

L'Open dialogue : une é

Diapason, une équipe mobile d'intervention précoce auprès des 16-30 ans, a choisi de s'appuyer sur l'Open dialogue, qui propose un accompagnement souple vers les soins, organisé autour de « réunions de réseaux ». En quoi consiste cette approche ? Illustration clinique.

Le champ de l'intervention précoce en psychiatrie s'appuie sur le constat d'un meilleur pronostic (fonctionnel et symptomatique) en cas de prise en charge rapide d'un premier épisode psychotique (PEP) (1). La nécessité d'accompagner rapidement les premiers signes d'une psychose débutante afin d'y apporter une réponse adaptée constitue ainsi un réel enjeu de santé publique (Krebs, 2015). Cependant, les signes sont difficiles à repérer, notamment parce qu'ils ne sont pas spécifiques au développement d'un épisode psychotique. En effet, bien souvent, ils apparaissent à une période de la vie (adolescence-début de l'âge adulte) qui confronte les jeunes à des enjeux existentiels importants (premières expériences amoureuses et sexuelles, premiers jobs, éloignement de la vie familiale...) qui participent d'un remaniement psychique tout aussi important. C'est pourquoi il est fréquent de ne pas s'en inquiéter outre mesure et de les considérer comme une phase « normale » de l'entrée dans l'âge adulte. Le début de la maladie est ainsi souvent « insidieux ».

Géry MARCHAND*, Marie WITZ**

*Psychologue et thérapeute familial,

**Infirmière et thérapeute familiale,

Équipe mobile Diapason, Pôle de psychiatrie et de santé mentale, GHRMSA, Mulhouse.

En moyenne, la durée de psychose non traitée (DPNT) (intervalle entre les premiers symptômes psychotiques francs et le début de la prise en charge) est de 1 à 2 ans (Krebs, 2015).

Autre caractéristique, l'apparition d'un premier épisode psychotique (PEP) intervient souvent dans l'environnement familial, qui est donc généralement à l'origine de la demande de soin. La réponse varie selon les situations mais une hospitalisation complète, sous contrainte ou non, est fréquemment préconisée. Cette étape, souvent mal vécue par le jeune, impacte considérablement la suite de la prise en charge en ambulatoire. L'adhésion aux soins est donc d'emblée fragilisée par le sentiment d'être incompris et jugé par l'entourage.

Par ailleurs, la maladie psychique est régulièrement à l'origine de tensions familiales importantes pouvant évoluer vers des épisodes de crise et de rechutes. Ainsi, la personne concernée peut se sentir stigmatisé par ses proches, qui ne l'appréhendent que sous l'angle de sa maladie. Cohabiter devient difficile, entraînant des conflits récurrents jusqu'à aboutir à une hospitalisation.

Parallèlement à ces éléments, l'épidémie de Covid-19 a mis sur le devant de la scène les difficultés de santé mentale des jeunes dans un contexte politico-socio-économique de plus en plus anxigène. Ainsi, les situations de décrochage scolaire sont fréquentes, ce qui augmente considérablement le risque d'isolement



coute polyphonique



© Adobe Stock – danjazzia.

social. La réponse institutionnelle, *via* le centre médico-psychologique (CMP), permet très difficilement d'accéder à ces situations d'enfermement qui échappent ainsi aux soins. Il faut alors développer des stratégies proactives de soins.

Dans ce contexte, le pôle de psychiatrie et de santé mentale du Groupe hospitalier de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA) a mis en place une équipe mobile destinée aux jeunes de 16 à 30 ans nommée Diapason (pour Dispositif d'accompagnement précoce aux soins). Elle s'inspire de l'Open dialogue (OD), approche thérapeutique venue de Finlande, qui puise ses fondements dans la psychanalyse et la thérapie familiale systémique.

QU'EST-CE QUE L'OPEN DIALOGUE ?

• Un peu d'histoire

Née en Finlande au début des années 1990, l'Open dialogue (OD) est le fruit de la rencontre d'une approche psychodynamique nommée *Need-Adapted Treatment* (NAT) (« *traitement adapté aux besoins* ») et de la thérapie familiale systémique.

À la fin des années 1960, le professeur Alanen, de l'université de Turku, initie une recherche-action (*the Turku Schizophrenia Project*) dont l'objectif principal est d'améliorer l'accompagnement des patients schizophrènes. Elle débouche sur la formalisation d'une approche psychothérapeutique novatrice, la NAT, dont la philosophie inspire l'OD : une très grande flexibilité, pour s'adapter aux besoins changeants des patients, la continuité entre les prises en charge intra et extra-hospitalière, l'implication de la famille dès le début du traitement et la construction du projet de soin en collaboration avec tous les acteurs impliqués.

Peu connue en France, la NAT a essaimé en Scandinavie durant les années 1970 et 1980 (Alanen, 1991).

Dans les années 1980, alors que la Finlande possède le taux d'incidence de schizophrénie parmi les plus élevés du monde, le *Finnish National Schizophrenia Project* (projet national finlandais sur la schizophrénie), plan de grande ampleur, propose d'expérimenter le modèle de la NAT dans différents hôpitaux, pour en vérifier sa possible application dans d'autres territoires et améliorer ainsi la prise en charge des patients (Lehtinen, 2001). Cette démarche s'accompagne d'un programme de formation conséquent pour les équipes : une année sur la santé

mentale et la psychiatrie et trois de formation à la thérapie familiale systémique. Face aux bons résultats du modèle, dès 1987, des équipes mobiles de crise (*Acute Psychosis Integrated Treatment-API*) sont créées sur tout le territoire. Au début des années 1990, la crise économique met un terme à ce projet ambitieux en coupant le financement de ces équipes mobiles. Cependant, l'hôpital psychiatrique de Keropoudas, en Laponie occidentale (Tornio), développe sa propre approche (l'OD), en reprenant l'héritage d'Alanen et en s'inspirant des apports de la deuxième vague de la thérapie familiale (TF) (ou seconde cybernétique). Refusant la position d'expert, le thérapeute se considère désormais comme faisant partie intégrante du système. Dès lors, il n'est plus question pour le clinicien d'imposer une vision extérieure, de chercher à « contraindre » au changement un système dysfonctionnel mais plutôt de partir des ressources existantes au sein de celui-ci et co-construire ensemble une nouvelle vision de la problématique.

La TF de deuxième génération s'inscrit ainsi dans une vision postmoderne, avec l'idée que la réalité est construite au travers des interactions sociales (constructionnisme social, 2). Selon ce courant de pensée le soi n'existe que dans les interactions sociales, le langage lui-même est relationnel, et les mots n'ont pas la même signification en fonction de chacun (polysémie du langage).

D'autres influences sont également présentes. Sous l'égide de Harry Goolishian et Harlène Anderson, le *Houston Galveston Institute* a ainsi développé l'approche collaborative, dans laquelle s'inscrit la pratique dialogique (*dialogical practice*). Le système thérapeutique y est conçu comme un système linguistique : on se centre sur le dialogue qui se construit, qui charrie des significations singulières à laquelle chacun est invité à participer.

• L'OD aujourd'hui

L'OD peut être appréhendée selon deux caractéristiques fondamentales :

- un système de soins intégré, communautaire, qui implique les familles et le réseau social dès la première demande d'aide ;
- la pratique dialogique, à partir de la conversation singulière réalisée au cours de l'entretien thérapeutique (*treatment meeting*).

Telle qu'elle est utilisée aujourd'hui encore à Tornio, cette approche nécessite des

soins organisés autour des sept principes fondamentaux développés par l'équipe de recherche du professeur Jaakko Seikkula de l'université de Jyväskylä en Finlande (Seikkula, 2003).

- Réponse immédiate dans les 24 heures ;
- Inclure le réseau (identifié par l'usager, il peut réunir membres de la famille, amis, enseignants, professionnels de santé...);
- Rester le plus flexible aux besoins des patients ;
- Adopter une éthique de responsabilité ;
- Assurer la continuité de la prise en charge ;
- Tolérer l'incertitude ;
- Générer un dialogue ouvert.

Comme l'ont précisé Olson et al. (2014), les cinq premiers principes concernent l'organisation des soins et les deux derniers la pratique thérapeutique elle-même. Dans le même article, ces auteurs mettent en évidence 12 éléments clés (qui déclinent ou reprennent ces principes) pour une utilisation fidèle de l'approche.

- Inclure au moins deux thérapeutes ;
- Inclure la famille et le réseau ;
- Utiliser des questions ouvertes ;
- Répondre aux énoncés du client ;
- Mettre l'emphase sur le moment présent ;
- Susciter des points de vue multiples ;
- Créer une perspective relationnelle au sein du dialogue ;
- Répondre avec neutralité aux discours abordant les problèmes, en restant attentif à leurs significations potentielles ;
- Se centrer sur les mots et les histoires du client, et non sur les symptômes ;
- Inclure des conversations entre professionnels (réflexions) ;
- Être transparent ;
- Tolérer l'incertitude.

L'OD fait actuellement l'objet de plusieurs études internationales pour évaluer sa reproductibilité dans des contextes culturels différents et les changements organisationnels qu'elle implique (3). Développée directement en milieu psychiatrique, elle est recommandée par le conseil de l'Europe et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme pratique respectueuse des droits humains (4).

L'ÉQUIPE MOBILE DIAPASON

Ce modèle d'intervention de l'OD nous a paru d'une grande pertinence en contexte d'intervention précoce car il propose un accompagnement souple vers les soins, sans contrainte et orienté par les besoins spécifiques de la personne. De même,

intégrer d'emblée les proches permet de prendre en compte l'impact de l'apparition des troubles sur le contexte de vie du sujet, de profiter du point de vue des membres de son réseau social sur la situation et de faire de ceux-ci des partenaires des soins

des préoccupations des protagonistes. Le binôme de thérapeutes se charge d'animer la réunion en restant attentif à donner la parole à chacun. Appréhender au mieux la problématique dure généralement une heure et demie.

un sentiment d'être épiée par ses collègues de travail. »

La jeune femme vit en région parisienne. Lors d'une visite à ses parents, en Alsace, elle accepte de nous rencontrer à l'hôpital. Elle vient accompagnée par son



« Parfois considérée à tort comme une approche antipsychiatrique ou antimédicaments, l'Open dialogue (OD) est avant tout intégrative (...), orientée rétablissement (...), collaborative (...) et centrée sur les compétences... »

à part entière. C'est dans cette optique que Diapason a été créée, pour répondre rapidement à toute demande impliquant un jeune de 16 à 30 ans.

• Modalités d'intervention

Les demandes téléphoniques transitent par une unité rattachée au Pôle de psychiatrie (Cesame, 4) ouverte 24 heures/24, 7 jours/7 jours, qui les évalue et les oriente vers notre dispositif.

Un premier contact téléphonique est proposé par l'équipe dans les 48 heures, afin d'évaluer au mieux la situation. Au cours de cet appel, nous réfléchissons avec la/les personnes à l'origine de la demande, au lieu le plus approprié (domicile, école, hôpital...) pour une première « rencontre de réseau ». « *Qui est concerné par la situation, qui a été impliqué ? Qui pourrait être aidant et pourrait participer à la première réunion ?* » Nous posons ces questions directes pour repérer rapidement les personnes concernées et si nécessaire les mobiliser.

L'équipe se déplace ensuite en binôme au lieu convenu. À ce stade, bien sûr, il arrive que l'intéressé ne souhaite pas nous rencontrer. Nous proposons malgré tout de nous déplacer au domicile et de faire connaissance avec l'entourage demandeur. Nous en profitons pour nous présenter auprès du jeune, en expliquant que nous respectons son choix mais que nous allons prendre le temps d'échanger avec ses proches sur ce qui les inquiète. Nous aimerions beaucoup d'avoir son point de vue s'il changeait d'avis. L'échange se fait alors dans la pièce à vivre afin qu'il puisse être entendu de tous.

« *Comment voulez-vous utiliser ce temps d'échange ? De quoi souhaitez-vous parler aujourd'hui ?* » Aucun sujet n'est établi à l'avance, les échanges partent avant tout

La souplesse du dispositif permet ensuite d'envisager de moduler les entretiens en fonction des besoins : entretiens individuels, de couple, de fratrie, parentaux. L'important est d'insister sur la transparence des échanges, c'est-à-dire que la personne concernée en est toujours informée. Ce travail en sous-système offre l'avantage d'offrir un temps de parole à chacun et d'éviter également les enchevêtrements en offrant des espaces dédiés. Nous proposons la présence d'un médiateur santé-pair, ce qui permet d'aborder le vécu des expériences singulières (impressions, sentiments d'étrangeté...) de façon ouverte, sans les stigmatiser mais en cherchant à en éclaircir le sens. L'accent est ici mis sur la recherche des ressources existantes au sein du réseau plutôt que sur les troubles ou les carences. Par ailleurs, nous insistons sur les mots employés, leurs significations pour la personne, afin d'être au plus près du vécu empirique sans tenter de l'interpréter mais en lui donnant une place pour se déployer.

La question du traitement médicamenteux est également abordée de façon ouverte, en cherchant à bâtir un compromis entre l'intérêt de soulager la souffrance psychique et le souhait de garder une capacité de penser. Si nécessaire, une hospitalisation peut être proposée le temps d'alléger le climat familial impacté par l'intensité des troubles, de mettre à distance le contexte de tension. Il s'agit d'éviter l'hospitalisation sous contrainte en construisant le projet de soin avec le sujet.

CARMEN SE SENT OBSERVÉE...

Carmen, 27 ans, est orientée vers notre service par sa mère qui s'inquiète des comportements de sa fille depuis quelques semaines. « *Elle tient des propos de plus en plus inquiétants, évoque*

grand-père maternel mais souhaite nous voir seule.

Nous la recevons en binôme (un psychologue et une infirmière), deux jours de suite, pour deux longs entretiens où nous faisons sa connaissance. Carmen est l'aînée d'une fratrie de trois, ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait 8 ans. Après un parcours scolaire brillant, elle termine actuellement son cursus universitaire en mathématiques par un stage dans une grande entreprise. Elle manque cependant de confiance en elle. Au cours d'un discours prolixe et logorrhéique, elle évoque un état d'angoisse lié à un sentiment diffus d'être observée par ses collègues. Des idées de préjudice et de concernement sont présentes, une grande labilité émotionnelle est perceptible. Elle relate aussi des troubles du sommeil importants et invalidants.

• **À la fin de ces deux entretiens, nous lui suggérons une hospitalisation de courte durée**, afin qu'un médecin évalue son état actuel. Carmen refuse puis finit par accepter. Elle est admise à l'Unité d'hospitalisation brève (UHB) pendant 3 jours. Un traitement antipsychotique est introduit et un projet d'hospitalisation plus longue est construit avec elle.

• **Carmen est ensuite accueillie au sein d'une unité d'évaluation** pour un séjour d'environ 5 semaines, où nous assurons des entretiens réguliers.

La prise de traitement, le contexte rassurant et contenant de l'hospitalisation lui permettent de rassembler ses pensées. Elle précise son idée de complot : elle se sent au centre d'un jeu de rôles dont elle subit les règles, ce que nous pourrions définir comme des automatismes mentaux.

Carmen énumère aussi des éléments plus factuels et adaptés à sa situation

actuelle. Quelques inquiétudes à propos de sa déclaration d'impôt, de son accès à ses comptes bancaires bloqués car elle en a oublié le code, du règlement de son loyer à Paris...

Carmen demande des conseils pour s'apaiser et trouve ses propres solutions : écouter de la musique, supprimer la 4G pour éviter les réseaux sociaux et les actualités en boucle, s'isoler dans sa chambre lorsqu'elle s'approprie les discours des autres personnes qu'elle croise.

- La jeune femme parvient ainsi à mobiliser des ressources, mais nécessite un étayage rassurant. Dans la relation de confiance qui s'établit, **l'hospitalisation se poursuit dans un service ouvert.**

Les premiers jours, elle souhaite continuer à ne voir que le binôme Diapason, et doute des bonnes intentions de l'équipe qui l'accueille. Carmen craint « *d'être manipulée* » et exprime ses ressentis et angoisses principalement par des métaphores, qui lui permettent de représenter sa souffrance. Lors des premiers entretiens, par exemple, elle dit : « *Je suis face à un mur* ». On lui propose de trouver ensemble des portes de sortie. Plus tard, elle exprime ainsi sa peur d'être agressée ou manipulée : « *Avant j'étais une marionnette, maintenant je suis un bout de chiffon* ».

Dans les temps de l'hospitalisation, elle évoque « *un sac lourd, relié à ma jambe, qui est au fond de la mer. Je nage difficilement en surface en espérant que quelqu'un m'attende sur la rive, je n'en suis pas sûre. Un sac rempli d'émotions, de souvenirs, de choses imbriquées les unes dans les autres et donc trop difficile à sortir, comme si tout faisait bloc* ». Elle me demande alors de lui tenir la main. Toutes ces métaphores constituent le fil de nos entretiens, durant lesquels la jeune femme oscille entre perceptions confusantes, douteuses et rationalisation. Plusieurs rencontres s'organisent ensuite en présence d'une soignante de cette unité. Carmen estime que nous employons parfois une « *grille de lecture erronée* », expression sur laquelle nous rebondissons pour construire une « *grille de lecture commune* » qui évite les interprétations et les malentendus. Nous invitons Carmen à s'ouvrir à l'équipe pour clarifier les doutes encore présents concernant ce qu'elle entend ou perçoit.

- **Durant ce séjour à l'hôpital, deux rendez-vous sont organisés avec sa mère.**

Carmen la décrit comme « *soutenante* », soulignant aussi que « *ça n'a pas toujours été le cas* ». Ces entretiens se tiennent en présence de l'équipe soignante intra-hospitalière afin d'assurer un passage de relais dans le suivi.

Au cours de cette période, les échanges sont riches. Carmen alterne des séquences de grande angoisse et d'autres de sérénité. L'accompagnement se centre sur la résolution de problèmes pratico-pratiques : effectuer des démarches pour différer la remise de son travail de fin d'étude, prévoir son déménagement de la région parisienne mais aussi évoquer le lieu de vie après l'hospitalisation.

- **C'est finalement au domicile de sa mère que Carmen décide de s'installer.** L'assistance sociale de Diapason se mobilise pour accompagner la jeune femme dans ses démarches administratives, et « gérer » son statut : sa situation sociale est compliquée car Carmen est prise dans une ambivalence entre bénéficier d'un arrêt maladie ou s'inscrire rapidement dans une recherche d'emploi. Il lui est difficile de prioriser le soin et de ne pas être emportée dans le rythme effréné de la vie active auquel elle est habituée.

- **L'accompagnement ambulatoire se poursuit au cours d'entretiens avec Carmen et sa mère,** pour évoquer la cohabitation, avec sa sœur, ainsi que son grand-père qui occupe une place centrale dans l'équilibre familial. De nombreux sujets sont abordés et une relecture de l'histoire familiale se déploie au cours de ces échanges : les difficultés d'indépendance financière de la maman qui pèsent sur Carmen, l'histoire houleuse du divorce. Carmen remarque alors avec pertinence que les thématiques qui nourrissaient son délire étaient des problématiques réelles autour desquelles se sont greffées les interprétations et les idées de références, majorant son angoisse. Elle semble alors rassurée du lien entre les pensées « *parano* » et les difficultés qui envahissaient son quotidien.

- **Carmen se mobilise pour se rendre à l'hôpital de jour deux fois par semaine,** pour consolider sa stabilisation et elle poursuit les suivis individuels avec le psychiatre et le psychologue.

- **Au bout de 4 mois, le projet professionnel commence à se dessiner.** Carmen souhaite s'installer à Bordeaux pour

effectuer un stage et rejoindre là-bas une amie de longue date, Lucie, côtoyée lors d'un précédent cursus universitaire. Les discussions avec la famille sont intenses sur la faisabilité de ce projet, sur l'étayage nécessaire... Nous sentons que les proches (et notamment le grand-père) font peser une pression importante sur la jeune femme, et sa réussite. Chacun y va de son point de vue et de sa perception des besoins de Carmen. Mais elle tient bon et manifeste son désir de se lancer dans cette aventure et de s'y investir le mieux possible, qu'importe le résultat : « *J'aurai essayé* ».

- **Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) (6)** lui sont également présentées, afin de parer à toute éventualité. Carmen, avec l'aide de Pierre, médiateur santé pair, les rédige avec soin et identifie ses personnes de confiance.

- Pour préparer son emménagement à Bordeaux, **Carmen souhaite organiser une rencontre avec Lucie.** Elle dit avoir besoin d'un regard extérieur, consciente que, lorsqu'elle ne va pas bien, elle risque de s'isoler et de ne pas aller vers les soins à temps. Par téléphone, Carmen donne des indications très précises sur les signes à repérer, et demande à Lucie d'y être vigilante et de joindre l'équipe Diapason si elle le juge nécessaire. Il est établi un contrat informel où elle insiste pour que Lucie nous contacte en cas d'inquiétudes, même si Carmen s'y oppose au moment venu. Elle perçoit que dans un moment de décompensation, elle ne ferait pas les bons choix pour elle et demande à Lucie de la guider. Nous échangeons donc nos coordonnées avec cette jeune femme.

- **Dans le même temps, Carmen prend contact avec son père** et lui demande de signer la demande d'hospitalisation par un tiers s'il était contacté par un service hospitalier. En effet, quelques mois auparavant, Carmen, en état de « *panique* », s'était rendue aux Urgences à Paris mais avait refusé d'être hospitalisée. Le service avait alors contacté son père qui, souhaitant respecter le choix de sa fille, n'avait pas donné suite.

- **L'installation à Bordeaux approche.** Il est convenu de maintenir le suivi médical via des téléconsultations et de garder un lien téléphonique avec l'équipe mobile et le psychologue.

- **Au bout de 4 mois de stage, Carmen se porte bien et continue sur sa lancée.** Elle a déjà obtenu un contrat de travail pour

un prochain emploi. Celui-ci a nécessité de nombreux entretiens d'embauche et de tests psychotechniques. Malgré cela, elle s'interroge toujours sur ses compétences professionnelles...

CONCLUSION

Parfois considérée à tort comme une approche antipsychiatrique ou antimédicaments, l'OD est avant tout :

- intégrative, en incluant toutes les thérapies utiles et nécessaires pour la personne (psychothérapeutique, psycho-sociale, médicamenteuse si nécessaire, socio-professionnelle...);
- orientée rétablissement en construisant le parcours de soin à partir des besoins du sujet;
- collaborative en invitant tous les intervenants, en accord avec la personne, à participer;
- et centrée compétences en mettant avant tout l'accent sur les ressources présentes.

Dans le cadre plus spécifique de l'intervention précoce, elle offre ainsi des modalités d'intervention pertinentes pour construire un projet de soin et/ou de réhabilitation psychosociale, non pas basée sur les *desiderata* de l'équipe soignante mais en partenariat avec l'utilisateur. Les 40 années de recul de la Finlande ont largement prouvé l'intérêt de cette approche.

Peter L. Berger et Thomas Luckmann sont les premiers à développer cette approche dans un ouvrage de référence : « *The Social Construction of Reality* » (1966). Ils se proposent de montrer comment la réalité sociale (les normes, les valeurs, la culture...) est construite par des acteurs sociaux. La construction sociale se fait à travers deux processus : l'externalisation (l'être humain construit la réalité sociale) et l'internalisation (à travers la socialisation, l'être humain intériorise cette réalité).

3– En Grande-Bretagne, le projet *Oddessi* (<https://www.nelft.nhs.uk/research-nelft-sponsored-studies>) et en Italie, le *HopenDialogue Project Research* (<https://www.hopendialogue.net/events/3rd-meeting-of-the-international-open-dialogue-research-collaboration/>)

4– *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*, WHO, 2021. Consultable sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>

5– *Unique dans le Haut-Rhin, Cesame est issu de la coopération entre le GHRMSA et le Centre hospitalier de Rouffach. Ce guichet unique d'accès aux soins permet d'éviter les ruptures thérapeutiques et les hospitalisations inadéquates.*

6– *Les DAIP permettent aux personnes concernées par un trouble psychique de réfléchir à leurs besoins concernant les soins et l'accompagnement dont elles souhaiteraient bénéficier en cas de crise. Le fait d'anticiper une éventuelle situation de crise psychique contribue à diminuer les rechutes et les réhospitalisations. Très concrètes et réalistes, elles définissent les modalités de soins souhaitées en cas de crise et peuvent être rédigées avec l'aide d'un pair-aidant. À lire aussi Directives anticipées en psychiatrie, Santé mentale, n° 245, février 2020.*

BIBLIOGRAPHIE

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

– Anderson, H. *Conversation, langage et possibilités: Une approche postmoderne de la thérapie*, Satas, 2009.

– Bergström, T. (2020). *Life after Integrated and Dialogical Treatment of First-Episode Psychosis. Long-Term Outcomes at the Group and Individual Level*. Faculty of Education and Psychology of the University of Jyväskylä.

– Cordonnier, B. (2015). *Dialogue Ouvert. Mémoire rédigé dans le cadre du DAS de psychothérapie systémique*, Université de Genève.

– Klapciński, M. M., Rymaszewska, J., *Open Dialogue Approach – about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry in Psychiatr. Pol.* 2015; 49(6): 1179–1190.

– Krebs, M-O, et al. (2015) *Signes précoces des schizophrénies, des prodromes à la notion de prévention*, Dunod.

– Lehtinen, V., Taipale, V., *Integrating mental health services: the Finnish experience*, *International Journal of Integrated Care – Vol. 1, 1 June 2001*.

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

– Putman, N., *Open Dialogue for psychosis*, Routledge, 2021.

– Razaque, R., *Dialogical Psychiatry: A Handbook For The Teaching And Practice Of Open Dialogue*, Omni House Books, 2019.

– Seikkula, J. & Arnkil, T. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.

– Seikkula, J. et Olson, M. (2003). *The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics*. *Family Process*, 42, 403-418.

– Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., et al. (2006) *Five years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses*. *Psychotherapy Research*, 16: 214–228.

1– *A lire aussi: Intervention précoce: de quoi parle-t-on? Santé mentale, n°279, juin 2023.*

2– *En sociologie, le constructivisme est une approche qui envisage la réalité sociale comme une construction sociale.*

Résumé. Le pôle de psychiatrie et de santé mentale du GHRMSA de Mulhouse a créé en 2021 une équipe d'intervention précoce inspirée de l'approche psychothérapeutique systémique finlandaise de l'Open dialogue (OD). Après avoir présenté le cadre de l'intervention précoce, les auteurs exposent l'OD en décrivant ses ressorts et ses spécificités. Une vignette clinique illustre les modalités opérationnelles de l'équipe mobile. Cette approche est particulièrement pertinente en psychiatrie. Illustration avec le cas clinique de Carmen, la trentaine, qui traverse un premier épisode psychotique.

Mots-clés. Cas clinique – Communication verbale – Entourage – Entretien thérapeutique – Équipe mobile – Finlande – Intervention précoce – Premier épisode psychotique – Projet de soins – Psychothérapie familiale systémique – Réhabilitation psychosociale – Réseau d'aide – Théorie systémique.