

---

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 273

**THÈSE**  
**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Mention : DES DE PSYCHIATRIE

**PAR**

Mr TOURAINE François Louis Antoine

Né le 06/06/1993 à Oullins (Rhône)

-----  
TITRE DE LA THESE :

**OPEN DIALOGUE D'UNE VALIDITÉ SCIENTIFIQUE À IDÉOLOGIQUE**

-----

**PRÉSIDENT DE THÈSE** : Pr SCHRÖDER Carmen

**DIRECTEUR DE THÈSE** : Pr BERNA Fabrice

---



1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :**
  - (1976-1983) M. DORNER Marc
  - (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
  - (1989-1994) M. VINCENDON Guy
  - (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
  - (2001-2011) M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020  
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**

**Directeur général :**  
M. GALY Michaël



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak  
DOLLFUS Héléne

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01	Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02	Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01	Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04	<b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRPô CS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MORELL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	<b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
<b>A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES</b>				
HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05	Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

<b>MO135</b>	<b>B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)</b>		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARGENT Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	<b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICANS)	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	<b>Bactériologie-virologie</b> Option bactériologie-virologie biologique
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme DEPIENNE Christel M0106 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata MO134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise MO135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute pierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute pierre	45.01	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute pierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute pierre	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute pierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	-----	---

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*  
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*  
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*  
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)  
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)  
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)  
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*  
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)  
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc      CNU-31      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

**G1 - PROFESSEURS HONORAIRES**

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DANION Jean-Marie (Psychiatrie) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

**Légende des adresses :**

**FAC :** Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.*

## Remerciements

### Les membres du Jury

Au Professeur Carmen Schröder Présidente du Jury : Merci d'avoir accepté de présider le jury de cette soutenance. De manière plus personnelle, merci de m'avoir encadré lors des deux premiers stages de mon cursus, en pédopsychiatrie, à l'Elsau. Ce passage fut riche en enseignements, et cet apport m'accompagnera tout au long de ma pratique. Je n'aurai pu imaginer meilleure façon de commencer mon internat de psychiatrie.

Au Professeur Fabrice Berna, Directeur de cette thèse : Merci beaucoup pour l'aide et le soutien que tu m'as apporté tout le long de cette rédaction. C'est un véritable plaisir d'échanger avec toi et je ressors plus investi, motivé, et curieux au sujet de cette incroyable spécialité qui nous réunit, que consiste la psychiatrie. Je suis très admiratif de tes connaissances théoriques et tout autant de tes compétences cliniques que j'ai pu observer au 3003. Ton ouverture d'esprit, ta rigueur, ton humilité et ton professionnalisme sont une inspiration pour ma pratique future.

Au Docteur Pascal Guingand, membre assesseur : Merci d'avoir accepté de compter parmi les membres de ce jury. Merci pour la pédagogie que tu as délivré au cours de ton séminaire sur les thérapies systémiques, courant que j'ai hâte d'approfondir.

### À ma famille

À ma mère : Merci pour tout l'amour et le soutien que tu m'as apportés. Il y a 28 ans, tu passais ta thèse, tu finissais ton internat tu étais mariée et mère de deux enfants. Je ne cesse d'admirer la force dont tu as témoigné en éduquant et t'occupant de tes enfants en parallèle d'une carrière professionnelle riche et remarquable. J'admire la sagesse et le pragmatisme que tu portes sur chaque aspect de ta vie qui font de toi un repère indéfectible pour tes enfants. Merci pour ta patience, ta détermination, ta dévotion, ta gentillesse, ton intégrité, ton humilité et ta douceur.

À mon père : Merci pour tout l'amour et la stimulation que tu m'as apportés. Toi aussi, il y a 28 ans tu passais ta thèse et commençais une longue carrière entre l'hôpital et la recherche ce qui ne t'a pas empêché de t'occuper de tes enfants. J'admire la passion romantique que tu portes sur la vie et dans tes très nombreux domaines d'intérêts que tu aimes partager avec tes enfants. Merci pour tes encouragements, ta détermination, ton sérieux, ton intelligence, ton humour et ton amour.

À ma sœur Marie : Ton intelligence, ton courage, ta force de caractère, ton humour, ton dynamisme et ta jovialité font de toi un modèle que je suis depuis tout petit. Merci pour tous ces moments de rires de voyages et de partage passés ensemble, et pour ces appels qui nous lient malgré la distance.

À mon frère Thibault : Ton intelligence, ta culture, ton humour, ton calme, ton éthique, ta curiosité et ton humanité font de toi un exemple à la hauteur duquel j'ai essayé de me hisser. Merci pour les jeux et les rires, merci pour ces discussions stimulantes sur toutes les choses de la vie.

À ma sœur Iris, mon babychou : Ton intelligence, ta créativité, ta gentillesse, ta vivacité, ton humour et ta perspicacité font de toi une sœur que j'aime voir grandir et dont je serai toujours fier. Merci de tous ces moments à chanter (voire crier), danser, jouer, cuisiner mais aussi à trainer. Merci pour tous ces rires.

À ma grand-mère Pauline : Merci pour tout l'amour que tu me portes. Merci pour tous ces moments passés au Magellan entre plage, lecture et scrabble. Merci pour ta bonne humeur, ta culture et ta finesse d'esprit.

Merci à tous mes oncles et tantes ainsi que mes cousins et cousines.

Et merci à Papi et Mamie Tania qui n'ont pas pu voir cette thèse mais dont je sais qu'ils seraient très fiers.

À mes amis :

À Paul qui m'accompagne depuis plus de 20 ans avec qui j'aime évoluer et qui m'apporté et m'apportera toujours énormément.

À mes amis d'enfance Marc, Anaïs, et Barbara, tant de choses à dire depuis ces longues années...

À mes amis de médecine Gonzague, Clément et Loïc pour toutes ces soirées qui nous ont permis de supporter ces dures années. Mais bien sûr aussi les irremplaçables Clémence et Camille avec qui l'excès est de mesure, et ça, on aime.

À mes amis de Strasbourg, Camille et Aurore avec qui j'ai eu la joie de découvrir cette ville et plus encore. À Romain, mon partenaire de crime. Mais aussi à Katherine et Élixa, et puis à tous les autres.

À tous ceux qui m'ont soutenu et accompagné.

Et à Tristan que j'aime profondément. Je te remercie de tout le bonheur que tu m'apportes et de me donner chaque jour l'inspiration.



# Table des matières

Remerciements.....	15
Table des matières.....	17
Liste des figures : .....	22
Introduction.....	24
1 Première partie Open Dialogue.....	26
1.1 Présentation de l'Open Dialogue .....	27
1.1.1 Historique .....	27
1.1.2 Un contexte socio culturel.....	29
1.1.3 Description.....	30
1.1.4 Cas clinique.....	34
1.2 Les résultats de l'Open Dialogue.....	34
1.2.1 1er article (12).....	35
1.2.2 2ème article (7).....	39
1.2.3 3eme article (11).....	42
1.3 Le rayonnement international .....	45
1.3.1 Raisons d'un rayonnement.....	45
1.3.2 La faisabilité de l'Open Dialogue.....	47
1.3.3 Une revue de la littérature .....	47
2 Deuxième partie Open Dialogue, pistes pour une validité scientifique .....	49
2.1 Open Dialogue, une thérapie systémique .....	51
2.1.1 Les thérapies systémiques courants et origines .....	51
2.1.2 L'open Dialogue au sein des thérapies systémiques.....	52
2.1.3 OD et psychoéducation des familles.....	53
2.1.4 Efficacité de la psychoéducation familiale .....	54

2.1.5	Family Intervention et PEP .....	55
2.1.6	CBT et family intervention sur les rechutes.....	58
2.1.7	Le programme ProFamille en France .....	59
2.1.8	Family Intervention et suicide pour les PEP .....	60
2.1.9	Thérapie Familiale, un soutien pour la famille .....	61
2.2	Open Dialogue, une thérapie précoce.....	63
2.2.1	Modèle progressif des troubles psychotiques.....	63
2.2.2	DMNT DPNT .....	66
2.2.3	Open Dialogue une thérapie précoce ?.....	67
2.2.4	Thérapie précoce et pronostic dans la littérature .....	68
2.2.5	Intervention Précoce et Suicide .....	71
2.2.6	Mesures d'évaluation de la DPNT .....	72
2.2.7	Causes de la DPNT et OD .....	73
2.2.8	Réduction de la DPNT et pronostic .....	74
2.2.9	Réduire la DPNT un enjeu réalisable ? .....	77
2.2.10	Une nouvelle piste de recherche, la DMNT.....	78
2.3	Open dialogue, pour un moindre usage des antipsychotiques .....	81
2.3.1	Une démarche atypique de l'Open Dialogue.....	81
2.3.2	Les recommandations actuelles .....	82
2.3.3	Une critique du recours aux antipsychotiques .....	82
2.3.4	Efficacité des Antipsychotiques .....	86
2.3.5	Stratégie de Réduction précoce des antipsychotiques lors d'un PEP .....	89
3	Troisième partie Open Dialogue, une validité idéologique .....	92
3.1.2	Une étude qualitative.....	93
3.1.3	Open Dialogue et droits de l'Homme.....	94
3.1.4	Prise de distance avec le principe de preuve scientifique.....	95

3.1.5	Critique du système de santé actuel .....	96
3.1.6	Mise en avant de l'OD .....	96
3.1.7	Critique du Diagnostic .....	97
3.1.8	Promulgation d'une approche plus Psychosociale et moins biomédicale .....	98
3.1.9	Une éthique de soin .....	99
3.1.10	Une revendication « post psychiatrique » .....	100
	Conclusion .....	102

## ABBREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux

OD : Open Dialogue

l'UCREF : Unité de Consultation et de Recherche sur la Famille

NAA : Need Adapted Approach

API : Acute Psychosis Integrated Treatment Project

TAU : Treatment As Usual

STAKES : National Research and Development Centre for Warfare and Health

CMP : Centre Médico-Psychologique

PEP : premier épisode psychotique

ODAP : Open Dialogue in Acute Psychosis

GC ou CG : Groupe Contrôle

BPRS : Brief Psychiatric Rating scale

GAF : Global Assessment of functioning

DPNT ou DUP : Durée de Psychose non traitée

CIM : Classification Internationale des Maladies

FPE: Family Psycho Education

CBT ou TCC : Cognitive Behavioural Therapy ou Thérapie Cognitivo-comportementale

NICE : institut national de santé et d'excellence clinique du Royaume Uni

ARMS : at-risk mental states, a risque de transition psychotique

UHR : Ultra High Risk, à très haut risque de transition vers la psychose

BLIPS : Psychose limitée intermittente brève

DMNT : Durée de Maladie Non traitée

RR : Risk Ratio

IC : Intervalle de confiance

SAPS et SANS : Scale for Assessment of Psychotic Symptoms and Scale for Assessment of Negative Symptoms

CAARMS : Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State

SIPS : Structured Interview for Prodromal Syndromes

SOPS : Scale of Prodromal Symptoms

BSIP : Basel Screening Instrument for Psychosis

HAS : Haute Autorité de Santé

CGI : Clinical Global Impression

SMD : différence moyenne standardisée de l'efficacité

GSDS : Groningen Social Disability Schedule

DR : Dose réduction

MT : Maintien du traitement

NHS : National Health Service

HRC : Human Rights Council, conseil des droits de l'Homme

## Liste des figures :

Figure 1 Nombre de patient inclus dans le suivi pour l'étude OD de Seikkula (2003) parmi les patients inclus dans le protocole de soin OD. (12) .....	37
Figure 2 Jours d'hospitalisation, nombre de réunion familiales et Scores BPRS moyen a deux ans de prise en charge Open Dialogue après un PEP dans l'étude de Seikkula 2003(12) .....	38
Figure 3 Rechutes emploi études aides sociales et symptômes résiduels (selon l'échelle de Strauss Carpenter) à deux ans de prise en charge Open Dialogue après un PEP dans l'étude de Seikkula 2003(12) .....	38
Figure 4 rechutes, emploi, études, aides sociales, entre le groupe API et ODAP I a 2 et 5 ans dans l'étude de Seikkula sur l'OD (2005): (7) .....	40
Figure 5 DPNT, Jours d'hospitalisation, réunions familiales BPRS et symptômes résiduels entre le groupe API et ODAP I au début et à 2 et 5 ans dans l'étude de Seikkula sur l'OD (2005) (7) .....	41
Figure 6 Caractéristiques cliniques des patients OD vs CG de l'étude de Bergström 2018 (11) .....	44
Figure 7 (24) Tableau de la revue de la littérature de Dixon 1995, qui recense les études sur les FPE et leurs résultats.....	57
Figure 8 Tableau de cette revue de Dixon 1995 (24) qui recense les études sur les FPE et leurs résultats .....	57
Figure 9 Modèle progressif des troubles psychotiques d'après Fusar et Poli et d'après Krebs pour la traduction Française [9] (Laprevote) .....	65
Figure 10 DMNT et DPNT schéma explicatif de l'article de 2016 de Laprevote (31).....	66
Figure 11 Tableau résumant les résultats des critères majeurs et mineurs de la méta analyse Correll 2018 (37) qui compare thérapie précoce, versus traitement standard pour la prise en charge des premiers épisodes psychotiques .....	70
Figure 12 Valeur moyenne des scores symptomatiques sur les échelles SAPS et SANS (Scale for Assessment of Psychotic Symptoms and Scale for Assessment of Negative Symptoms) pour les	

patients OPUS (prise en charge précoce) vs traitement standard à la base, 1, 2 et 5 ans de suivi dans l'étude Opus De Bertelsen 2018 (39) .....	71
Figure 13 : Corrélation entre la DPNT et différents critères d'évaluations dans l'étude de Pentilla de 2014 (47), une corrélation négative signifiant des mauvais résultats en lien avec une DPNT longue .....	76
Figure 14 Proportion des patients avec une amélioration légère à modérée dans la méta-analyse de Leucht de 2017 (50) .....	87

# Introduction

La schizophrénie est une pathologie sévère qui concerne environ 1% de la population mondiale soit plus de 23 millions de personnes (1). Le risque de mourir prématurément est 2 à 3 fois plus élevé que dans la population générale, la moitié des patients atteints de schizophrénie feront une tentative de suicide et un sur dix mourra par suicide. C'est une des dix pathologies les plus invalidantes et l'OMS estime que 50% des schizophrènes n'ont pas accès aux soins adaptés.

La schizophrénie est une pathologie complexe, l'expression est très hétérogène entre les individus qui en sont atteints

mais aussi entre les épisodes d'un même individu. En amenant la notion de schizophrénie, le Dr Bleuler mentionnait déjà son hétérogénéité « J'appelle la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le montrer, la scission des fonctions psychiques les plus diverses est l'un de ses caractères les plus importants. Pour des raisons de commodité, j'emploie ce mot au singulier, bien que ce groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies » (2). Au fil des années les définitions de la schizophrénie se succèdent et se modifient au gré des modèles théoriques qui la sous-tendent. Aujourd'hui le DSM 5 parle de trouble du spectre de la schizophrénie et définit des critères symptomatiques, et temporels ayant des répercussions fonctionnelles sociales et professionnelles ne pouvant s'expliquer par d'autres étiologies pour porter ce diagnostic. Le modèle bio-psycho-social est aujourd'hui le plus répandu dans la communauté scientifique

Cette hétérogénéité constitue un écueil scientifique important et la recherche peine encore à expliquer sa physiopathologie. Bien que d'énormes progrès aient été faits les dernières décennies, sa



prise en charge reste difficile et insatisfaisante d'un point de vue médical. Cette méta analyse récente estime que seulement 13,5% des patients atteints de troubles schizophréniques atteignent la guérison et il semblerait que ce chiffre soit stable depuis des années (3).

J'ai entendu parler de l'Open Dialogue (OD) grâce au psychologue Gery Marchand lors de mon passage à l'UCREF Unité de Consultation et de Recherche sur la Famille. J'ai fait la découverte de l'existence d'une thérapie familiale précoce pour les entrées en psychose qui n'utilise les antipsychotiques que dans 30% des cas. Les résultats avancés sont une forte diminution des rechutes et une bonne rémission fonctionnelle avec un retour au travail ou aux études dans 80% des cas. Intrigué par ces chiffres j'ai décidé d'approfondir mes recherches et cette thèse est le résultat de ce travail.

Ainsi nous présenterons tout d'abord l'historique et le contexte du développement de l'Open Dialogue ainsi que les résultats de son efficacité dans les études existantes. Puis nous présenterons un état des lieux en miroir des interventions validées pour la prise en charge de la schizophrénie. Ces axes sont les thérapies systémiques, les thérapies précoces, et les stratégies de moindre usage des traitements antipsychotiques. De cette façon nous explorerons la validité scientifique de l'OD. Puis nous tenteront de mettre en perspective les valeurs et le positionnement idéologique qui sous-tendent l'Open Dialogue permettant de comprendre sa diffusion dans le monde. Enfin, la conclusion résume les principaux éléments de la thèse.

# 1 Première partie

## Open Dialogue

## 1.1 Présentation de l'Open Dialogue

### 1.1.1 Historique

L'Open Dialogue (OD) est une thérapie systémique de prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques. C'est une approche thérapeutique qui s'est développée dans la seconde partie des années 1980 en Laponie Finlandaise après le lancement de l'étude du Finnish National Schizophrenia Project (1981-1987). Ce projet, mis en place pour près d'un cinquième de la population finnoise avait pour objectif d'améliorer l'offre de soins pour la schizophrénie en comparant différents types de prises en charge. Cette demande a émergé suite à différentes constatations et objectifs (4) :

- Les recherches neurobiologiques sur la schizophrénie ne permettent pas encore d'expliquer complètement la schizophrénie. Il a semblé à certains auteurs que la diversité clinique des tableaux de la schizophrénie suggérerait que celle-ci peut s'expliquer non de manière uniforme mais comme un groupe hétérogène de différents troubles biologiques ou psychosociaux
- Les neuroleptiques ont fait la preuve de leur efficacité mais aussi de leur nocivité
- Les thérapies systémiques et l'éducation thérapeutique, alors émergentes semblent des axes intéressants à développer ou à intégrer aux psychothérapies dynamiques ou aux thérapies biologiques
- Les durées d'hospitalisations des patients présentant une psychose chronique sont un fardeau pour le système de sécurité sociale
- Volonté de trouver des alternatives à l'hospitalisation, jugée comme coûteuse et potentiellement néfaste pour les compétences sociales du patient. Développer qualitativement et quantitativement le traitement ambulatoire
- Une incidence de la schizophrénie très élevée en Finlande avec un taux de 35 pour 100 000 habitants dans les années 1980

Cette réflexion d'amélioration de la qualité des soins pour la prise en charge de la schizophrénie a fait naître en Finlande à l'université de Turku (Y. O. Alanen, K. Lehtinen, V. Rakkolainen, J. Aaltonen) une approche appelée « Need Adapted Approach », (5) (NAA) ou approche adaptée aux besoins. L'équipe universitaire est partie de la constatation que la diversité des tableaux cliniques dans la schizophrénie ne permet pas d'avoir une approche psychothérapeutique individuelle qui permettrait une efficacité universelle sur chaque différent type de psychose. Donc ils ont développé une thérapie qui a pour objectif de se recentrer sur les besoins changeants et spécifiques de chaque cas au sein d'une famille donc en prenant en compte les spécificités du patient dans son système, afin adapter les soins au fonctionnement du système du patient. Ils ont voulu privilégier les approches psychosociales et se sont inspirés des thérapies humanistes et des thérapies familiales. Les quatre grands principes de la NAA sont : une intervention immédiate, la formulation d'un plan thérapeutique qui s'adapte aux besoins changeant du patient, un renforcement de l'approche psychothérapeutique, l'intégration d'une continuité de l'équipe délivrant les soins.

Puis cette NAA a été approfondie lors d'une nouvelle étude, cette fois sur les premiers épisodes psychotiques, appelé API Acute Psychosis Integrated treatment Project. Cette étude a comparé l'usage des neuroleptiques dans six centres différents pratiquant la NAA. 3 centres ont essayé d'éviter le plus possible (au moins 3 semaines) l'instauration des neuroleptiques lors des premiers épisodes psychotiques quitte à les commencer plus tard ou ne pas les utiliser du tout. Les trois autres centres ont appliqué la pratique habituelle de référence ou TAU « treatment as usual » pour l'instauration des neuroleptiques ce qui souvent impliquait l'instauration immédiate (6).

Un de ces trois premiers centres, le centre de Keropudas en Laponie occidentale, a été l'origine du développement de l'Open Dialogue. D'abord en mettant en place en 1984 des réunions de traitement se substituant aux thérapies familiales. Puis en 1987 avec la création d'une unité de crise avec un

système d'équipe référente pour chaque cas. Puis, pour terminer, en 1990 avec le développement d'unités mobiles de crise dans toutes les cliniques de soins ambulatoires (7)

### **1.1.2 Un contexte socio culturel**

La Finlande est un pays d'Europe du Nord de 5,5 millions d'habitants (2017) pour une taille de 330 000 km<sup>2</sup>, qui a rejoint l'Union Européenne en 1995. La population est considérée homogène, dans les années 1990 90% de la population était des Finnois luthériens finnophones. La Laponie occidentale n'échappe pas à cette homogénéité populationnelle. Cette région est en cours de décroissance démographique à cause de l'exode rural, et est passé de 72000 habitants en 1995 à 63000 habitants en 2016.(6).

Le système social finnois est basé sur un modèle d'État Providence comme celui des autres pays Nordiques. De ce fait la plupart des financements du système de santé se font grâce aux finances publiques et les municipalités sont responsables de la bonne délivrance des soins primaires à tous les habitants. Les patients atteints de pathologies psychiatriques lourdes sont orientés vers des centres de soins secondaires, spécialisés au sein des 21 hôpitaux des district régionaux. (6)

Dans les années 2000 la plupart des cliniques psychiatriques de soins ambulatoire ont été séparées des hôpitaux, et fonctionnent maintenant sous l'égide des municipalités, il y a eu une décentralisation du système de santé. Ces changements sont à prendre en compte dans l'émergence de l'OD.(6)

Le système de santé finnois a traversé de profondes modifications à partir des années 1990 lorsque la Finlande traversait une des pires récessions économiques d'Europe de l'Ouest avec un taux de

chômage montant jusqu'à 20%. Cela a conduit à la réduction des budgets alloués à la santé et notamment celui de la santé mentale (8).

L'État a choisi de décentraliser la gestion et le financement du système de santé et du service social, pour en laisser la responsabilité et l'administration aux 450 municipalités. L'État a aussi désinstitutionnalisé les services de santé en développant la médecine ambulatoire. Le STAKES, National Research and Development Centre for Warfare and Health, a été créé dans ce contexte pour aider les municipalités à organiser les soins.

En conséquence, les lits d'hospitalisation psychiatriques ont été drastiquement réduits de 20 000 en 1980 à 6000 sur le territoire finlandais de même que le budget de la santé mentale a été réduit de 30% (8), mais le nombre de professionnels de santé mentale a été multiplié par deux pour atteindre 5,1 soignants pour 10 000 habitants (9)

Mais cela a aussi conduit à une restructuration avec l'intégration des services de santé mentale aux autres services de santé qui étaient séparés jusqu'alors. Avant cette époque le système de santé mental était considéré comme isolé des autres systèmes de santé mais aussi des systèmes sociaux et de la société en général.

C'est dans ce contexte de récession économique, réduction des lits restructuration du système social et de santé vers le développement de l'ambulatoire qu'a émergé l'Open Dialogue.

### **1.1.3 Description**

L'Open Dialogue est une thérapie systémique, de prise en charge précoce, directement au domicile du patient (du moins, en début de parcours), des premiers épisodes psychotiques avec moindre recours aux neuroleptiques et aux hospitalisations. Cette approche se veut globale et implique une réorganisation du système de soins ainsi qu'une modification de la philosophie de soins.

### Le déroulement

Lors d'une « situation de crise » et indépendamment du diagnostic posé, la même procédure est appliquée. Soit la situation dépend d'une hospitalisation soit elle sera effectuée en ambulatoire, dans les deux situations, la clinique où est adressée la plainte, met en place une équipe qui sera chargée de la prise en charge OD et qui va rencontrer le patient aux urgences en Centre Médico Psychologique CMP ou à son domicile.

L'équipe est constituée de deux à trois membres (Psychiatre, psychologue, infirmier, pair-aidant) et cette équipe se chargera de l'intégralité du suivi OD.

Le premier entretien statue sur l'indication ou non d'une hospitalisation

En 1990, 7 grands principes de l'Open Dialogue ont été érigés grâce aux différentes études (Aaltonen et al., 1997 ; Haarakangas, 1997; Keranen, 1992; Seikkula, 1991, 1994).

- 1- Délivrer une aide immédiate. L'établissement recevant la demande d'aide pour une situation de crise, doit organiser une rencontre avec la future équipe référente en moins de 24 heures
- 2- Une vision intégrant le cercle social du patient. Dès la première « réunion », tout l'entourage du patient est convié, famille, voisins, amis, collègues, patron mais aussi les agents des différents services sociaux tels que les centres d'embauches locaux ou les services d'assurance médicale
- 3- Flexibilité et Mobilité. Deux principes garantis en adaptant la réponse thérapeutique aux besoins spécifiques et changeants de chaque situation et en proposant des rencontres au domicile du patient
- 4- Responsabilité. Il incombe à la personne accueillant la demande de soins d'organiser et de constituer une équipe pour initier la prise en charge de l'Open Dialogue

- 5- Continuité Psychologique. L'équipe constituée restera la même tout au long de la prise en charge, ce qui permet aussi la création d'un nouveau langage avec la famille pour parler des symptômes qui traversent le patient et d'approfondir les expériences partagées entre les protagonistes.
- 6- Tolérer l'incertitude. Par cela est entendu, incertitude pronostique, diagnostique, thérapeutique, mais aussi incertitude au plan global de prise en charge pour éviter les conclusions ou décisions prématurées (par exemple l'indication d'un neuroleptique n'est pas décidée au premier entretien, sa pertinence est discutée pendant au moins 3 séances avant de l'instaurer). Pour cela une bonne relation thérapeutique est obligatoire pour nourrir un sentiment de sécurité ce qui justifie l'organisation de « réunions » tous les jours pendant les 10 12 premiers jours.
- 7- Dialogisme. L'objectif est de promouvoir d'abord le dialogue puis dans un second temps les changements dans le système. Le dialogue permet aux protagonistes de développer leur sentiment de contrôle sur leur vie en discutant des difficultés et symptômes du patient. Les mots utilisés par le système seront ceux utilisés pour décrire les choses plutôt que le langage médical classique. De cette façon un nouveau langage est construit. Les entretiens ne sont pas dirigés ni structurés en amont mais viennent par eux-mêmes en s'adaptant aux modes de communication du système. [2]

Le premier entretien se passe très souvent au domicile du patient. Si le patient est à l'origine de l'appel, l'équipe aura pris soin en amont de discuter avec le patient quel proches pourraient être contacté et pourraient être présents pour cet entretien. Si la famille est à l'origine de l'appel, l'équipe aura pris soin d'informer le patient de cet entretien et de discuter avec lui et sa famille des proches qui pourraient être présents pour cet entretien.

Lors de premier entretien, un des enjeux est de poser l'indication ou non de l'hospitalisation tout en « tolérant l'incertitude ». Selon les défenseurs de l'OD, l'hospitalisation ne doit pas être un moyen de



rassurer le médecin mais doit être posé lorsque le risque de passage à l'acte auto ou hétéroagressif est véritable.

Les auteurs précisent qu'il n'y a pas de diagnostic posé, ni de plan de traitement pour éviter un certain dirigisme pour la suite des soins, c'est une des valeurs portées par la « tolérance de l'incertitude ». La non planification des soins des sujets abordés dans les family meetings a pour objectif de créer un espace de partage et de faire émerger les questionnements de chacun pour répondre aux inquiétudes des personnes du système selon l'importance et l'ordre qui leur importe véritablement.

Dans les family meetings, la transparence est très importante, toutes les informations sont partagées, et discutées, et le thérapeute parle ouvertement de ses propres réflexions et émotions pour échanger à leur sujet c'est le principe des « réflexives conversations ». Toutes les voix sont entendues, et chaque protagoniste est mis sur un pied d'égalité : c'est le principe de polyphonie et de volonté de relation non hiérarchique. Chacun prend la parole et explique ce qu'il ressent avec son propre langage pour décrire les phénomènes, de l'épisode ce qui permet de construire un nouveau langage respectant les croyances et le fonctionnement de chacun.

Les auteurs précisent la différence qu'ils ont avec les thérapies systémiques, qui est que le système et l'évolution de celui-ci sont véritablement au centre de toute la thérapie plutôt que le patient au sein du système. C'est le système qui va décrire la crise, la digérer avec ses mots et trouver des solutions par lui-même pour y répondre sans quelconque plan ou pré directive.(10) (OD AHRA)

Pour ce qui est des neuroleptiques. Ils ne sont pas administrés au premier voire aux premiers jours (cf article 4eme). Les benzodiazépines peuvent être utilisée à visée anxiolytique sans que les dosages ni les molécules privilégiées ne soient décrites. La volonté est de ne pas administrer de traitement antipsychotique et de décaler au plus possible leur initiation puis de les utiliser s'ils s'avèrent nécessaire. Ainsi dans cet article de Bergstrom qui fait le point sur 19 années d'expériences (11), il est précisé que seulement 20,4% des 108 patients des groupes des études princeps sur l'OD ont eu accès à un antipsychotique en début de prise en charge, 36% utilisaient un antipsychotique en fin de suivi et

54,6% y ont eu recours à un moment de leur suivi et seulement 15% auront des neuroleptiques « au long cours ».

Puis tous les jours pendant 10 à 12 jours, des « family meetings » seront organisées pour échanger sur ce qu'il se passe, établir un nouveau langage autour des émotions et perceptions et phénomènes en cours et c'est de cette façon que se construisent les soins. Par la suite les réunions se feront plus espacées en fonction des besoins du patient et de sa famille. La même équipe assurera la continuité du suivi.

#### **1.1.4 Cas clinique**

Un cas clinique est donné à titre d'exemple dans le premier article de Seikkula (12).

Il décrit le parcours clinique d'une adolescente de 16 ans qui présente des signes d'entrée en psychose et qui bénéficie d'un suivi Open Dialogue. Six mois après l'épisode l'adolescente reprend les études et à deux ans elle ne présente plus de symptômes psychotiques. Certaines modalités de la thérapie sont décrites.

## **1.2 Les résultats de l'Open Dialogue**

Trois articles ont été fait par l'équipe des Dr Seikkula, Bergstrom, Aaltonen et Alakare, en 2003, 2007 et 2018 sur cette thérapie en Laponie Occidentale. (7,11,12) . Ils ont montré des résultats intéressants qui ont largement participé à la diffusion de ce modèle à l'étranger.

Ces trois études sont des études descriptives observationnelles faites sur trois groupes d'inclusions dans le centre de Keropudas en Laponie occidentale. C'est dans ces populations que l'Open Dialogue a été développé, et au vu de résultats encourageants à 2 ans, leurs auteurs ont décidé d'écrire une première étude observationnelle. Puis les auteurs ont maintenu le suivi a 5ans et plus et ont fait une deuxième inclusion pour écrire deux autres études montrant les résultats de cette thérapie. A savoir

que le premier groupe d'inclusion est intégré dans une autre étude appelée API Acute Psychosis Integrated treatment Project.

### **1.2.1 1er article (12)**

Le premier groupe inclus dans la première étude, correspond aux patients ayant eu un premier épisode psychotique dans le secteur de l'hôpital Keropoudas entre le 1.04.1992 et le 31.12.1993 et pour lesquels une prise en charge Open Dialogue a été délivrée. Ce groupe et les données associées avaient été relevées pour l'étude API sus mentionnée sur la prise en charge des premiers épisodes psychotiques en Finlande. [1]

Ce premier groupe appelé API correspond à 34 sujets inclus (pour le projet API ayant eu de l'Open Dialogue) pour finalement 22 sujets retenus, remplissant les critères d'inclusions de l'étude descriptive de l'Open Dialogue (diagnostic d'épisode schizophréniforme ou de schizophrénie sur le Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM III).

Les critères d'inclusion sont peu précis et non standardisés, le diagnostic n'est pas fait au premier contact : l'inclusion dans le protocole OD se fait sur une hypothèse de psychose (portée par le Dr Birggita Alakare). Puis le diagnostic est définitivement posé à 6 mois par le même médecin, selon les critères du DSM III-R. Sont retenus les diagnostics d'épisode schizophréniforme, de trouble schizo-affectif, et de schizophrénie. Un contrôle est fait par un autre médecin avec un taux de concordance diagnostique de seulement 80%, le même contrôle est effectué sur le groupe contrôle avec un taux de concordance diagnostique équivalent à 80%.

Les critères de non-inclusion dans l'analyse finale sont : le refus de participer à l'étude, les perdus de vue, les patients qui ont déjà reçu un traitement, les patients dont le traitement a été initié en dehors du centre de Keropoudas et les décès survenus pendant le suivi.

Les critères d'exclusions pour l'analyse finale sont les patients pour lesquels le diagnostic n'est ni Schizophrénie ni troubles schizophréniformes ni trouble schizo affectif sur le DSM III.

La population semble peu représentative des populations « classiques » des patients présentant un premier épisode psychotique (PEP) retrouvés dans la littérature : Par exemple l'âge médian est de presque 28 ans ce qui paraît tardif pour un PEP. Cependant, l'âge du groupe recevant l'OD reste comparable à la population contrôle.

L'étude n'ayant pas eu pour objectif original d'évaluer l'efficacité de l'Open Dialogue, celle-ci n'a pas été réalisée de manière optimale et a été faite de manière rétrospective. Il n'y a pas de randomisation ni de calcul du nombre de sujets nécessaires pour atteindre une puissance statistique suffisante. L'analyse n'est pas réalisée non plus en intention de traiter ce qui complique son interprétation.

Le groupe contrôle est un des autres groupes de l'étude API, inclus entre le 1.04.1992 et le 31.12.1993, et a reçu un traitement classique (TAU) consistant souvent une hospitalisation et l'instauration d'un traitement neuroleptique.

Les mêmes critères d'inclusions seront appliqués pour constituer un deuxième groupe qui sera appelé « ODAP I » entre le 1.04.1994 et le 31.03.1997. Cela correspond à 44 sujets inclus initialement dans le dispositif OD pour finalement 23 sujets retenus pour l'étude sur l'OD (car seulement 23 patients diagnostiqués avec une schizophrénie ou un épisode schizophréniforme sur le DSM III).

La première étude a comparé sur ces trois groupes API ODAP I, et GC (respectivement : Acute Psychosis Integrated treatment project ; Open Dialogue in Acute Psychosis ; Groupe Contrôle)

- Des variables de la prise en charge : le nombre de jour d'hospitalisation, le nombre de « family reunion » l'usage des neuroleptiques et le recours à la psychothérapie individuelle,
- Des résultats : rechute, accessibilité à l'emploi, les études, la recherche active d'emploi ou les allocations d'incapacités.
- Mais aussi des scores : BPRS (Brief Psychiatric Rating scale), GAF (Global Assessment of functioning), échelle de Strauss-Carpenter

Les conclusions de ce premier article sont :

- API + ODAP vs GC
  - o Moins de jours d'hospitalisation pour les groupes API et ODAP
  - o Moins de neuroleptiques pour les groupes API ODAP
  - o Moins de symptômes résiduels pour API ODAP

- Moins de réunion de famille pour le GC
- Moins d'accès à l'emploi ou aux études pour le GC (28 personnes sur 45 pour API ODAP vs 3 personnes sur 14 pour GC)
- ADI VS ODAP VS GC
  - Rechutes : 31% API ; 24% ODAP ; 71% CG

Les limites de cet article sont très nombreuses : mauvais design de l'étude, petite population, pas de randomisation ni de standardisation, diagnostic porté par un seul médecin, beaucoup de facteurs confondants. Elle a donc un faible niveau de preuve.

### **1.2.2 2ème article (7)**

Les groupes utilisés sont les mêmes que dans la première étude mais l'analyse est faite à 2 et 5 ans de suivi en comparant uniquement API vs ODAP. Les critères d'inclusions ne sont plus les mêmes.

Critère d'inclusion : 1<sup>er</sup> épisode psychotique « non dysthymique » (selon le DSM III-R)

Dans la première étude les diagnostics retenus n'étaient que les diagnostics d'épisode schizophréniforme, de trouble schizo-affectif et de schizophrénie. Cela faisait passer les effectifs de 34 à 22 pour le groupe API et de 44 à 23 pour le groupe ODAP I. Pour cette deuxième étude le groupe API est constitué de 33 patients et le groupe ODAP I de 42.

Les auteurs ne trouvaient pas de différences catégoriques entre les prises en charge de la population API et ODAP I, mais pour le groupe ODAP les équipes soignantes étaient mieux formées à l'OD et plus aguerries vis-à-vis de ce dispositif et les thérapies étaient plus « systématisées ».

Les résultats sont :

- Pas de différence significative entre les deux groupes pour la durée de psychose non traitée (avant prise en charge donc)
- Significativement moins d'hospitalisation à 2 ans pour le groupe ODAP, mais pas de différence significative à 5 ans
- Autant de « family meetings » à 2 ans dans les deux groupes, mais significativement moins de family meetings à 5 ans dans le groupe ODAP

- BPRS significativement plus faible à 2 ans pour ODAP mais pas de différence significative à 5 ans
- Pas de différence significative sur les symptômes résiduels à 2 et 5 ans.



Les limites de cet article sont très nombreuses : mauvais design de l'étude, petite population, pas de randomisation ni de standardisation, diagnostic porté par un seul médecin critères diagnostics non explicités, beaucoup de facteurs confondants. Comparaisons entre deux types de prises en charge dont les différences sont peu expliquées.

Elle a donc également un faible niveau de preuves

### 1.2.3 3eme article (11)

Les auteurs se sont donnés comme objectif d'évaluer « la stabilité » des premiers résultats de l'OD en effectuant une « étude de cohorte basée sur des registres », pour un suivi « de 19 ans en moyenne ». Les critères principaux étant, la mortalité et la cause de décès des patients OD vs GC. Les critères secondaires étant le recours aux services psychiatriques, les pensions d'inaptitudes en début et en fin de suivi, puis en comparant ces derniers résultats entre les patients OD et CG.

La population utilisée pour cette étude est la même que pour les deux premières études avec une nouvelle inclusion faite dans le territoire de la Laponie occidentale finlandaise entre le 01.02.2003 et le 31.12.2005 (ODAP II = 27 patients).

Les critères d'inclusions sont :

Un patient dont la 1ere prise en charge psychiatrique est de l'OD et dont le diagnostic de premier épisode psychotique non dysthymique a été posé par un médecin selon les références : CIM-9-codes=295–295.9 and 297–298.9; CIM-10-codes=F20–29.1,

Aucune prise en charge de santé mentale avant l'OD

Age de 16 à 50 ans à l'inclusion

Il n'est pas expliqué comment les populations des groupes API et ODAP I passent de respectivement 34 et 44 patients (sans les exclusions originales) à un total de  $116 - 27 = 89$  patients.

Alors que le nombre total de patients inclus dans la cohorte API est de 116, seulement 108 patients inclus dans l'étude sur l'Open Dialogue (car 3 avaient eu une prise en charge psychiatrique antérieure et 5 n'avait pas rempli leur numéro d'identification). Une durée d'observation de 10 à 12 ans pour les ODAP II (20% et de 18 à 23 ans pour les API et ODAP I, donc une période d'observation « moyenne » de 19 ans.

Le groupe contrôle est constitué selon les critères d'inclusions suivants :

- Un patient dont le diagnostic de premier épisode psychotique non dysthymique a été posé par un médecin selon les références : CIM-9-codes=295–295.9 and 297–298.9; CIM-10-codes=F20–29.1, entre le 01.01.1995 et le 31.12.1996 dans les autres régions de la Finlande.
- Aucune prise en charge de santé mentale avant l'épisode
- Age de 16 à 50 ans à l'inclusion.

Les résultats cités par cette étude sont

- Pas de différence de mortalité
- Une différence significative sur le recours aux neuroleptiques, 54% des patients OD y ont eu recours vs 97% pour le GC
- Une diminution du nombre de jour d'hospitalisation pour le groupe OD
- Une diminution du recours aux aides sociales pour le groupe OD

Cet article a de nombreuses limites.

Biais de sélection très probables avec une absence de standardisation du diagnostic. Des populations qui ne sont pas comparables, avec des écarts de périodes d'inclusions jusqu'à 10 ans plus tard entre ODAP II et GC.

Au niveau de la démographie des groupes la moyenne d'âge semble un peu élevée (25ans pour le groupe OD, et 30 pour le GC), sachant que les patients du groupe contrôle n'étaient retrouvés dans les registres qu'à partir du moment où ils avaient pu bénéficier d'une hospitalisation, sélectionnant de fait une population plus sévère cliniquement que celle du groupe OD.

Il n'y a pas d'évaluation de la situation clinique ni du fonctionnement du patient, ni d'analyse des symptômes résiduels.

## 1.3 Le rayonnement international

### 1.3.1 Raisons d'un rayonnement

Ces trois articles princeps, avec leurs forts biais sont des articles de grade C, niveau 4, avec un faible niveau de preuve scientifique. Ils montrent une tendance au moindre recours aux hospitalisations, un moindre usage des aides sociales et un meilleur accès à l'emploi. Malgré ce faible niveau de preuve, cette méthode a réussi à s'exporter dans différents pays, donc différents systèmes de santé, et a séduit par ses méthodes, par son autre approche du soin.

Une autre vision de la psychose est mise en avant dans ces articles. En partant de la constatation que les psychoses représentent une entité avec une forte diversité clinique, les auteurs tablent sur une diversité de causes étio-pathogéniques et donc envisagent que dans certains cas les neuroleptiques ne sont pas nécessaires voire nocifs. Une hypothèse étiologique mise en avant est celle d'une réaction à un environnement, un stress, un traumatisme, plutôt qu'un désordre biologique. C'est le concept de psychose réactionnelle.

L'accent est porté sur la question du recours aux neuroleptiques, et ces articles suggèrent qu'il serait possible de mieux gérer le premier épisode psychotique en retardant voire évitant leur utilisation. Dans les cas de psychose réactionnelle les neuroleptiques auraient tendance « à bloquer » les fonctions mentales et biologiques qui seraient essentielles pour la guérison. En ce sens, l'OD permettrait une meilleure sélection des cas nécessitant ou ne nécessitant pas l'usage des antipsychotiques et cette thérapie donnerait une chance à la crise de se « régler de manière plus naturelle ». Les auteurs disent vouloir « mobiliser les propres ressources » du patient et de sa famille.

Un autre point mis en avant est le changement du rapport médecin malade. Les auteurs promeuvent le dialogisme comme une autre méthode d'échange entre patient, famille et thérapeutes. Cette méthode permettrait l'émergence d'un nouveau lexique et mettrait les protagonistes sur un plan d'égalité. L'open dialogue est donc décrit comme moins hiérarchique et plus collaboratif.

Dernièrement, sans que des chiffres puissent le prouver, ces articles suggèrent que grâce à la réduction du recours aux hospitalisations cette méthode permettrait une réduction des coûts de santé mentale. Les auteurs précisent qu'il n'existe pas une étude des coûts pour valider cette supposition mais rappellent que cette méthode a pu naître malgré le contexte de récession économique sus-cité et avancent donc que L'OD présente un certain avantage économique (7).

Dans cette étude de faisabilité faite aux États-Unis, il est évalué que les coûts de cette thérapie varient de 5 126\$ à 10 236\$ et les auteurs précisent que ces coûts ne sont bien souvent pas remboursables qu'à hauteur de 23% par les assurances. (13). Mais les auteurs précisent que si les résultats à long terme se révèlent aussi prometteurs que ceux décrit par les articles de Seikkula et Bergstrom sur l'OD alors cette thérapie représenterait une réduction des coûts de santé mentale. Dans cet article (14) il est évalué que le coût annuel lié à la prise en charge de la schizophrénie est de 23 milliards de dollars aux USA.

Une approche thérapeutique plus humaniste, plus satisfaisante pour les équipes soignantes, moins chère, moins nocive, et plus efficace. Voilà des résultats attractifs déclarés malgré un faible niveau de preuve, ce qui constitue un argument supplémentaire pouvant expliquer la diffusion de cette thérapie dans le monde.

### 1.3.2 La faisabilité de l'Open Dialogue

En 2018 il est recensé plusieurs initiatives du type de l'Open dialogue et dans de nombreux pays : la Finlande, la Norvège, la Suède, Le Danemark, le Royaume Uni, l'Autriche, la Pologne, le Danemark, l'Australie, l'Allemagne l'Italie, les États-Unis, et le Japon (15)

Dans cette étude qualitative (13), il paraît possible d'adapter l'Open Dialogue aux États-Unis mais des ajustements sont à effectuer au système actuel notamment au sujet du budget de la gestion et de la formation du personnel. Les praticiens et les usagers paraissent avoir apprécié la thérapie et son éthique de soin, le partage et l'échange dans la prise de décision mais aussi l'écoute permise par l'OD.

Il apparaît que le modèle de soins qui est proposé par l'Open Dialogue rentre dans un maillage social dense avec un fort développement de la médecine ambulatoire qui diffère de ce qui est proposé dans la plupart des pays développés et de la France.

Il serait intéressant que les différentes cliniques ayant développé cette thérapie dans leur pays fassent des retours sur les ajustements structurels et budgétaires qui ont été nécessaires pour mettre en place l'OD.

### 1.3.3 Une revue de la littérature

Une revue de la littérature (16) a été faite en 2018 pour synthétiser les résultats des études sur les différentes versions de l'Open dialogue. Un screening a été effectué sur 1777 articles pour 23 articles retenus.

Dans cette revue de la littérature il est noté que les études quantitatives sur cette thérapie manquent de rigueur méthodologique et présentent de nombreux biais. En outre elles ne permettent pas de conclure à une quelconque efficacité de l'Open Dialogue par rapport aux thérapies individuelles. Il en est de même pour les études qualitatives qui sont présentes en plus grand nombre que les études quantitatives.

Les différentes variantes de l'Open Dialogue (peu mentionnent les Sept règles de l'Open Dialogue), l'hétérogénéité des résultats et le manque de consistance des essais pour l'exportation de cette thérapie montrent qu'en dépit des premiers résultats interprétés comme prometteurs, aucune conclusion ne peut être tirée sur l'efficacité de cette thérapie. Pour l'instant le niveau de preuve est considéré comme faible, et il serait nécessaire d'effectuer des essais randomisés contrôlés de plus grande échelle pour évaluer l'efficacité de cette méthode car beaucoup d'établissements de santé mentale ont déjà adopté cette pratique. Actuellement, une étude anglaise appelée ODDESSI Study, a débuté en 2017 et devrait finir en 2022. Cette étude est décrite comme un essai randomisé à grande échelle pour évaluer la faisabilité de l'OD avec le système de santé anglais, mais aussi pour évaluer l'efficacité, le coût et, sur un volet qualitatif, l'expérience vécue par les professionnels et les usagers. En mars 2020, 184 patients étaient déjà inclus dans cette étude.



## 2 Deuxième partie

Open Dialogue, pistes pour une validité  
scientifique

Devant ces résultats attirants bien que reposant sur des données fragiles, je me suis posé la question de comprendre quels sont les aspects de cette thérapie qui ont déjà montré, à travers d'autres études, leur efficacité pour la gestion des premiers épisodes psychotiques.

Je vais donc développer plusieurs axes.

La thérapie systémique comme prise en charge des premiers épisodes psychotiques.

Les thérapies précoces dans la prise en charge des premiers épisodes psychotiques.

La question de la réduction de l'utilisation des neuroleptiques

## 2.1 Open Dialogue, une thérapie systémique

### 2.1.1 Les thérapies systémiques courants et origines

Les thérapies systémiques sont un vaste groupe de thérapies qui ont comme point commun, en opposition aux thérapies individuelles, de ne pas séparer le patient de son système pour effectuer sa prise en charge. En dehors de cela, il existe une multitude de thérapies appartenant au groupe des thérapies systémiques et donc une multitude d'approches et de théories sur les pathologies.

La thérapie familiale commence à se développer aux États-Unis dans les années 1950 -1960 suite aux constatations des liens d'interdépendance entre les patients et leur entourage ainsi que l'influence de ces liens sur l'évolution des patients. Les thérapeutes ont commencé à réfléchir aux dynamiques qui sous-tendent ces relations et en quoi elle se lie avec les symptômes des patients.

En fonction des différentes approches certains insistent sur le caractère étiologique de la famille, d'autres sur le risque d'entretenir un symptôme ou à l'inverse la possibilité de lever un symptôme en diminuant les conflits familiaux. Certains décrivent que le symptôme d'un patient est révélateur d'une dysfonction dans la famille ou dans la communication au sein de la famille, d'autres ne se centrent que sur l'aide que la famille peut apporter pour soutenir et comprendre le patient sans préjuger du rôle qu'ils ont dans l'émergence du symptôme.

Les thérapeutes familiaux prennent en compte les valeurs et la culture des différents systèmes et en analysent les besoins et les ressources pour les accompagner vers un changement « systémique ».

Les pionniers de ces différents courants ont émergé aux États-Unis puis se sont répandus en Europe dans les années 1970. Ils sont représentés par Bateson et son école de Palo Alto, Don Jackson, Jay Haley et la thérapie stratégique, Minuchin et la thérapie structurale, Murray Bowen et l'approche multigénérationnelle, Carl Whitaker et l'approche symbolique et expérientielle, Bözörményi-Nagy et la thérapie contextuelle, Mara Selvini et l'école de Milan, l'école de Rome...

La deuxième vague des thérapies systémiques arrive dans les années 1980 – 1990, avec le constructivisme et le constructionnisme social représenté par Mony Elkaïm, puis les thérapies narratives et thérapies brèves. (17)

### **2.1.2 L'open Dialogue au sein des thérapies systémiques**

L'open dialogue est une thérapie systémique au sens qu'elle prend en charge le patient au sein de son système. Elle a donc des points en commun mais des différences avec les différents courants de psychothérapie.

Les « réunions familiales », traduction littérale de « family meetings », invitent le patient, la famille du patient, mais aussi les voisins, amis proches voire employeurs ou collègues du patient.

Le raisonnement circulaire, la circularité, les connotations positives sont des méthodes de systémie qui sont retrouvées dans l'OD. L'OD a donc des caractéristiques communes avec la thérapie familiale mais l'OD ne se centre pas sur le système familial ni même la communication au sein du système familial. L'objectif n'est pas de « donner une impulsion » pour changer une logique fixe du système en introduisant une nouvelle logique. L'objectif est de créer un espace commun pour un « nouveau langage où les mots peuvent avoir de nouvelles significations » c'est le principe du Dialogisme. Pour cela les thérapeutes encouragent chaque participant à s'exprimer sur ce qu'il ressent et ce qu'il comprend de ce qui arrive au patient. En permettant à chacun de donner son point de vue avec son propre langage sur des phénomènes inconnus jusqu'alors, les protagonistes mettent des mots sur ce que nous appelons symptômes et donnent de nouvelles définitions à leur langage pour parler de ce qui arrive au patient. En ce sens les mots prennent de nouvelles significations pour décrire symptômes et autres phénomènes et le langage du système se substitue au langage médical. De cette façon se crée un langage commun qui respecte les croyances et le fonctionnement de chacun.

Dans l'OD, les thérapeutes ne se centrent pas sur les façons dont les membres se comportent ou communiquent inconsciemment, à l'inverse de ce qui est fait en thérapie familiale systémique.

Avec les thérapies narratives, l'OD partage une vision de constructivisme social (ou « constructionnisme ») mais l'OD ne cherche pas à comprendre ni à modifier les narrations du passé du patient. Dans l'OD, le thérapeute se centre sur les mots utilisés pour créer un nouveau langage avec de nouveaux mots. (7).

### **2.1.3 OD et psychoéducation des familles**

Ils partagent la vue de la famille comme un agent actif dans le processus de soin. Les familles ne sont vues dans aucun des deux types de thérapie comme une cause de la psychose ni comme un « objet de traitement » mais comme des « partenaires compétents ou potentiellement compétents dans le processus de guérison ». La différence se fait sur les assomptions théoriques à propos de la psychose. L'OD met l'accent sur la situation de crise en sa qualité de processus pour mettre en place au plus tôt une réponse adaptée aux croyances du système. Il y a une prise de distance avec le diagnostic et il n'y a pas de plan de prise en charge prédéfini, celui-ci se co-construit au fur et à mesure que les questionnements apparaissent dans le système (c'est le principe de tolérance de l'incertitude). Dans la psychoéducation les thérapeutes ont plus souvent comme objectif de formuler une hypothèse diagnostique et de choisir le programme thérapeutique en fonction de celle-ci, puis de délivrer les informations sur ce diagnostic, le dé-stigmatiser, informer sur le traitement, les symptômes et leur gestion, ainsi que sur l'hygiène de vie. Cette prise en charge sensibilise le patient, le rend acteur de ses soins dans le but d'éviter les rechutes et améliorer les chances de rémission et la qualité de vie.

### **2.1.4 Efficacité de la psychoéducation familiale**

Je vais exposer les données de la littérature sur l'efficacité de la psychoéducation familiale dans la schizophrénie.

Une méta-analyse (18) a été publiée, regroupant les essais randomisés contrôlés, entre 1998 et 2009, centrés sur la psychoéducation dans le cadre de la schizophrénie. Sur un total de 44 articles dont plus de 30 proposent de la psychoéducation de groupe ou de famille, pour un total de 5142 participants. Les résultats montrent une amélioration significative de l'observance du traitement chez le patient à moyen (13-52 semaines) et long terme (>52 semaines) et une diminution significative des rechutes et des ré-hospitalisations. Les résultats suggèrent aussi un meilleur fonctionnement global et social, mais aussi une meilleure appréciation de l'offre de soins et pour finir une meilleure qualité de vie.

Une méta-analyse (19) comparant les effets des « interventions psychosociales familiales » sur la schizophrénie ou les troubles schizo-affectifs versus prise en charge classique, a inclus 53 essais contrôlés randomisés ou quasi randomisés. Les résultats montrent que les interventions familiales pourraient diminuer les rechutes et le nombre de ré-hospitalisation et amélioreraient la compliance au traitement. Les résultats suggèrent aussi une diminution de la marginalisation sociale. Cela dit les auteurs pointent du doigt une mauvaise qualité méthodologique des études, notamment sur la randomisation et le manque d'évaluation en aveugle, qui pourrait surévaluer les résultats.

Dans la littérature les auteurs considèrent fréquemment la psychoéducation familiale comme ayant un haut niveau de preuve pour la prise en charge de la schizophrénie.

L'hypothèse de ces programmes psychoéducatifs est qu'ils agissent sur l'inadaptation cognitive, émotionnelle et ou comportementale des membres de la famille vis à vis du patient. Des pistes pour

expliquer cette inadaptation sont le stress induit par le fait d'avoir un proche schizophrène et le caractère déroutant de cette pathologie. Ces difficultés induisent donc des incompréhensions et favorisent l'isolement et la souffrance du patient. (20)

### **2.1.5 Family Intervention et PEP**

Une revue de la littérature faite en 2016 (21) par le Dr MacFarlane fait un état des lieux au sujet des thérapies type « Family Intervention » et notamment de la « Family Psycho Education ». Bien qu'il existe une variété d'intervention type FPE, celles-ci sont décrites comme une prise en charge regroupant, psychoéducation familiale, thérapie familiale sur une famille ou sur un groupe de famille, thérapies brèves et thérapies d'inspiration CBT (Cognitive Behavioral Therapy). La FPE se décrit comme une thérapie familiale qui n'est pas centrée sur le système mais sur le patient en intégrant la famille et ses proches. La FPE a comme objectif d'aider la famille à développer les connaissances et les compétences pour permettre la guérison de leur proche en s'émancipant des anciennes théories plaçant les dysfonctions familiales comme facteur étiologique de la psychose.

Le modèle théorique sur lequel elles s'appuient considèrent que les troubles psychotiques surviennent sur un terrain de fragilité neuro-développementale ou neurobiologique, et sont déclenchés par des événements de vie stressants qui vont induire des désordres neurobiologiques et neurochimiques. Les rechutes seraient causées par des intrications entre les atteintes neurologiques des épisodes précédents et de nouveaux épisodes stressants.

C'est un type de thérapie qui se rapproche sur certains points de l'OD (qui est d'ailleurs cité comme modèle similaire), sans rejeter ou modifier l'usage des neuroleptiques.

Selon cette revue de la littérature, le taux de rechute était de 15% pour les patients schizophrènes ayant reçu une FPE avec une prise en charge médicamenteuse « classique » versus 30-40% pour les

patients ayant reçu une thérapie individuelle et une prise en charge médicamenteuse « classique ».  
(22)

Puis l'article cite 13 différentes revues qui ont été publiées et corroborent l'efficacité « significative » de cette thérapie. Cette revue cite en premier lieu Baucom et al. 1998 (23) qui trouvent une moyenne de 25,5 à 28% de rechute ou de ré-hospitalisation versus 63,6% dans le groupe contrôle (TAU). Cela dit cet article est une revue de la littérature sur l'efficacité de la Family Intervention avec comme critère principal l'efficacité sur les conjugopathies, et comme critère secondaire l'efficacité sur les troubles psychiques individuels (dont la schizophrénie). Pour ce qui est de l'efficacité de la Family intervention sur les rechutes des épisodes psychotiques, l'analyse a été faite en se basant sur 11 articles, totalisant 716 patients pour un groupe contrôle (somme des groupes contrôles des études) de 179 patients. Aucune explication n'est donnée sur les méthodes de sélection des articles, ni critère d'inclusion ni critère d'exclusion, les thérapies ne sont pas similaires, et les méthodes statistiques peu explicitées. Cette revue conclue qu'il existe « un argument fort de l'efficacité de l'intervention familiale et déplore le manque de déploiement de cette thérapie dans les systèmes de soins.

Dixon et Lehman, dans leur article de 1995 (24) (cité dans la revue de MacFarlane), font une revue de la littérature sur le sujet de l'efficacité des Family intervention pour les patients atteints de troubles psychotiques. Dans cette revue, un tableau montre de nombreux résultats encourageants pour les interventions familiales en termes de rechute des patients atteints de troubles psychotiques. Il permet aussi de montrer la diversité de ce que peut signifier « family Intervention ». Voici le tableau en question :





Pour en revenir à la revue de la littérature du Dr MacFarlane faite en 2016 (21), la conclusion est que les essais randomisés américains et anglais montrent des résultats positifs et similaires, mais d'autres études ne montrent pas d'efficacité. Les hypothèses pour ces résultats inégaux sont, une diversité des FPE plus ou moins efficaces (en valorisant les protocoles américains), des variations culturelles qui peuvent être moins compatibles avec la FPE (notamment certains pays en voie de développement), ou alors des problèmes liés au design expérimental ou au recueil des variables. Finalement, selon les auteurs les méthodes de FPE développées aux états Unis accumulent des preuves d'efficacité sur la réduction des rechutes, et notamment pour les PEP.

Cette thérapie qui se rapproche de l'OD, sans rejeter l'usage des neuroleptiques montre des résultats intéressants mais inégaux en termes de récurrences pour les patients présentant un trouble psychotique. Il est envisageable que les résultats suggérés par les études sur l'OD, puissent s'expliquer par une efficacité et donc des mécanismes similaires à la FPE.

### **2.1.6 CBT et family intervention sur les rechutes**

Un autre article (25), est une étude anglaise du British Journal of Psychiatry, qui part du postulat que la CBT et la Family Intervention, semblent montrer de bons résultats sur les récurrences, et le NICE (institut national de santé et d'excellence clinique du Royaume Uni) préconise l'augmentation de leur utilisation. Ils ont fait une étude stratifiée, randomisée sur 5 centres avec 301 patients atteints de psychose avec un risque élevé de rechute (ils ont sélectionné des patients qui avaient déjà eu un épisode maximum 3 mois avant l'inclusion). C'est une étude sur 2 ans en deux bras avec pour critère principal la rechute.

- Ceux qui n'ont pas de tier aidant : CBT + traitement VS traitement seul
- Ceux qui ont des tier aidant : CBT + traitement VS traitement seul VS Family Intervention + traitement

Les résultats montrent une absence de différence sur le nombre de rechutes, et les auteurs mettent en avant une population qui n'a eu qu'un peu moins de 50% de rémission de l'épisode, limitant les chiffres sur le nombre de patient pouvant rechuter. Ils mettent donc en cause une population plus sévère que des patients débutant des troubles psychotiques ou ayant une psychose plus stabilisée bien que cela était recherché dans les critères d'inclusions (une rechute datant de moins de 3 mois).

### **2.1.7 Le programme ProFamille en France**

Ce programme est destiné aux familles et aux proches de patients atteints de troubles psychotiques. Il est décrit comme l'approche familiale la plus développée en France et ambitionne d'améliorer la santé des aidant et donc aussi des patients. C'est un programme créé par Cormier en 1987, adapté d'une thérapie canadienne, et a été années après années modifié pour fonctionner aujourd'hui avec une séance d'engagement et un module de formation initiale de 14 séances plus un module d'approfondissement et de consolidation de 8 séances et la possibilité d'avoir pour le participant 3 séances individuelles. Ces séances sont organisées en groupe de 12 participants, animées par deux personnes. (20)

C'est une approche familiale dont la théorie s'inspire de la psychoéducation, des thérapies familiales et de la troisième vague des TCC donc émotionnelle (information, réduction de la souffrance et des émotions bloquants, gestion des émotions) cognitive (information, modifications des croyances inadaptées et bloquantes, réduction de l'impact de pensées parasites) et comportementale (modification des savoirs faire, réduction des comportements auto fragilisant et renforcement des comportement gratifiants). Cette approche ambitionne aussi de renforcer les ressources en informant sur les différents milieux associatifs et en stimulant la vie sociale. (26)

Selon leur site internet (26) plus de 50% des aidants ayant des symptômes dépressifs normalisent leur humeur à la fin du programme et le programme réduirait leur stress quotidien. Les taux de rechutes du malade seraient en moyenne 2 fois plus faibles lorsque la famille a bénéficié d'un programme psychoéducatif (Hogarty). De plus, les chances de réinsertion sociale et d'insertion au travail du malade augmenteraient significativement. Pour ces résultats ils citent les études de Hogarty (27) sur les programmes types family psychoéducation, qui n'ont pas forcément les spécificités du programme Profamille mais qui partagent des similitudes avec ce modèle.

Puis le site Profamille avance des résultats sans indiquer les études qui les corroborent (des études qui par ailleurs ne comportent pas de groupe contrôle):

- Moitié moins de patients tentent de se suicider (7% des patients qui font une ou plus de tentatives de suicide avant la thérapie versus 3% à un ou deux ans après la thérapie)
- Les familles observent moins de souffrances, moins de signes de la maladie et moins de handicap chez leur proche (45% voient leur état global nettement s'améliorer)
- Ces progrès sont nets à un an et se renforcent légèrement à deux ans
- Les patients sont moins hospitalisés (45 jours moyen d'hospitalisation par an avant la thérapie vs 33j et 26j à un et deux ans de la thérapie).

Les résultats avancés plus haut suggèrent un intérêt de cette thérapie dans la prise en charge des patients atteints de psychose. Les similitudes qu'a Profamille avec l'OD sur la prise en charge familiale peuvent présenter un intérêt pour les patients OD.

### **2.1.8 Family Intervention et suicide pour les PEP**

Cet article (28) (Sher et Kahn) est une revue de la littérature sur la question du suicide chez les patients qui présentent des troubles psychotiques. Il est estimé que chez les patients atteints de

troubles psychotiques 50% vont à un moment faire une tentative de suicide et 10% vont décéder par suicide.

Dans cet article (29) de Ventriglio qui s'intéresse au risque de suicide chez les patients qui présentent un PEP, il est noté que le risque de mort de cause non naturelle est réduit de 90% lorsqu'il y a un investissement de la famille auprès du patient dès l'entrée en psychose.

Plus de recherche est nécessaire sur le rôle des family Intervention dans la réduction du risque suicidaire mais les auteurs concluent qu'il est important d'éduquer et de former les familles au sujet des signes et symptômes de risque suicidaire et d'informer sur la conduite à tenir en cas de crise suicidaire. Il est très probable que ces thèmes soient abordés lors des family meetings de L'OD mais cela n'est pas décrit car il n'y a pas de protocole standardisé. Au sujet du suicide, l'étude avec un suivi d'environ 19 ans, montre plus de suicide pour le groupe OD par rapport au CG, mais les résultats ne sont pas significatifs.

### **2.1.9 Thérapie Familiale, un soutien pour la famille**

Cette revue de la littérature (14) explore de manière qualitative l'expérience et le ressenti des proches d'un patient atteint de troubles psychotiques, et de manière quantitative, les effets des thérapies familiales sur les aidants. Les conclusions sont que les aidants peuvent ressentir de la souffrance, de la culpabilité et de l'anxiété. Inquiets pour leur proches, ils mettent leur propre vie en retrait ce qui n'est pas sans répercussion pour leur santé mentale mais aussi physique.

Les résultats montrent que certains profils d'aidants semblent mieux supporter cette situation. Les personnes considérées chaleureuses, déterminées, confiantes, optimistes et les familles organisées et flexibles sont des facteurs de bon pronostic pour limiter la souffrance due à l'atteinte d'un proche par des troubles psychotique. A l'inverse, les personnes présentant une faible estime d'elles-mêmes, ayant recours à des stratégies d'évitement ou de critique, et les familles avec un fort déséquilibre entre leurs membres ou un haut niveau de contrôle ou présentant des difficultés de

communication, supportent mal les difficultés qu'induisent la présence de trouble psychotique chez un proche. C'est cette population qui semble le plus bénéficier des thérapies et soutiens familiaux.

Les interventions jugées les plus efficaces sur les souffrances des aidants sont la psychoéducation, les stratégies orientées solution. Mais aussi le soutien entre pairs (comme les groupes de parole) et une guidance clinique efficace avec des directives claires. Il est aussi remarqué qu'un meilleur niveau d'interaction entre les pairs et les médiateurs améliore le pronostic des aidants.

Les bénéfices sur les aidants se retrouvent au niveau de l'allègement du fardeau ressenti, mais aussi de la diminution des symptômes dépressifs et anxieux et la réduction du sentiment de honte et d'isolement. Il est possible que l'Open Dialogue permette une amélioration du vécu et une diminution du syndrome anxio-dépressif réactionnel chez les aidants des patients, mais cela n'est pas décrit par les auteurs.

## 2.2 Open Dialogue, une thérapie précoce

L'Open Dialogue se décrit comme une thérapie précoce puisqu'elle qu'elle met en œuvre une réponse thérapeutique dans les 24h après une demande. Cette demande peut émerger suite à un appel ou un contact d'un patient ou d'un proche de patient à un système d'urgence ou de soins psychiatrique. La demande est dirigée vers le service de santé psychiatrique adapté, ce qui amène plusieurs questions sur la façon dont se déroulent les évènements.

D'une part, le personnel de santé des urgences a besoin d'être bien formé au dépistage des troubles psychiatriques pour orienter efficacement les patients au dispositif Open Dialogue ou que le recours à « l'avis psychiatrique » permet de faire cette orientation.

D'une autre part, dans le cas où la demande émerge de la famille ou du patient, la population est-elle sensibilisée aux troubles psychiatriques et a-t-elle connaissance des moyens mis à disposition vers lesquels se tourner pour obtenir une réponse adaptée ?

Une fois que le dispositif Open Dialogue est informé de la demande, la personne contactée a la responsabilité de former une équipe de deux soignants pouvant se diriger chez la personne dans les 24h. Suite à cela, des entretiens familiaux ont lieu tous les jours pendant 10 à 12 jours.

Dans cette partie je vais développer en quoi l'Open dialogue est une thérapie précoce, et quel est l'état de la littérature sur l'efficacité des thérapies précoces pour la prise en charge des patients atteints de troubles psychotiques.

### 2.2.1 Modèle progressif des troubles psychotiques

Lorsque nous parlons de thérapie précoce il est nécessaire de bien préciser de quoi il s'agit.

Revenons tout d'abord à l'hypothèse neuro-développementale du modèle évolutif du trouble psychotique. La notion de prodromes de la schizophrénie est introduite initialement en 1932 par Mayer-Gross puis officiellement développée par l'allemand Gerd Huber dans les années 1960 avec la description de symptômes de base. Yung and al mettent en place en 1995 le premier service pour les patients en possible phase prodromale et commencent à évaluer prospectivement la validité prédictive des critères de ARMS (at-risk mental states) en développant le premier outil psychométrique pour les patients « à très haut risque » UHR (ultra high risk) d'entrée en psychose. Fusar et Poli (30) Puis est développée la classification de Fusar et Poli (traduit en Français par Krebs). Cette classification décrit différents stades dans l'apparition de la schizophrénie (31) (Laprevote)

- Une phase pré-morbide sans symptômes ou avec d'éventuelles dysfonctions précoces
- Une phase prodromique
  - o Des symptômes de bases initiaux qui correspondent à des perturbations neuropsychologiques légères voire subjectives touchant la parole, la pensée, la perception et le comportement. Dans ce cadre-là il n'y aurait pas de perte de contact avec la réalité.
  - o Des « symptômes psychotiques atténués” qui sont constitués par des idées délirantes, des hallucinations et de la désorganisation de faible intensité et de faible fréquence. Dans ce cas-là il y aurait des moments de perte de contact avec la réalité sans altération franche du fonctionnement
  - o Il peut exister des épisodes de Psychose limitée intermittente brève ou BLIPS. Dans ce cadre-là le seuil de psychose est dépassé sur une courte période de temps avec un retour aux symptômes psychotiques atténués
- La psychose débutante
  - o Lorsque le seuil de psychose est dépassé



Ce modèle permet donc d'identifier des patients à haut risque et à très haut risque d'entrée en psychose. Bien que de plus en plus décrit dans la littérature ce modèle est toujours source de critiques et les HR et UHR ne sont pas des entités reconnues comme des troubles en tant que tels dans le DSM-5 ni la CIM 10.

Selon cette étude 75 % des patients qui ont développé un trouble schizophrénique ont présenté une phase prodromique (Bourgin et Krebs) (32). Mais parmi les personnes qui ont des symptômes prodromiques potentiels, un peu moins de 40% vont développer un trouble psychotique (Paolo – Fusar Poli) (30)

### 2.2.2 DMNT DPNT

Ce modèle théorique progressif permet de centrer le regard sur l'apparition des troubles et donc le moyen de dépister en amont les patients pouvant développer des troubles psychotiques. De ce modèle peuvent découler deux principes.

- La Durée de Maladie Non Traitée (DMNT) : durée entre l'apparition des premiers symptômes prodromaux et l'initiation d'un traitement.
- La Durée de Psychose Non Traitée (DPNT, ou DUP en anglais) : durée entre le moment de l'entrée en psychose et l'initiation d'un traitement. Elle est évaluée en moyenne entre 22 et 150 semaines. (33)

Les centres d'interventions précoces pour les troubles psychotiques, sont des services spécialisés, qui proposent diverses prises en charges et effectuent plusieurs missions. Ils ne proposent pas toujours les mêmes choses et il peut y avoir une confusion si l'on parle d'intervention précoce sans préciser sa nature. Les missions souvent retrouvées dans la littérature sont :

- Communiquer avec les acteurs de santé locaux autour de la schizophrénie
- Déploiement de méthodes pour dépister précocement les prodromes et les psychoses débutantes.

- Suivi des patients considérés à haut risque ou Ultra Haut risque de transition vers la psychose pour diminuer la DMNT et DPNT et améliorer le pronostic
- Prise en charge précoce des patients présentant une entrée en psychose pour diminuer la DPNT et améliorer les pronostics
- Les prises en charges regroupent souvent diverses pratiques dont : médicamenteuse, thérapie individuelle, thérapie de groupe, thérapie familiale, psychoéducation, CBT, ...

Les thérapies précoces reflètent donc la volonté de mettre en œuvre une prise en charge complète le plus tôt possible après le début des symptômes pour diminuer la DPNT<sub>z</sub> qui est considérée comme une période critique pour l'évolution des troubles. L'objectif des thérapies précoces est donc d'agir à ce moment particulier pour diminuer les symptômes et améliorer le fonctionnement et le pronostic à long terme.

La durée du délai n'a pas de seuil défini pour juger du caractère précoce d'une réponse thérapeutique. L'hypothèse finale est qu'une diminution de la DPNT permettrait une amélioration du pronostic. En effet de plus en plus d'études sont organisées autour de ces questions de DPNT, DMNT et les thérapies et interventions précoces paraissent être une piste innovante et prometteuse pour améliorer le pronostic et la prise en charge des patients atteints de troubles psychotiques.

### **2.2.3 Open Dialogue une thérapie précoce ?**

Dans le cadre de l'Open Dialogue la réponse est précoce puisqu'elle offre une prise en charge psychosociale dans les 24h suivant la demande. Cet aspect de la thérapie est fortement mis en avant et fait partie des sept grands principes de l'Open Dialogue.

Il n'y a pas de chiffre concernant la DMNT des patients de l'Open Dialogue. Par contre la DPNT était de 3,3 mois en moyenne pour le groupe ODAP I et de 4,2 mois pour le groupe API avec une médiane

de 2 mois pour chacun des groupes. (7) (five years). Dans la discussion de ce même article ils comparent cette DPNT à la « DPNT des TAU » qu'ils chiffrent entre 1 et 3 ans en citant deux articles :

- Le premier (34) Kalla and Al) compare les DPNT entre un groupe de 49 patients finlandais du groupe API et d'un autre hôpital, et un groupe de 37 patients madrilènes sur échantillon fait trois ans plus tard. Le DPNT moyen des finlandais est de 4 mois (médiane de 2 mois) et celui des espagnols 9,9 mois (médiane de 2 mois)
- Le deuxième article (35) Larsen and Al) est une étude du BMJ qui s'intéresse aux DPNT en Angleterre et qui retrouve sur un échantillon de 34 patients une DPNT moyen de 130 semaines (2,5 ans, pour une médiane de 54 semaines, 1 an)

La DPNT moyenne en Finlande n'est malheureusement pas décrite dans les articles sur l'Open Dialogue, il aurait été pourtant intéressant de le comparer à la même époque aux autres régions de Finlande pour évaluer si le dispositif OD, par son existence et sa diffusion chez les acteurs de soins et éventuellement la population, a un effet sur le DPNT.

D'après cette étude de 2012 (Penttilä Miettunen) (36) la DPNT moyenne du nord de la Finlande est de 225 jours soit 32 semaines, soit un peu plus de 7 mois.

4 mois de DPNT moyenne pour la population OD paraît donc plutôt court, cela est-il un effet de l'Open Dialogue, et est-ce que les résultats suggérés par cette thérapie en termes de rechute et d'insertion sociale peuvent être la résultante d'une DPNT basse et donc d'une thérapie mise en œuvre précocement ?

#### **2.2.4 Thérapie précoce et pronostic dans la littérature**

Dans cette sous partie nous exposerons un état des lieux de la littérature sur le rôle des thérapies précoces sur le pronostic des patients atteints de psychose.

Une méta analyse (37) a sélectionné 10 essais randomisés (2176 patients) thérapie précoce, versus traitement standard pour la prise en charge des premiers épisodes psychotiques, sur une durée moyenne de 16 mois de suivi.

Dans cet article, les prises en charge proposées par les centres d'intervention précoce contenaient pour les 10 essais : pharmacologie, psychoéducation de famille et thérapie de soutien. Mais aussi CBT (pour 7 essais), Thérapie familiale (pour 7 essais), conseil d'orientation professionnelle et éducationnelle (5 essais), entraînement aux compétences sociales (5 essais) puis mise à disposition d'équipe de gestion de crise (4). Cela permet de rendre compte de la diversité de ce qui peut être appelé thérapie précoce.

Pour le critère majeur, auto interruption du traitement, les résultats étaient significativement meilleurs pour les thérapies précoces (21% vs 31,3%) (RR = 0.70 ; 95%CI = 0.61-0.80 ; P <.001 ; NNT= 12.4 ; 95%CI = 7.3 - 40.5 ; P = .005).

Pour le deuxième critère majeur, risque d'au moins une ré-hospitalisation, sur les 10 études, les résultats étaient significativement meilleurs pour les thérapies précoces (32.3% vs 42.4%) (RR, 0.74; 95% CI, 0.61 - 0.90 ; P = 0.003; NNT, 10.1; 95%CI = 6.4-23.9 ; P =0 .001)

Pour les critères mineurs la thérapie précoce était aussi supérieure de manière significative sur tous les points à 6, 9, 12, 18 et 24 mois (sauf à 18 et 24 mois pour la sévérité générale des symptômes et sévérité des symptômes dépressifs). Les résultats sont visibles sur le tableau ci-dessous.

Dans cette revue (38) les auteurs pointent du doigt que l'efficacité des services d'intervention précoce est bien documenté jusqu'à deux ans mais reste à prouver pour une durée plus longue. Ils citent cet article (39) (OPUS) qui est un essai randomisé contrôlé, évalué en simple aveugle (547 patients) comparant une prise en charge de type thérapie précoce (d'une durée de 2 ans) vs TAU, à 2 et 5 ans de suivi. Cette étude montre des effets positifs significatifs sur les symptômes à deux ans de suivi mais ces effets ne perdurent pas à 5 ans de suivi comme le montre ce graphique.

Actuellement les résultats à plus long terme des prises en charge précoces ne sont pas clairs et restent un axe de recherche. Une hypothèse est que des interventions précoces sur une durée plus longue comme 5 ans pourrait permettre des effets qui perdureraient à long terme.

Un autre axe à développer est la question des critères de fidélité des interventions précoces comme décrit dans cet article. (38) (Csillag). Les auteurs décrivent des critères de fidélités pour assurer que la thérapie délivrée et bien celle qui a été proposée.

### **2.2.5 Intervention Précoce et Suicide**

Cet article sus-cité (29) Ventriglio est une revue de la littérature sur la question du suicide chez les patients qui présentent des troubles psychotiques. Les auteurs retrouvent qu'une DPNT longue est corrélée à un plus fort risque de suicide. Mais aussi que les patients atteints de psychose présentent un taux de suicide plus faible lorsqu'ils ont accès aux interventions précoces (40). Il est aussi suggéré que la réduction du risque suicidaire est indépendante de la DPNT. Cela dit plus de recherche est nécessaire pour consolider ces résultats.

### 2.2.6 Mesures d'évaluation de la DPNT

En lisant la littérature, il apparaît que la notion de DPNT n'est pas univoque. Beaucoup d'auteurs considèrent qu'elle prend fin à l'instauration d'un traitement antipsychotique. D'autres, moins nombreux considèrent que la DPNT prend fin lorsqu'un contact est effectué avec un service de santé mentale. C'est le cas des auteurs de l'OD, puisqu'ils décrivent la DPNT comme la durée entre le début des symptômes et l'instauration d'une intervention psychosociale (7). Malheureusement les auteurs n'expliquent pas comment ils ont recherché le début des symptômes.

Il n'existe pas encore de standardisation du moyen de calcul de la DPNT ce qui complique l'analyse des données. De plus DPNT et DMNT sont souvent confondues dans la littérature. Les patients peuvent présenter des prodromes avant la véritable transition psychotique, avec des BLIPS ou des symptômes psychotiques atténués. De ce fait il peut être très difficile de situer le début de la psychose et donc de calculer la DPNT. La variabilité des méthodes utilisées rend incomparable certains chiffres de DPNT sans analyse au préalable des méthodes utilisées.

Une méta-analyse faite sur 132 études a eu pour objectif d'évaluer les méthodes utilisées pour évaluer la DPNT (41) retrouve que le questionnaire le plus utilisé (sur 8 études) est le IRAOS (Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia) puis le Beiser Scale (sur 7 études) et le Symptom Onset in Schizophrenia Inventory (sur 5 études). La PANSS (Positive and Negative Symptom Scale) était utilisée sur 7 études.

Ces questionnaires sont plus rarement utilisés que l'entretien clinique qui reste néanmoins la méthode privilégiée (55 études).

Cette méta-analyse retrouve une fiabilité bonne à excellente avec les différents questionnaires et échelles utilisés pour identifier la DPNT. En échange, la fiabilité était peu rapportée (8 % des études)



pour la méthode simple entretien clinique (sans questionnaire). Les résultats n'ont donc pas retrouvé de supériorité de la validité pronostique d'une méthode par rapport à l'autre pour la prédiction globale du pronostic.

Pour ce qui est de la fin de la DPNT, cette méta analyse décrit six catégories :

- Première Hospitalisation psychiatrique (37 publications)
- Premier traitement antipsychotique (37 publications)
- Premier traitement « adéquat » (36 publications)
- Inclusions dans l'étude (14 publications)
- Premier traitement pour des symptômes psychotiques (15 études)
- Non défini

Pour le choix du critère de fin de DPNT, « première hospitalisation ou premier traitement antipsychotique » étaient les critères avec la meilleure validité prédictive du pronostic.

Dans le cadre de l'Open dialogue la DPNT est décrite comme la durée entre « le premier symptôme psychotique et le début de l'intervention », il serait intéressant que les auteurs décrivent quelle méthode est utilisée et quels symptômes sont recherchés pour situer le début de la psychose. Sans cela, il est difficile de comparer leur DPNT de 4 mois avec les autres DPNT comme celle-ci en Finlande de 7 mois (36).

### **2.2.7 Causes de la DPNT et OD**

Les causes de la DPNT sont nombreuses. Parmi celles-ci, le défaut d'insight et l'aboulie vont retarder la demande de soins par le patient.

Un mauvais fonctionnement pré morbide, un début insidieux, une évolution lente avec une prédominance de symptômes négatifs, constituent une autre cause de DPNT longue. En effet

l'entourage et les patients auront plus de mal à reconnaître le caractère pathologique des symptômes en raison d'une adaptation progressive avec sous-estimation et normalisation des troubles. Le repli sur soi joue aussi sur la DPNT. A savoir que ces facteurs sont des facteurs de risque de DNPT longue mais aussi des facteurs de mauvais pronostic.

Autre chose, les professionnels de santé peuvent avoir du mal à identifier le trouble à cause de la diversité et l'aspécificité de certaines présentations du trouble psychotique. (42).

Selon cette étude (43) de bonnes performances cognitives auraient tendance à allonger la DPNT car ces patients présenteraient de meilleures capacités d'adaptation et donc auraient tendance à consulter plus tard.

Un autre obstacle est la réticence des patients à s'engager dans une prise en charge en psychiatrie. Cette réticence peut être aggravée par un accès difficile aux soins mais aussi par la stigmatisation dont fait l'objet la psychiatrie qui reste à l'heure actuelle un problème majeur, retardant l'accès aux soins et la prise en charge des patients. (1)

Dans les études qui décrivent le projet OD, il n'y a pas d'analyses des causes de la DPNT et nous ne pouvons savoir quels facteurs permettent d'expliquer une DPNT courte. Une hypothèse pourrait être que le développement de cette thérapie a permis une communication efficace autour de cet enjeu de santé publique, permettant une orientation efficace et un bon accès au réseau de soin adéquat pour l'initiation en 24h de cette thérapie.

### **2.2.8 Réduction de la DPNT et pronostic**

Nos recherches montrent l'efficacité à court terme des interventions précoces et nous avons vu quels facteurs peuvent être responsables d'un DPNT long. La question suivante est : est-ce que la réduction de la DPNT améliore le pronostic ?

Selon cette revue de la littérature (42) l'association entre DPNT et pronostic est controversée et ils citent 5 études qui ne retrouvent pas d'association entre DPNT et pronostic. Une hypothèse est que la DPNT pourrait dépendre d'autres facteurs qui auraient eux-mêmes une corrélation avec le pronostic. Les facteurs envisagés sont le fonctionnement pré morbide, le mode d'installation et la prévalence des symptômes négatifs.

Deux revues citées (44,45) datant de 2005 montrent qu'une DPNT courte est associée à un meilleur pronostic à court terme (6 -12 mois de suivi pour la première puis 24 mois de suivi pour la deuxième) (sévérité des symptômes, taux de rémission, risque de rechute, qualité de vie et fonctionnement global) mais aucun lien de causalité n'est démontré. Pour ces revues, après un ajustement sur le fonctionnement pré morbide et sur le mode d'installation des troubles, les mêmes résultats sont retrouvés. Cet ajustement diminue les facteurs de confusion et donne du poids à une potentielle indépendance de la DPNT vis-à-vis de ces facteurs pour la validité pronostique. Cette revue de la littérature (45) qui s'intéresse à l'effet de la DPNT sur les symptômes négatifs retrouve qu'une DPNT plus courte est, entre autres, associée à une meilleure réduction des symptômes négatifs.

Cette méta analyse (46) faite sur 28 études, pour un total de 3339 patients s'est intéressée à la relation entre une DPNT courte et les symptômes négatifs. Les résultats montrent une association significative entre une courte DPNT et une clinique montrant peu de symptômes négatifs au début des troubles (Fischer  $Z = 0,117$  95%CI 0.064–0.17), à 1-2 ans de suivi ( $Z=0,180$ , 95%CI 0.086–0.274), et à 5-8 ans de suivi ( $Z=0,202$  95%CI 0.137– 0.267) pour une  $p < 0,001$ ). Par ailleurs les patients avec une DPNT inférieure à 9 mois montraient une meilleure réduction des symptômes négatifs que ceux avec une DPNT supérieure à 9 mois

Ils citent deux essais qui montrent une association entre DPNT longue et mauvais pronostic à moyen terme (4 et 8 ans), mais des résultats hétérogènes pour le pronostic à long terme sur 5 études.

Une méta analyse (47) faite sur 39 études (33 groupes de population avec un suivi moyen de 8ans), montre une corrélation entre DPNT longue et moins bons résultats à court terme (sur les critères : symptômes positifs et négatifs, fonctionnement social, taux de rémission et pronostic général). Dans cette étude les résultats sur la qualité de vie, l'emploi et le recours aux hospitalisations ne montraient pas de corrélations avec la DPNT.

Cette méta analyse précise qu'un lien de causalité entre diminution du DUP et amélioration clinique est plus difficile à mettre en évidence.

En somme, une bonne corrélation entre DPNT et pronostic à court et moyen terme qui semble moins claire pour le pronostic à long terme.

Des facteurs de confusion qui agissent sur la DPNT comme le mode d'installation des troubles. La présence de symptômes positifs et négatifs au début des troubles agit sur la DPNT et aussi sur le fonctionnement de l'individu et donc sur son évolution.

Une DPNT longue induit-elle un plus mauvais pronostic à cause de la présence de symptômes négatifs qui retardent le diagnostic ou bien les symptômes négatifs sont-ils responsables d'un plus mauvais pronostic à cause d'une DPNT plus longue ?

Le lien de causalité n'est toujours pas montré alors que les interventions précoces reposent beaucoup sur l'objectif de diminuer la DPNT, pour améliorer le pronostic.

Pour ce qui est de l'OD, nous ne pouvons savoir si la DPNT courte de leur population est donc un marqueur de bon pronostic ou un facteur permettant d'améliorer le pronostic

### **2.2.9 Réduire la DPNT un enjeu réalisable ?**

La DPNT est corrélée à un meilleur pronostic sans qu'un lien de causalité soit établi et de nombreuses interventions essaient de réduire la DPNT pour améliorer le pronostic. Dans cette sous-partie je vais faire un état des lieux des études sur la capacité à réduire la DPNT des interventions qui projettent de le faire.

Cette revue de la littérature (30) s'est intéressée à la capacité de réduction de DPNT des différentes prises en charges de type intervention précoce. Une méta-analyse a été réalisée à partir de 16 études (avec 1964 patients pour le groupe Intervention Précoce, et 1358 pour le GC) Les interventions référencées ont pour objectif la réduction de la DPNT et regroupent, les services spécialisés pour les premiers épisodes psychotiques, les services pour les patients UHR, les « community interventions » (interventions de communication développées localement), formations délivrées aux professionnels de santé, interventions multifocales.

Les résultats ne montrent aucune preuve que les méthodes étudiées permettent la diminution de la DPNT (diminution faible à nulle et non significative : Hedges'  $g = -0.12$ , 95% CI =  $-0.25$  to  $0.01$  avec  $P = 0.077$ ). Dans les analyses en sous-groupes les UHR montrent des résultats. Pour cette méta-analyse,

une population trop petite, une hétérogénéité des méthodes et un manque de consensus sur ce qui est appelé une DPNT sont considérés comme des biais pouvant masquer d'éventuels résultats.

Les stratégies préventives semblent les pistes les plus prometteuses pour la réduction du DUP et améliorer les résultats des PEP. Un autre résultat de cette revue est qu'il semblerait que les interventions ayant pour objectifs une réduction de la DPNT ne soient efficaces que dans les populations où elle est très longue

Pour conclure sur la DPNT, et les interventions précoces. Les résultats montrent une efficacité à court et moyen terme des interventions précoces sur l'évolution clinique d'un patient qui rentre en psychose. Les effets ne sont pas aussi clairs pour l'efficacité à long terme. L'objectif initial est de diminuer la DPNT car la période d'entrée en psychose est considérée comme critique pour le développement de la pathologie et donc pour le pronostic. Un premier problème est le manque de standardisation du calcul de la DPTN qui empêche de comparer efficacement les méthodes pour la réduire. Un autre problème est la dépendance de la DPNT à d'autres variables comme le mode d'installation et notamment les symptômes négatifs. Aucun lien de causalité entre réduction d'une DPNT et amélioration du pronostic n'est établi et il semble sur certains articles que les méthodes ayant pour but de la réduire ne soient pas efficaces sauf dans les pays où les DPNT sont très longues. Beaucoup de recherche est encore nécessaire et un axe prometteur semble être celui des patients à Ultra haut risque de transition vers la psychose, leur dépistage et leur accompagnement.

### **2.2.10 Une nouvelle piste de recherche, la DMNT**

Selon cet article (42) la durée de maladie non traitée est une piste à creuser et serait un facteur pronostic plus fiable que la DPNT. En effet la recherche et le dépistage des patients présentant des

prodromes permettant d'identifier et de suivre des patients classés à risque de psychose. Cette démarche permettrait de réduire fortement la DPNT et la DMNT en prenant en charge les premiers épisodes psychotiques dès leur apparition.

Cet essai a comparé (48) (valmaggia) les DPNT entre un organisme d'intervention pour les premiers épisodes psychotiques (147 patients) et un organisme de prise en charge des patients à haut risque de transition vers la psychose (43 patients). Les résultats de cette étude sont une DPNT moyenne de 11 jours pour le groupe patient à haut risque et de 366 jours pour l'autre groupe.

Plusieurs échelles ont été créées pour identifier la transition psychotique (42)

- La CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State) développée par Yung and al est largement utilisée en Europe et permet d'identifier des sujets à risque de développer un trouble psychotique en identifiant les prodromes et ne permet donc pas de calculer rétrospectivement la DPNT.
- Le Structured Interview for Prodromal Syndromes / Scale of Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS) développé par Miller et al., permet aussi de diagnostiquer les patients à risque de présenter un épisode psychotique, en identifiant les prodromes et ne permet donc pas non plus de calculer rétrospectivement la DPNT.
- Le Basel Screening Instrument for Psychosis (BSIP) développé par Riecher-Rössler et al., permet la même chose.

Des recherches sont encore nécessaires et ce genre de prise en charge soulève la question éthique du suivi et de l'accompagnement de patients qui n'ont pas développé de trouble. En effet selon cet article (49)\_les acteurs de soins utilisant ces prises en charges doivent être vigilants au sujet du risque de stigmatisation lié au nom du syndrome, aux noms des services et le risque implicite de prescrire de antipsychotiques chez des sujets ne présentant pas de psychose. Les sujets à haut risque de transition

vers la psychose, leur dépistage et leur accompagnement constituent un axe prometteur mais cette population ne fait pas partie de celle ciblée par le programme OD.



## **2.3 Open dialogue, pour un moindre usage des antipsychotiques**

### **2.3.1 Une démarche atypique de l'Open Dialogue**

Comme nous l'avons expliqué au début, l'OD propose une démarche atypique en ce qui concerne l'instauration des antipsychotiques. Sans y être opposés, les auteurs mettent en avant un potentiel nuisible de ces traitements, « dans certains cas ». Ils considèrent que ceux-ci peuvent limiter les ressources psychiques des patients, et théorisent que certains patients et donc certains types de troubles psychotiques, avec le bon accompagnement, peuvent supporter, surmonter et digérer l'épisode psychotique sans avoir recours aux neuroleptiques.

Cette vision se traduit par une volonté de retarder au plus possible l'instauration du traitement antipsychotique, de se laisser plus de temps. Cliniquement cela se traduit par un délai d'au moins quelques jours avant leur instauration, ou la non utilisation des neuroleptique pour 66% des patients ou 70%.

Les doses utilisées sont « les plus petites possibles » et leur décroissance et arrêt se fait « dès que possible ». Dans cet article. (11) il est précisé que seulement 20,4% des 108 patients des groupes des études princeps sur l'OD (API, ODAP I et ODAP II), ont eu accès à un antipsychotique en début de prise en charge, 36% utilisaient un antipsychotique en fin de suivi et 54,6% y ont eu recours à un moment de leur suivi.

### **2.3.2 Les recommandations actuelles**

Cette démarche fait donc rupture avec les prises en charges classiques et les recommandations actuelles d'instaurer rapidement un antipsychotique.

Selon le collège des enseignants de psychiatrie, « Le recueil des éléments nécessaires à l'établissement du diagnostic ne doit pas faire différer la prise en charge thérapeutique ».

Selon la HAS, Les antipsychotiques : constituent le traitement pharmacologique de référence ; leurs effets indésirables doivent être prévenus et recherchés. Le choix de la molécule doit notamment tenir compte du bilan clinique et biologique initial. Les antipsychotiques de deuxième génération sont recommandés en première intention notamment chez l'adolescent, en raison d'un profil efficacité-tolérance neurologique plus favorable. Les antipsychotiques conventionnels ne devraient être utilisés qu'en deuxième intention pour l'épisode, sauf si notion d'une cure antérieure efficace et bien tolérée. La posologie minimale efficace est recherchée.

La HAS statue aussi : Après la résolution symptomatique d'un épisode unique, le traitement est maintenu pendant au moins 2 ans. L'arrêt sera alors progressif en maintenant un suivi régulier de l'état clinique du malade en concertation avec le soignant référent. En cas d'épisodes ultérieurs, le traitement est maintenu au moins 5 ans et, le plus souvent, au-delà.

Les recommandations sont assez claires sur l'utilisation des antipsychotiques chez les patients atteints de troubles psychotiques. Quelles sont les données de la littérature sur les stratégies de réduction précoce de dose et de discontinuations ?

### **2.3.3 Une critique du recours aux antipsychotiques**

Les antipsychotiques sont critiqués depuis quelques années par certains auteurs comme le Dr Gotszche. Ces critiques sèment le trouble chez les patients et les acteurs de soins. Ce scepticisme

prendrait naissance dans le manque de confiance en l'industrie pharmaceutique qui finance les études, mais aussi une efficacité mise en doute couplée à la nocivité de ces traitements présentant de multiples effets secondaires (50)

En effet les antipsychotiques induisent de nombreux effets secondaires dont certains sont listés de manière non exhaustive en dessous (51):

- Effets neurologiques directs, sédation dyskinésies, syndrome parkinsonien
- Effets neurovégétatifs, et anticholinergiques sécheresse buccale et oculaire, constipation, vision floue, hypotension, tachycardie, troubles mictionnels voir rétention aigue d'urine, enfin glaucome par fermeture de l'angle
- Effets cardiovasculaire : augmentation du QT, tachycardie, arythmie, hypertension artérielle
- Effets métaboliques : Dyslipidémies, troubles du métabolisme glucidique
- Augmentation de l'appétit et prise de poids avec augmentation du périmètre abdominal
- Effets endocriniens : Diabète, hyperprolactinémie, sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique
- Troubles hormonaux, dysménorrhée, baisse de la libido, impuissance
- Dyskinésie tardive
- Photosensibilité
- Agranulocytose et autres atteintes hématologiques
- Hépatotoxicité ou néphrotoxicité

Nous avons pris une revue de la littérature dans laquelle a participé le Dr Gotzsche pour observer les arguments mis en avant contre l'utilisation des antipsychotiques. Il nous a semblé intéressant de brièvement présenter le Dr Gotzsche, médecin et chercheur danois et co-fondateur de l'institut Cochrane. Il est notamment connu pour ses prises de positions controversées sur les dangers de la iatrogénie, la surprescription et sa vive critique de l'industrie pharmaceutique. Il accuse régulièrement celle-ci de biaiser les études et a marqué la communauté scientifique pour sa mise en garde contre

l'excès de vaccinations contre le papilloma virus, les risques du dépistage contre le cancer du sein mais aussi en publiant un brûlot contre la psychiatrie et l'usage des psychotropes (52). Dans ce livre il est dit entre autres, que plus d'un demi-million de personnes meurent chaque année à cause des psychotropes en Europe et aux États-Unis et que 98% des patients ayant recours aux psychotropes pourraient totalement s'en passer.

Cet article (Gotsche) (53) est donc une revue de la littérature et commence par expliquer que les effets secondaires empêchent l'évaluation en aveugle. Par exemple, une ancienne étude de 1964 est citée, où il est montré que les phénothiazines induisent une réduction de l'indifférence, une réduction de l'apathie, et une amélioration des mouvements moteurs par rapport aux placebo. (54). Une autre raison de méfiance vis-à-vis des études actuelles est la notion de symptômes dus au retrait des neuroleptiques. Ils expliquent que l'arrêt des neuroleptiques, même après une période de wash-out, induit des symptômes. Ils citent une étude qui montre plus d'akathisie pour le groupe placebo versus chlorpromazine (dans laquelle un traitement antipsychotique avait été administré avant le protocole).

Les critères de sélection pour cette revue de la littérature sont les essais randomisés contrôlés en aveugle versus placebo, pour un premier épisode psychotique, chez lesquels aucun traitement antipsychotique n'a été administré avant le début du protocole. Un critère d'exclusion sont les études qui incluent les sujets à risque de transition psychotique.

Seule une étude est jugée fiable sur un screening original de plus de 1000 études. Cette étude est un essai randomisé contrôlé chinois olanzapine vs placebo pour un premier épisode psychotique « Wang » (55)

Cet essai (129 patients olanzapine vs 132 placebo) montre une amélioration de la PANSS de 71,3 points pour l'Olanzapine vs 29,4 pour placebo avec une  $p < 0,001$  mais aussi une amélioration significative de mémoire immédiate, à court terme.

Les auteurs de la revue critiquent cet article car sa randomisation est faite par bloc, ce qui induit un risque de « briser » l'évaluation en aveugle. Mais ils critiquent aussi les résultats de l'étude. Il semble que les auteurs n'aient pas compris le tableau des résultats de cette étude, car il n'est pas très bien expliqué si les chiffres présentés sont des résultats moyens de PANSS ou des différences moyennes de PANSS. Cette confusion amène Gotzsche et ses confrères à conclure que Wang et al parlent de scores totaux de PANSS de 9 en faisant remarquer que 30 est le minimum, mais aussi que les scores sont plus faibles chez les groupes placebo que les groupes olanzapine. Les auteurs disent ne pas avoir compris cette étude et de ce fait l'estiment non fiable.

Une autre critique de ces études actuelles est que le suivi est trop court pour prendre en compte les effets secondaires à long terme.

Les auteurs décrivent le principe de « psychoses de rebond » qui signifie une rechute des symptômes psychotiques causés par l'arrêt du traitement antipsychotique. Les auteurs s'en servent pour invalider les études qui prônent la poursuite des antipsychotiques versus l'arrêt.

Ils citent des études observationnelles, dans lesquelles les pays en voie de développement ont obtenu de meilleurs résultats que les États-Unis et 4 autres pays développés en mettant en avant des différences socio culturelles pour expliquer ces différences. L'Open Dialogue et les études de Seikkula sont aussi cités.

Les auteurs expliquent qu'il faut changer le paradigme actuel, accepté depuis 50 ans, que la schizophrénie est une maladie mentale chronique qui nécessite un traitement antipsychotique potentiellement à vie. Paradigme qui impliquerait que la psychothérapie et les interventions psychosociales seraient de second ordre. Selon eux, les symptômes psychotiques sont des moyens de surmonter un stress sévère et dans cette logique, aucun effet positif ne peut être attendu d'un traitement antipsychotique. Selon leur théorie le trauma est encore présent à l'arrêt du traitement ce qui empêche la guérison. Ils conseillent aussi de changer les mesures d'évaluation qui se basent sur ces dits symptômes psychotiques, dont l'absence ou la présence sont selon eux non significatifs car ne représentent pas ce que les patients vivent. Au contraire la qualité de vie et le fonctionnement

prennent en compte les expériences et sont un témoin de la capacité à avoir résolu leurs évènements traumatiques ayant causé l'épisode psychotique.

Par ailleurs la nocivité et le risque de létalité des traitements antipsychotiques devraient encourager leur réduction et les traitements benzodiazépiniques sont proposés comme alternative pour la gestion de la crise.

Cette revue conclue que l'utilisation des antipsychotiques ne peut pas être justifiée par les preuves actuellement fournies par la littérature.

#### **2.3.4 Efficacité des Antipsychotiques**

Une méta analyse (50) de 167 essais randomisés contrôlés en double aveugle antipsychotiques versus placebo pour la prise en charge d'un épisode psychotique aigu a été réalisée suite aux critiques croissantes des antipsychotiques retrouvées dans la littérature.

Cette méta analyse regroupe 28 102 patients atteints de troubles psychotiques chroniques et le critère d'évaluation principal était l'efficacité globale sur le chiffre de la PANSS (Positive and Negative syndrome Scale) ou BPRS (Brief psychiatrique rating scale) ou sur l'échelle CGI (Clinical Global Impression). La différence moyenne standardisée de l'efficacité (SMD) retrouvée est de 0.47 (95%IC 0,42 ; 0,51) en faveur des traitements antipsychotiques. Comme le montre le graphique ci-dessous, respectivement 53% et 23% des patients atteints des troubles psychotiques chroniques observaient une réduction de 20% et 50% de leur score PANSS ou BPRS.

Les résultats montrent aussi une meilleure amélioration sur les symptômes positifs (SMD = 0,45) que négatifs (SMD = 0.35) que sur ceux de la dépression. La qualité de vie (SMD = 0.35) et le fonctionnement global (SMD = 0.34) sont améliorés même à court terme.

Une méta analyse (56)\_(Zhang) faite en 2012 qui compare efficacité et la tolérance des antipsychotiques de 2<sup>nd</sup>e génération vs ceux de 1<sup>ère</sup> génération lors de leur instauration pour un PEP regroupant 13 essais, et 2509 patients. Sur le critère principal (toute cause d'arrêt du traitement) pas de différence n'a été retrouvé entre les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>nd</sup>e génération à long terme. Par contre à court terme les patients traités avec des antipsychotiques de 2<sup>nd</sup>e générations ont présenté significativement moins d'arrêt de traitement (RR = 0,74 ; p < 0,001 ; N = 10 et n = 1952).

Les résultats montrent que l'Olanzapine et l'Amisulpride, et dans une moindre mesure, la Risperidone et la Clozapine ont fait la preuve de leur supériorité sur les 1<sup>ères</sup> générations sur la réduction des symptômes (olanzapine : ES = 0.26, p = 0.01, N = 5, n = 676 et amisulpride : ES = 0.40, p < 0.01, N = 1),

et cela avec moins de syndromes extrapyramidaux. En échange, les patients présentaient une augmentation du poids supérieure avec l'Olanzapine la Risperidone et la Clozapine que pour les 1<sup>ères</sup> générations avec plus de syndromes métaboliques pour l'Olanzapine.

Cette méta analyse (57) (Zhu) de 2017 publiée dans le Lancet, porte sa recherche sur l'indication des antipsychotiques pour le traitement en aigu des premiers épisodes psychotiques avec comme 1<sup>er</sup> critère principal la diminution des symptômes. Elle regroupe 19 essais (dont 13 avaient les données sur le critère principal), 12 traitements et 2669 patients.

Pour la réduction des symptômes positifs l'amisulpride (SMD = - 0,37 ,95% CI = -0,61 à -0,14), olanzapine (-0,25, -0,39 à -0,12), ziprasidone (-0,25, -0,48 à -0,01) et risperidone (-0,14 , -0,27 à -0,01) étaient significativement plus efficace que Haloperidol avec un niveau de preuve bas à modéré. Olanzapine était supérieure à l'haloperidol pour la réduction des symptômes négatifs.

Olanzapine associé avec un correcteur, et Quetiapine seule montraient moins d'akathisie que haloperidol, aripiprazole, risperidone, et olanzapine avec un niveau de preuve de très faible à faible qualité.

Les auteurs concluent que l'haloperidol semble une option à peine moins efficace pour la prise en charge des PEP et avec un niveau de preuve faible pour chaque drogue car les études avaient été menées sur des petits échantillons. Ils concluent que le traitement devrait se choisir plus en fonction des effets secondaires

Cette revue de la littérature (58) s'est intéressée au taux de réponse des antipsychotiques sur les premiers épisodes psychotiques et a effectué une méta analyse sur 17 essais randomisés contrôlés, pour un total de 3156 participants. Les résultats montrent que respectivement 81,3% et 51,9% des patients présentant un premier épisode psychotique observaient une réduction de 20% et 50% de leur score PANSS ou BPRS. Il est intéressant de comparer ces résultats à ceux de l'étude de Leucht sus citée,



qui retrouvait que respectivement 53% et 23% des patients atteints de troubles psychotiques chroniques observaient une réduction de 20% et 50% de leur score PANSS ou BPRS

Bien que les antipsychotiques soient critiqués par certains auteurs, les données de la littérature montrent un bon niveau de preuve l'efficacité de l'utilisation des antipsychotiques pour les épisodes psychotiques, avec une meilleure réponse lors du premier épisode psychotique. Les neuroleptiques de 2<sup>nde</sup> générations semblent légèrement plus efficaces que les neuroleptiques de 1ere génération mais avec un niveau de preuve bas, et présentent moins d'effets extrapyramidaux mais plus d'effets métaboliques. La stratégie proposée par l'Open Dialogue qui mène à 55,4% de non usage d'antipsychotique pour les premiers épisodes psychotiques (dans la population des études princeps) ne paraît pas recommandée par les données de la littérature.

### **2.3.5 Stratégie de Réduction précoce des antipsychotiques lors d'un PEP**

Cet essai (59) (Wunderink) évalue l'intérêt de la réduction précoce voire l'arrêt d'un traitement antipsychotique après rémission d'un premier épisode psychotique. Les auteurs sont partis de la remarque que certaines études montrent un nombre élevé de rechute à court terme lorsqu'est effectuée une réduction ou un l'arrêt précoce après la rémission d'un PEP et se sont posé la question des résultats à long terme. 103 patients ont été suivis pendant 7 ans en constituant deux groupes. Un groupe diminution/arrêt des antipsychotiques (DR) après 6 mois de rémissions, et un groupe poursuite du traitement (MT). Les éléments recherchés étaient une guérison (définie comme une rémission symptomatique et fonctionnelle pendant plus de 6 mois), ou une rémission symptomatique (tous les items de la PANNS  $\leq 3$  pendant plus de 6 mois), ou rechute (au moins 1 items de la PANSS  $> 3$  pendant une semaine), ou une rémission fonctionnelle (tous les domaines de la GSDS, Groningen Social Disability Schedule, étaient  $\leq 1$ , pendant 6 mois).

Les résultats montrent des meilleurs taux de guérisons chez les patients du groupe dose réduction (40,4% vs 17,6%). La régression logistique dans cette étude montre un OR à 3,49 (p=0,01). Les résultats montrent aussi un meilleur taux de rémission fonctionnelle chez les DR à 7 ans (deux fois plus élevé, avec un Pearson  $\chi^2 = 6,45$  ; P = 0,01), mais pas de différence au niveau du taux de rémission symptomatique (Pearson  $\chi^2 = 0,08$  ; P = 0,78).

Le taux de rechute est retrouvé plus faible chez les MT à 3 ans puis finalement, à plus long terme les taux de rechutes s'équilibrent avec le groupe DR comme si le MT n'avait que retardé la survenue de rechutes. Selon les auteurs, cette étude est une des premières qui montre des résultats en faveur de la réduction de dose précoce après rémission. Elle est néanmoins faite sur un petit échantillon

Cet autre essai (60) (Hui) publié dans le Lancet, randomisé en double aveugle compare les conséquences à long terme (10 ans) du maintien ou de l'arrêt précoce d'un antipsychotique après la rémission symptomatique d'un premier épisode psychotique. Les 178 patients de cet essai ont reçu au moins 1 an de traitement antipsychotique (400mg Quetiapine) jusqu'à atteindre une rémission. A partir de cette rémission symptomatique la moitié des patients a continué à recevoir le même traitement antipsychotique et l'autre moitié s'est vue prescrire un arrêt de la molécule avec l'usage d'un placebo pour assurer une étude en double aveugle. Un an plus tard une prise en charge « classique » était reprise et le suivi s'est fait sur une durée totale de 10 ans.

Le critère principal de cette étude est la survenue de bons ou mauvais résultats tel que les symptômes psychotiques (sur la PANSS), le suicide, et l'utilisation de Clozapine.

Les résultats montrent une mauvaise évolution clinique pour 39% des patients du groupe discontinuation contre 21% dans le groupe « traitement classique » (RR = 1,84, IC95% 1,15 - 2,96 p=0,012)

Cette revue de la littérature (61)(Thompson) a effectué une méta analyse sur 7 essais randomisés pour évaluer le taux de rechute lors d'une stratégie d'arrêt précoce des antipsychotiques versus celui d'une

stratégie de poursuite du traitement antipsychotique après un PEP. Avec un total de 290 patients pour le groupe discontinuation, l'analyse retrouve un taux de rechute plus élevé pour ce groupe, de 53% (IC95% : 39% - 68%), contre un taux de 19% de rechute (IC95% : 0,05% - 37% ; N=230) pour le groupe maintien du traitement sur un suivi d'un à deux ans. Cela dit les analyses en sous-groupe montrent une différence moindre pour les suivi plus long et les essais qui pratiquent une stratégie de discontinuation ciblée.

En somme il apparait que la stratégie de maintien du traitement antipsychotique semble plus efficace notamment au sujet du risque de rechute. Cela dit à plus long terme les résultats sont contradictoires. Certaines études suggèrent que le fonctionnement social pourrait être mieux préservé avec les stratégies de réduction de dose. Cette stratégie n'est donc à ce jour pas recommandée mais peut être évoquée à certains patients capables de bien comprendre les enjeux de cette stratégie.

Pour ce qui est de l'OD, c'est une stratégie de faible usage et de décroissance rapide. Les auteurs de l'OD, ne décrivent pas de protocole défini pour la décroissance du neuroleptique ni sur quels critères ils se basent pour initier la décroissance et il n'y a pas de données sur cette temporalité. Il n'y a pas non plus de données sur les molécules utilisées ni leur dosage. Nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant un protocole similaire.

La position idéologique des auteurs nécessite d'être soutenue par des preuves scientifiques et imposerait donc la réalisation d'un essai randomisé contrôlé sur le dispositif pharmacologique particulier mis en place dans l'Open dialogue.

### 3 Troisième partie

Open Dialogue, une validité idéologique

### 3.1.2 Une étude qualitative

Dans cette étude qualitative anglaise (15), les auteurs ont évalué les ressentis de 8 patients et de 11 praticiens qui ont expérimenté une thérapie type OD, légèrement modifiée pour correspondre aux standards de la NHS (National Health Service) avec l'intervention de pairs aidants et l'adjonction de thérapies type mindfulness.

Il ressort que l'open dialogue est vu comme un changement positif du point de vue des patients, car ils se sentent notamment mieux écoutés, mieux accueillis. Certains décrivent des expériences traumatisantes dans leur parcours en psychiatrie et voient cette approche comme une amélioration. Les cliniciens sont contents de se permettre plus de temps et trouvent la démarche plus humaine que ce qu'ils ont l'habitude de pratiquer

Les « réflexives conversations » sont le principe que chacun expose très authentiquement les émotions et les pensées qui les traversent pendant la réunion. Cette façon de faire est dans cette étude appréciée par les cliniciens comme un moyen d'explorer de nouvelles perspectives et de varier les points de vue. Les usagers ont été déroutés par cette façon de faire mais ont trouvé l'expérience plutôt agréable car laissant émerger une sincérité jamais connue jusqu'alors. Toutefois certains usagers ont qualifié ce principe de gênant voire stressant.

La tolérance de l'incertitude est le fait que les entretiens ne présentent pas de but précis dans l'objectif de créer un espace de partage. Ce principe a été jugé déroutant voire inutile en début de thérapie puis apprécié par la suite. Les praticiens ont exprimé leur inquiétude vis-à-vis du manque de moyen à disposition pour mettre en place cette thérapie.

La modification des rapports hiérarchiques a été vu par certains comme un moyen de changer les relations et de mieux entendre l'avis de chacun alors que d'autres ont estimé que la hiérarchie ne pouvait pas disparaître.

Les usagers sont plutôt contents du procédé et se sentent mieux écouté et plus en confiance face à plus d'authenticité. Les cliniciens sont contents d'utiliser d'autres méthodes de communications et apprécient la sincérité des échanges qui permet un lien thérapeutique très fort, voire trop fort avec certains patients et que celui-ci est à monitorer précautionneusement. Certains praticiens ont trouvé que l'OD est en phase avec leur propre éthique et valeurs personnelles et professionnelles et amélioreraient la qualité des soins délivrés. D'autres cliniciens se montrent plus sceptiques vis-à-vis de la méthode. La plupart des cliniciens disent que l'approche dialogique visant à utiliser les propres mots des patients pour créer un nouveau langage se substituant au langage médical devrait être plus largement répandue.

Pour résumer les praticiens et usagers sont plutôt satisfait de la méthode par son éthique de soins et le lien qu'elle permet notamment grâce à certains principes (reflective conversations, tolérance de l'incertitude, dialogisme) mais disent que la mise en œuvre de l'OD semble difficile à appliquer aux systèmes de soins actuels par le temps et le coût qu'elle représente à court terme.

### **3.1.3 Open Dialogue et droits de l'Homme**

Dans cet article (10), les auteurs, dont Bergstrom et Seikkula les instigateurs de l'OD, essaient de mettre en évidence en quoi l'OD est en phase avec les « Droits de l'Homme », en faisant référence à la Déclaration Universelle des droits de l'Homme (62), et aux recommandations de la Convention Relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (63). Mais aussi en faisant référence à deux récents Rapports du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme pour la Santé mentale et les droits de l'homme HRC 34 32 ; HRC 39 36. (64,65)

### 3.1.4 Prise de distance avec le principe de preuve scientifique

Dans cet article, les auteurs expliquent d'abord que la question des droits de l'homme en santé mentale est un enjeu actuel de la scène internationale.

D'abord les auteurs font référence au Rapport (66)\_HRC 35 21 du Dr Puras, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Les auteurs indiquent que dans ce rapport l'accent est porté sur le droit de l'homme en priorité. Dans ce texte il y aurait « un évitement de la traditionnelle suprématie de la preuve scientifique, au-dessus d'autres motifs, pour la promotion et la mise en œuvre d'intervention de santé ».

Globalement ce rapport très critique du système de santé mentale actuel promeut une valorisation des interventions psychosociales dans la pratique, la recherche et l'enseignement médical. Il dénonce la prévalence du modèle biomédical (dans l'application la recherche et l'enseignement) et recommande de trouver un équilibre entre les modèles biomédicaux et psychosociaux. Ce rapport met en garde contre les laboratoires pharmaceutiques qui interviendraient dans les études ce qui fausserait la notion de preuve scientifique. Ce rapport critique aussi la sur-prescription des psychotropes, et l'usage des soins sans consentement.

En réponse à ce rapport, les auteurs disent que la justification de l'indication d'une intervention pour la santé, ne dépend pas uniquement de l'existence de la preuve scientifique de cette intervention mais en premier lieu de savoir si celle-ci peut être en accord avec les droits de l'homme. En d'autres termes, la question des droits de l'homme devrait être mise sur un pied d'égalité avec le principe de preuve scientifique pour guider les politiques de santé mentales.

Dans cette explication pourrions-nous comprendre que les auteurs estiment qu'une validation idéologique de leur thérapie, car conforme à la notion des droits de l'homme, leur permettrait de s'émanciper de la preuve scientifique pour justifier le développement de leur thérapie ?

### **3.1.5 Critique du système de santé actuel**

Par la suite les auteurs mettent en garde sur les risques de mauvaise évolution des troubles pour les individus atteints de problèmes de santé mentale lorsque l'intervention de santé n'est pas adaptée. De surcroît ils pointent les risques de violation des droits de l'homme faites au nom d'une intervention de santé mentale en citant : restriction des droits, contention, isolation, médication sans consentement, stigmatisation, pathologisation, dépersonnalisation, perte d'autonomie des individus atteints de problèmes de santé mentale.

Les auteurs citent deux Rapports annuels du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme pour la santé mentale et droits de l'homme (HRC 34-32 et HRC 39-36) (64,65)

Dans ces rapports il est rappelé que l'article 14 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (63) établit une interdiction absolue de la privation de liberté fondée sur le handicap, qui exclut tout engagement et tout traitement non consenti. Ces rapports mettent en avant un recours trop large aux soins sans consentement et aux traitements psychotropes notamment dans les pays développés. Au sujet de la stigmatisation, il est dit que « la stigmatisation perdure dans les structures de santé, au détriment de la qualité des soins ».

De plus ces rapports demandent de porter l'accent sur l'aspect psycho social par rapport au bio médical pour l'appréhension des maladies mentales, pour la compréhension de leur émergence et de leur maintien mais aussi pour le développement des thérapies. Ils recommandent aussi le développement des prises en charges de proximité en opposition aux prises en charges institutionnelles.

### **3.1.6 Mise en avant de l'OD**

Par la suite les auteurs décrivent l'Open Dialogue comme ayant « un bon niveau de preuve scientifique corroboré par des études et cohortes très robustes faisant la preuve de son efficacité » mais aussi comme une thérapie qui est en phase avec les droits de l'homme.



Il y a là une malhonnêteté sur la qualité des articles ayant cherché à démontrer l'efficacité de l'OD.

Dans cet article, l'OD est décrit comme compatible avec les droits de l'homme car « étant non institutionnel, non médicalisant, favorisant et dépendant du recours aux ressources locales, permettant un espace de parole ouvert à tous, avec des valeurs de respect mutuel, égalité, autonomie, autres formes de rapport de pouvoirs ».

Pour les auteurs la validité idéologique de cette thérapie est une garantie pour éviter les contraintes aux droits et les formes de violations des droits de l'homme décrites dans les différents rapports cités.

### **3.1.7 Critique du Diagnostic**

Dans ces rapports il y a un avertissement vis-à-vis de la place que prend le diagnostic dans les prises en charges de santé mentale.

L'OD est décrite comme permettant à l'individu d'exprimer son potentiel d'auto exploration, d'auto explication, et d'auto détermination. L'OD se centre sur la réponse humaine et la communication dans le système du patient, ce qui a pour vocation de donner du sens à ce qui est considéré comme une « crise et un événement de vie » plutôt qu'une condition médicale. L'OD veut prioriser « les relations humaines, les compréhensions basées sur le contexte et les croyances locales plutôt que sur les symptômes et les diagnostics cliniques ». Avec ces principes l'OD dit respecter de la dignité et la valeur humaine, au lieu de « l'objectifier en lui appliquant une étiquette avec un diagnostic ». Ici nous voyons une prise de distance claire avec la question du diagnostic.

### 3.1.8 Promulgation d'une approche plus Psychosociale et moins biomédicale

Par la suite, les auteurs font référence à la définition du handicap telle qu'elle est donnée dans le Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, Santé mentale et droits de l'homme (64). Dans ce rapport le handicap est un concept dont l'origine est partagée entre des déficits individuels qui répondent à des contraintes environnementales. La définition est celle de L'OMS pour laquelle le handicap « s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit »

L'OD est décrite comme congruente à cette vision mettant l'accent sur la compréhension d'une crise qui est profondément enchâssée aux conditions de vie. En ce sens, les auteurs disent qu'elle contrasterait avec une vision médicale plus traditionnelle qui perçoit la maladie comme quelque chose intrinsèque à la personne plutôt que contextuel. Bien que le modèle bio-psycho-social soit maintenant le plus répandu, la théorie sous-jacente à l'OD met vraiment l'accent sur le versant social se rapprochant du principe de psychose réactionnelle.

Les auteurs rappellent que sur ce rapport (64) il est dit que l'utilisation en priorité du modèle biomédical peut conduire à davantage de stigmatisation et d'exclusion pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Dans ces rapports, le modèle biomédical de la santé mentale est tenu responsable de nourrir « un accroissement de l'écart de l'exclusion des personnes atteintes de trouble psychiatrique par rapport à la société dans laquelle ils vivent.

Le renforcement du réseau de chacun et la promotion de la cohésion sociale telle que proposé par L'open dialogue apparaît congruent avec ces rapports. Dans cette partie les auteurs mettent l'accent sur le principe systémique de leur action et plus précisément sur la fonction dialogique. Cela permet à chacun de s'exprimer sur ce qu'il se passe et non pas seulement l'individu qui présente des troubles. Cela tendrait aussi à limiter l'exclusion des membres d'un système lorsqu'un est atteint de ces troubles (à la différence de ce qui est souvent observé dans le système classique décrit comme plus individualiste).

En somme bien que maintenant le modèle bio-psycho-social soit celui le plus répandu, l'OD met avant le versant social dans l'origine des troubles, la définition du handicap et la résolution de la crise.

### **3.1.9 Une éthique de soin**

Les défenseurs de l'OD, disent vouloir restaurer la dignité et promouvoir l'égalité avec leur thérapie (10). Dans les family meetings, la transparence est très importante, toutes les informations sont partagées, et discutées, et le thérapeute parle ouvertement de ses propres réflexions et émotions pour échanger à leur sujet c'est le principe des « réflexives conversations ».

Toutes les voix sont entendues, et chaque protagoniste est mis sur un pied d'égalité c'est le principe de polyphonie et de volonté de relation non hiérarchique. Chacun prend la parole et explique ce qu'il ressent avec son propre langage pour décrire les phénomènes, de l'épisode ce qui permet de construire un nouveau langage respectant les croyances et le fonctionnement de chacun (dialogisme). De cette façon les auteurs disent respecter la diversité et le fonctionnement de chacun. Cette approche déclare mieux respecter la liberté de chaque individu.

Comme les thérapies humanistes, l'OD critique l'objectification du sujet, réintroduit la subjectivité et la liberté de la personne humaine. La prise de distance avec le diagnostic et le modèle biomédical est aussi une caractéristique en commun avec les thérapies humanistes. Toutes ces valeurs sont mises en avant et les auteurs présentent l'OD comme une philosophie de soin plus respectueuse et plus éthique. C'est aussi ce que semblent apprécier certaines personnes qui l'ont pratiqué dans les études qualitatives (15)

### **3.1.10 Une revendication « post psychiatrique »**

Les auteurs insistent sur la vision sociale du trouble et donc d'une réponse sociale (10). La notion d'identité de chacun se veut plus protégée, dans une idée de respect de la diversité. Chaque personne dans ce monde se doit d'être en lien, être engagé et inclus dans le réseau social. La mise en place de cette vision peut être un défi mais selon les auteurs, est une ressource pour gérer les « moments de crises ». Comme nous l'avons vu, il y a une prise de distance par rapport au diagnostic, à l'hôpital, au versant biomédical et notamment au traitement tel que ce qui est fait dans une prise en charge classique.

Les rapports du conseil des droits de l'Homme des Nations Unies (64–66) identifient des déterminants sociaux, économiques et politiques pour les comprendre et résoudre des problèmes de santé mentale tels que les formes de discriminations, de stigmatisation, d'inégalité d'accès à l'emploi, à l'hébergement et aux autres formes de disparités sociales.

Pour tout cela, l'Open dialogue représenterait un bienfait à plusieurs échelles. A l'échelle de l'individu dans son micro système mais à plus large échelle dans une communauté voire sur une population avec une meilleure cohésion sociale.

Dans la conclusion les auteurs reconnaissent l'idéalisation de leur thérapie et disent ne pas avoir axé leur papier sur les différences avec la notion de Droit de l'Homme tout en disant ne pas en avoir beaucoup trouvé. Montrent que leur intervention peut se faire avec du personnel bien formé sans nécessiter le recours aussi fréquent à un soignant très formé tel qu'un médecin, mais laissant plus de place aux pairs aidant et aux membres du système pour aider une personne. Puis disent que plus qu'une thérapie, l'OD représente une vision de ce que doit signifier qu'être un individu au sein d'un système social en remettant au centre le dialogue et l'échange. Puis ils s'émancipent de la question de la santé mentale uniquement, et pensent que des interventions de type OD permettent un développement et la promotion des Droits de L'Homme de manière plus générale. Un moyen pour que

le monde surmonte les difficultés sociales multiples actuelles, en faisant référence aux conflits, guerres, régimes autocratiques au sein desquels peu de moyen peuvent être déployés.

Pour conclure, cette remise en cause du système de santé actuel, cette prise de liberté vis-à-vis de la science, cette mise avant de valeurs éthiques telles que la liberté et la dignité, cette mise en avant du rôle social, des interactions à l'échelle de la communauté, cette approche qui se revendique « post psychiatrique » peut s'apparenter à une forme moins radicale du mouvement antipsychiatrique.

Les données de la littérature ne sont pas en faveur d'une efficacité de cette thérapie voire même remettent en question l'intérêt de poursuivre les études sur le sujet. Les résultats publiés sur cette thérapie en Laponie occidentale finlandaise, ne représentent pas une preuve scientifique de réussite. Malgré cela cette méthode continue à séduire en revêtant sur certains aspect une idéologie contestataire des soins psychiatriques actuels, prônant un abord plus humaniste, plus adapté à chacun, plus égalitaire dans la relation médecin malade. Comme une deuxième vague antipsychiatrique les défenseurs de cette thérapie se montrent très critiques des systèmes de santé actuels, avec un discours quasi politisé. Ils s'affranchissent des niveaux de preuves scientifiques pour mettre en avant une idéologie de soins qui leur paraît plus saine.

## Conclusion

Pour conclure, l'Open Dialogue est une thérapie précoce, d'orientation familiale, pour les premiers épisodes psychotiques avec un moindre usage des neuroleptiques, qui a été développé dans une petite région finlandaise, la Laponie Occidentale. C'est une thérapie qui se développe de plus en plus dans le monde et se présente en modèle de réussite, en rupture avec les prises en charges « classique » notamment pour la question des neuroleptiques.

Nous pouvons dire que les données de la littérature ne permettent pas de démontrer une efficacité de l'Open Dialogue car les études sont de mauvaise qualité.

La revue de littérature que nous avons faite montre une efficacité des prises en charges familiales pour les premiers épisodes psychotiques avec notamment un bon niveau de preuve pour la psychoéducation familiale en termes de rechutes et d'adhésion au traitement, mais aussi en termes de qualité de vie pour les patients et les aidants. Les thérapies de type Family Psychoeducation FPE, semblent se rapprocher sur certains points de l'OD et présentent des résultats inégaux, avec la mise en cause d'une grande hétérogénéité. Dans le cas particulier de l'Open Dialogue, il serait intéressant de standardiser ses family meetings et de les évaluer séparément sur un essai randomisé contrôlé pour isoler un type d'intervention particulier qui pourrait avoir un réel effet thérapeutique dans cette population.

Par ailleurs, l'Open Dialogue propose une réponse précoce, psychosociale et éventuellement pharmacologique et s'intègre donc dans le groupe des thérapies précoces pour lesquelles la littérature montre bien une efficacité à court terme mais plus de recherches restent nécessaires pour évaluer leur efficacité à long terme. La durée de psychose non traitée (DPNT) dans la population de l'OD est faible, mais les auteurs ne décrivent pas les raisons de cette courte DPNT. Il serait intéressant de développer cet axe pour isoler des moyens de réduire la DPNT. A ce sujet la littérature reste encore insuffisante, une DPNT longue est corrélée à un moins bon pronostic sans que l'on ait pu, à ce jour, démontrer un lien de causalité

entre une intervention de réduction de la DPNT, une véritable réduction de la DPNT et le pronostic in fine. Il est possible qu'une DPNT longue soit finalement un marqueur de mauvais pronostic, et la recherche se tourne davantage vers la réduction de la Durée de maladie non traitée (DMNT) et le dépistage des sujets à Ultra haut risque de psychose, mais cette approche ne fait pas partie de l'OD.

Le positionnement de l'Open Dialogue vis-à-vis des traitements est un sujet particulier de controverse qui accompagne cette méthode. La littérature scientifique internationale recommande avec un haut niveau de preuve l'utilisation des antipsychotiques lors d'un premier épisode psychotique. La stratégie de décroissance progressive au décours de l'épisode a fait l'objet de plusieurs travaux qui montrent que cette option est possible bien que plus risquée en termes de rechute. Elle semble tout du moins à évoquer, pour certains patients capables de bien comprendre les enjeux de cette stratégie. Pour autant la stratégie proposée par l'OD de retard à l'instauration d'un traitement antipsychotique, voire dans la majorité des cas d'une absence de traitement antipsychotique et d'une simple intervention psychosociale ne possède pas d'argument scientifique suffisamment étayé pour pouvoir être affirmée. La position idéologique des auteurs nécessite donc d'être soutenue par des preuves scientifiques et imposerait donc la réalisation d'un essai randomisé contrôlé sur le dispositif pharmacologique particulier mis en place dans l'Open dialogue.

Pour finir, l'Open Dialogue met en avant des valeurs humanistes telles que le respect de l'individu, la liberté et l'égalité. Le rapport au patient y est différent, non hiérarchisé, et les techniques de communication sont très ouvertes sur les émotions et pensées de chacun. Ils centrent le regard sur le patient en tant que sujet dans un système dont ils veulent mobiliser les propres ressources et valeurs. L'objectif est de permettre une potentielle auto-explication et auto-détermination face à un « événement de vie » plutôt que la délivrance d'une



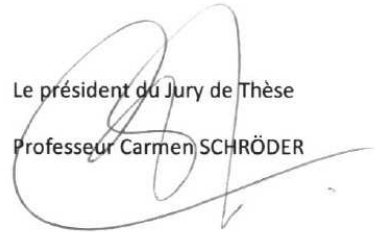
hypothèse médicale et d'une méthode généralisée pour un diagnostic défini. Partant du modèle biopsychosocial, L'OD met l'accent sur l'approche sociale qu'il souhaite développer à plus large échelle (étiologique et thérapeutique mais aussi interpersonnelle et sociétale) et se propose en rupture avec le système de santé « classique » utilisant parfois le terme de « post-psychiatrique ».

Au total, nos réflexions nous amènent à conclure que l'Open Dialogue repose actuellement sur un positionnement principalement idéologique, car il attire davantage par sa philosophie de soins que par ses résultats scientifiques, une caractéristique qui n'est pas sans rappeler ce qui fut observé et s'observe toujours pour plusieurs courants de psychothérapies dont la notoriété a précédé ou précède les preuves scientifiques (des preuves qui parfois ne sont jamais obtenues).

VU

Strasbourg, le 26 octobre 2020

Le président du Jury de Thèse  
Professeur Carmen SCHRÖDER



VU et approuvé  
Strasbourg, le 27 OCT 2020  
Administrateur provisoire de la Faculté de  
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé  
Professeur Jean SIBILIA



## Bibliographie

1. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Freymann J-R. 5. Peut-on traiter la schizophrénie par la psychanalyse ? Hypotheses. 21 mai 2018;63-72.
3. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1 nov 2013;39(6):1296-306.
4. Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A, Jääskeläinen J, Kokkola A, Ojanen M, et al. The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998;97(1):10-7.
5. Alanen YO, Lehtinen K, Räikköläinen V, Aaltonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1991;83(5):363-72.
6. Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Räikköläinen V, Syvälahti E. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*. 1 août 2000;15(5):312-20.
7. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 1 mars 2006;16(2):214-28.
8. Lehtinen V, Taipale V. Integrating mental health services: the Finnish experience. *Int J Integr Care* [Internet]. 1 juin 2001 [cité 27 oct 2020];1. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484394/>
9. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*. 1 oct 2011;3(3):179-91.
10. von Peter S, Aderhold V, Cubellis L, Bergström T, Stastny P, Seikkula J, et al. Open Dialogue

- as a Human Rights-Aligned Approach. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [cité 2 nov 2020];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00387/full>
11. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ, et al. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res.* 2018;270:168-75.
  12. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-Year Follow-Up on First Episode Schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services.* 1 janv 2003;5:163-82.
  13. Gordon C, Gidugu V, Rogers ES, DeRonck J, Ziedonis D. Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatr Serv.* 01 2016;67(11):1166-8.
  14. Dillinger RL, Kersun JM. Caring for caregivers: Understanding and meeting their needs in coping with first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* oct 2020;14(5):528-34.
  15. Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, Stott JCH, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open.* juill 2019;5(4):e49.
  16. Freeman AM, Tribe RH, Stott JCH, Pilling S. Open Dialogue: A Review of the Evidence. *Psychiatr Serv.* 01 2019;70(1):46-59.
  17. Dupont S. La thérapie familiale [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.puf.com/content/La\\_th%C3%A9rapie\\_familiale](https://www.puf.com/content/La_th%C3%A9rapie_familiale)
  18. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 juin 2011;(6):CD002831.
  19. Feldmann R, Hornung WP, Prein B, Buchkremer G, Arolt V. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* juin 2002;252(3):115-9.
  20. Hodé Y. Psychoéducation des patients et de leurs proches dans les épisodes psychotiques. *L'Encéphale.* 1 sept 2013;39:S110-4.
  21. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam*

Process. 2016;55(3):460-82.

22. Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *J Consult Clin Psychol.* févr 1998;66(1):53-88.
23. Shoham V, Mueser K, Daiuto A, Stickle T. Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult Mental Health Problems. *Journal of consulting and clinical psychology.* 1 mars 1998;66:53-88.
24. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(4):631-43.
25. Garety PA, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Cognitive--behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* juin 2008;192(6):412-23.
26. LE PROGRAMME [Internet]. Profamille. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://profamille.org/le-programme-pro-famille/>
27. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, et al. Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia: II. Two-Year Effects of a Controlled Study on Relapse and Adjustment. *Arch Gen Psychiatry.* 1 avr 1991;48(4):340-7.
28. Sher L, Kahn RS. Family interventions and prevention of suicide in first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2019;139(5):484.
29. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L, et al. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Front Psychiatry* [Internet]. 27 juin 2016 [cité 31 oct 2020];7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4921745/>
30. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry.* janv 2013;70(1):107-20.
31. Laprevote V, Heitz U, Di Patrizio P, Studerus E, Ligier F, Schwitzer T, et al. Pourquoi et

comment soigner plus précocement les troubles psychotiques ? La Presse Médicale. 1 nov 2016;45(11):992-1000.

32. Bourgin J, Krebs M-O. [Early detection and early intervention in first episode psychosis]. La Revue Du Praticien. mars 2013;63(3):336-42.

33. Norman RMG, Malla AK, Verdi MB, Hassall LD, Fazekas C. Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. Psychol Med. févr 2004;34(2):255-66.

34. Kalla O, Aaltonen J, Wahl-ström J, Lehtinen V, Cabeza IG, Chávez MGD. Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2002;106(4):265-75.

35. Larsen TK, Johannessen JO, Opjordsmoen S. First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172(33):45-52.

36. Penttilä M, Miettunen J, Koponen H, Kyllönen M, Veijola J, Isohanni M, et al. Association between the duration of untreated psychosis and short- and long-term outcome in schizophrenia within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Schizophrenia Research. janv 2013;143(1):3-10.

37. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. JAMA Psychiatry. 01 2018;75(6):555-65.

38. Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M, Jones PB, Killackey E, Taylor M, et al. Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation. Early Interv Psychiatry. 2016;10(6):540-6.

39. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschläger J, le Quach P, et al. Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness: The OPUS Trial. Arch Gen Psychiatry. 7 juill 2008;65(7):762.

40. Melle I, Johannessen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. Am J Psychiatry. mai 2006;163(5):800-4.

41. Register-Brown K, Hong LE. Reliability and validity of methods for measuring the duration of

untreated psychosis: A quantitative review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 1 déc 2014;160(1):20-6.

42. Souaiby L, Gaillard R, Krebs M-O. Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique. *L'Encéphale*. 1 août 2016;42(4):361-6.

43. Norman RM, Townsend L, Malla AK. Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. oct 2001;179:340-5.

44. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry*. 1 sept 2005;62(9):975.

45. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *AJP*. 1 oct 2005;162(10):1785-804.

46. Boonstra N, Klaassen R, Sytema S, Marshall M, De Haan L, Wunderink L, et al. Duration of untreated psychosis and negative symptoms — A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia Research*. 1 déc 2012;142(1):12-9.

47. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. août 2014;205(2):88-94.

48. Valmaggia LR, Byrne M, Day F, Broome MR, Johns L, Howes O, et al. Reduced duration of untreated psychosis and need for admission in patients who engage with mental health services in the prodromal phase. *Br J Psychiatry*. août 2015;207(2):130-4.

49. Moritz S, Gawęda Ł, Heinz A, Gallinat J. Early detection. A defense of our statement that we should not catastrophize a future we cannot reliably predict nor change. A plea for a faster transition of traditional « early intervention » programs for psychosis into new treatment models. *Psychol Med*. 20 déc 2019;1-4.

50. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, et al. Sixty Years of Placebo-

Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *AJP*. oct 2017;174(10):927-42.

51. VIDAL : Base de données médicamenteuse pour les prescripteurs libéraux [Internet]. VIDAL. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
52. Götzsche PC. Deadly Psychiatry and Organised Denial. *Art People*; 2015. 279 p.
53. Danborg PB, Götzsche PC. Benefits and harms of antipsychotic drugs in drug-naïve patients with psychosis: A systematic review. *Int J Risk Saf Med*. 30(4):193-201.
54. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia; effectiveness: the national institute of mental health psychopharmacology service center collaborative study group. [Internet]. *Epistemonikos*. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: </en/documents/cf511db2bc8effce8422dc1e4f917d28f24ee7af>
55. Wang C-H, Li Y, Yang J, Su L-Y, Geng Y-G, Li H, et al. A randomized controlled trial of olanzapine improving memory deficits in Han Chinese patients with first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1 mars 2013;144(1):129-35.
56. Zhang J-P, Gallego JA, Robinson DG, Malhotra AK, Kane JM, Correll CU. Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. juill 2013;16(6):1205-18.
57. Zhu Y, Krause M, Huhn M, Rothe P, Schneider-Thoma J, Chaimani A, et al. Antipsychotic drugs for the acute treatment of patients with a first episode of schizophrenia: a systematic review with pairwise and network meta-analyses. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(9):694-705.
58. Zhu Y, Li C, Huhn M, Rothe P, Krause M, Bighelli I, et al. How well do patients with a first episode of schizophrenia respond to antipsychotics: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(9):835-44.
59. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. sept 2013;70(9):913-20.
60. Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, Chang WC, Chan SKW, Chen ESM, et al. Long-term effects

of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(5):432-42.

61. Thompson A, Winsper C, Marwaha S, Haynes J, Alvarez-Jimenez M, Hetrick S, et al. Maintenance antipsychotic treatment versus discontinuation strategies following remission from first episode psychosis: systematic review. *BJPsych Open*. 29 juin 2018;4(4):215-25.

62. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 2015 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>

63. convoptprot-f.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

64. G1702135.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/35/PDF/G1702135.pdf?OpenElement>

65. G1823294.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/232/94/PDF/G1823294.pdf?OpenElement>

66. G1707607.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/07/PDF/G1707607.pdf?OpenElement>



Université

de Strasbourg

Faculté  
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : TOURDINEPrénom : FRANÇOIS

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance  
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours  
en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A Strasbourg, le 18.11.2020

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

**Open Dialogue, d'une validité scientifique à  
idéologique**

---

RESUME : Dans cette thèse, l'auteur présente une thérapie systémique de prise en charge précoce pour les premiers épisodes psychotiques avec moindre usage des antipsychotiques qui s'appelle l'Open Dialogue, et s'interroge sur sa validité scientifique et son ancrage idéologique. Le travail est divisé en trois grandes parties. La première reprend l'historique, le contexte du développement de ce programme et les études dont nous disposons à son sujet. La seconde partie propose en miroir un état des lieux des interventions validées pour les patients présentant un trouble psychotique. Les axes développés sont les thérapies systémiques, les thérapies précoces et les stratégies de réduction des traitements antipsychotiques. La dernière partie tente de mettre en perspective les valeurs et le positionnement idéologique qui sous-tendent l'Open Dialogue permettant de comprendre sa diffusion dans le monde. Enfin, la conclusion générale reprend les éléments principaux de la thèse. Au total, l'auteur conclue que l'Open Dialogue repose actuellement sur un positionnement principalement idéologique, car il attire davantage par sa philosophie de soins que par ses résultats scientifiques.

---

Rubrique de Classement : thèse d'exercice pour le Diplôme d'Études Spécialisées de Psychiatrie

---

Mots clés : schizophrénie, psychose, Open Dialogue, psychothérapie, thérapie systémique, familiale, thérapie précoce, antipsychotique

---

Président : Pr Carmen SCHRÖDER

---

Directeur : Pr Fabrice BERNA

---

Assesseur : Dr Pascal GUINGAND

---

Adresse de l'auteur : 3 Rue Stimmer 67000 Strasbourg

---