure et une façon de procéder propres aux réunions « dialogiques ».

- **Miser sur la présence thérapeutique et la tolérance à l'incertitude.** Elles sont essentielles pendant ces moments de perte et de reprise de repères, de flou et de flux d'idées. La place est à la créativité de réponses nouvelles et l'éveil de ressources. On évite les décisions et plans prématurés. Tous les membres de l'équipe sont formés à la systémique, à la thérapie de famille et à d'autres approches thérapeutiques. Ce bagage et l'expérience de vie sont au service du processus dialogique.
- **Mettre l'accent sur la culture d'équipe, la responsabilité et la continuité du suivi psychologique.** La reconduction et la fréquence des réunions sur une période sont à déterminer par les participants. Le même groupe opère dans l'institution et à l'extérieur et s'occupe de la situation en cas de rechute. Il n'y a pas de renvoi à d'autres services. Le traitement à domicile est une option alternative à l'hospitalisation mais n'est pas imposé. Le suivi psychologique est garanti le temps qu'il sera indispensable.
- **Privilégier le dialogue ouvert à toute autre intervention.**

Jaakko Seikkula – principal représentant de l'Open Dialogue – souligne que ce n'est pas en suivant strictement 7 ou 12 principes qu'il sera possible de construire un nouveau système. Il insiste sur l'importance de considérer les facteurs locaux et culturels :

« L'Open Dialogue n'est pas un plan qui doit être appliqué tel quel ! Le nouveau système qui consiste à venir en aide aux personnes ayant besoin d'une interaction plus humaine dans leur vie se fonde sur des dimensions culturelles et locales ainsi que sur tout autre aspect pertinent. Il s'inspire de nos 30 ans de travaux et d'au moins quelques-uns de ces éléments⁸. »

Dès l'origine, le NAT et l'Open Dialogue ont suscité un grand intérêt en Europe du Nord, avec un réseau de personnes intéressées qui l'ont adapté dans leur pratique

en Russie, Lettonie, Lituanie, Estonie, Suède, Finlande et Norvège. Aujourd'hui, ce sont plus de 20 pays qui ont adopté l'Open Dialogue ou s'en inspirent⁹. L'expérience a été évaluée, et la recherche se poursuit dans d'autres cultures, montrant de très bons résultats. C'est l'approche psychiatrique actuellement la mieux fondée sur la recherche¹⁰.

Vers un rétablissement durable

*“La question pertinente en psychiatrie ne devrait pas être : Qu'est-ce qui ne va pas avec vous ?
Ce devrait être : que vous est-il arrivé ??”*
Eleanor Longden

L'amélioration dans la vraie vie obtenue par l'Open Dialogue confirme les témoignages de rétablissement durable à la première personne. Il dépasse largement le taux de rétablissement des approches dominantes en psychiatrie (de l'ordre de 30% à 60%, déjà suffisants pour invalider l'idée fautive d'incurabilité de la psychose et la schizophrénie¹¹). On peut affirmer :

que le rétablissement durable en santé psychique est largement possible et qu'un tel rétablissement durable dépend du type de prise en charge qui est effectué lors de crises.

Pourtant, l'Open Dialogue ne propose pas une théorie ou un modèle du rétablissement, lequel émerge comme un « sous-produit », une conséquence empirique résultant de la méthode de soins ! Ce rétablissement durable est novateur dans la mesure où :

Il contraste avec les traitements habituels, par ailleurs affaiblis par diverses critiques portant sur : le manque d'évidence scientifique de l'hypothèse du déséquilibre cérébral et de l'action des médicaments ; leurs effets hautement iatrogènes et leur rôle dans la chronicité, etc. ; et enfin le cadre totalitaire et réducteur des catégories du DSM. Un système de « pathologisation de la vie » dont les catégories imposent des identités simplificatrices de la personne réduite à ses déficiences. Des étiquettes qui n'aident pas à « se comprendre » et s'avèrent maltraitantes, créatrices de stigma, iatrogènes, démotivant les efforts d'agentivité¹². Mettre en avant les déterminants biologiques et ramener toutes les pratiques psy à des pratiques cérébrales pour faire de la réadaptation des individus a comme conséquence une perte de sens de ce qu'est le soin psychiatrique, une négation de la psychiatrie du soin¹³.

Il interroge un certain nombre de messages dont il faut aussi se rétablir ! L'homme de la rue en souffrance vit dans la peur et a perdu espoir. Son destin est-il de rester enfermé dans des paradoxes et des camisoles conceptuelles ? De sujet passif et objet de traitement, il est devenu responsable et autonome de son rétablissement mais au prix de l'adhésion au traitement médicamenteux et à « une meilleure connaissance de la maladie ». Une « maladie » qui n'est pas définie par ses expériences mais par le dogme du DSM. Ces deux piliers – médicament et identité psychiatrique – sont très controversés. Mais ils continuent à être considérés dans certains programmes comme des prérequis pour entamer une démarche « contrôlée » de rétablissement ! L'homme en souffrance doit gérer le paradoxe « qu'il peut se rétablir... mais qu'il faut vivre avec sa maladie (!) ». Il souffre et doit admettre le dysfonctionnement qui mène à la désinsertion dans une société néolibérale où il faut s'adapter à tout prix. Ses échecs à la réinsertion dans une société excluante et compétitive sont souvent expliqués par « l'évolution même de la maladie » et non par le contexte social toxique. Son cerveau cassé porte ainsi toute la responsabilité. La prise en compte du sujet à la première personne, subjectif et existentiel, réclamé par le mouvement Recovery, s'entend alors comme la « vie et le sens de la personne dans le contexte de l'invalidité durable » !

On peut donc se rétablir en dehors du cadre biologisant : avec peu de médicaments, d'hospitalisation et sans nécessité d'adhérer au cadre simplificateur du DSM¹⁴. Le dialogisme et le rétablissement durable (qui est implicite) peuvent apporter une importante contribution alternative et novatrice au recul des bastions vers la liberté anti-asilaire promise et la liberté de se réfléchir. La réciproque devient alors aussi vraie : le dialogisme peut enfin entrer dans les programmes actuels et les compléter.

L'espoir est grand pour les familles de savoir s'il sera possible de vivre sans la peur, de dépasser les difficultés et d'avoir la certitude d'atteindre une certaine qualité de vie, sans toujours qu'elle se réfère à une histoire passée de crise psychique. Quelles possibilités aujourd'hui pour ce type de rétablissement durable ?

Ni attitude ni méthode, l'Open Dialogue synthétise à la fois une manière d'être et un ensemble de concepts thérapeutiques et de préceptes épistémologiques sur la relation, le langage, le sens, la vie, l'expérience. Il ne s'enferme pas et n'enferme pas les personnes dans un système conceptuel ou de croyances quelconque.

Une autre manière de voir les choses est le vrai noyau de l'Open Dialogue !

Conscient de la relation asymétrique avec le patient, il facilite une compréhension contextuelle et relationnelle du bien-être mental en se préservant d'exercer les diverses formes de pouvoir, de contrainte et d'influence unilatérale pratique ou idéologique sur les personnes. Posture du thérapeute ou plutôt manière d'être, cette rencontre humaine compte d'innombrables garde-fous pour accompagner sans guider, faire part de ses inquiétudes sans directement influencer, respecter les dérives du système, tolérer l'incertitude, dire sans imposer, respecter le langage des familles, partager des résonances et réflexions en dialoguant sur le dialogue, à divers méta-niveaux, etc.

Cette attitude éthique laisse la place au patient et aux proches pour devenir « experts » de leur vie en enrichissement mutuel d'expériences, accepter la diversité de points de vue, sans la pression d'adhérer au système de croyances ou solutions de l'expert. L'Open Dialogue encourage les dialogues sociaux, est largement non institutionnel, non médicalisant et bien adapté à la prévention de la coercition et autres formes de violation des droits de l'homme. Il respecte la liberté de participation active et indépendante des usagers de la psychiatrie dans leur propre soin.

Écoute et authenticité : les usagers y voient une vraie alternative à leurs demandes. Il y a en effet convergence de valeurs et des éléments concrets de réponse à leurs protestations historiques. L'Open Dialogue peut être qualifié pour renforcer les droits en soins de santé mentale à l'échelle mondiale¹⁵.

En collaboration avec la Laponie occidentale, nous travaillons activement à faire connaître l'open Dialogue en langue française et à former des équipes multidisciplinaires à des relations qui guérissent.

Nous menons un programme de formation à l'entraide en groupes mixtes entre proches, patients et professionnels : tous réunis, car si toute voix compte à part égale nous pouvons être alors « PAIRS dans la vie ».

Nous invitons les personnes concernées, le corps médical, les équipes de soin, les travailleurs sociaux, les proches, les pairs aidants et praticiens à nous rejoindre pour que ces groupes deviennent des ressources importantes pour les familles à la recherche d'alternatives humanistes. Nous ferons bientôt l'annonce d'une formation en 2020 sur notre site web.

Notes

- 1 T. Bergström, B. Alakare, J. Aaltonen, P. Mäki, P. Köngäs-Saviaro, J. J. Taskila & J. Seikkula (2017). "The long term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis". *Psychosis*, DOI: 10.1080/17522439.2017.1344295
- V. Lehtinen, J. J. Aaltonen, T. Koffert, V. Rökköläinen & E. Sylväläthi (2000). "Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model". *European psychiatry*, 15, p. 312-320.
- J. Seikkula., J. Aaltonen, B. Alakare, K. Haarakamgas, J. Keränen & K. Lehtinen (2006). "Five-year experience of first episode nonaffective psychosis in Open Dialogue Approach. Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies". *Psychotherapy Research*, 16, p. 214-228.
- T. Berström, J. Seikkula, B. Alakare, P. Mäki, P. Köngäs-Saviaro, J. J. Taskila, A. Tolvanen & J. Aaltonen (accepted 2018). "The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first episode psychosis: nineteen-year outcomes". *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- 2 Academy of Peer-supported Open Dialogue. <http://apopendialogue.org/>
- 3 Y. Alanen (1997). *Schizophrenia. Its origins and need adapted treatment*. Routledge.
- 4 D. Sprenkle, S. D. Davis, J. L. Lebow (2009). *Common factors in couple and family therapy. The overlooked foundation for effective practice*. The Guilford Press. London.
- 5 P. Borchers, J. Seikkula & K. Lehtinen (2012). "Psychosis, Need Adapted treatment, and psychiatrists' agency", p. 27-37. Published online: 14 Jan. 2013.
Y. Alanen (1997). *Schizophrenia: its origins and Need Adapted Treatment*. Kamac Books Ltd.
- 6 Y. Alanen (2008). "Towards a more humanistic psychiatry: development of need adapted treatment of schizophrenia group psychoses". *Psychosis. Psychological, social and integrative approaches*. Vol. 1, 2009 Issue, p. 156-166.
- 7 M. Olson, J. Seikkula & D. Zoedonis (2014). *The key elements of dialogical practice in open dialogue: fidelity criteria*. <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf>
J. Seikkula & T. Arnkil (2006). *Dialogical meetings in social networks*. Routledge.
J. Seikkula, T. Arnkil & E. Eriksson. (2003). "Postmodern society and social networks: Open and anticipation dialogues in network meetings". *Family processes*, Vol. 42, N° 2. Wiley online library.
- 8 J. Seikkula. Open dialogue network seminar. Roskilde DK. August 29, 2014. <https://www.youtube.com/watch?v=wHo1rinStM8>
- 9 En Suisse, un programme de formation a lieu à Interlaken depuis 5 ans. En Suisse romande, nous sensibilisons et espérons pouvoir offrir une formation en Open Dialogue en 2020. www.odformation.org
- 10 ODESSI Open dialogue: development and evaluation of a social network intervention for severe mental illness. <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/odessi> et http://www.do-ge.ch/uploads/1/3/9/9/13993272/odessi-research-programme-sp-27.2.18-od-conf-uk-national-conference__3_.pdf
- 11 WHO. https://www.who.int/whr/2001/media_centre/main_message/en/
M. Koenig et al. (2014). « De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme ». PSN. Editions matériologiques. 4 Vol. 12 : [https://www.cairn.info/vue-psn-2014-4-page-7.htm/](https://www.cairn.info/vue-psn-2014-4-page-7.htm)
- 12 R. Whitaker (2010, 2015). *Anatomy of an epidemic. Magic-bullets, psychiatry drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. Broadway books.
R. Whitaker (2002). *Mad in America. Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Basic books.
G. Fava & C. Rafanelli (2019). "Iatrogenic factors in psychopathology". *Psychotherapy and psychosomatics*. Vol. 88, p. 129-140. <https://www.karger.com/Article/FullText/500151>
D. L. Rosenhan, "On Being Sane in Insane Places", *Science* (New York, N.Y.), Vol. 179, N° 70, January 1973, p. 250-258 (PMID 4683124, DOI 10.1126/science.179.4070.250, lire en ligne [archive])
On diagnosis. <https://www.madinamerica.com/?s=diagnosis>
- 13 R. Knaebel (2018). « Fondamental », la fondation qui veut sauver la psychiatrie en partenariat avec les labos. <https://www.bastamag.net/spip.php?page=recherche&recherche=negation+de+la+psychiatrie+soin>
S. Lefèvre (2016). *Les cinq méthodes de l'industrie pharmaceutique pour nous bourrer de médicaments inutiles. « L'industrie pharmaceutique est maintenant hors de tout contrôle »*. <https://www.les-crises.fr/les-cinq-methodes-de-lindustrie-pharmaceutique-pour-nous-bourrer-de-medicaments-inutiles-par-sarah-lefevre/>
- 14 M. Slade & E. Longden (2015). "Empirical evidence about recovery and mental health". *BMC Psychiatry*. Open Access. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647297/pdf/12888_2015_Article_678.pdf
- 15 S. Von Peter, V. Aderhold, L. Cubellis, T. Bergström, P. Stastny, J. Seikkula & D. Puras (2019). "Open Dialogue as a human rights-aligned approach". *Front psychiatry*. 10: 387. Online: doi:10.3389/fpsyt.2019.00387.