

Open dialogue, une écoute polyphonique



1 Assistance publique – Hôpitaux de Marseille.

2 Benveniste, É. (1947). Structure des relations de personne dans le verbe. Dans É. Benveniste (1966). *Problèmes de linguistique générale* (1, 227-236). Gallimard.

3 Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääkköläinen, V. et Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363-372.

4 Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääkköläinen, V., Syvälahti, E. et Vuorio, K. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: *The Finnish API Project*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50(4), 281-287.

5 Eurostats. (2020). Tableau [hlth_rs_bds]. *Hospital beds by type of care*.

La polyphonie nous vient de la musique. Chacun sait qu'en écoutant un orchestre, nos oreilles ne suivent le chant que de quelques instruments. Seules les oreilles affûtées écoutent l'orchestre dans ses infinis détails. De même, pratiquer l'écoute polyphonique, c'est prêter attention à toutes ces voix qui cohabitent dans un système relationnel. Cette notion est fondamentale dans l'*Open dialogue* (OD), une approche conçue en Finlande pour accompagner les personnes vivant un premier épisode psychotique et leur entourage. En France, elle prend place au sein de quatre équipes de l'AP-HM¹ et du Lieu de répit à Marseille, et concerne les psychoses comme les troubles de l'humeur.

Dans le cadre de l'OD, la polyphonie s'instaure entre trois parties : l'utilisateur avec son histoire, sa réalité ; les personnes dites « ressources » sur lesquelles celui-ci peut compter d'une façon ou d'une autre ; puis l'équipe réflexive constituée de deux à trois soignants (psychologues, infirmiers, médiateur de santé) qui vont transmettre cette façon polyphonique d'écouter aux personnes qu'ils écoutent.

Cette dimension particulière dévoile le sens profond de la relation, sa puissance et son potentiel. C'est d'autant plus vrai quand elle est associée au soutien par les pairs – connus pour être des intermédiaires de cette polyphonie – qui vont faciliter la prise de parole face aux autres professionnels. Outre les espaces d'interaction au sein d'un système, l'approche renégocie aussi les places de l'interlocution² et c'est dans cette brèche que respire un nouveau paradigme. En effet, l'OD n'est pas une posture qui pourrait être portée par des thérapeutes isolés, mais une approche qui se vit et s'articule au cœur d'un système de soin – ne serait-ce que d'un ou plusieurs secteurs.

À l'origine, une métamorphose de la psychiatrie

En 1970, l'équipe du psychiatre Yrjö Alanen travaille sur une approche baptisée *Need-adapted treatment of schizophrenia* (NAT)³, qui pointe la nécessité de considérer chaque usager dans sa spécificité, au-delà des représentations diagnostiques.

L'objectif en Finlande est alors la déshospitalisation des personnes psychiatriquées, en déplaçant l'accent des soins institutionnels vers les soins ambulatoires. Des programmes nationaux tels que *Schizophrenia project* ou l'*Acute psychosis integrated treatment* (API)⁴ émergent au milieu de multiples réformes et d'expérimentations. Dans les années 1980, le nombre de lits d'hôpitaux en psychiatrie pour 1000 habitants était de 3,9 ; il atteint 0,54 en 2018⁵ grâce à un déploiement des services ambulatoires.

L'hôpital Keropudas se réorganise dans cette tonalité. Avec les projets *Open Dialogue in Acute Psychosis* (ODAP I et ODAP II), l'équipe de Seikkula⁶ ira plus loin que la NAT, en mêlant avec pertinence les concepts de plusieurs disciplines – quelque part déjà polyphonique dans sa capture des sciences. Elle s'inspire du paradigme dialogique⁷ qui tente de garder intacte l'individualité des discours sans qu'aucun ne domine, mais aussi de la psychoéducation (où la famille n'est ni responsable de la psychose ni objet de traitement) tout comme de l'idée que ce qui est socialement construit va interagir avec ce qui le construit, modifiant au fil du temps les normes et les représentations. Si la réalité des jeux sociaux se déplace avec lenteur, les mouvements des usagers montrent bien la volonté persistante de se libérer du construit social qui les/nous place dans un rôle, si ce n'est une destinée. En face, les résistances rencontrées illustrent, quant à elles, que les négociations avec les « constructeurs » sont longues et complexes, voire incompréhensibles. L'OD a le mérite de (re)créer une compréhension partagée de ce qui se vit en et autour de la psychiatrie.

Quid de l'opérationnalité

Le dialogue ouvert devient parfois une expression utilisée à tort et à travers, banalisée par enthousiasme, mais gommant ainsi la finesse du procédé. L'approche est pourtant régie par sept principes : aide immédiate (en moins de 24 heures), inclusion du réseau social, flexibilité et mobilité, responsabilité du suivi, continuité psychologique, tolérance à l'incertitude, dialogue et polyphonie. Dans la pratique quotidienne, selon les besoins de l'utilisateur, les entretiens individuels alternent avec les rencontres dites

« réflexives ». Le réseau social (famille, amis, professionnels, collègues, voisins) est alors mobilisé avec l'accord de la personne. Le cadre va déterminer les interactions entre les uns et les autres : la liberté pour chacun de parler ou non – point important, car le silence fait partie intégrante de la polyphonie – ainsi que le respect du temps de parole de l'autre. Chaque membre du réseau est invité à s'exprimer ; puis l'équipe réflexive, après avoir écouté, va échanger entre elle sur ce que chaque membre a entendu et observé, sur les émotions et questionnements que cela leur soulève. Les échanges, qui normalement ont lieu en réunion clinique, se font ici face aux personnes, dans un dialogue ouvert. Ensuite, la parole est redonnée à chacun qui peut répondre.

Les échanges réflexifs, un miroir de l'altérité

L'écoute de ces dimensions plurielles va fabriquer un terreau pour expérimenter l'altérité. D'un côté, il y a les usagers qui, au creux ou au pic d'une crise, se sentent parfois projetés dans une impasse insoutenable, envahis par un chaos intérieur. De l'autre, l'entourage qui s'interroge avec beaucoup d'inquiétude sur ce qui est en train de se produire. L'incompréhension vécue par tout un chacun engendre des peurs : elle favorise une activité imaginaire irrationnelle et s'appuie souvent sur de grandes difficultés à s'expliquer. Chacun se pense seul avec sa vérité émotive ou sa vérité des faits et de son récit. L'écoute polyphonique, en signifiant qu'il existe au moins deux voix, va remettre en route l'existence de l'autre, disparu au travers de la crise. L'intention est d'assimiler la différence de l'autre : sa façon de comprendre le monde et son quotidien émotionnel.

Les endroits d'où parle une personne engendrent des malentendus bénéfiques ; bénéfiques, car ce sont ces malentendus qui valorisent l'autre et nous obligent à le considérer, à parler et écouter. Lors d'une crise, ce bénéfice peut être momentanément perdu.

La réflexivité incarne un miroir dans lequel les personnes expérimentent de se regarder autrement. Les difficultés relationnelles et les charges émotives qui s'expriment dans le cadre de l'entretien sont reformulées, ou redites par la voix de l'équipe

réflexive. Les émotions vécues sont ainsi rendues audibles, en polyphonie, sans être imposées aux autres personnes. Les soignants sont vigilants à ne se regarder qu'entre eux ; ce lien visuel les sépare des autres. À cette posture corporelle, s'ajoute l'emploi de la première et troisième personne dans leur discours. Le « tu/vous » devenu absent permet cette mise à distance pour se dégager, se décoller de l'adhésivité émotionnelle ou du récit unique. Puis, les professionnels se voient obligés de reconfigurer leur discours, leur façon d'être en relation et de considérer le soin. Ce point est fondamental tant l'exclusion d'un espace d'énonciation fait figure de la dépossession de soi.

Et le rôle du psychiatre ?

Convité aux réunions de réseau pour ses compétences médicales, le psychiatre va écouter ce qu'il s'y passe, en évitant les décisions hâtives sur le traitement, tout comme les conclusions prématurées. Il redevient alors une voix parmi les autres, ni réduite ni amplifiée. Ceci implique un engagement sur deux ou trois rencontres, puis quand il est nécessaire d'ajuster le traitement. Les raisons d'une prescription médicale doivent être claires et compréhensibles pour le psychiatre, l'utilisateur et l'entourage. Les propositions thérapeutiques sont faites de façon à ce qu'un choix éclairé puisse être réalisé par l'utilisateur, si besoin avec le soutien de sa personne de confiance.

L'ÉCOUTE POLYPHONIQUE, EN SIGNIFIANT QU'IL EXISTE AU MOINS DEUX VOIX, VA REMETTRE EN ROUTE L'EXISTENCE DE L'AUTRE, DISPARU AU TRAVERS DE LA CRISE

S'ouvrir à l'incertitude

L'OD demande une compétence thérapeutique basée sur une flexibilité à 360 degrés de la pensée. Ce tour d'horizon utopique montre combien la disponibilité à l'autre, à son mystère, aux émotions dérangeantes ou non – des autres comme des siennes – n'est pas innée et réclame un apprentissage de la tolérance, du *care* et de l'incertitude. Les possibilités de décision étant remises aux usagers, l'imprévu et la non-maîtrise deviennent inévitables pour les soignants. Afin que la crise soit moins anxiogène, les rencontres sont organisées dans une succession aussi rapide que possible.

La pratique dialogique va faire émerger un sens à la crise ; telle l'incarnation d'une blessure ou d'une expérience traumatique qui résiste au langage ordinaire et à la capacité dite « normale » de s'exprimer en des termes narratifs. Par-là, les frontières de la réalité partagée vont s'étendre et les mécanismes à l'œuvre de la construction sociale pourront se mettre en branle. En effet, pour que des normes polyphoniques s'instituent dans un cercle, il faut du temps, une routine et une continuité. Or, comment combiner la temporalité d'urgence liée à la crise à celle d'un processus qui demande du temps ? Faut-il constituer une équipe dédiée qui pourra garantir la continuité que le *turnover* des dispositifs de crise ne permet pas ? Ou réfléchir à une articulation dialogique entre les services ? Afin d'éviter une conceptualisation idéologique aux contours flous, il faudra sans doute encapsuler l'*Open dialogue* dans une version française et le faire avec méthode⁸. ▶

