Dialogues ouverts

L'humain au cœur des relations d'aide[1]

The implementation problem

Open Dialogue est une approche encore peu connue en francophonie, malgré plus de quarante ans de développement. Elle propose une vision qui dépasse le modèle biomédical centré sur les critères de déficience et de maladie. Open Dialogue se présente comme une vraie alternative salutogène et positive, porteuse d'espoir, qui replace les difficultés de la vie dans le contexte d'une praxis sociale, communautaire, humaniste.

D'abord reconnue dans les pays nordiques et dans le nord du continent, J'ai commencé sa diffusion en francophonie en 2017, en étant l'un des rares si non le seul formateur en langue française. Je me suis donné la mission de la faire connaître en France, au Canada et aujourd'hui en Suisse romande.

Ce mouvement de diffusion s'inscrit désormais dans une expansion internationale, présente dans plus de quarante pays. Comme souvent en clinique, le temps nécessaire à l'intégration d'une nouvelle manière de penser et de pratiquer se mesure en décennies : nous entrons seulement maintenant dans cette phase où Open Dialogue commence véritablement à trouver une place.

Approche essentiellement pratique, Open Dialogue se transmet à la fois par ses études publiées et par une formation largement expérientielle. Ses fondements théoriques, pourtant essentiels, sont moins souvent mis en avant dans la littérature spécialisée ou dans l'enseignement, généralement centré sur « un peu de théorie et beaucoup de pratique », en raison de l'importance des compétences relationnelles qui en forment le cœur. La théorie enseignée reste pourtant indispensable, et comme nous allons le voir, son inspiration est étonnamment riche.

---

[1] Carlos León Dr en psychologie – psychothérapeute. Formateur international en Open Dialogue
Odformation.org / carlos.leon@odformation.org

A l'attention de l'Association neuchâtelois de thérapie de famille – ANTF
Novembre 20 de 2025

La question soulevée par mes collègues de l'ANTF sur ces bases conceptuelles a été donc particulièrement bienvenue. Elle m'a encouragé à éclairer davantage cet aspect.

C'est dans la perspective de compléter une information essentielle, et avec le souci de rester fidèle à l'histoire et à l'intention originelle de l'approche, que j'ai rédigé ces lignes, qui constituent pour l'instant un premier jet.

Introduction

« Nous devons penser la complexité, non pour la simplifier, mais pour la comprendre. »
Edgar Morin, *Introduction à la pensée complexe (1990)*

Open Dialogue est une forme très concrète de pratique clinique centrée sur la **rencontre « humaine »**.

Elle cherche à dépasser les catégories « professionnels, proches, patient, thérapeutes, ou autres catégories sociales ou institutionnelles, pour ouvrir un espace ou la relation peut se déployer au-delà des rôles et des identités assignées, qui « enferment » dans leurs rapports de pouvoir, de rôle ou comme des identités essentielles. Sans nier ces réalités, le défi d'une **rencontre humaine dialogique** est de créer un espace où le lien peut exister, au-delà des classements problématiques qui tendent à figer les relations, les manières de parler, d'écouter, d'exister.

Ce positionnement implique une remise en question de croyances et prescriptions traditionnelles affirmés dans la psychothérapie et les relations d'aide, au sujet d'un expert objectif ou objectivant qui fait des efforts pour se maintenir à distance. Posture souvent perçue comme froide et décalé du vécu des personnes.

- La rencontre en Dialogue Ouvert se construit dans une égalité des voix, chacune contribue à la compréhension commune sans hiérarchie des savoirs ou plutôt dans un enrichissement collectif.
- L'expert met entre parenthèses son savoir d'expert afin de privilégier une présence transparente réciproque, sensible au vécu des participants.
- Les divers savoirs informés, expérientiels, communautaires, culturels, de personnes, de familles, de professionnels sont mis en conversations en contribution égalitaire.
- Les conditions d'écoute, de réponse, de réflexion, de planification sont accessibles à tous, évitant un face-à-face thérapeutique, car les opposés et polarités[1] peuvent coexister et recomposer en mutualité le monde.

Cet espace dialogique, sobre et accueillant, n'est pas un simple outil empathique ou habilité technique de communication. Il se caractérise par une parole incarnée, une écoute sans anticipation précise ni interprétation rapide, qui ne vise pas en urgence le changement immédiat avant de se prendre le temps d'entendre, d'accueillir ce qui se dit et ce qui n'a pas encore été dit.

Dans sa sobriété - rien de trop –, l'espace dialogique invite à cultiver la relation à soi et aux autres, dans l'authenticité d'une véritable rencontre humaine, relationnelle, symbolique, phénoménologique et herméneutique, sans préjugés, jugements ou interprétations.

Le principe d'incertitude est une de ces clés : laisser advenir sans hâte ce qui se dit, sentir ce qui n'est pas encore formulé, et permettre qu'un lien vivant devienne, en lui-même, une expérience qui soigne.

Entrer en relation vivante, en complicité d'une parole partagée, admettre tout ce qui en l'autre m'échappe, me laisser affecter et transformer et faire que quelque chose d'humain devient possible, sont toutes des formes thérapeutiques fortement en contraste avec les représentations et croyances transmisses pour les relations d'aide, par un modèle traditionnel qui au bout de souffle demande à être renouvelé[2].

Open Dialogue est une vraie alternative fondée sur l'évidence. Il porte le potentiel théorique, éthique et épistémologique d'un nouveau paradigme, soutenue par une éthique relationnelle inspirée de la phénoménologie et des philosophies de la rencontre.

I. L'humain, un être en relation

Le Dialogue Ouvert s'inspire de penseurs qui ne conçoivent pas l'humain comme un individu séparé, une conscience solitaire héritée du cartésianisme, mais comme un être essentiellement relationnel. Il s'inscrit dans la lignée de philosophes qui ont cherché à réhabiliter la rencontre humaine comme essence et antidote à la déshumanisation, après les deux guerres mondiales, ace au totalitarisme, à l'expérience de déshumanisation radicale, à une une science qui a voulu faire de l'homme un objet parmi d'autres. De Buber, Bakhtine, Lévinas à Byung-Chul Han aujourd'hui, une même pensée traverse le temps : la déshumanisation commence lorsque l'existence de la relation se perd[3].

Le Dialogue Ouvert concrétise en praxis les postures relationnelles, pragmatiques, sociologiques de Gadamer (comprendre est entrer dans une conversation ou le sens se construit entre les voix), Levinas (la responsabilité éthique envers l'autre avant tout autre action ou interprétation), Shooter (le sens naît du mouvement vivant de la parole et non comme interprétation), Bohm (le dialogue comme flux de pensée partagée, le jugement est suspendu pour laisser émerger une intelligence collective), Habermas (toute compréhension suppose égalité et sincérité entre interlocuteurs), Schön (le savoir du praticien se tisse dans l'action, au fil du dialogue lui-même), et d'autres. Chez ces penseurs, l'existence est toujours située, adressée, ouverte à autrui.

Pour Seikkula, un de fondateurs, le Dialogue Ouvert est un espace thérapeutique parce qu'il est vivant, le dialogue étant la forme fondamentale de la vie et du sens.

- Il y rejoint le biologiste et cybernéticien Maturana pour qui la condition humaine a lieu dans notre forme de relation avec les autres, dans l'amour et le jeu[4].
- On y retrouve Buber qui a consacré sa vie à penser la relation vivante entre les humains, le monde et le divin : « toute véritable vie est rencontre qui transforme et donne sens et profondeur à la vie humaine et présence réciproque qui relie à quelque chose de plus grand (je dirais à l'amour[5]) où chacun est reconnu comme un TU et non comme un objet à comprendre, un CA objet de connaissance, de jugement, d'usage » ;
- Mais surtout Bakhtine et sa philosophie du langage comme espace vivant, social, dialogique, qui façonne la vie humaine. Le langage comme un espace de transformation.

Chez Bakhtine et son cercle de penseurs, le sens n'est jamais donné, il naît de la - rencontre de voix - « polyphonie », dans un même espace discursif des voix extérieures (la coexistence de plusieurs voix dans l'espace sociale) et intérieures (la pluralité des voix en soi, car notre propre parole est déjà habitée par celles des autres). Pour Batkhtine :

- Les mots sont empreints des voix (expériences) de ceux qui l'ont prononcé avant nous (polyphonie intérieure). Cette filiation invisible est puissante. Les mots portent les tensions, les oppositions, les complémentarités entre les multiples voix d'autrui. Chaque voix indépendamment de sa force, mérite une possibilité égale dans la cocréation du sens.
- Le langage n'est jamais monologique ou neutre. Tout langage est « habité », somatisé, corporalisé, par les discours sociaux et les expériences intériorisées. Ces voix vécues au moment même de les dire, prennent corps dans la relation, redéfinissent celui qui les dit.
- La parole n'est jamais individuelle : elle est socialement située, adressée, et donc toujours dialogique par essence de sa polyphonie extérieure et intérieure. Les mots ne sont pas abstraits ou conceptuels. Ils s'adressent et répondent à quelqu'un. Seikkula dira que « dans tout dialogue vivant, chaque parole est déjà anticipation de la réponse de l'autre », elle porte une polyphonie et le potentiel de la réponse de l'autre, le potentiel du dialogue.

Le langage est donc expérience corporelle dialogique située. Le sens qui fait sens se crée dans la dynamique ou l'actualisation polyphonique des voix, dans un contexte social concret, et non dans la tête d'un individu isolé ou dans une structure abstraite.

Les mots, les tons, les rythmes portent des gestes et des affectes. La respiration, les tensions sont sensorielles, connectées aux souvenirs et dimensions de l'expérience. Les voix du corps méritent parfois être amplifiées quand le post traumatisme est présent.

Vignette 1

L'extrait suivant donne une idée de cette concrétisation dans la praxis, des pensées sur le langage et la relation.

S est une femme venue en thérapie après une longue période de conflit avec sa famille.
T désigne Seikkula.

1. *S : Je n'ai pas été reconnue.*

T1 : Vous n'avez pas été reconnue ?

2. *S : Toute ma vie, j'ai été exclue de ma famille. J'aimerais enfin me débarrasser de ce désordre symbiotique.*

T1 : Vous avez dit "toute ma vie, j'ai été exclue de la famille". Puis, "je veux me débarrasser de ce désordre symbiotique". Il semble que vous disiez deux choses en même temps ?

3. *S : (10 secondes de silence) … oui… c'est bien ce que j'ai dit… Mais je ne peux pas en dire davantage pour l'instant.*

T1 : (7 secondes de silence) … oui.

Commentaires

Analyse ou mise en tension du sens ?

- T ne cherche pas à analyser. Il met en lumière ce qu'il entend sans le figer, en laissant apparaître une tension ou une complexité. Il invite à une réflexion partagée et favorise la réflexivité, sans confrontation.

- T ne cherche ni à interpréter ni à orienter la parole. Il ne prétend pas savoir à la place de S. Son intervention consiste surtout à suspendre son savoir, pour laisser le sens émerger dans la relation.

Reformulation empathique ou résonnance émotionnelle ?

- Il ne s'agit pas d'une répétition échoïque, mécanique, mais d'un espace où les mots de S résonnent et sont pivot pour relancer le dialogue. T répond à une voix vivante, non à un contenu à interpréter. Le sens se construit dans le mouvement d'aller-retour entre les voix.

Place du silence

- Plutôt qu'expliquer, T répond en nommant ce qui se manifeste sans chercher une cause ou une correction. Il souligne le mot central de la souffrance, valide l'expérience, et offre une présence contenante, sans diriger. L'intervention paraît minimale mais ouvre un espace où S peut poursuivre son élaboration. Les silences ne sont pas des absences, mais un tiers dialogique : un espace vivant où quelque chose mûrit et se forme. Ils permettent à l'expérience de se déposer sans intrusion et participent d'une régulation émotionnelle conjointe.

II. Aborder la complexité avec naturalité et rigueur

Dès la deuxième moitié du XXè siècle, les avances technologiques des machines à information remettent radicalement en question l'application du paradigme mécaniste à l'humain, qui tend à le réduire à un objet parmi d'autres plutôt qu'à un sujet vivant.
Aux réflexions philosophiques s'ajoute alors une véritable révolution scientifique – la cybernétique - qui offre un langage et des outils formels permettant de traiter de manière « scientifique » des phénomènes du vivant qui échappaient à paradigme objectiviste.

- L'analyse fragmentaire des parties, enchaines dans une logique linéaire de liens cause-effet à voie unique, ignore les contextes et les dynamiques d'ensemble d'une réalité profondément connectée et vivante. Cette logique a réussi à établir de lois de la nature physique. De billes de plomb toutes équilibres dans ses propriétés, dévalant une pente, peuvent être mesurés dans leur propriétés physiques et cinétiques. Mais on peut imaginer comment des « billes humaines » échapperaient à cette détermination. Elles refuseraient de descendre la pente ou le faire lentement, rapidement, ou en slalom, voire en remontant de temps en temps. Les lois de Galilée n'auraient jamais pu exister avec des billes vivantes !

Et pourtant, ce regard réducteur linéaire sur l'humain, y compris face aux états de détresse les plus extrêmes, persiste encore aujourd'hui (on isole un neurotransmetteur, une zone du cerveau, on coupe une chaine d'ADN, on trouve une molécule, on réduit à « une schizophrénie », on ignore les aspects sociaux, personnels, l'histoire vécue, etc.). En thérapie, on continuer à rechercher la cause plutôt que le sens. C'est l'arbre qui empêche de voir le foret.

Cette approche traditionnelle qui n'est pas apte à rendre compte de la complexité, aura la tendance à isoler la personne, telle une machine à qui il faut changer une pièce, comme s'elle existait passivement, et non comme actrice sociale et individuelle de sa propre destinée. L'histoire des expériences, les différentes contextes et visions s'articulant autour d'un même phénomène se retrouvent fragmentées, sans véritable liens entre elles.

Le Dialogue Ouvert s'inscrit dans le sillage de cette révolution intellectuelle. Dès les années 1970-1980, de nombreux thérapeutes vont explorer cette culture intellectuelle féconde, porteuse de concepts, de pratiques et de philosophies plus proches du vivant et de la complexité humaine.

On retrouve dans l'équipe de Tornio - la ville où est né le Dialogue Ouvert -, les influences des pensées systémiques et constructivistes tamisées par l'approche intégrative du Need Adapted Treatment.

II. Le need adapted treatment (NAT)

En Dialogue Ouvert, la guérison et les plans d'action pour s'en sortir sont envisagés comme des phénomènes relationnels dans un système de réseau dynamique, toujours prêt à se redéfinir. L'échange et la rencontre de différents visions et points de vue enrichissent la co-construction perspective de transformation des situations bloquées. L'« expert » fait part du processus, n'est pas un observateur neutre, son regard comme son langage se laissent influencer et influencent la réalité, etc.

On retrouve ces idées de manière concrète dans le modèle « Need Adapted Treatment » qui a fortement influencé le Dialogue Ouvert. Ce modèle a été conçu par Yrjö Alanen, jeune psychiatre finlandais à l'Université et à l'hôpital de Turku vers les années 1970. Il dirige alors un vaste programme national de recherche visant à évaluer, sur le long terme, les effets de traitements centrés sur les besoins des patients et sur les relations avec leur entourage.

Le Need Adapted Treatment (NAT) marque l'émergence d'un modèle véritablement intégratif dans la relation d'aide. Il apparaît à une époque où coexistent encore, souvent en tension, les approches médicales, psychanalytiques, communautaires et systémiques, tandis que s'impose progressivement la vision biomédicale de la psychiatrie.

Alanen et ses collègues posent alors les fondations d'une culture clinique centrée sur la personne, dans laquelle le soin « *se construit avec* » plutôt que sur elle. Le traitement ne s'impose pas : il s'ajuste à la situation, reste flexible et évolutif, plutôt que de suivre un protocole figé. Les décisions se prennent en partage et en transparence, en impliquant le patient, sa famille et son réseau, considérés comme des acteurs essentiels du processus de soin.
Le réseau relationnel — famille, proches, équipe, communauté — devient ainsi une ressource vivante.

Comprendre la psychose et les difficultés humaines dans cette perspective, suppose d'articuler le vécu personnel avec les dynamiques relationnelles qui l'entourent, aussi bien sur le plan théorique que pragmatique. Amener cette réflexion au sein d'un hôpital psychiatrique est novateur.

Sur le plan pratique, le Need Adapted Treatment (NAT) dépasse la séparation artificielle entre thérapie individuelle et thérapie familiale, en réunissant dans un même dispositif la personne concernée et ses proches.
Il intègre des approches psychothérapeutiques psychodynamiques et de thérapie familiale

systémique, reliées par le fil conducteur au niveau de l'équipe, d'une attitude thérapeutique constante[6].

Cette organisation favorise une prise en charge plus globale et cohérente, évitant de fragmenter un système familial déjà fragilisé ou de multiplier les thérapies menées par différents praticiens.

Alanen a pu développer cette approche dans sa version humaniste profonde, en s'appuyant sur la richesse de ses expériences cliniques et sur les rencontres marquantes qui ont jalonné son parcours.

L'ancrage dans une vision phénoménologique et existentielle du soin, a été inspiré par ses premières voyages et inspirations européennes :

- Visite et étude à l'Hôpital Bellevue de Binswanger (Kreuzlingen, canton de Thurgovie), découverte de la psychiatrie phénoménologique (Daseinsanalyse de Boss), rencontre indirecte avec l'héritage existentiel d'Heidegger appliqué à la psychiatrie et passage par Zurich et Lausanne, où il se familiarise avec certaines pratiques psychanalytiques plus ouvertes (inspirées du post-freudisme),
- Sa rencontre avec les psychiatres Gaetano Benedetti et Christian Müller, pionniers de la psychothérapie de la psychose à l'hôpital de Cery (Suisse)7. Cette psychiatrie s'inspire sur un croisement fécond entre la phénoménologie (Jaspers, Binswanger), la psychanalyse ouverte (Fromm-Reichmann, Sullivan, Jung) et la philosophie du dialogue (Buber, Rogers).
    - *La rencontre était placée au cœur du soin psychotique. Benedetti pouvait s'enfermer des heures avec les patients en crise pour tenter de comprendre leur monde intérieur. Müller décrivait cette atmosphère comme « véritablement héroïque », tant elle reposait sur le maintien du lien dans les situations extrêmes. Elle montrait qu'avec le temps, un échange véritable devenait possible.*

Ensuite, ses expériences aux États-Unis :

- Formé à la psychanalyse, Alanen s'ouvre très tôt aux apports de Harry Stack Sullivan (psychanalyse interpersonnelle), à la phénoménologie existentielle (Binswanger, Benedetti), au climat théorique de l'École britannique (Klein, Winnicott, Fairbairn) ainsi qu'aux innovations communautaires américaines et aux approches systémiques (Bateson, Jackson).
    - La psychiatrie communautaire, le modèle de la *Community Mental Health* lancé après la loi Kennedy (1963),
    - La psychanalyse de la psychose, à la *Chestnut Lodge Clinic* (Maryland), auprès de figures telles Harry Stack Sullivan**,** Frieda Fromm-Reichmann **et** Silvano Arieti,
    - Enfin, la thérapie familiale systémique, les travaux de Gregory Bateson et ceux du *Mental Research Institute (MRI)* de Palo Alto.

Ces courants centrés sur le monde de la psychose, se trouvent dans la conception d'un traitement adapté aux besoins, en collaboration interdisciplinaire, ancré dans l'écoute du sens subjectif de l'expérience psychotique et de sa compréhension en milieu naturel, dans le contexte relationnel et social des personnes en crise.[8]

IV. Une culture de soins intégrative

Le fait que l'approche mette l'accent sur la dimension humaine du soin et « l'ensemble du réseau » plutôt que sur l'individu isolé, renvoie à une logique systémique et communautaire bien différente d'une vision médico-centrée.

La culture finlandaise des années 1970-1980, amène les thérapeutes à privilégier à la fois l'inclusion du réseau et la prise en charge dans la communauté. Quelques exemples en témoignent :

- Le projet de santé publique de la Carélie du Nord (North Karelia Project, 1972-1977) visait à impliquer la communauté, les habitants, les associations locales pour modifier les facteurs de risque cardiovasculaire. Il illustre la force d'une culture communautaire de santé publique à cette époque.
- Entre les années 1960 et 1980, la politique finlandaise de santé mentale a commencé à parler d'inclusion de "utilisateurs volontaires" (service users) et de faire de la santé mentale une question de société plutôt que strictement spécialisée[9].

L'hôpital de Keropudas à Tornio s'inscrit dans cette dynamique. Classé comme de type « B », régional ou de second niveau par opposition aux grands hôpitaux « A », il a été conçu pour désengorger et rapprocher les soins psychiatriques des communautés locales. Son fonctionnement propose des soins plus ouverts, centrés sur la réhabilitation plutôt que sur l'enfermement. L'équipe y travaille déjà avec une population de patients considérés comme chroniques et incurables, en cherchant des voies d'accompagnement plus humaines et participatives.

Le Dialogue Ouvert s'inscrit dans cette culture finlandaise marquée par le dialogue comme une valeur culturelle et une politique où la santé est une responsabilité partagée. Ce climat culturel permet à l'Open Dialogue d'être à la fois pratique clinique et philosophie sociale.

V. Travailler ensemble sur un pied d'égalité

Lorsque la jeune médecin Birgitta Alakare arrive à Tornio pour un stage en gérontologie, rien ne la prédispose à devenir psychiatre, encore moins à consacrer trente-sept années de sa vie au développement d'une pratique innovante qui allait profondément questionner les fondements de la psychiatrie et proposer une alternative vivante et prometteuse.

Ses premières impressions sont celles d'un monde de souffrance et de vulnérabilité : des patients et des familles laissés sans espoir, qualifiés de chroniques ou d'incurables, traités à fortes doses de médicaments aux effets secondaires lourds et souvent invalidants. Les hospitalisations répétées, les prescriptions prolongées ne semblaient apporter aucune amélioration durable.

Mais, dans ce contexte, quelque chose l'a profondément touchée : l'ouverture, la bienveillance et le dévouement du personnel. Les patients interagissaient avec les soignants d'une manière inhabituelle, plus humaine, plus proche.

- Birgitta Alakare a choisi d'entrer dans cette dynamique avec confiance. Elle écoutait sans hiérarchie, consultait ses collègues, demandait des avis, s'inspirait de leurs expériences. Consciente que la décision finale lui revenait, elle n'en faisait pas un pouvoir à exercer, mais une responsabilité à partager.
- Elle a eu l'audace d'écouter et de permettre l'expression libre et sans jugement de toutes les voix autour d'elle. Elle a eu l'humilité de ne pas devoir tout savoir immédiatement, inaugurant ainsi une nouvelle manière de travailler : transparente, sans secret, sans hiérarchie décisionnelle figée.
- Tout en assumant sa fonction de psychiatre, elle osait discuter comme un membre parmi les autres, considérant chaque voix — y compris la sienne — comme une représentation légitime au sein du groupe. Reconnaître l'unicité de chaque regard comme une valeur égale devient, sous son impulsion, le socle d'une culture collaborative.

Cette posture transforme le pouvoir individuel de l'expert en pouvoir partagé, en un processus vivant d'expertise collective où la responsabilité et la compréhension se coconstruisent. C'est une éthique de l'humilité, fondée sur la conscience que le savoir ne peut être que relationnel.

Birgitta Alakare se voyait comme une compagne de route, une voyageuse aux côtés de ceux pour qui aucun chemin d'espoir ne semblait exister. Son travail, profondément humain, consistait à marcher avec plutôt qu'à guider depuis l'extérieur. Elle préférait se dire accompagnante plus que thérapeute et a inauguré pour les équipes multi disciplinaires, et le psychiatre, une nouvelle manière de travail transparent sans secret ni hiérarchie décisionnelle.

VI. Des grands cadres théoriques au mini-théories locales construites dans l'immédiateté

Le Dialogue Ouvert n'est pas l'application descendante d'un modèle théorique tout fait, il résulte d'une construction « organique » ascendante (la pratique d'abord) et en aller-retour entre l'expérience clinique, la formation, les réunions thérapeutiques et la thématisation de l'action.

- En pratique, les thérapeutes travaillent en équipes multi disciplinaires de crise, guidés autant par ce qui est dit, que par ses réflexions et résonances professionnelles et personnelles qui émergent pendant les réunions. Ils préfèrent s'appeler des accompagnateurs et non de thérapeutes à qui on projette une expertise asymétrique et hiérarchique qui soigne.
- Ils adoptent le pari d'entrer dans la situation vivante elle-même sans un plan prédéterminé, proposent aux participants d'établir un agenda de la réunion, écoutent, observent, dialoguent, partagent leur avis professionnel et personnel en présence des familles et laissent émerger à fur et mesure, de petites formes de compréhension locales et de propositions adaptées à la complexité du moment.

Vivre les moments cruciaux, se laisser émotionner et réfléchir, représente une innovation majeure dans le positionnement[10] du thérapeute, la pratique psychothérapeutique et l'auto-observation.

D'un point de vue thérapeutique, ce changement marque le passage essentiel **de la métaphore à la présence, du savoir sur l'autre à la co-construction du savoir avec l'autre.**

Pour Lynn Hoffman thérapeute et théoricienne américaine, formée dans le sillage de Gregory Bateson et du Milan Group, ce positionnement1 phénoménologique témoigne du mouvement plus global de l'abandon progressif des grands récits théoriques de la thérapie familiale[11].

- S'engager directement dans la complexité de la situation vivante, laisse place à la création, la découverte et l'élaboration en coparticipation, des micro-théories provisoires où le sens se construit au fil du dialogue, en s'adaptant au contexte, les relations et à la spécificité de la situation. Les métaphores de *système*, de *communication pathologique* ou de *jeu familial*, etc., sont perçues comme totalisantes, à explication préexistante, trop éloignées du vécu concret des situations singulières.

Cette nouvelle forme de « compréhension cocréée dans l'échange et le mouvement », repositionnent le thérapeute, qui n'est plus « l'expert » qui sait, mais l'humain qui collectivement avec tous les participants — professionnels, personnes concernées, familles, etc. – partage un *non-savoir* !

- Cela crée un espace où aucune voix ne domine, où la compréhension se tisse de manière horizontale. Le thérapeute s'expose, affronte l'immédiateté et l'incertitude, dans un autre mouvement que celui du control et le commandement de la situation.
- Des formulations telles « *from knowing about to being with »,* « microtheories-in-the-making », « not knowing attitude » le « shared not-knowing » ou « non-savoir partagé » cherchent à saisir cette nouvelle pratique thérapeutique : plus réflexive, coopérative et dialogique.

Ces formulations ne renvoient pas à l'ignorance ni à un manque de compétence, mais à une attitude épistémologique, éthique et relationnelle qui refuse de prétendre savoir à l'avance ce qui est vrai pour l'autre.

VII. The Western Lapland Projet

Au début des années 1970, la Laponie occidentale est une région de plus touchée par les troubles psychiques, avec un taux supérieur à la moyenne européenne, en particulier la psychose et la schizophrénie[12].

- Grâce au développement progressif de l'approche de l'Open Dialogue, cette région devienne en peu de temps celle où l'incidence des troubles psychotiques est la plus faible du pays, transformant en profondeur les pratiques de réponse aux crises psychiques. Le taux de récupération de 66% avec le NAT, se voit augmenter à 85 % avec l'Open Dialogue. A 2 et 5 ans de suivi (corroborés ensuite à 10 et 19 ans[13]), les résultats montrent un 82 % des situations sans symptômes psychotiques, un 81 % sans réhospitalisassions, un 67 % sans la prise de neuroleptiques en continu et un 73 % de personnes en emploi ou formation[14.]

L'approche de « Western Lapland » s'est ainsi fait connaitre comme pionnier d'une psychiatrie sociale et communautaire efficace. Cette approche qui fait rentrer les thérapies de famille, systémiques et de réseau à l'hôpital et dans la communauté se constitue progressivement.

1982 – 1991 Validation empirique du traitement de crise[15]

Hôpital « B », Keropudas est déjà sur le travail d'une forme d'intégration de la famille au soin (réunions inspirées de l'approche contextuelle écologique de Bateson, l'éthique relationnelle de Boszormenyi-Nagy, etc.) quand le NAT arrive en 1984 et forme l'équipe, avec la conviction que le soin doit se dérouler dans le réseau réel du patient.

- Cette équipe à Tornio étudie les réunions de traitement et tous les nouveaux cas de psychose et mesure les variables d'efficacité : délai d'intervention, nombre de séances, fréquence et durée des hospitalisations, usage de médicaments. Les enregistrements vidéo facilitent l'analyse interactionnelle (dominance de thèmes, dominance et temps de parole de participants, etc.). Ces expériences cliniques sont protocolisées, évaluées, conceptualisées successivement.

Les résultats montrent une forte diminution des hospitalisations prolongées et de la chronicisation. S'observe une importante amélioration du lien familial et de la cohérence du récit « psychotique » du patient.

Cette méthodologie clinique ascendante a été essentiel pour révéler l'importance ou primat essentiel en soi du dialogue avant toute autre forme d'intervention. Elle a été appliquée sur le processus total d'investigation. Avec des comparaisons entre traitements et autres mesures, le Dialogue Ouvert deviendra l'une des approches psychothérapeutiques en psychiatrie les plus documentées et étudiées à l'échelle internationale.

Processus réflexifs

Vers 1984, lors des séminaires et formations nordiques en thérapie familiale, Andersen Tom présentait son dispositif du « reflecting team ». La pratique réflexive derrière le miroir de Gesell, sans tain, unidirectionnel, ne se fait plus de cette manière. Les membres de l'équipe et les thérapeutes parlent lente et ouvertement devant les familles dans le même espace plutôt qu'en dehors.

- Seikkula, Alakare, Aaltonen sont profondément marqués par T. Andersen et par cette expérience qui correspond à leur intuition clinique de plus de réciprocité et de transparence dans les échanges thérapeutiques.

- Cette rencontre apporte un élément important pour délaisser les interventions systémiques stratégiques et amorcer ce qui deviendra, dans les années 1990, le **Dialogue Ouvert** (*Open Dialogue Approach*).

- L'influence mutuelle sera soutenue pendant les « Summer meetings » et les séminaires internationaux en Finlande organisés autour du « dialogical practice ». Des rencontres qui font un pont entre la thérapie post-systémique américaine (le Houston Galveston Institute, Lynn Hoffman, Harlene Anderson, Harry Goolishian et Karl Tomm) et les pratiques dialogiques en Europe, des pays du nord et les activités de l'équipe de Milan.

Vignette 2

Afin d'illustrer quelques implications du processus réflexif, voici un exemple :
Une mère vient de raconter sa peur pour son fils.

- *Andersen se tourne légèrement vers ses collègues du reflecting team : "En écoutant Madame S, je me disais que chacun ici semble essayer de protéger l'autre, à sa façon. Je ne sais pas si c'est juste, mais c'est ce que j'ai ressenti."*
- *La mère répond après un instant : "C'est vrai… je crois que je voulais le protéger, mais j'ai fini par l'étouffer."*

En parlant à voix haute de son ressenti, Andersen ne commente pas. Il met sa propre écoute en partage, parle en « je », en conditionnel. On pourrait dire qu'il recadre et met en perspective un aspect fonctionnel positif[16] de la relation, mais en tant qu'hypothèse. Ce petit déplacement de l'expert qui sait à celui qui partage en humain son expérience, transforme la relation. On passe du savoir professionnel au dialogue vivant. Les personnes qui écoutent les réflexions disent se sentir à l'aise, d'enfin savoir ce que des gens

pensent et de ne pas se sentir en position de devoir répondre oui/ non, et pouvoir réfléchir librement car elles ne sont pas envisagées.

Vignette 3

Une séance de thérapie familiale (filmée[17]). Une mère parle avec émotion de sa peur de voir sa fille s'éloigner.

- Le *reflecting team écoute, puis partage ses réflexions devant la famille. L'un des membres de l'équipe réfléchissante dit : Quand j'ai entendu la mère parler, je me suis souvenu de ma propre peur quand mes enfants ont commencé à sortir seuls. J'ai pensé à la difficulté de leur faire confiance, même quand on sait qu'ils doivent apprendre à voler de leurs propres ailes.*
- *La mère se met à pleurer doucement. Après un moment, elle dit : C'est exactement cela… la peur de les perdre en leur laissant vivre."*

Ce moment est typique du processus réflexif selon Andersen :

- Le professionnel ne commente pas le contenu du récit.
- Il parle depuis son expérience résonnante, pas depuis une position d'expert.
- Sa parole ouvre un espace de reconnaissance émotionnelle : la mère se sent rejointe, non évaluée.
- Andersen note ensuite : "La réflexion a rendu la conversation plus douce et plus égalitaire."

Vignette 4

Lors d'une réunion de famille, Andersen remarque :

- *"Il y a beaucoup de choses que je ne comprends pas encore. Peut-être que si nous restons ensemble un moment, quelque chose s'éclairera."*

Ici, Andersen modélise la réflexivité : reconnaître publiquement son non-savoir permet au groupe de partager la recherche de sens, plutôt que de l'attendre du thérapeute. Ce simple aveu ouvre la coopération et abaisse la tension.

On peut considérer les moments réflexifs comme faisant part d'une alternance entre écouter et parler et pour les familles de parler et écouter. Pour les thérapeutes-accompagnants, il existe la liberté de partager l'expérience du vécu, de partager leur expérience et avis professionnel ainsi qu'en parlant en « je » d'éviter dire « des vérités » ou de prescriptions d'experts.

En certaines méthodologies, les deux temps sont bien marqués, les accompagnants annoncent d'avance qu'il aura des moments réflexifs. Le moment venu, ils marquent clairement ce moment, se retournent entre eux, et à tour de rôle partagent. Il ne s'agit pas d'une discussion entre professionnels, mais des partages mutuels, synthétiques et peu nombreux.

Chez Seikkula les moments de dialogue et réflexion s'articulent de forme fluide dans le dialogue, sans les différentier de forme explicite.

1990 – 2005 L'Open Research Program

Cette période se caractérise par les études de suivi et analyse plus systématique de tous les premiers épisodes psychotiques du district. Tout le staff suive des formations en thérapie systémique de famille qui deviendra ensuite Thérapie dialogique de famille.

Les idées de Milan sont revisitées dans le cadre dialogique[18]. Se stimule la méta compréhension de la manière comme les « accompagnateurs » vivent en confort ou inconfort leur expérience. Avant

2000, Seikkula parle surtout de “dialogue”, “présence”, “ouverture”. Inspiré par Bakhtine, le dialogue devient un espace où plusieurs voix — intérieures, relationnelles et sociales — peuvent se répondre et se transformer. Il intègre la polyphonie et les voix comme métaphore centrale du Dialogue Ouvert.

Ensuite, des ponts théoriques se tendent progressivement avec les études sur le développement humain, l’attachement, les théories du trauma et l’importance du corps, la neuroscience.[19] Le Dialogue devient incarné, en lien avec Shotter, Bakhtine et Vygotski et les études sur le développement de l’enfant.

En 2011, Aaltonen et ses collègues mettent en évidence sept principes fondateurs du Dialogue Ouvert, reconnus comme essentiels à l’efficacité des interventions menées lors de crise psychiques aigües[20].

En 2014, Olson et al., distinguent quelques principes qui servent de validation à l’approche dialogique, les dimensions thérapeutiques dialogiques à tenir en compte dans les réunions. Cette analyse permet d’étendre le cœur du Dialogue Ouvert de Western Lapland à des expériences générales dites « dialogiques », qu’il soit dans la thérapie, la relation d’aide, l’éducation. Des situations qui ne reproduisent pas nécessairement le fonctionnement organisationnel de Western Lapland, mais qui portent l’esprit du Dialogue Ouvert aux diverses situations relationnelles qui souhaitent fonctionner de manière dialogique [21.22]

2022 à la date, le Dialogical process research

Continuation de l’analyse qualitative des dialogues en séance : rythme, silences, co-régulation émotionnelle, etc. Les concepts pour décrire le Dialogue Ouvert s’enrichissent, par « la présence inconditionnelle, la compréhension répondante, la régulation émotionnelle mutuelle, l’émergence de sens en responsabilité partagée.

L’Open Dialogue inspire des services en plus de 40 pays. Il est recommandé par l’OMS et des commissions europeenes de droits humains et en bioéthique[23]. Les projets internationaux HOPE et ODDESSI, financés par le NIHR, mènent au Royaume-Uni un vaste programme de recherche sur les soins de crise et de suivi en santé mentale au sein du National Health Services. ODDESSI regroupe cinq sites de recherche et transformé le modèle de prise en charge des troubles psychiques sévères grâce à l’approche Open Dialogue avec des résultats qui confirment l’expérience originale en Laponie.

VIII. Synthèse

Le Dialogue Ouvert est porteur d'espoir, source de guérison et de rétablissement — non seulement symptomatique, centré sur la stabilisation ou le "savoir vivre avec la maladie", mais aussi comme un espace qui permet, à long terme, une vie sans symptômes, des relations vivantes, du sens et de la confiance retrouvée.
Plus qu'une méthode de conversation ou un simple échange technique de paroles, il offre un espace pour se reconnecter à l'exister. L'écoute inconditionnelle qu'il propose s'inscrit dans un cycle récursif d'actes, de réponses et de réflexions mutuelles, sans début, ordre ou fin prédéterminés. Il constitue une praxis issue d'une philosophie dialogique de la rencontre, de la responsabilité pour l'autre et de l'appel éthique qui traverse la vulnérabilité.

Compréhensible conceptuellement au premier abord, le dialogisme est à la fois simple et complexe. L'expert dialogique se place sur le même plan existentiel que les clients. Il apprendre à respecter l'autre sans aucune condition et lui permet de se réaliser concrètement dans la rencontre. L'expert maintient dans le suspense son savoir, sa volonté de comprendre trop vite, ou d'intervenir le plus rapidement possible avec de conseils, tactiques de mobilisation, ou une attitude qui glisserait dans le « faire à la place de ».

Très pratique, le Dialogue Ouvert porte un esprit relationnel incarnée qui nous apprend à agir autrement, à nous rapporter différemment à nous-mêmes, aux autres, et à nous orienter. Nous ne vivons pas dans un monde de simples représentations langagières ou cognitives : sommes d'abord des êtres actifs et réactifs, réfléchis seulement ensuite. Le Dialogue est un savoir-faire : un mouvement de connaissance, reconnaissance et mise en sens partagée, attentif à ce qui se manifeste ici et maintenant - dans les paroles, les silences, les émotions et les corps ouverts.

D'un autre côté, les fondements empiriques[24] du Dialogue Ouvert servent à valider et renforcer des pratiques de terrain déjà intuitivement employées là où la relation est présente. Cette approche née à l'hôpital de Keropudas est généralisable aux diverses situations d'aide et d'accompagnement. Il influence aujourd'hui diverses thérapies et interventions sociales ou éducatives qu'incluent, sans crainte, le dialogue dans leurs modèles.

Le Dialogue Ouvert n'est véritablement transformateur si l'accompagnateur est pleinement présent, attentif à ce qui se vit dans l'instant, sans idée préétablie ni objectif à imposer. Plus qu'un simple échange linguistique, le Dialogue Ouvert désigne bien davantage qu'une conversation. Le langage n'est plus seulement un instrument de désignation, mais un espace relationnel vivant de co-création du sens où chacun est transformé et affecté par l'échange avec l'autre. C'est un acte qui relie des significations dans un espace crée entre les personnes – différent de l'espace intérieur de chacune – et qui fait advenir de nouvelles réalités sociales.

Seikkula chercheur infatigable et figure centrale du Dialogue Ouvert, a consacré sa vie à l'explorer les réponses les plus pertinentes pour les personnes en difficulté psychique. Il rappelle qu'aucun autre système au monde n'a été étudié aussi rigoureusement que celui de la Laponie occidentale. Il insiste cependant sur le fait que cette pratique repose avant tout sur un changement expérientiel dans le vécu relationnel du praticien, et non sur l'application formelle ou procédurale des

techniques. Il n'est pas une méthode fermée, protocole ni une technique, mais une philosophie vivante, un événement relationnel qui se renouvelle à chaque rencontre, une manière d'être fondée sur une qualité de présence et une forme d'amour qui est au cœur de l'humanité[25].

> *« Dialogue is not a method that can be clearly defined or repeated. It is something that happens between people when they start to listen and to respond to each other."*
>
> *« Je me sens mal à l'aise à l'idée de nommer cela une méthode thérapeutique ; il s'agit plutôt d'une manière dialogique de vivre, qui met l'accent sur une certaine qualité de présence dans la conduite des conversations thérapeutiques ».*

Le Dialogue comme espace de transformation, émerge de la relation vivante. Il ne relève d'une opération cognitive, ni d'une intervention téléonomique volontariste. Le dialogue apparait comme un nouveau concept en psychologie. Les aspects de contrôle interne de soi et de volonté de changement prennent un autre sens lorsqu'on se centre sur une cocréation dialogique, où le sujet s'éprouve dans la réponse de l'autre.

Ce contexte permet une transformation de l'expérience du système, selon les possibilités auto-organisatrices et auto préservatives majorantes et structurelles de la personne – à l'opposé d'un changement contrôlé de l'extérieur qui ajuste mécaniquement les interactions selon des critères toujours relatifs.

NOTES

1 *« Sans les nier, faire coexister des polarités ? » Rappelons E. Morin, Les concepts de dialogue, système, causalité circulaire, auto-organisation, Holo grammatique, sont des opérateurs de reliance, nécessaires dans une culture marquée par une pensée compartimentée, parcellaire, polarisante entre le « oui ou le non », « l'un ou l'autre ». Le dialogue (intérieur ou extérieur dirons-nous) permet intégrer, surmonter la confusion, l'embarras et la difficulté à penser. Il n'abolit pas la dualité, il la féconde ! Elle peut être séparatrice mais à la fois reliante, qui admet la présence complémentaire de processus ou instances antagonistes, la vie et - la mort, la raison – l'émotion, l'individu – la société, le jour et - la nuit, l'ordre et - le désordre … Ces couples ne s'excluent pas, ils s'engendrent mutuellement : sans mort il n'y pas de vie, sans nuit le jour perd son sens ! Le dialogue n'est pas une dialectique d'une synthèse entre contraires.*
E. Morin. (1986). La Méthode, tome 3 : La connaissance de la connaissance, Paris, Seuil, p. 105).

2 *Guidance on community mental health services – OMS.*
Commission pour les droits humains de personnes en situation de vulnérabilité, CRPD de l'OMS.
Compendium report. Good practices in the Council of Europe. Comission de bioéthique de l'UE.

3 *Ce ne sont pas que des élucubrations de philosophes. Plusieurs écrivains, cinéastes, musiciens, plasticiens incarnent aussi ces idées centrales. C'est donc une culture qui interroge la responsabilité envers l'autre, la vulnérabilité, le regard, la présence : E. Carrera, K. Kieslowski, A. Tarkovski, P. Bausch, L. Cohen, F. Fellini, R. Altman, V. Wolf, A. Kurosawa, W. Winders, L. Freud, F. Bacon, A. Giacomette, J. M. Basquiat, etc.*

4 *Maturana, H. et Verden-Zöller, G. (1993). Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano. Desde el patriarcado a la democracia.*

5 *Seikkula, J. (2005), J. Seikkula & D. Trimble. Healing Elements of Therapeutic Conversation:Dialogue as an Embodiment of Love. Fam Proc 44:461–475, 2005.*
J. Seikkula J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT) · September 2011. DOI: 10.1375/anft.32.3.179.
Et encore la biologie de l'amour chez Maturana : « L'amour est l'émotion qui fonde le social, celle qui rend possible l'existence de l'autre à côté de soi. Sans amour, il n'y a pas d'humain. ».
H. Maturana & J. Varela. (1994). L'arbre de la connaissance, Paris, Addison-Wesley.

6 *Alanen, Y. (1997). Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment.*

[7] *Ils développeront la ISPS, The international society for psychological and social approaches to psychosis, qui cette année fait ces 70 ans.*

[8] *Dans son ouvrage Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment (1997, pp. 10–15), Yrjö Alanen rapporte plusieurs séjours effectués aux États-Unis dans les années 1950 et 1960, où il s'est formé à la psychiatrie communautaire, à la thérapie familiale et à la théorie des systèmes.*

[9] *Jyrki Korkeila (2021). Organization of Community Psychiatric Services in Finland. Consortium Psychiatricum, Volume 2, Issue 1.*

[10] *Positionnement et non « rôle » ou posture du thérapeute. Le rôle relève du faire professionnel (diagnostiquer, orienter, accompagner, animer une séance, interpréter un vécu), il est souvent lié à un modèle hiérarchique d'expert. Le positionnement est une posture existentielle et éthique, qui touche à l'attitude intérieure, à la manière d'être en relation et de point de vue situé, à la place que le thérapeute occupe dans un champ social, et à la manière dont cette place influence sa perception, son discours, ses pratiques. Il ne s'agit plus de "faire le thérapeute", mais de se situer éthiquement et humainement dans le dialogue.*

[11] *Hoffman témoigne elle-même de son parcours à travers ces modèles, et de sa rencontre avec les travaux nordiques et ceux du Houston Galveston Institute (www.taosinstitute.net) centrés sur les formes dialogiques postmodernes ouvertes à ce qui peut émerger du dialogue et la construction de sens ensemble, dans la relation et la parole.*

[12] *Salokangas, R.K.R., Der, G., Wing, J.K. et al. (2011). Incidence of hospitalised schizophrenia in Finland since 1980: decreasing and increasing again. Acta Psychiatrica Scandinavica (2011), 123: 170-178.*

[13] *Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Lehtinen, V., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. Psychiatry Research, 270, 168–173. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039.*

[14] *Seikkula J., J. Aaltonen (2006). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases.Open Dialogue: State of the Evidence Review - Psychotherapy Research 16:214 - 28, 2006. 28.*

[15] *Alanen, Y. O. et al. (1991). Need-Adapted Treatment of New Schizophrenic Patients. / Seikkula, J. et al. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Outcomes. / Seikkula, J. et al. (2006). Five-year experience of first-episode psychosis in Open Dialogue. /*
Haarakangas, K. et al. (2014). Dialogical Meetings in Social Networks.

[16] *La vision positive est entendue comme cette présence inconditionnelle qui reconnait l'autre et porte une espérance génératrice de davantage de liberté. Le thérapeute croit en ce qu'il dit et en sa manière de regarder, et il croit que cela peut produire une différence significative.*

[17] *Andersen, Tom. (1991). The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues About the Dialogues. New York: W. W. Norton & Company.➤ Exemple du processus réflexif : pp. 108–109.*

[18] *The Milan Principles of Hypothesising^ Circularity and Neutrality in Dialogical Family Therapy: Extinction^ Evolution^ Eviction... or Emergence? Judith M. Brown (2010). The Australien and New Zealand Journal of Family Therapy. Volume 31 Number 3 2010 pp. 248-265.*

[19] *En 2005, on constate diverses formes de thérapie familiale dialogique, chacune à la recherche de sa compréhension philosophique des manières dont se vit la complexité de la pratique, en se fondant sur le concept de dialogue. L'influence de Buber et Bakhtine sont centrales. A cette date, Rober reconnaissait un manque de conceptualisation théorique du dialogue pour saisir la nature relationnelle et mutuelle de la thérapie familiale, en particulier dans son lien avec le contexte social et culturel.*
En 2010, J. Brown, retrace le passé et le présent jusqu'à cette date, de la théorie de Milan à diverses étapes du développement de la thérapie dialogique de famille (J. Brown. (2010). The Milan principles of hypothesising, circularity and neutrality in dialogical family therapy : extinction, evolution, eviction… or emergence ? Australian and New Zealand Journal of Family Therapy · September 2010. DOI: 10.1375/anft.31.3.248).
Robert P. (2005b). Family therapy as a dialogue of living persons: A perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov, and Shotter. Journal of Marital and Family Therapy, 31(4), 385–397.
A la date, les diverses publications de Seikkula, J., sont toujours une référence centrale (il a apporté récemment sa vision du pourquoi le dialogue guérisse : J. Seikkula (2025). Why Dialogue Does Cure: Explaining What Makes Dialogue Unprecedentedly Effective in Difficult Crises. Explaining what makes dialogue unprecedentedly effective in difficult crises. Springer.

[20] *Jukka Aaltonen, Jaakko Seikkula & Klaus Lehtinen (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area: the Western Lapland Project. Psychosis, vol. 3, pp. 179-191.*
Les sept principes fondateurs du Dialogue Ouvert, identifiés comme essentiels à la réussite des interventions en crise psychique aiguë :

1. répondre dans les 24 heures,
2. impliquer le réseau social, inviter la famille ainsi que les autres membres du réseau de la personne.,
3. faire preuve de flexibilité en s'adaptant aux besoins uniques de chaque situation plutôt que de suivre un protocole préétabli,
4. la première personne contactée prend la responsabilité d'organiser la première rencontre et l'équipe,
5. assurer la continuité psychologique, l'équipe réunie assure la prise en charge de l'ensemble du processus thérapeutique aussi longtemps que nécessaire,
6. tolérer l'incertitude en renforçant la sécurité psychologique et en évitant les solutions toutes faites et
7. soutenir la génération du dialogue pour orienter collectivement le processus de Depuis, plusieurs études ont été menées, mais ces sept principes, dégagés par la recherche, décrivent encore très bien l'approche originelle.

[21] Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.

[22] *Publications traduite : K. Haarakangas, J. Seikkula, B. Alakare & J. Aaltonen*. (2007). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research. March 2006, 16(2):214-228, DOI:10.1080/10503300500268490

[23] *Guidance on community mental health services – OMS.*
Commission pour les droits humains de personnes en situation de vulnérabilité, CRPD de l'OMS.
Compendium report. Good practices in the Council of Europe. Comission de bioéthique de l'UE.

[24] *Oddessi etc 40 pays. https://www.ucl.ac.uk/brain-sciences/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/oddessi/oddessi-trial.*

[25] *J. Seikkula, D. TrimbleE. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation:Dialogue as an Embodiment of Love Fam Proc 44:461–475.*
J. Seikkula (2011). Becomimg dialogical : psychotherapy or a way of life ? in Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT) · September Voir également Maturana op cit.
J. Seikkula. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT) · September 2011. DOI: 10.1375/anft.32.3.179