



ELSEVIER

Sommaire disponible sur ScienceDirect

Social Sciences & Humanities Open

Page d'accueil de la revue : www.sciencedirect.com/journal/social-sciences-and-humanities-open

Article standard

Les pratiques professionnelles mises à l'épreuve du dialogue ouvert : une étude de cas dans deux services de psychiatrie publique à Marseille

Andréa Mestre ^a, Julien Grard ^{b,c}, Camille Grégoire ^a, Hugo Panabières ^a, Aurélie Tinland ^{b,c}, Pascal Auquier ^{b,c}, Saphir Desvignes ^{a,c,*} ^a Justice et Union pour la Transformation Sociale (JUST), 13 boulevard d'Athènes, 13001, Marseille, France^b Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), 80 rue Brochier, Cedex 05, 13354, Marseille, France^c Centre d'Études et de Recherche sur les Services de Santé et la Qualité de Vie (CEReSS, UR 3279), Université d'Aix-Marseille, Faculté de Médecine, 27 Boulevard Jean-Moulin, Cedex 05, 13385, Marseille, FranceI N F O R M A T I
O N S S U R L ' A
R T I C L E

Mots-clés :

Dialogue ouvert
Rétablissement Normes
professionnelles
Test de professionnalisme
Psychiatrie

RÉSUMÉ

Cette étude qualitative examine la mise en place de l'approche du Dialogue ouvert (DO) dans deux services psychiatriques publics de Marseille, tous deux déjà engagés dans des pratiques axées sur le rétablissement. L'étude repose sur une analyse de cas multiples combinant observation, entretiens individuels et collectifs, ainsi qu'une analyse thématique itérative. Elle explore comment le DO transforme – ou non – les normes professionnelles de ceux qui le pratiquent.

Les résultats montrent que la mise en œuvre de l'OD n'a pas entraîné une transformation uniforme des pratiques. Au contraire, son appropriation a été partielle, hétérogène et façonnée par des contraintes organisationnelles, des parcours professionnels et des dynamiques collectives. Si l'OD a conservé une forte légitimité éthique, il a souvent été tenu à distance par des contournements, des utilisations sélectives et une résistance implicite — en particulier autour des dialogues réflexifs, qui remettaient en question les rôles professionnels et l'autorité établis. Dans le même temps, le DO a servi de cadre d'autorisation pour certains praticiens, légitimant des positions relationnelles, l'incertitude et l'engagement émotionnel auparavant difficiles à maintenir.

Plutôt qu'un modèle à mettre en œuvre à la lettre, l'approche axée sur le rétablissement (OD) a fonctionné comme un outil révélateur qui a mis en lumière les tensions normatives structurant la pratique professionnelle. Sa mise en œuvre met en évidence à la fois la fragilité des transformations axées sur le rétablissement et leur potentiel à initier des reconfigurations progressives de l'autorité professionnelle, des normes relationnelles et des modes de travail dans des conditions organisationnelles spécifiques.

1. Introduction

Conformément aux recommandations de l'OMS, l'introduction du paradigme du rétablissement en France remet en question les fondements organisationnels et cliniques de la psychiatrie contemporaine (Pachoud, 2018). Ce paradigme, issu du mouvement américain des anciens patients (Chamberlin, 1978), offre une perspective optimiste aux personnes vivant avec des troubles mentaux. Il propose une critique radicale du modèle biomédical et paternaliste, en promouvant à la place une vision émancipatrice des soins fondée sur le droit à une existence autodéterminée. Ces personnes cherchent la reconnaissance de leur personnalité et rejettent les pronostics de chronicité (Deegan, 1988). Loin de viser la guérison, le rétablissement met l'accent sur l'autonomie et une vie épanouissante malgré les difficultés de santé mentale, ancrée dans un processus subjectif et évolutif où capacité et dépendance s'entremêlent (Anthony, 2007).

Le développement de ce paradigme reste inégal selon les contextes (Greacen & Jouet, 2017). Dans certaines institutions, ses principes ont été reformulés pour servir des impératifs de standardisation, d'efficacité ou d'évaluation, au risque de compromettre leur potentiel transformateur (Linder, 2022). Cette neutralisation partielle n'est pas simplement due à un manque de compréhension ou d'engagement ; elle est profondément ancrée dans des logiques professionnelles préexistantes qui résistent à la reconfiguration (Slade, 2009).

Comprendre les effets du paradigme de la réadaptation nécessite donc d'examiner les dynamiques normatives qu'il met en mouvement au sein même des pratiques professionnelles. Les normes ne précèdent pas les actions qu'elles régulent : elles se constituent à travers des comportements répétés, imprégnés de sens et reconnus comme légitimes par les personnes concernées (Wittgenstein, 2009 [1953]). Comme nous le rappelle Brandom (1994), elles n'existent qu'à travers les pratiques dont elles émergent, soutenues par des régularités socialement validées.

* Auteur correspondant. CEReSS, Université d'Aix-Marseille, 27 boulevard Jean-Moulin, Cedex 05, Marseille, 13385, France.

Adresse e-mail : saphir.desvignes@gmail.com (S. Desvignes).<https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2026.102796>

Reçu le 8 octobre 2025 ; Reçu sous forme révisée le 9 avril 2026 ; Accepté le 14 avril 2026

Disponible en ligne le 5 mai 2026

2590-2911/© 2026 Les auteurs. Publié par Elsevier Ltd. Il s'agit d'un article en libre accès sous licence CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Le paradigme du rétablissement ne fait pas exception : il recoupe des dispositifs professionnels établis et est, à son tour, remodelé par les logiques normatives qu'il cherche à influencer. Le défi ne consiste donc pas simplement à évaluer l'adhésion aux valeurs du rétablissement, mais à comprendre les conditions dans lesquelles ces valeurs peuvent être mises en œuvre, intégrées dans des pratiques durables et générer de nouvelles normes capables de renouveler le potentiel transformateur du paradigme.

Dans cette perspective, certains services d'un hôpital universitaire public de Marseille ont été parmi les premiers en France à expérimenter l'approche du Dialogue Ouvert (DO) (Seikkula et al., 1995) qui, bien que développée indépendamment, partage avec le paradigme de la récupération une attention fondamentale portée à l'expérience subjective et à l'autonomie des personnes concernées (von Peter et al., 2019). L'OD est apparu à ces équipes comme un cadre opérationnel, compris comme un ensemble d'orientations pratiques façonnant à la fois la posture professionnelle et les modes de travail quotidiens, capable de soutenir des formes de pratique et d'engagement professionnel qui restent marginales.

En tant que paradigme de rétablissement, le dialogue ouvert ouvre ainsi la voie à une nouvelle norme relationnelle, dans laquelle les professionnels renoncent à leur monopole interprétatif et s'engagent dans un dialogue ouvert caractérisé par des « liens profonds » avec les personnes qu'ils accompagnent (Wates et al., 2022). Cette qualité de connexion s'apparente à ce que Mearns et Cooper (2005) appellent la « profondeur relationnelle » : un « état de contact et d'engagement profonds entre deux personnes, dans lequel chacune est pleinement authentique avec l'Autre, et capable de comprendre et de valoriser l'expérience de l'Autre à un niveau élevé ». Wates (2019) s'appuie sur cette notion pour analyser les effets de l'Open Dialogue sur la posture professionnelle, montrant qu'une telle présence implique de la vulnérabilité, une résonance émotionnelle et une reconnaissance mutuelle entre les thérapeutes et les personnes qu'ils accompagnent — bien au-delà des registres habituels d'expertise ou de neutralité.

La participation à des rencontres dialogiques ouvre ainsi des espaces de redéfinition de soi, bien que ces ajustements restent fragiles. En effet, les stéréotypes associés aux professions et aux institutions pèsent sur les possibilités de transformation. Ces situations remettent en question l'éthique professionnelle — l'ensemble des valeurs, des normes et des significations incarnées qui guident la manière dont on vit sa profession (Jorro, 2022) — et exposent les praticiens à des épreuves de professionnalisme (Bouchetal, 2022), c'est-à-dire à des tensions vécues dans des situations de travail incertaines qui peuvent soit déstabiliser, soit renforcer les normes professionnelles.

Le Dialogue ouvert ne peut être compris comme une simple innovation organisationnelle, car il implique une reconfiguration des cadres professionnels, des relations de pouvoir et des façons de concevoir les soins. Ainsi, plutôt que d'

évaluer la fidélité au modèle du Dialogue ouvert, cette étude traite sa mise en œuvre comme un dispositif révélateur : un processus qui, précisément parce qu'il bouleverse les façons établies de faire et d'entrer en relation, rend visibles les normes professionnelles qui, habituellement, ne sont pas remises en question. Le double objectif est donc de retracer les modalités concrètes d'appropriation au sein de deux services, et d'examiner les tensions normatives — autour de l'expertise, des hiérarchies de savoir et de l'autorité relationnelle — que cette appropriation fait émerger et, dans certains cas, commence à transformer.

2. Méthode

2.1. Conception de la recherche-action participative

Cette étude s'inscrit dans un cadre plus large de recherche-action participative (Avison et al., 1999 ; Baum et al., 2006), dans lequel la recherche et la pratique sont délibérément articulées à travers des cycles itératifs d'enquête, d'action et de réflexion collective menés conjointement par les chercheurs et les participants dans des contextes concrets. L'initiative a été lancée par un pair-chercheur et a réuni, dès le départ, des chercheurs universitaires et des professionnels de chaque service, y compris des pairs-intervenants. Les usagers des services et les aidants ont également été impliqués, bien que leur participation soit restée marginale au fil du temps.

Le groupe de recherche-action s'est réuni tous les mois entre avril 2021 et septembre 2024, offrant un espace pour façonner collectivement le projet, ajuster les orientations de la recherche et répondre aux retours d'expérience du terrain. C'est dans ce cadre que la présente étude de cas a été élaborée : deux autres chercheurs pairs ont été recrutés pour travailler aux côtés des équipes afin de soutenir la mise en œuvre du développement organisationnel tout en contribuant simultanément à l'analyse des pratiques. L'équipe de recherche a également dispensé des formations d'initiation aux nouvelles recrues et organisé des journées de travail en équipe axées sur la gestion du changement.

2.2. Positionnement épistémologique

Cette étude s'appuie sur des cadres analytiques issus de la sociologie des professions, de l'anthropologie des soins, des sciences de gestion et de la santé publique. Cette approche interdisciplinaire n'est pas seulement un choix méthodologique, mais aussi un engagement épistémologique : elle vise à recentrer la recherche sur les pratiques innovantes, en allant au-delà des intentions déclarées pour s'intéresser aux dynamiques normatives, relationnelles et organisationnelles qui les rendent possibles — ou les entravent.

De plus, la plupart des membres de l'équipe de recherche ont une expérience personnelle

Qu'est-ce que le dialogue ouvert ?

Le dialogue ouvert est une approche développée en Finlande dans le contexte de vastes réformes de la santé mentale lancées à la fin des années 1970, qui visaient à réduire les hospitalisations de longue durée et à renforcer les formes de soins communautaires et centrées sur la personne (Alanen, 2018 [1997]). Le DI s'appuie sur deux cadres interdépendants. Premièrement, sept principes qui structurent l'intervention : l'aide immédiate, une perspective de réseau social, la flexibilité et la mobilité, la responsabilité, la continuité psychologique, la tolérance à l'incertitude et le dialogisme (Seikkula et al., 2001). Deuxièmement, le dialogisme étant une pratique complexe, douze éléments clés (Olson et al., 2014) ont été développés pour décrire la manière dont les professionnels s'engagent dans le dialogue lors des « réunions de réseau », qui constituent le cœur opérationnel de l'approche. Les réunions de réseau sont organisées aussi souvent que nécessaire et rassemblent la personne en situation de crise de santé mentale et le réseau social qu'elle choisit d'inviter (proches, personnes de confiance et professionnels). Ces réunions sont animées par au moins deux professionnels formés au dialogue ouvert.

Plutôt que de suivre des étapes de traitement prédéfinies, l'approche privilégie le dialogue en tant que processus thérapeutique principal. Les douze éléments clés de la pratique dialogique ne constituent ni un protocole ni une méthodologie rigide ; ils décrivent plutôt une manière d'être en relation, fondée sur l'écoute active, la coprésence, la réflexivité partagée et la reconnaissance d'une pluralité de voix. Les professionnels favorisent un espace dialogique (Arnkil, 2019) en étant attentifs au moment présent, à la subjectivité, aux émotions et aux silences ; en exprimant leurs pensées et leurs questions de manière transparente ; et en accueillant chaque point de vue sans hiérarchie. Ce cadre favorise un passage d'une logique axée sur l'expertise vers la co-construction de sens et engage les équipes à adopter en permanence une attitude d'ouverture à l'altérité et à l'incertitude.

De plus, l'approche dialogique considère la crise comme la manifestation d'une blessure qui ne peut s'exprimer par le langage ordinaire (Seikkula & Olson, 2003). Rompt avec le modèle thérapeutique traditionnel centré sur le diagnostic et la résolution des symptômes, l'OD appelle à un changement profond de la posture professionnelle : la tâche n'est plus d'intervenir en tant qu'expert cherchant à résoudre la crise, mais de rester présent aux côtés de la personne et de son réseau, en soutenant un espace où les incertitudes, les émotions et une pluralité de sens peuvent s'exprimer (Seikkula & Trimble, 2005).

expérience de la santé mentale, telle que définie par Godrie (2016) — englobant les expériences de traitement psychiatrique, les services communautaires et les conséquences sociales telles que la stigmatisation ou la précarité, ainsi qu'un processus de rétablissement personnel. Cette implication biographique ne constitue pas un matériau empirique pour l'analyse, mais revêt une importance épistémologique, car elle a sensibilisé l'équipe de recherche aux asymétries relationnelles, aux formes de savoir qui restent souvent invisibles dans les contextes institutionnels, ainsi qu'aux dimensions affectives et relationnelles des soins.

Enfin, l'ensemble de l'équipe — qui a contribué à la conception de l'étude, à la collecte des données, à l'analyse et à la rédaction — a suivi une formation d'un à deux ans au dialogue ouvert. Cette familiarité pratique avec l'approche a enrichi l'analyse, favorisant une compréhension nuancée des défis soulevés par sa mise en œuvre.

2.3. Approche par étude de cas

Cette étude adopte une approche par étude de cas (Yin, 1994) comme stratégie globale. Étudier la mise en œuvre de l'OD ne revient pas à examiner l'adoption d'une technique neutre. Il s'agit plutôt d'analyser un processus d'appropriation intrinsèquement situé, dont les contradictions et le caractère négocié ne peuvent être dissociés des contextes organisationnels et des cultures professionnelles dans lesquels ils se déroulent. Ce qui est mis en œuvre ne peut être dissocié du lieu et du moment où la mise en œuvre a lieu. En permettant une observation soutenue dans des contextes réels et sur la durée, l'approche par études de cas est particulièrement bien adaptée pour saisir cette dynamique dans toute sa complexité (Eisenhardt, 1989 ; Grimand et al., 2017).

2.4. Description des services étudiés

Entre janvier 2020 et janvier 2023, cinq équipes à Marseille ont suivi une formation au Dialogue Ouvert dispensée par des formateurs internationaux. Cette étude se concentre sur deux d'entre elles — MARSS et ULICE, opérant au sein du même hôpital universitaire public — tandis que les trois autres ont été exclues en raison d'une mise en œuvre insuffisante au début de la collecte des données. Comme indiqué dans l'introduction, l'OD s'articule autour de sept principes. Avant la formation, les deux services fonctionnaient déjà en conformité avec la plupart de ces principes ; la seule exception notable était le dialogisme, qui requiert des compétences spécifiques développées au cours de la formation.

MARSS est une équipe mobile de psychiatrie de proximité pour les sans-abri, basée dans le centre-ville de Marseille, qui vise à faciliter l'accès aux soins pour les personnes sans domicile fixe souffrant de troubles psychiatriques graves. L'équipe se distingue par sa taille importante, l'intégration systématique de psychiatres dans les tournées de proximité dans la rue, et son expérimentation précoce du soutien par les pairs par l'intermédiaire de médiateurs de santé. Bien qu'elle fasse officiellement partie de l'hôpital public, sa composition en personnel diffère nettement des services psychiatriques traditionnels : au moment de l'étude, l'équipe ne comptait qu'une seule infirmière, qui a rejoint l'équipe après la formation en DO. Cette présence infirmière limitée, combinée à la forte orientation sociale du travail dans des contextes d'extrême précarité, confère à MARSS un profil hybride plus proche des équipes de proximité médico-sociales. Elle développe une pratique de proximité orientée vers le rétablissement, avec une position critique vis-à-vis des normes habituelles du secteur psychiatrique. En ce qui concerne l'alignement sur l'OD, le MARSS respectait la plupart des principes avant la formation. Une exception concernait la perspective de réseau : le contexte d'extrême précarité se caractérisait par des niveaux élevés d'isolement social, bien que l'équipe travaillait régulièrement avec les réseaux professionnels des usagers.

ULICE fonctionne depuis 2018 sur le modèle des équipes de résolution de crise (CRT) — une équipe multidisciplinaire disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 qui fournit un traitement rapide et intensif à domicile aux personnes en situation de crise psychiatrique aiguë, dans le but d'éviter l'hospitalisation dans la mesure du possible (Johnson et al., 2005). Elle dessert trois quartiers du sud de Marseille, assurant un suivi intensif pendant la phase aiguë avant de coordonner la transition vers des ressources ambulatoires et communautaires. L'ULICE se caractérise par un certain degré d'horizontalité explicitement encouragé par la direction, et par la présence limitée

présence des psychiatres aux réunions du réseau — dont la plupart sont menées par des infirmières, sauf pour les questions liées au traitement — bien que les relations hiérarchiques et l'autorité médicale restent en vigueur. En ce qui concerne l'alignement sur l'OD, la continuité psychologique — telle que définie dans le cadre de l'OD — est structurée différemment dans le système de soins français par rapport au contexte finlandais où l'OD a été développé. Dans les équipes de gestion de crise telles que l'ULICE, la continuité est généralement assurée par un psychiatre et/ou un psychologue travaillant à temps partiel à la fois au sein de l'équipe de crise et des services ambulatoires ; cependant, cela prend la forme de consultations individuelles plutôt que de réunions de réseau. Un alignement complet sur ce principe aurait nécessité une restructuration complète de l'organisation des soins, ce qui n'était pas réalisable dans le cadre de cette étude.

Dans les deux services, le dialogisme a donc constitué la principale dimension introduite par le Dialogue Ouvert, mise en œuvre à travers les douze éléments clés de la pratique dialogique. C'est donc sur la pratique dialogique que cette étude s'est concentrée.

2.5. Collecte des données

Les données ont été recueillies entre septembre 2023 et septembre 2024, en combinant observation, entretiens semi-structurés, groupes de discussion interservices et documents. Étant donné que les transformations dans la pratique s'opèrent à la croisée des prescriptions institutionnelles et des dynamiques collectives, ces sources permettent de saisir différentes strates des processus sociaux à l'œuvre. Les entretiens semi-structurés explorent les parcours, les représentations et les expériences des professionnels travaillant avec ou sans le Dialogue ouvert, tout en recueillant des témoignages sur les premières étapes de la mise en œuvre. Les groupes de discussion interservices ont offert un espace pour examiner les normes professionnelles partagées, les processus de légitimation collective et les incertitudes entourant la mise en œuvre. L'observation directe a mis en lumière ce qui reste souvent tacite dans les entretiens : la mise en œuvre concrète de la pratique, les écarts entre le discours et l'action, et les tensions qui structurent les interactions professionnelles. C'est dans le croisement systématique de ces trois sources que la mise en œuvre peut être appréhendée non pas comme l'application pure et simple de directives, mais comme un processus social situé et négocié. Des documents tels que des rapports d'activité, des protocoles écrits et des échanges de messages ont également été examinés afin de contextualiser et de corroborer les autres sources, sans faire l'objet d'une analyse formelle.

Afin de faciliter l'identification des sources de données dans la section des résultats,

nous précisons l'origine de chaque extrait comme suit : FG désigne les données issues des groupes de discussion, FN renvoie aux notes de terrain, et les extraits sans mention spécifique proviennent d'entretiens individuels.

2.6. Observations ethnographiques

Au total, 244 heures d'immersion sur le terrain ont été effectuées par les premier et quatrième auteurs, couvrant des réunions organisationnelles, des interventions cliniques (visites à domicile, travail de rue) et des moments informels tels que les repas et les pauses. Au MARSS, cela comprenait également le repas communautaire hebdomadaire, qui offrait des occasions particulièrement riches d'observer les dynamiques relationnelles entre les professionnels et les usagers des services.

En fonction du contexte, les chercheurs ont adopté différentes attitudes : une participation observatrice lors des réunions collectives et une observation participante lors des interventions cliniques — une attitude dans laquelle le chercheur prend part à l'action à partir d'un rôle socialement intégré tout en conservant une position analytiquement située (Seim, 2024). Les observations ont permis de documenter les schémas de prise de parole, la répartition de la parole, le contenu des échanges et les modalités de participation à la prise de décision. Le temps d'observation consacré à chaque type d'activité est détaillé à l'annexe A.

L'immersion ethnographique remplit une fonction qui va au-delà de la simple description : en saisissant comment les principes du DO sont traduits, adaptés ou contestés dans la pratique quotidienne en réponse aux contraintes institutionnelles et aux cultures professionnelles, elle génère les connaissances ancrées dans le contexte nécessaires pour comprendre dans

quelles conditions une innovation fonctionne (Cubellis et al., 2021). Les chercheurs ethnographiques intégrés peuvent traduire la complexité des processus de mise en œuvre en

connaissances exploitables — en fournissant en temps réel des informations que les indicateurs et les protocoles laissent dans l'ombre (Mosse et al., 2023).

2.7. Entretiens semi-structurés

Vingt-huit entretiens ont été menés (durée moyenne : 1 h 48). Les stratégies d'échantillonnage différaient entre les deux équipes. Au MARSS, l'ensemble de l'équipe a été interrogé, compte tenu de l'organisation très informelle et dépendante des personnes du service. À l'ULICE, une approche d'échantillonnage stratégique a été adoptée, visant à saisir des perspectives diverses en termes de profession, de parcours professionnel et de position au sein de l'organisation. Deux indicateurs ont guidé cette démarche : la représentativité des fonctions professionnelles et le respect des proportions au sein du personnel formé. Cette stratégie a été combinée à la sélection délibérée de professionnels ayant fait l'objet d'une observation dans leur activité clinique, ce qui a permis de recouper le discours et la pratique.

Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants, à l'exception d'un seul pour lequel des notes ont été prises à la place, et d'un autre exclu pour des raisons techniques, bien que ses notes aient été conservées et analysées. Les participants ont eu la possibilité de relire et de modifier leurs contributions. Les thèmes des entretiens ont été tirés d'une revue de la littérature sur les facteurs influençant la mise en œuvre de l'OD. La structure des entretiens et la typologie des participants sont détaillées dans les annexes B et C.

2.8. Réunions interservices

Des réunions mensuelles ont rassemblé des praticiens du MARSS, de l'ULICE et d'autres équipes marseillaises formées au DO. Six de ces réunions ont été enregistrées, pour un total de 13 h 46. Chaque session se déroulait en deux parties : une discussion ouverte suivie d'un groupe de discussion sur des thèmes définis par l'équipe de recherche.

Ces réunions interservices avaient une double fonction. Sur le plan analytique, elles offraient un espace pour examiner les normes professionnelles partagées, les processus de légitimation collective et les incertitudes entourant la mise en œuvre au sein des deux services et au-delà. Dans le cadre de la dimension de recherche-action de l'étude, elles ont également offert aux professionnels l'occasion d'élaborer collectivement leur expérience de l'OD, créant ainsi les conditions d'un échange réflexif qui allait au-delà de la collecte de données au sens strict, contribuant ainsi au processus même de développement des pratiques que l'étude cherchait à documenter. Les thèmes abordés et le nombre de participants sont détaillés à l'annexe D.

2.9. Analyse des données

Les entretiens et les groupes de discussion ont été transcrits à l'aide de Sonix.ai, puis systématiquement revus et corrigés. L'analyse a été menée par un codage thématique itératif (Miles & Huberman, 1994 ; Strauss & Corbin, 1994), impliquant des passages successifs sur les données au cours desquels le codage inductif du matériel empirique a été progressivement affiné par des recoupements entre les sources, les sites et les cadres théoriques.

Chaque situation interactionnelle a été traitée comme un espace de construction et de positionnement professionnels (Demazière, 2012 ; Masquelier & Siran, 2000), permettant d'aborder le discours des participants comme des productions situées et potentiellement stratégiques. L'analyse a donné lieu à six thèmes principaux, vingt-trois sous-thèmes et quarante-cinq catégories de troisième niveau, permettant l'identification de positionnements différenciés en fonction des rôles et des services, et mettant en lumière les interconnexions entre l'expérience professionnelle, les valeurs mobilisées et les dynamiques institutionnelles. L'arborescence complète du codage est fournie à l'annexe E.

3. Résultats

3.1. Transformer la psychiatrie : une mobilisation politique

L'adoption de l'OD par les équipes étudiées s'inscrit dans un processus

de transformation des pratiques déjà en cours. Loin d'être une

, l'OD prolonge un engagement préexistant en faveur d'une psychiatrie axée sur le rétablissement. Cette section examine les fondements politiques et éthiques des équipes et la manière dont l'OD a été envisagée pour structurer et consolider leurs pratiques.

3.1.1. Rhétoriques du changement de pratique

Le déploiement de l'OD à Marseille s'inscrit dans un contexte dynamique d'innovation en santé mentale. Plusieurs participants avaient déjà été impliqués dans des initiatives telles que l'expérience des médiateurs de santé par les pairs ou le programme Housing First. Ce réseau — caractérisé par une mobilité professionnelle fréquente — fonctionne comme un pôle de transformation collective. Dans leurs récits, les professionnels expriment une position critique à l'égard des modèles dominants, moins sur le plan théorique qu'en ce qui concerne leurs effets pratiques. La première ligne de critique concerne ce qu'un participant a décrit comme des « mauvais traitements ordinaires » (U8, direction) et la violence institutionnelle, souvent subie ou exercée sous la contrainte hiérarchique

:

« J'ai donc appris à maltraiter les gens. Je me sens très coupable à ce sujet. J'ai enfermé des gens, j'ai haussé le ton, j'ai appris à me comporter comme un [...] » (M16, psychiatre)

Le deuxième volet de la critique porte sur les effets désubjectivants de l'institutionnalisation, perçue à la fois comme un outil de normalisation et comme un facteur d'exclusion sociale. À l'ULICE, un psychiatre a évoqué une « violation des droits de l'homme » (U6, psychiatre), tandis qu'une infirmière a rappelé l'exemple d'un hôpital où les usagers restaient « jusqu'à ce que [...] ils n'aient plus d'exigences, jusqu'à ce qu'ils soient aussi dociles que nous le voulions » (U4, infirmière). Enfin, les professionnels formulent une critique des cadres pathologisants qui tendent à réduire les façons de parler, de se comporter ou de se présenter des usagers à de simples symptômes, et à aborder les questions liées au traitement principalement en termes de non-observance plutôt que d'expérience vécue. Cette position s'accompagne d'un effort explicite pour se distancier du jugement moral et d'un accent marqué sur la déstigmatisation dans leurs pratiques.

De nombreux participants ont décrit leur engagement comme « politique » (M15 ; U6), orienté vers un changement de posture de soins et visant à éviter de « penser à la place des gens » (U4, infirmière). Le rétablissement est compris comme un processus profondément singulier, centré sur la personne plutôt que sur des normes préétablies :

« C'est vraiment elle l'actrice de son projet de vie. Plus que de ses soins, de son projet de vie. Et nous avançons avec elle, à son rythme [...] C'est tellement important de ne pas projeter... Qu'est-ce qu'une vie épanouie, de toute façon ? » (M11, psychiatre)

Néanmoins, des inquiétudes surgissent concernant l'institutionnalisation du rétablissement — en particulier le risque qu'il soit présenté comme une injonction normative plutôt que comme un processus unique, non linéaire et autodéterminé à travers lequel les individus peuvent (re)construire une vie épanouissante. Dans ce contexte, le DO est perçu comme un levier pour réaffirmer les principes du rétablissement et leur donner une forme opérationnelle plus cohérente.

3.1.2. Le dialogue ouvert au service du rétablissement

Dans les deux services, le Dialogue ouvert était perçu comme un prolongement naturel des pratiques existantes. Le principe de tolérance à l'incertitude — encourageant la suspension des décisions hâtives et des explications prématurées face à la crise — faisait déjà partie des modes d'intervention des équipes, que ce soit lors des interventions de rue ou des visites à domicile.

Cependant, une tension notable traversait les deux équipes entre ceux qui abordaient le DO principalement comme un cadre organisationnel et éthique et ceux qui y voyaient une nouvelle base psychothérapeutique. Au MARSS, le DO était davantage présenté comme une approche psychothérapeutique venant étayer la philosophie du rétablissement [...], « apportant un nouveau fondement théorique et psychothérapeutique » (M6, psychiatre), un cadre qui trouvait un terrain fertile dans une conception des soins déjà ancrée dans la relation et une posture d'« être avec » (M13, membre de longue date).

À l'ULICE, en revanche, la dimension psychothérapeutique de l'OD

suscitait une certaine méfiance, enracinée dans sa proximité perçue avec des approches jugées nuisibles, rejetées non pas pour des raisons éthiques ou théoriques, mais en raison de leurs effets observés. La direction médicale a formulé une critique clairement conséquentialiste, dirigée en particulier contre la psychothérapie institutionnelle :

« Ces choses qui se prétendaient véritablement une psychiatrie humaniste, je savais à quel point c'était soit du vent, soit même toxique pour les gens. [...] Quand ce n'était pas du vent, c'est-à-dire qu'il y avait véritablement un aspect : on n'enferme pas les gens, on n'impose pas de traitement, l'alternative proposée était l'asile. Des personnes végétant pendant des années dans des cliniques ou des services hospitaliers. [...] Étant donné que le Dialogue Ouvert partage certaines valeurs qui peuvent sembler similaires : l'humanisme, l'écoute des points de vue des gens... j'ai toujours craint que nous ne dérivions vers ce qui a en fait été fait depuis les années 1950. La question n'est pas vraiment celle d'une théorie contre une autre ; c'est celle des conséquences pour les gens. » (U6, psychiatre)

Cette critique ne revenait pas à rejeter les valeurs relationnelles ou humanistes en soi, mais plutôt à refuser des approches dont les intentions éthiques ne se traduisaient pas par des bénéfices observables. Ce qui est en jeu ici, c'est moins un désaccord sur les valeurs qu'une préoccupation quant aux conséquences. Dans ce cadre pragmatique, le Dialogue Ouvert a été mobilisé non pas comme un changement d'orientation idéologique, mais comme un outil pratique pour transformer les pratiques — en s'appuyant sur la tradition systémique du service pour structurer les interventions et unir l'équipe autour d'un projet axé sur le rétablissement, en mettant l'accent sur la prise de décision partagée, les réponses non médicales aux crises et la limitation de l'autorité clinique.

Malgré ces conceptions divergentes de l'OD et du rétablissement, les deux équipes se sont mises d'accord sur une initiative commune visant à négocier avec l'administration de l'hôpital pour obtenir une formation à l'OD. La section suivante examine comment cet engagement commun s'est concrétisé une fois que l'approche a été intégrée à la pratique quotidienne.

3.2. Le dialogue ouvert confronté à la réalité

L'introduction du dialogue ouvert dans ces services s'est déroulée selon un processus non linéaire, façonné par les dynamiques locales : l'expérience de la formation elle-même, les contraintes organisationnelles pesant sur l'activité quotidienne, l'appropriation de l'approche par les professionnels et les solutions de contournement discrètes qui ont émergé en cours de route.

3.2.1. Ambivalences entourant la formation

Dans l'ensemble, les professionnels se sont déclarés satisfaits de la formation, mais plusieurs participants l'ont décrite comme exigeante, parfois rigide et éprouvante sur le plan émotionnel. Une autre préoccupation récurrente concernait le manque de clarté quant à la manière de traduire l'approche en pratique concrète. La rareté des démonstrations, combinée à ce qui était parfois perçu comme une attitude normative, a laissé des questions sans réponse concernant le rôle des accompagnateurs de pair, la place des médecins et l'adaptation de l'OD aux contextes de précarité :

« Il y a aussi eu quelques difficultés [...] à adhérer au projet, mais surtout dans les échanges avec les formateurs [...]. On disait : "Mais non, ici les gens ont faim. Alors [...] qu'est-ce qu'on fait dans cette situation ?" Et ils ne savaient pas vraiment quoi répondre. » (M6, psychiatre)

Cet écart entre la formation et les réalités de la mise en œuvre a alimenté un scepticisme plus général, particulièrement marqué au MARSS :

« Quand j'ai suivi la formation, je me suis dit : on va avoir du mal à faire ça au MARSS. [...] Parce que les gens n'ont pas de réseaux. Et la ... La vision contemplative, tout à fait justifiée ... [...] Elle fait peser la responsabilité sur le collectif. Mais cela signifierait aussi que cette responsabilité collective — dans la mesure des ressources des personnes elles-mêmes — peut effectivement être mobilisée. Alors qu'ici ... Les gens n'ont tout simplement pas de ressources. » (M16)

Malgré ces limites, la formation a suscité de fortes attentes,

alimentées par le sentiment que l'approche recelait un réel potentiel de transformation des pratiques.

3.2.2. Mise en œuvre face aux contraintes organisationnelles

Au cours des mois qui ont suivi la formation, le DO a suscité l'enthousiasme et a commencé à s'ancrer dans la pratique, mais cet élan initial s'est progressivement heurté à un ensemble de contraintes structurelles qui ont affaibli son ancrage.

La première concerne l'absence de gestion du changement organisationnel. Un psychiatre de l'équipe a explicitement souligné l'absence de parcours structuré pour transposer la formation dans la pratique :

« Au début, nous ne savions pas [...] nous étions un peu bloqués, nous avons essayé des choses comme : "OK, on a appris ça, maintenant on va faire ça », mais c'était un fiasco [...], on n'y arrivait pas, on ne savait pas par où commencer, parfois on se disait : « ah, mais c'est une situation où on pourrait commencer », vous voyez, c'était juste qu'il fallait bien commencer quelque part » (M6, psychiatre).

Une deuxième contrainte réside dans les cultures professionnelles au sein desquelles l'expérimentation s'inscrivait. Qu'il s'agisse d'une structure fondée sur des outils axés sur les objectifs¹ (ULICE) ou façonnée par les besoins urgents de populations fortement marginalisées (MARSS), le travail quotidien reste organisé autour d'une norme axée sur les résultats qui entre en conflit avec la posture dialogique :

« Nous sommes au travail et on nous demande toujours un résultat. Et nous sommes... eh bien, nous sommes coincés, je dirais, parce que nous sommes infirmiers, médecins. Nous avons toujours besoin d'un résultat. C'est notre formation, je pense. Et ça... eh bien, ça ne s'est pas passé sans heurts, ce n'était pas si facile, je veux dire, de faire passer le message [que nous ne recherchons pas de solutions immédiates]. » (U2, infirmière)

Cette tension n'est pas seulement vécue comme une contrainte externe, mais aussi comme quelque chose de profondément intériorisé par la socialisation professionnelle :

« C'est vraiment passer d'une culture à une autre, et c'est véritablement difficile. Personnellement, je me rends compte à quel point je suis imprégnée de cette culture centrée sur le médecin, et à quel point il est difficile de s'en défaire. Même lorsque je suis intuitivement — et plus qu'intuitivement — convaincue que faire les choses d'une manière complètement différente est la bonne chose à faire. » (infirmière, FG1)

La troisième contrainte était liée aux changements au sein du personnel et à l'absence de formation continue. Bien que tous les membres de l'équipe aient reçu une formation au départ, le roulement du personnel, combiné à l'expansion ultérieure de l'équipe, a fait que, deux ans plus tard, seuls 16 à 20 % des membres actuels avaient été formés. Les départs ont également touché des figures clés qui avaient défendu le développement organisationnel, marquant un tournant dans la dynamique collective : « C'est à ce moment-là que nous avons complètement cessé de le faire, car au final, ceux qui en étaient les porteurs [étaient partis]. » (M15, membre de longue date).

En l'absence de programme de formation continu, la transmission s'appuyait sur des moyens informels : des présentations en voiture, lors de conversations fortuites ou quelques minutes avant une séance (FN, 14/03). Au MARSS, cela provoquait parfois un « choc » (M3, travailleur social), entraînant des niveaux très variables de compréhension et d'engagement : « un manque de visibilité et de compréhension de la part de l'équipe » (U4, infirmière).

Néanmoins, l'efficacité perçue a continué à susciter l'intérêt de plusieurs professionnels, même non formés : « Le Dialogue ouvert est notre outil de travail, et nous devons l'utiliser. Pas pour le simple plaisir de l'utiliser — nous devons l'utiliser parce que, quand nous ne le faisons pas, on voit que les soins déraillent. Quelque chose ne fonctionne pas. » (U1, interne en psychiatrie).

Les efforts de l'équipe ont été encore entravés par le recul progressif de l'OD dans la liste des priorités institutionnelles. Au MARSS, un important roulement de personnel a créé des tensions autour de l'éthique professionnelle et des degrés d'interventionnisme divergents, illustrées par l'initiative des accompagnateurs de pair

¹ Le parcours de soins s'articule autour d'un outil appelé « Plan d'action coordonné en cas de crise », qui combine des objectifs élaborés conjointement avec la personne et les actions associées. Ainsi, chaque visite à domicile est liée à un objectif spécifique à atteindre.

d'organiser une journée d'équipe consacrée à la réaffirmation de la perspective de rétablissement. À l'ULICE, les préparatifs d'une expansion importante se sont heurtés à des obstacles considérables au sein d'une organisation structurellement en sous-effectif : le DO a été maintes fois relégué au second plan par des préoccupations plus pressantes concernant la capacité d'accueil, les réunions organisationnelles ont systématiquement cédé la place à d'autres points à l'ordre du jour, et il a été décidé que les visites à domicile se feraient sans accompagnateur, ce qui a directement compromis la possibilité d'une équipe de réflexion.

Ces vulnérabilités internes ont limité la diffusion de l'approche et creusé les disparités dans son appropriation. L'OD n'a pas disparu, mais s'est réfracté en une mosaïque de pratiques inégales, soutenues par des niveaux très variables d'exposition, de compréhension et d'engagement.

3.2.3. Solutions de contournement et résistance implicite : maintenir l'approche dialogique à distance ?

Dans les deux services, l'opposition ouverte à l'Open Dialogue était rare. L'approche bénéficiait d'une forte légitimité éthique : « cela reste un point de référence que, d'une manière générale, tout le monde accepte — on sent que lorsqu'on dit "nous travaillons avec l'Open Dialogue", personne ne répond "non, je ne suis pas d'accord" » (U6, psychiatre). Pourtant, cet adhésion de principe coexistait avec des formes plus diffuses de résistance — rarement verbalisées, mais observables dans les pratiques quotidiennes à travers des ajustements, des reformulations pratiques ou des utilisations partielles de l'approche.

Les dialogues réflexifs ont cristallisé bon nombre de ces réserves. Cette composante clé — où les professionnels partagent leurs impressions en présence de la personne concernée — perturbe les habitudes professionnelles établies. Certains la percevaient comme théâtrale, d'autres comme contradictoire : « Quand on parle de la personne, alors que votre philosophie consiste précisément à parler avec la personne, avec quelqu'un d'autre en sa présence, je trouve cela inconfortable » (M12, psychiatre).

Cette pratique semblait particulièrement étrangère à ceux qui n'avaient pas de formation en psychothérapie. À l'ULICE en particulier, certaines infirmières ont décrit un malaise lié à un sentiment d'inadéquation ou à la pression de devoir performer, notamment lorsqu'elles comparaient leurs contributions à la « pertinence » perçue des remarques des psychologues (U2, infirmière). À MARSS, en revanche, l'infirmière a déclaré se sentir plus à l'aise avec cette pratique, bien qu'un membre de longue date de l'équipe (M13) se soit souvenu que des réserves similaires avaient également été exprimées là-bas : « Certaines personnes ne se sentaient pas forcément légitimes de faire cela devant les gens. Et aussi... je pense que certains trouvaient cela déplacé. Et il y avait une réserve, une gêne, une crainte. »

Dans de tels cas, les professionnels peuvent se retirer complètement ou réorienter leur discours vers le groupe plutôt que vers leurs collègues :

« En discutant un peu plus des échanges réflexifs, j'en suis venue à adhérer beaucoup plus à la philosophie qui les sous-tend : essayer, autant que possible, de ne plus rien faire ni dire en l'absence du patient. [...] J'ai encore besoin du débriefing dans la voiture, surtout quand les choses ont été complexes. J'ai besoin d'une sorte de... sas — un sas professionnel

— où nous pouvons parler du tableau clinique, des traitements [...] libérés de la pression que la personne concernée peut ressentir » (U5, infirmière)

Au MARSS, une utilisation distincte a émergé parallèlement à ces tensions : les professionnels peuvent participer à une réunion sans faire partie de l'équipe de réflexion — une position que l'équipe désigne comme étant « dans le réseau » — afin de travailler directement sur la relation avec la personne accompagnée :

« J'ai un lien très fort avec cette personne [...] un lien très particulier — on prend vraiment soin l'un de l'autre. [...] Et quand je lui ai parlé, on voyait bien qu'il m'entendait mais qu'il ne m'écoutait pas vraiment. Et quand l'autre [membre de l'équipe] est arrivé, j'ai parlé [dans le cadre des échanges réflexifs]. Il a écouté. C'était comme une explosion, vous voyez. Il s'est approché de moi, a établi le contact [...]. Et c'est après, à l'hôpital, une fois qu'il était un peu... stabilisé, que nous avons tenu cette réunion. Et j'avais vraiment besoin de lui parler aussi. J'ai vraiment pu mettre des mots là-dessus — lui demander pardon, lui dire à quel point j'avais été inquiet, à

tous les niveaux, auparavant. Et le fait d'avoir fait ce que j'ai fait m'avait aussi inquiété, même au sein de notre lien. » (M8, professionnel de première ligne)

Cette utilisation met en évidence un contraste entre les deux services : alors que les adaptations au MARSS préservent les éléments fondamentaux du Dialogue Ouvert — un cadre dialogique permettant un travail relationnel —, les contournements à l'ULICE tendent à réorienter la pratique vers la résolution de problèmes et le positionnement d'expert.

À l'ULICE, deux solutions de contournement récurrentes ont été observées. La première consiste à mobiliser l'OD de manière sélective pour aborder les dynamiques intrafamiliales, ce qui est ouvertement reconnu au sein de l'équipe comme une dérive vers la thérapie familiale : « Pour répondre à des problèmes spécifiques, en fait. Oui. C'est vrai. » (infirmière, FG1). La seconde consiste à désigner les médecins non pas comme des facilitateurs, mais comme des membres du réseau professionnel — ce qui leur permet de conserver une posture d'expert face aux attentes des proches et des usagers. L'objectif est de faire de la voix du psychiatre une voix parmi d'autres ; l'observation des séances suggère toutefois que cet objectif n'est pas atteint. Ce repositionnement préserve une posture d'expert ainsi qu'une autorité épistémique et déontique que le dispositif formel était censé remettre en cause. La vignette suivante illustre la forme la plus extrême d'entrave à la facilitation observée :

Une réunion de réseau est organisée avec une femme et deux membres de sa famille, animée par le chercheur et un pair-accompagnateur. Un résident nouvellement arrivé est également présent — non formé au Dialogue ouvert, qu'il n'a pas été possible de briefer au préalable en raison de contraintes de temps.

« Connaissez-vous l'objectif de ces réunions ? », a demandé le pair-chercheur. La personne et son proche ont répondu par l'affirmative. Le pair-chercheur poursuit : « De quoi aimeriez-vous parler aujourd'hui ? » Les proches soulèvent la question des médicaments, demandent un diagnostic et évoquent la possibilité d'un placement en clinique. Le pair-accompagnateur se tourne vers la femme elle-même. Elle dit qu'elle ne se sent pas bien et qu'elle se sent seule. Le résident prend la parole. Il répond à la question sur le traitement, note qu'un placement en clinique est théoriquement possible mais peu susceptible d'apporter une stabilisation durable. La femme insiste : elle se sent seule, elle a besoin d'activités, de personnes autour d'elle. La pair-intervenante aborde ce qu'elle appelle « une sorte de tabou à l'ULICE » : l'hôpital de jour. Un membre de la famille passe son bras autour de la femme, qui s'est mise à pleurer. Une, deux secondes de silence. De l'autre côté de la pièce, la pair-intervenante et la pair-chercheuse échangent un regard : elles partagent un passé douloureux lié à l'alimentation et à l'image corporelle et lisent dans les yeux de l'autre une hésitation à aborder ce sujet dans l'échange réflexif. Le résident reprend la parole, la séance se termine. Immédiatement après, ils ont convenu qu'ils n'avaient pas pu animer la séance comme ils l'auraient souhaité ; ils se sont sentis bloqués. Le résident s'excuse : il ne savait pas quoi faire, alors il a fait ce à quoi il était habitué (FN, 24/08).

Plusieurs semaines plus tard, la pair-intervenante revient sur cet épisode lors de son entretien :

« Ce qui freine les choses, c'est toujours la présence du résident ou du psychiatre lorsque nous menons des séances de dialogue ouvert. Ce n'est pas le fait qu'ils soient là — c'est que... Quand je ressens des choses, j'ai envie de les dire, mais j'ai toujours peur que cela ne passe pas bien [...]. Certains d'entre eux font ça — ils arrivent avec une liste de points à aborder. Alors qu'il faut être dans l'instant présent. Il faut être avec ce qui est là, ici et maintenant. » (U9, accompagnateur)

Cet épisode représente l'un des cas les plus extrêmes d'entrave à la facilitation observés — un cas qui tend à s'atténuer avec le temps, découlant moins d'une résistance délibérée que d'un manque de formation et de la norme opérationnelle de la position d'expert. Le poids de cette norme est illustré par un jeune psychiatre qui, en quittant une réunion du réseau, a fait remarquer qu'il avait « bien tenu le coup » (FN, 23/02) — reconnaissant par inadvertance que sa non-participation aux échanges réflexifs relevait de la conformité plutôt que de l'engagement. Pourtant, un schéma persiste : des questions médicales surgissent de manière quasi systématique dès le début, le médecin a tendance à prendre la parole tôt, et il s'avère difficile de réorienter la conversation vers la recherche de sens ou le moment présent.

Ce glissement loin des dimensions psychothérapeutiques de l'OD a été officialisé à l'ULICE durant l'été 2024, consacrant l'abandon

des échanges réflexifs, tout en préservant son orientation vers le réseau et ses engagements en faveur de la polyphonie, de la transparence et de la prise de décision partagée.

3.2.4. Modèles d'appropriation individuelle et de diffusion diffuse

Une réunion du personnel au MARSS, convoquée pour préparer la collecte de données, donne lieu à une discussion révélatrice, préfigurant ce qui ressort des entretiens : l'OD n'a pas la même signification pour tout le monde. Pour la majorité, il s'agit avant tout d'un outil — à adapter selon les besoins, et non à élever au rang de modèle unique. D'autres estiment que la philosophie de l'OD est déjà intégrée dans la pratique quotidienne, même en l'absence de réunions formelles du réseau. Une minorité insiste sur une conformité stricte aux principes organisationnels de la réunion elle-même : pour eux, l'OD est la réunion du réseau (FN, 23/01).

Au niveau individuel, l'appropriation a été façonnée par la mesure dans laquelle l'OD trouvait un écho — ou remettait en question — les modes de travail existants. Pour de nombreux praticiens, l'Open Dialogue n'a pas principalement introduit de nouvelles pratiques, mais a plutôt légitimé celles qu'ils adoptaient déjà, fonctionnant comme un cadre d'autorisation qui a rendu certaines positions relationnelles nouvellement exprimables et professionnellement acceptables :

« Je ne me suis jamais empêché de dire aux gens... que j'étais parfois ému par ce qu'ils disaient. Je le fais peut-être davantage aujourd'hui, car le Dialogue ouvert m'a vraiment fourni des arguments pour justifier cette démarche. Mais... quand on sent qu'on a le droit de le faire, quand son collègue se sent lui aussi libre de le faire, je trouve que cela apporte une immense richesse aux situations. » (M13, membre de longue date de l'équipe)

Cette dynamique est particulièrement marquée chez les psychiatres, pour qui cette approche peut légitimer des positions d'incertitude ou de réflexivité autrement difficiles à maintenir dans des environnements centrés sur la médecine : « C'est difficile pour moi d'être comme ça dans un environnement où les gens s'attendent en fait à ce que je sache [...], cela légitime une position que j'adopte déjà [...], cela m'a plutôt aidé. » (M6, psychiatre)

« On a l'impression qu'on ne peut pas se permettre de dire qu'on hésite [...] Maintenant, c'est vrai, je peux être plus enclin à dire que je suis incertain. [...] Cela [les échanges réflexifs] me permet — en fait, je m'autorise beaucoup plus à ... exprimer une difficulté, ou une question à laquelle je n'ai pas de réponse. » (U7, psychiatre)

Lorsque les rôles professionnels sont perçus comme stables et valorisés, le Dialogue Ouvert peut être adopté sans nécessiter de transformation de l'identité ou de la pratique professionnelle. Dans de tels cas, l'approche s'intègre par la continuité, permettant aux praticiens de s'engager dans le DO tout en conservant ouvertement leur positionnement professionnel existant :

« Oui, je suis psychologue, je suis psychothérapeute. C'est quelque chose dont je suis profondément fier [...] Et quand je suis facilitateur [...] je constate que même dans ma manière de faciliter, je conserve toujours un positionnement psychologique. » (U3)

Lorsque le DO a introduit une rupture plus nette avec les pratiques établies, une appropriation plus instrumentale tend à prévaloir : le DO comme outil, mis au service des modes de travail existants plutôt que de les transformer. Cette mobilisation instrumentale est en soi un résultat significatif : l'approche a intégré les répertoires professionnels sans nécessairement les restructurer. Le DO tend ainsi à être mobilisé au service de la résolution de problèmes, de la prise de décision partagée et de la coordination — plutôt que dans le cadre d'un processus dialogique continu, comme l'illustrent les témoignages suivants : « Cela a mis en place des outils de travail. Chacun avait une idée de son rôle dans le soutien à apporter. — Une sorte d'aide à la répartition des tâches, à la coordination ? C'est ça. [...] Bien dit. Mais j'ai vraiment ressenti ça, et tout à coup, tout le déroulement du travail que nous pouvons faire ensemble m'a semblé plus simple. » (M9, travailleur social).

L'appropriation de l'approche dialogique reste donc inégale. Comme l'a résumé une infirmière : « Je pense que l'on peut dire que nous pratiquons selon une approche orientée vers le Dialogue Ouvert sans l'appliquer à 200 % exactement comme cela a été fait dans certains pays, où les conditions

démographiques, géographiques et autres ne sont pas les mêmes. » (U4, infirmière).

Pourtant, au-delà de ces tensions, les principes clés de l'OD continuent d'imprégner

4. *Mestre et al.*
la pratique quotidienne d'une manière qui passe souvent inaperçue : une attitude globale de non-directivité et de non-contrôle qui se manifeste par une écoute active, le respect des souhaits de la personne, l'abstention de toute expertise dominante et une attention soutenue portée au récit, aux relations et aux émotions. L'expression récurrente d'être – ou de ne pas être – en DO, appliquée à un individu ou à une équipe aussi bien lors d'entretiens formels que dans des conversations informelles sur le terrain, témoigne de cette assimilation (FN, 24/03 ; 24/04).

3.3. Une approche qui imprègne : vers de nouvelles normes professionnelles ?

Au-delà des formes visibles et parfois discontinues d'appropriation, le DO semble générer des effets plus diffus : des traces laissées par l'approche dans la pratique quotidienne et les positions professionnelles.

3.3.1. *Transparence : l'écho de la réflexivité éthique*

Parmi les changements observés, la transparence est apparue comme un thème récurrent. Plusieurs professionnels ont fait état d'une nouvelle attention portée à la manière dont ils parlent des usagers en leur absence. À l'ULICE, les écrans d'ordinateur étaient tournés vers les usagers pendant les séances afin qu'ils puissent lire ce qui était écrit. Au MARSS, le logiciel MANO a été mis en place pour co-rédiger des notes de cas avec les usagers, mais son utilisation a été limitée. L'idée de supprimer les réunions cliniques a été envisagée à un moment donné, avant d'être écartée, les équipes exprimant le besoin de conserver ces espaces pour l'élaboration collective.

« En théorie, avec cette approche de rétablissement, on dit : “on ne parle pas des gens dans leur dos”. Mais dans la pratique, il faut savoir qui fait quoi, et pourquoi. On est donc inévitablement amenés à parler. » (U2, infirmière)

Cependant, un processus de réflexion a été lancé sur la manière de repenser leur utilisation, notamment en remettant en question la façon dont on parle des usagers. Les équipes s'efforcent désormais de recentrer les discussions sur des informations strictement organisationnelles ou de réorienter l'élaboration clinique vers une réflexion située sur leur propre pratique. L'objectif est de limiter les interprétations faites en l'absence des usagers, en privilégiant un discours à la première personne centré sur les actions et les sentiments professionnels plutôt que d'émettre des hypothèses sur les intentions ou le fonctionnement psychologique des usagers. Il convient de noter que les réunions de revue de cas médicaux de l'ULICE, destinées à la formation des internes en médecine par l'analyse de cas cliniques, n'étaient pas ouvertes à l'équipe de recherche. Il n'a donc pas été possible de documenter les changements potentiels dans ces espaces.

Néanmoins, un mouvement plus large de réflexivité éthique semble imprégner la pratique : « Je m'interroge désormais systématiquement beaucoup plus sur différentes choses. Est-ce que je respecte les droits, est-ce que je respecte la volonté de la personne, est-ce que je suis transparent ? Ai-je tout dit à la personne avant d'agir ? » (U7, psychiatre).

Ces évolutions ne constituent pas un changement de paradigme radical, mais elles reflètent une évolution progressive de l'éthique professionnelle vers une attention accrue portée aux usagers.

3.3.2. *Assouplissement des normes de contrôle*

Le changement d'éthique professionnelle observé ne se limite pas à la transparence. Il affecte également la manière dont les praticiens habitent leur rôle professionnel, marquée par une relation renouvelée au contrôle professionnel — une capacité à suspendre les interprétations automatiques, à accueillir l'incertitude et à faire place à la subjectivité. Deux axes de transformation se dessinent : un abandon de l'expertise exclusive et une relation renouvelée aux émotions.

Le premier changement reflète une évolution vers la co-construction des soins et un recul par rapport à l'expertise prescriptive – ce pouvoir unilatéral de déterminer ce qui est le mieux pour autrui. Plusieurs professionnels ont décrit avoir « moins de ce côté expert, plus de ce côté polyphonie, moins de ce côté décision-pour-la-personne » (U4, infirmière). Le rôle d'expert n'est toutefois pas abandonné. La plupart des professionnels insistent sur deux distinctions : premièrement, la distinction entre l'expertise professionnelle et l'expertise expérientielle des usagers des services et de leurs proches (même si ces formes de savoir peuvent se recouper, en particulier dans la figure du pair aidant) ; et

deuxièmement, la nécessité de considérer l'expertise professionnelle comme partielle et située, plutôt que comme une forme d'autorité suprême — c'est-à-dire de la présenter comme un type de savoir parmi d'autres, plutôt que comme le savoir dominant.

« Chacun apporte quelque chose. Parce que parfois, si quelqu'un me demande directement quels sont les effets secondaires d'un médicament [...] Il fait ceci, cela et cela. Mais après cela, ce n'est plus tant la position d'un expert en connaissances médicales. Tout comme un pair aidant est expert en connaissances expérientielles, tout comme un travailleur social est expert en connaissances sociales. Nous sommes tous des experts. [...] Je me positionne avec les connaissances que j'ai. Et chacun se positionne avec ses connaissances. Qu'il s'agisse d'expertise communautaire, d'expertise culturelle — je considère vraiment maintenant que tout le monde est un expert. » (M11, psychiatre)

Néanmoins, se détacher d'une posture d'expert s'avère véritablement difficile, notamment parce que même lorsqu'elle ne vise pas à être normative, elle a tendance à rester orientée vers la solution :

« C'est très difficile parce qu'on l'a en soi. On dispose inévitablement de compétences, d'informations et d'expérience. Ne serait-ce qu'en raison du nombre même de personnes que l'on a rencontrées et qui avaient parfois des difficultés similaires. On peut avoir, entre guillemets, des idées, des éléments à proposer à la famille, à la personne, précisément pour aider à faire émerger des solutions. » (U5, infirmière)

À l'ULICE, les connaissances médicales et infirmières occupent une place centrale tant dans les soins quotidiens que dans les séances d'OD. L'attrait du cadre médical est bien rendu par une remarque qui va droit au but : « Si vous faites intervenir le médecin après coup, tout se résume alors aux médicaments » (U2). Pourtant, cet attrait n'est pas l'apanage des psychiatres. Au cours d'une visite à domicile qui, parmi toutes les séances observées, s'est avérée la plus proche d'une séance d'OD, l'infirmière, après les mots d'introduction du chercheur, a exprimé sa gratitude d'avoir été accueillie et d'entendre le récit de la personne, avant de passer immédiatement à un cadre clinique — épisode dépressif sévère, psychose —, moment auquel la personne accompagnée l'a interrompue (FN, 23/02). La posture change, mais la hiérarchie implicite des savoirs perdure.

Parallèlement, une autre transformation significative concerne la place des émotions dans la relation thérapeutique. Plusieurs praticiens ont décrit un nouveau sentiment de légitimité à partager leurs émotions en présence des usagers, rompant avec l'idéal traditionnel de neutralité émotionnelle :

« Je ne sais pas — ça m'a aidé à l'assumer, en fait. Et je l'ai vécu différemment. Parce que même si je n'ai jamais renié ma façon d'être... avant, je ne savais pas vraiment... à quel point cela pouvait être bénéfique ou non. En même temps, on entre en congruence et la situation nous affecte... Vous voyez, c'est en fait cool de partager ça. Et je vois que ça fonctionne vraiment bien. » (M8, professionnel de première ligne)

Cette transformation n'est pas accueillie de la même manière partout. Au MARSS, elle s'inscrit dans une conception des soins fondée sur la relation et l'engagement émotionnel. À l'ULICE, en revanche, la relation avec les usagers est abordée avec plus de retenue : l'équipe craint qu'un attachement trop étroit ne favorise la dépendance ou la chronicité, ce qui l'amène à privilégier une orientation rapide vers d'autres ressources (FN, 24/06).

Certains professionnels, bien qu'ils ne soient pas officiellement des pairs aidants, s'approprient néanmoins ces pratiques dans leurs interactions quotidiennes. De retour d'une visite à domicile, une infirmière a raconté à une collègue qu'elle avait « apporté un soutien de pair » à un usager (FN, 22/12) — ce à quoi la collègue a répondu, en substance, que plusieurs membres de l'équipe s'appuyaient également sur leur propre expérience vécue de la détresse psychologique dans leur travail. Ce professionnel partageait régulièrement des éléments de sa propre expérience, faisant écho à ce que les personnes présentes avaient dit. Les professionnels formés à l'OD semblent donc plus enclins à partager leur expérience personnelle en réponse aux récits des membres du réseau lors des séances, et à encourager le travail sur ses propres émotions. L'un des exemples les plus frappants est la vignette suivante :

Avant de se rendre à une visite à domicile, un chargé de recherche apprend qu'il va revoir une personne avec laquelle il partage un fort effet miroir.

4. Mestre et al.

Il hoche la tête, puis ajoute doucement : « Je risque de pleurer. » Les deux infirmières présentes réagissent de manière diamétralement opposée. La première, qui n'a pas suivi de formation au Dialogue ouvert, exprime immédiatement son inquiétude et suggère de réorganiser l'après-midi pour le dispenser de cette visite. La seconde, qui a suivi la formation, accueille ses propos sans précipitation. Elle reconnaît l'émotion, demande s'il souhaite toujours y aller, puis l'encourage à travailler *sur* ce qu'il ressent — en soulignant que sa présence émotionnelle, loin d'être un handicap, pourrait elle-même être bénéfique pour la personne qu'il s'apprête à rencontrer. (FN, 23/05).

Pris ensemble, ces changements indiquent un assouplissement des normes de contrôle qui structurent la fonction de soins — connaissances, prise de décision, contrôle émotionnel. Ils remettent en question l'idéal implicite selon lequel les professionnels de santé doivent garder un contrôle total : sur leurs propres émotions, sur le cadre, sur le sens, mais aussi sur les expériences des usagers.

3.3.3. Reconfigurer la relation aux expériences des usagers

Au-delà des références explicites au Dialogue ouvert ou aux réunions formelles du réseau, les données indiquent des changements plus diffus dans la manière dont les professionnels se rapportent aux usagers et à leurs expériences. Ces changements sont particulièrement visibles dans l'attention portée au langage, à la catégorisation et aux effets anticipés des mots dans des situations de crise. Plutôt que de prendre la forme d'une norme stabilisée, ils se déploient comme des ajustements prudents et progressifs.

Une première indication de ce changement apparaît au MARSS dans des récits décrivant une suspension de la catégorisation diagnostique lors des rencontres avec les usagers :

« Ce que j'ai vraiment apprécié, c'est que les gens ne m'étaient pas présentés en disant "untel est schizophrène". Je me forge ma propre idée de qui est la personne, et les gens ne sont pas catégorisés. Au début, c'était un peu déstabilisant, car je me demandais qui était qui, si quelqu'un était un membre de la famille, un membre de l'équipe ou une personne suivie dans le caseload actif. » (M1, stagiaire en psychologie)

Bien que déstabilisante au départ, cette expérience met en évidence un mode de relation qui n'est pas immédiatement structuré par la classification ou l'objectivation. Les connaissances cliniques ne sont pas effacées, mais temporairement mises entre parenthèses, permettant à la personne de se révéler à travers sa présence et son discours avant d'être replacée dans des catégories professionnelles.

Cette attention portée à la manière dont l'expérience est nommée est davantage articulée par des praticiens qui réfléchissent explicitement aux implications normatives du vocabulaire. À l'ULICE, une infirmière (U5) a décrit comment elle adaptait son langage en fonction à la fois de l'intensité de la crise et de la place qu'occupe la personne dans son parcours de vie :

« Selon l'état de crise, selon où en est la personne dans sa vie, on n'utilise peut-être pas les mêmes mots. On peut parler d'idées non partagées ; on essaie de transformer son vocabulaire. Et petit à petit, peut-être qu'entre professionnels, nous cesserons de parler d'... éléments délirants, et peut-être utiliserons-nous... la notion d'idées non partagées. Ce que j'apprécie beaucoup. Mais c'est une transition, donc cela se fait progressivement. Et dans cette transition, je pense qu'il est vraiment important de prendre en compte cette phase de transition, sinon on finit par devenir moralisateur, si l'on se range du côté de ceux qui pensent faire tout ce qu'il faut. Et les autres, par réaction, ne feront rien ou iront même dans la direction opposée à ce que la tendance progressiste souhaiterait. Donc, dans tout ce processus de transition, j'accepte tout à fait volontiers de ne pas être... nécessairement très habile à saisir ces concepts et à les appliquer. » (U5, infirmière)

Ensemble, ces témoignages témoignent d'ajustements subtils mais récurrents dans la manière dont les professionnels prennent en compte les expériences des usagers, notamment à travers le langage et la catégorisation. Ces ajustements restent partiels, inégaux, et sont explicitement décrits par les participants comme étant en cours plutôt que stabilisés. La manière dont ces changements diffus s'inscrivent dans des normes professionnelles plus larges et dans la dynamique organisationnelle est examinée dans la section « Discussion ».

4. Discussion

Nos résultats révèlent une tendance constante dans les deux services : l'appropriation de l'Open Dialogue était partielle, hétérogène et façonnée par les parcours professionnels, les contraintes organisationnelles et les dynamiques collectives. Plutôt que de générer une transformation uniforme de la pratique, l'OD a fonctionné comme un dispositif révélateur — faisant émerger des tensions déjà latentes dans les relations de soins et rendant visibles les normes professionnelles qui les régissent habituellement sans être nommées. L'OD fonctionne donc moins comme un modèle à mettre en œuvre que comme une pression normative qui déstabilise, et parfois commence à reconfigurer, les cadres professionnels qu'il rencontre.

4.1. L'horizon éthique du rétablissement comme point d'entrée

Nos résultats montrent que, dans les deux services, l'adoption de l'Open Dialogue s'inscrit dans un processus déjà en cours de transformation des pratiques, porté par des professionnels socialisés à des initiatives innovantes et axées sur le rétablissement. Les récits professionnels mettent en avant une critique pragmatique de la violence institutionnelle et des effets désobjectivants des soins institutionnels, ainsi qu'un rejet des cadres pathologisants au profit d'une posture de déstigmatisation et de non-jugement.

Ainsi, l'adhésion à l'Open Dialogue dans les deux services ne peut être comprise indépendamment du terreau normatif sur lequel elle s'est implantée : une éthique collective du rétablissement, comprise comme un « nous » qui constitue une identité partagée (Amossy, 2015 : 156) autour de la conviction que la psychiatrie pourrait et devrait être pratiquée autrement. Le Dialogue ouvert est perçu comme un levier pour réaffirmer les principes de rétablissement et fournir un point de référence commun pour réfléchir à la manière dont les soins pourraient être pratiqués différemment. La plupart des acteurs se sentent proches de la philosophie ou du modèle de l'Open Dialogue — selon leurs interprétations respectives —, ce qui suscite initialement un fort enthousiasme. Cependant, cet alignement apparent masque l'ampleur des changements requis (Putman & Martindale, 2021), car l'approche exige une reconfiguration profonde des rôles professionnels, de l'autorité et des modes de travail.

4.2. Appropriations différenciées et reconfiguration professionnelle

Nos résultats montrent que la mise en œuvre du Dialogue ouvert n'a pas donné lieu à une opposition manifeste, mais plutôt à une série d'ajustements, de contournements et de formes différenciées d'appropriation — face aux contraintes organisationnelles et aux cultures professionnelles bien ancrées. Si l'approche conserve une forte légitimité éthique dans les deux services, elle est maintenue à distance dans la pratique quotidienne par des utilisations partielles, des reformulations implicites ou des retraits discrets — en particulier autour des échanges réflexifs, qui sont perçus comme déstabilisant les rôles professionnels établis. Ces tensions se traduisent par des schémas d'utilisation contrastés : au MARSS, certaines adaptations préservent un cadre dialogique orienté vers le travail relationnel, tandis qu'à l'ULICE, les contournements tendent à réorienter le Dialogue ouvert vers des fonctions de résolution de problèmes et le maintien d'un positionnement d'expert, aboutissant à l'abandon formel des échanges réflexifs. Dans le même temps, l'appropriation individuelle reste très inégale : pour certains professionnels, le Dialogue ouvert fonctionne principalement comme un outil à mobiliser de manière sélective ; pour d'autres, il opère comme un cadre d'autorisation qui légitime des positions relationnelles déjà présentes mais auparavant difficiles à articuler. Cette adoption diffuse et souvent décousue des principes du Dialogue ouvert conduit à une imprégnation partielle des orientations dialogiques dans la pratique quotidienne, sans produire de transformation homogène des répertoires professionnels ni des structures de légitimité sous-jacentes qui les organisent.

Compte tenu de cette variabilité dans la manière dont les professionnels réagissent à l'OD, l'appropriation devient ce que Bouchetal (2022) appelle un test de professionnalisme dans des conditions organisationnelles instables — un test au double sens de faire face à une situation difficile et de démontrer une capacité créative à générer de nouvelles normes. La capacité créative réside dans les solutions de contournement, les ajustements et les appropriations partielles

documentés dans nos résultats. Ceux-ci fonctionnent comme

A. Mestre et al.
des négociations productives entre l'innovation et des cadres bien établis, générant des normes hybrides qui préservent les prérogatives professionnelles fondamentales tout en intégrant certains éléments de l'approche dialogique. Cette diffraction est une condition normale de l'innovation normative dans un domaine hétérogène. Il ne s'agit ni d'un manque de fidélité ni d'une résistance pure, mais de solutions adaptées localement au problème du maintien d'engagements axés sur le rétablissement dans le cadre des contraintes professionnelles et organisationnelles.

Tout comme le paradigme de la réadaptation, le dialogue ouvert implique une redéfinition des rôles professionnels (Laval et al., 2018). Cette approche bouleverse les frontières professionnelles traditionnelles, remettant en cause le monopole médical sur les soins (Freidson, 1970). L'intégration des usagers, des proches et des pairs aidants dans le processus décisionnel entraîne une redistribution du pouvoir qui ébranle les cadres normatifs de l'activité professionnelle (Ong et al., 2020).

Cette rupture peut être analysée à la lumière des travaux d'Abbott (2014 [1988]), qui conceptualise les professions comme un système dynamique marqué par des conflits de compétence et continuellement remodelé par les changements culturels, technologiques et organisationnels. En intégrant des voix supplémentaires dans les processus liés aux soins, le Dialogue ouvert déstabilise les régimes conventionnels de légitimité. Il remet notamment en cause l'un des fondements essentiels du pouvoir médical décrit par Freidson (1970) : l'autonomie des médecins dans la définition, la régulation et l'évaluation de leurs propres pratiques. Ce changement déstabilise le regard médical (Foucault, 1963) — non pas en l'abolissant, mais en désorganisant les formes classiques par lesquelles le sujet est objectivé, au profit d'un échange dans lequel chacun peut, potentiellement, devenir porteur de sens.

Notre étude confirme que les ajustements induits par le Dialogue ouvert varient considérablement selon les groupes professionnels. La littérature met notamment en évidence le retrait fréquent des psychiatres de l'animation des réunions de réseau (Dawson et al., 2021), une tendance souvent justifiée par leur autonomie statutaire ou leur rôle prescriptif, comme observé à l'ULICE. Schubert et al. (2021) notent que les changements d'identité sont particulièrement inconfortables pour les psychiatres, étant donné que la posture dialogique confronte le savoir médical à une forme de décentrage et même à une exposition émotionnelle inhabituelle. Pourtant, Valtanen (2019) souligne que, dans le modèle original, les psychiatres sont pleinement intégrés dans des équipes réflexives sur un pied d'égalité avec les autres professionnels. Le choix de les repositionner au sein du réseau apparaît donc comme un moyen de préserver leur rôle d'expert en les maintenant à distance de la posture dialogique.

À l'inverse, lorsque les professionnels s'engagent pleinement dans cette approche, deux schémas d'adaptation distincts peuvent être observés (Holmesland et al., 2010 ; Choi & Pak, 2006 : 355). Certains optent pour un « relâchement de rôle » : ils reconnaissent que d'autres — usagers, proches ou collègues d'autres disciplines — peuvent accomplir des tâches qu'ils considéraient auparavant comme relevant exclusivement de leur propre domaine ou apporter des points de vue tout aussi valables. D'autres adoptent une logique d'« expansion de rôle » : sans renoncer à leur formation initiale, ils élargissent leur pratique pour y inclure des dimensions relationnelles et dialogiques qui ne faisaient pas auparavant partie de leur répertoire professionnel. La pratique dialogique n'exige pas de renoncer à ses connaissances, mais plutôt de s'exprimer « d'abord en tant qu'expert mobilisant des connaissances générales, puis en tant que clinicien empathique répondant à l'interaction en cours » (Olson et al., 2014 : 19) — une nuance qui a été comprise de manière inégale par les professionnels formés.

Le DO met ainsi simultanément en évidence à la fois la fragilité des rôles professionnels face à l'innovation et leur potentiel de reconfiguration si les acteurs s'engagent dans un processus réflexif individuel et collectif sur les fondements de leur autorité et de leur pratique — une dynamique documentée dans d'autres contextes de formation au DO, où les professionnels oscillent entre un désir de transformation et un malaise face à une posture dialogique qui expose leur propre vulnérabilité (Schubert et al., 2021).

4.3. Les dialogues réflexifs comme lieux de tension symbolique et professionnelle

Dans notre étude, les dialogues réflexifs cristallisent de manière exemplaire les tensions autour de la vulnérabilité. Ces dialogues créent un

espace d'exposition dans lequel les repères professionnels sont mis à l'épreuve (Heumann et al., 2023) car ils constituent le seul espace où l'autorité professionnelle doit se construire en présence de ceux qu'elle prétend servir, rendant ainsi inévitable sa co-construction. L'enjeu dépasse le simple cadre des rôles professionnels : la manière dont on se présente dans l'interaction — comment on parle et comment on est perçu — se trouve profondément reconfigurée.

Comme l'ont montré Goffman (1973) et Amossy (2015), tout acte de parole implique une gestion de la présentation de soi. Dans les dialogues réflexifs, cette gestion est perturbée : l'acte d'exprimer des idées émergentes — souvent provisoires et formulées en présence des usagers — crée un espace relationnel inédit, fréquemment vécu comme une forme d'exposition, voire de théâtralité. Ce malaise, en particulier chez les non-psychologues, fait que les dialogues réflexifs sont perçus comme risqués et menaçants pour la compétence — une perturbation non négligeable de l'éthos.

À l'origine, l'approche dialogique s'appuie sur une conception relationnelle de la parole, inspirée du dialogisme de Bakhtine (Bakhtine, 1970) : chaque énonciation est une réponse, adressée à d'autres voix, et appelée à co-construire du sens. Dans cette perspective, l'éthos n'est plus uniquement le produit de celui qui parle : il est co-construit avec l'interlocuteur, qui peut le confirmer, le remettre en question ou en imposer une version alternative (Amossy, 2015). Pour les fondateurs du DO, il est crucial que les dialogues réflexifs — compris comme des espaces d'élaboration clinique — se déroulent en présence des personnes concernées, afin que le processus devienne véritablement co-évolutif (Seikkula & Olson, 2003). Ce principe a des implications profondes : si l'autorité professionnelle est co-construite plutôt qu'affirmée unilatéralement, alors l'espace dialogique exige des professionnels qu'ils acceptent que leur expertise, leurs interprétations et même leur présentation d'eux-mêmes puissent être contestées, remodelées ou refusées par ceux qu'ils cherchent à soutenir. Nos résultats montrent toutefois que, malgré un adhésion de principe, les participants ne s'engagent pas pleinement dans ces espaces dialogiques.

Nos résultats montrent que cette exigence suscite des résistances à deux niveaux distincts. Au niveau collectif et stratégique, le repositionnement des psychiatres à l'ULICE constitue une solution de contournement formelle qui vise précisément à éviter cette co-construction. Au niveau individuel et expérientiel, le malaise des professionnels non psychologues face aux échanges réflexifs révèle une autre dimension de cette même difficulté — non pas celle de préserver l'autorité juridictionnelle (Abbott, 2014), mais celle de gérer un sentiment d'inadéquation et d'exposition, où s'exprimer avec hésitation devant les usagers des services semble menacer la crédibilité professionnelle. Le repositionnement des psychiatres et le malaise face aux dialogues réflexifs sont donc les deux facettes d'un même phénomène — la difficulté de maintenir l'autorité professionnelle lorsqu'elle est soumise à la co-construction — opérant à des niveaux différents : l'un institutionnel, l'autre expérientiel.

Ricœur (2015) nous permet de préciser davantage le contenu de ce sujet. Le Soi se constitue à travers le récit, à travers un retour réflexif sur son parcours, ses choix, ses engagements. Par la narration, le sujet se constitue en tant qu'agent capable et responsable, capable de prendre position sur ce qui compte, de se projeter dans des futurs possibles et d'assumer la paternité de son propre parcours. Le potentiel transformateur de l'approche, lorsqu'il se matérialise, devient visible non pas principalement pour les professionnels, mais pour ceux qu'ils accompagnent. La notion de sujet narratif de Ricœur trouve une expression concrète lorsque la pair-aidante de l'ULICE présente l'hôpital de jour en s'appuyant sur sa propre expérience vécue, ou lorsque le professionnel du MARSS aborde la rupture causée par une hospitalisation involontaire au sein même du dialogue réflexif. Ces interventions ouvrent la voie pour que les personnes deviennent des co-narrateurs plutôt que des narrés, des sujets plutôt que des objets d'interprétation clinique.

Cependant, la vignette d'août 2023 à l'ULICE révèle les limites structurelles de ce potentiel. Même lorsque les facilitateurs sont formés et engagés dans la co-construction d'un espace dialogique, le cadre médical, une fois établi par des questions d'ouverture et une intervention précoce du médecin, prévaut structurellement sur le processus dialogique. Qui parle en premier, quelles questions

sont posées au départ, quel vocabulaire est utilisé : ce ne sont pas des choix procéduraux neutres, mais des mécanismes qui répartissent l'autorité épistémique et déontique avant même que le dialogue n'ait commencé. La vignette met en évidence ce que le repositionnement des psychiatres accomplit formellement : la préservation de l'autorité médicale par le contrôle des conditions dans lesquelles elle s'exerce (Freidson, 1970).

La création d'un espace véritablement dialogique exige donc plus qu'un engagement ou une formation individuels. Les tensions observées renvoient à des mécanismes opérant à un niveau structurel : qui est autorisé à parler, quelles connaissances sont jugées pertinentes, quelles formes de vulnérabilité sont professionnellement acceptables, et comment l'autorité est répartie entre les catégories professionnelles. Le Dialogue ouvert révèle ces mécanismes précisément parce qu'il exige leur suspension — en demandant aux professionnels de renoncer au contrôle des conditions mêmes qui constituent leur autorité, et d'habiter une véritable incertitude dans des espaces où la certitude a traditionnellement été le marqueur de la compétence.

4.4. Des ouvertures fragiles : effets normatifs diffus et changements professionnels émergents

Pourtant, le tableau n'est pas uniformément sombre. Dans les deux services, le dialogue ouvert n'a pas produit une reconfiguration stable ou exhaustive des pratiques, mais il a laissé des traces perceptibles dans la conduite professionnelle quotidienne : une attention accrue portée à la transparence, un relâchement partiel de l'autorité des experts, une plus grande tolérance à l'incertitude et des usages plus réflexifs du langage lors de l'engagement avec les expériences des usagers.

Ces changements restent inégaux, mais leur inégalité même est théoriquement significative. L'infirmier de l'ULICE, en réfléchissant à l'utilisation transitoire du langage par son équipe, exprime avec précision ce que Brandom (1994) identifie comme la condition d'existence des normes : leur dépendance à l'égard d'une validation collective progressive, à l'égard de régularités qui s'imposent non pas par prescription, mais par une reconnaissance partagée. La norme consistant à traiter les « éléments délirants » comme des « idées non partagées » n'existe pas encore pleinement — elle circule, est proposée, contestée et parfois adoptée localement, dans le processus de recherche de ses conditions de légitimité. Cela correspond à ce que Wenger (1998) décrit comme le travail des communautés de pratique : les normes évoluent moins par le biais d'injonctions explicites que par une exposition répétée à des configurations d'action reconnaissables — par l'imitation, l'ajustement et la réinterprétation.

Les réponses contrastées de deux infirmières face à la détresse émotionnelle anticipée d'une chercheuse pair avant une visite à domicile rendent cette dynamique visible : l'une réagit dans le cadre normatif dominant, traitant l'exposition émotionnelle comme un handicap ; l'autre propose un modèle d'intelligibilité différent, dans lequel la résonance émotionnelle devient une ressource thérapeutique potentielle. Elles mettent en évidence la coexistence de cadres normatifs concurrents au sein d'une même équipe — et le travail nécessaire pour soutenir un cadre émergent face à l'attraction gravitationnelle de l'ordre établi.

C'est précisément pour cette raison que la notion d'environnement de soutien (Lennon et al., 2023) converge ici avec la logique de Wenger. Pour que les ajustements locaux accèdent au statut de normes partagées, ils nécessitent des espaces collectifs dans lesquels ils peuvent être nommés, discutés et reconnus comme légitimes — des espaces où les normes elles-mêmes, y compris les normes dominantes, deviennent des objets de travail réflexif collectif plutôt que des cadres d'action tacites. Les équipes observées esquissent de tels espaces ici et là, mais leur caractère discontinu et leur dépendance à l'égard de porteurs individuels témoignent de leur fragilité. Sans une institutionnalisation minimale, ce travail réflexif reste vulnérable au roulement du personnel, aux pressions organisationnelles et à l'épuisement de ceux qui le soutiennent. La question n'est donc pas de savoir si les professionnels sont disposés à changer, mais si les conditions existent pour une forme de changement qui touche aux fondements de la manière dont les soins sont organisés, légitimés et mis en œuvre.

Ces tensions ne signalent pas l'échec de l'Open Dialogue en tant que tel. Elles révèlent ce que la mise en œuvre d'une innovation normative dans un champ professionnel hétérogène produit nécessairement, et soulignent l'importance de la gestion du changement organisationnel. La question

que ces équipes se posaient n'a jamais été simplement « pratiquons-nous le Dialogue Ouvert ? ». Elle était : « comment mettre en œuvre le rétablissement d'une manière cohérente avec ce en quoi nous croyons ? ». Le Dialogue Ouvert, en rendant cette question incontournable, en la mettant au grand jour, dans la salle, dans l'échange réflexif, a contribué au processus même qu'il était censé soutenir. Non pas en résolvant la tension, mais en en nommant une partie.

5. Limites

Cette étude n'est pas sans limites. En raison de ressources limitées, le codage n'a pas pu faire l'objet d'une double vérification. Une seule session de retour d'expérience collective a été organisée le 25 octobre, ce qui a restreint le potentiel dialogique de l'analyse. La recherche a également été menée sur une période relativement courte, n'offrant qu'une vision limitée dans le temps et partiellement rétrospective des effets de l'OD. Une ethnographie à plus long terme, présente dès le début, aurait pu saisir comment le roulement du personnel, l'évolution des priorités institutionnelles et les politiques de rétablissement en mutation façonnent la durabilité des pratiques dialogiques.

De plus, l'analyse s'est principalement concentrée sur les perspectives des professionnels. L'intégration des points de vue des usagers des services et des membres de leur famille — qui sont au cœur de l'OD — aurait enrichi la compréhension des dynamiques normatives et relationnelles en jeu.

L'étude est également façonnée par sa portée monographique : elle examine deux services très spécifiques au sein d'une culture locale et organisationnelle particulière. Bien que la recherche par étude de cas vise une généralisation analytique plutôt que statistique, les résultats doivent être interprétés comme des aperçus axés sur les processus plutôt que comme des affirmations universelles concernant les services psychiatriques.

Enfin, la position constructiviste adoptée ici signifie que les résultats doivent être considérés comme des élaborations interprétatives fondées sur des données qui sont elles-mêmes situées (Malterud, 2016). La familiarité de l'équipe de recherche avec le développement organisationnel a enrichi l'interprétation, mais a pu également introduire des angles morts ou un biais de confirmation. Bien que des pratiques réflexives aient été mises en œuvre, une triangulation avec des analystes externes aurait pu renforcer la distance critique.

Déclaration de contribution à la paternité de l'œuvre selon CRediT

Andréa Mestre : Rédaction – révision et correction, Rédaction – version initiale, Méthodologie, Enquête, Analyse formelle, Conceptualisation. **Julien Gard** : Analyse formelle, Conceptualisation. **Camille Grégoire** : Enquête, Analyse formelle. **Hugo Panabière** : Analyse formelle. **Aurélien Tinland** : Ressources, gestion du projet. **Pascal Auquier** : Ressources, gestion du projet. **Saphir Desvignes** : Rédaction – révision et édition, rédaction – version originale, visualisation, validation, supervision, gestion du projet, méthodologie, recherche de financement, conceptualisation.

Déclaration éthique

Cette étude a été examinée et approuvée par le *Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille* (référence 2022-03-10-006, autorisation datée du 17 mars 2022). Les chercheurs principaux étaient Aurélien Tinland, MD, PhD, et Pascal Auquier, Prof., avec Saphir Desvignes (doctorante) en tant que chercheuse. Le projet, intitulé « *Implantation de l'Open Dialogue dans le contexte français : étude de faisabilité ODAMARS (Open Dialogue à Marseille)* », a été jugé ne soulever aucune préoccupation d'ordre éthique ou réglementaire.

Tous les participants ont reçu des informations claires sur les objectifs de l'étude, les procédures et le traitement des données, et ont donné leur consentement éclairé avant de participer. Les données ont été anonymisées pour l'analyse et stockées en toute sécurité, conformément à la réglementation en vigueur.

La lettre d'approbation originale (en français, délivrée par le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille) peut être fournie aux éditeurs ou aux évaluateurs sur demande.

Utilisation d'outils d'intelligence artificielle

Pour faciliter l'organisation et la rédaction de ce manuscrit, l'équipe de recherche a eu recours à des outils d'intelligence artificielle (notamment ChatGPT 4.0, DeepSeek et Claude Sonnet 4.6). Cette assistance a porté sur la traduction, la structuration du texte, le peaufinage du style et la synthèse de certaines sections. Après avoir utilisé ces outils, les auteurs ont relu et révisé le contenu si nécessaire et assument l'entière responsabilité du contenu de l'article publié.

Financement

Cette recherche a été financée par la *Fondation de France* et l'Agence régionale de santé *de Provence-Alpes-Côte d'Azur*. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans l'analyse ou l'interprétation des données.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts financier connu ni aucune relation personnelle susceptible d'avoir influencé les travaux présentés dans cet article.

Remerciements

Les auteurs remercient les bailleurs de fonds, les professionnels qui ont accepté de participer à l'étude, ceux qui ont facilité l'accès au terrain et soutenu la conduite de la recherche, ainsi que l'équipe de recherche HOPEnDialogue pour sa collaboration à l'étude quantitative menée en parallèle.

Annexe A. Données supplémentaires

Les données supplémentaires relatives à cet article sont disponibles en ligne à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2026.102796>.

Disponibilité des données

Les données collectées (transcriptions d'entretiens et notes de terrain) ne peuvent être rendues publiques en raison de leur nature sensible et confidentielle. Toutefois, les demandes d'accès à des extraits anonymisés pourront être examinées au cas par cas.

Références

- Abbott, A. (2014). *Le système des professions : Essai sur la division du travail spécialisé*. University of Chicago Press.
- Alanen, Y. O. (2018). *Schizophrénie : ses origines et un traitement adapté aux besoins*. Routledge.
- Amossy, R. (2015). *La présentation de soi : Ethos et identité verbale*. PUF.
- Anthony, W. A. (2007). *Vers une vision du rétablissement*.
- Arnkil, T. (2019). Co-générer des espaces dialogiques : défis pour les dialogues ouverts et anticipatifs et les pratiques dialogiques en général. *Int. J. Collab. Dialog. Pract.*, 9, 37–50.
- Avison, D. E., Lau, F., Myers, M. D., & Nielsen, P. A. (1999). Recherche-action. *Communications of the ACM*, 42(1), p. 94-97.
- Bakhtine, M. M. (1970). *Problèmes de la poétique de Dostoïevski. L'Âge d'homme*.
- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10), 854–857. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662>
- Bouchetal, T. (2022). Épreuve de professionnalité. In *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 2 pp. 183–186. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2022.01.0183>.
- Brandom, R. (1994). *Making it explicit : Reasoning, representing, and discursive commitment*. Harvard University Press.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own : Patient-controlled alternatives to the mental health system*. McGraw-Hill.
- Choi, B. C., & Pak, A. W. (2006). Multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité dans la recherche, les services, l'éducation et les politiques de santé : 1. Définitions, objectifs et preuves d'efficacité. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6).
- Cubellis, L., Schmid, C., & Von Peter, S. (2021). L'ethnographie dans la recherche sur les services de santé : oscillation entre théorie et pratique. *Qualitative Health Research*, 31(11), 2029–2040.
- Dawson, L., River, J., McCloughen, A., & Buus, N. (2021). « Est-ce que ça devrait aller ? Oui. Est-ce que ça va ? Non » : exploration des processus organisationnels liés à l'introduction d'une

- en matière de santé mentale dans le secteur privé australien. *Health*, 25(3), 376–394. <https://doi.org/10.1177/1363459319889107>
- Deegan, P. (1988). Rétablissement : l'expérience vécue de la réadaptation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Demazière, D. (2012). L'entretien de recherche et ses conditions de réalisation. Variété des sujets étudiés et des objets de l'étude. *Sur le journalisme*, 1(1), 30.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532–550. <https://doi.org/10.2307/258557>
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*. Freidson, E. (1970). *Professional dominance : The social structure of medical care*. Transaction Publishers.
- Godrie, B. (2016). Vivre n'est pas (toujours) savoir. Richesse et complexité du savoir expérientiel. *Le partenaire*, 24(3), 35–38.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne : T. I La présentation de soi*. Éditions de Minuit.
- Greacen, T., & Joutet, E. (2017). Le rétablissement : Contexte international et situation en France. Dans *Santé mentale et processus de rétablissement* (pp. 15–30). Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.arvei.2017.01.0015>
- Grimand, A., Glaisner, J., & Grevin, A. (2017). Un travail « à soi ». Repères pour un management de l'appropriation du travail. *@ GRH*, 23(2), 95–119.
- Heumann, K., Kuhlmann, M., Bo'ning, M., Tülsner, H., Pocobello, R., Ignatyev, Y., Aderhold, V., & von Peter, S. (2023). Mise en œuvre du dialogue ouvert en Allemagne : efforts, défis et obstacles. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1072719>
- Holmesland, A.-L., Seikkula, J., Nilsen, Ø., Hopfenbeck, M., & Arnkil, T. E. (2010). Dialogues ouverts dans les réseaux sociaux : identité professionnelle et collaboration transdisciplinaire. *International Journal of Integrated Care*, 10(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.564>
- Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hoult, J., McKenzie, N., White, I. R., Thompson, M., & Bebbington, P. (2005). Essai contrôlé randomisé sur les soins de santé mentale aigus dispensés par une équipe de gestion de crise : l'étude sur les crises à North Islington. *BMJ*, 331 (7517). <https://doi.org/10.1136/bmj.38519.678148.8F>, 599–599.
- Jorro, A. (2022). Ethos professionnel. In *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 2 pp. 193–196. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2022.01.0193>
- Laval, C., Mantovani, J., Moreau, D., & Rhenier, P. (2018). Reconfiguration des métiers face à la philosophie du rétablissement. *Vie sociale*, 2324(3), 211–219. <https://doi.org/10.3917/vsoc.183.0211>
- Lennon, E., Hopkins, L., Einboden, R., McCloughen, A., Dawson, L., & Buus, N. (2023). Le changement organisationnel dans les systèmes complexes : facteurs organisationnels et de leadership dans la mise en place du dialogue ouvert au sein des services de santé mentale. *Community Mental Health Journal*, 59(1), 95–104.
- Linder, A. (2022). De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale. *Sociologie*, 13(1), 43–61.
- Malterud, K. (2016). Théorie et interprétation dans les études qualitatives en médecine générale : pourquoi et comment ? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44, 120–129. <https://doi.org/10.1177/1403494815621181>
- Masquelier, B., & Siran, J.-L. (2000). *Pour une anthropologie de l'interlocution*. Rhétoriques du quotidien, Paris, L'Harmattan.
- Mearns, D., & Cooper, M. (2005). *Travailler en profondeur relationnelle dans le conseil et la psychothérapie*.
- Mosse, D., Baker, D., Carroll, M., Chase, L., Kloocke, R., Wickremasinghe, K., Cramer, B., Pratt-Boyd, K., & Wuerth, M. (2023). La contribution de l'anthropologie à l'étude du dialogue ouvert : méthodes et opportunités de recherche ethnographique. *Frontiers in Psychology*, 14, article 1111588.
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *Les éléments clés de la pratique dialogique dans le dialogue ouvert : critères de fidélité*, 8. École de médecine de l'Université du Massachusetts, 2017-2017.
- Ong, B., Barnes, S., & Buus, N. (2020). La dévalorisation de l'autorité déontique dans les propositions de réflexion du dialogue ouvert : une analyse conversationnelle. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12586>
- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165–180. <https://doi.org/10.3917/ccge.007.0165>
- Putman, N., & Martindale, B. (2021). *Open dialogue for psychosis : Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning*. Routledge.
- Riceur, P. (2015). *Soi-même comme un autre*. Média Diffusion.
- Schubert, S., Rhodes, P., & Buus, N. (2021). Transformation de l'identité professionnelle : une exploration des psychologues et psychiatres mettant en œuvre le dialogue ouvert. *Journal of Family Therapy*, 43(1), 143–164. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12289>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Kera'nen, J., & Sutela, M. (1995). Traiter la psychose par le dialogue ouvert. *L'équipe réflexive en action : pratique collaborative en thérapie familiale* (pp. 62–80).
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Le dialogue ouvert dans la psychose I : introduction et illustration par un cas. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247–265. <https://doi.org/10.1080/10720530125965>
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). L'approche du dialogue ouvert dans la psychose aiguë : sa poétique et sa micropolitique. *Family Process*, 42(3), 403–418. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>
- Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Les éléments curatifs de la conversation thérapeutique : le dialogue comme incarnation de l'amour. *Family Process*, 44(4), 461–475. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00072.x>
- Seim, J. (2024). Observation participante, participation observatrice et ethnographie hybride. *Sociological Methods & Research*, 53(1), 121–152.
- Slade, M. (2009). La contribution des services de santé mentale au rétablissement. *Journal of Mental Health*, 18, 367–371. <https://doi.org/10.3109/09638230903191256>
- Valtanan, K. (2019). Le rôle du psychiatre dans la mise en œuvre d'un modèle de soins fondé sur le dialogue ouvert. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 40(3), 319–329. <https://doi.org/10.1002/anzf.1382>
- von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J., & Puras, D. (2019). Le dialogue ouvert comme approche conforme aux droits de l'homme. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00387>
- Wates, A., Allen, J., Cooke, A., & Holtum, S. (2022). « J'ai vécu ce que nous faisons avec les familles » : Comprendre les expériences des praticiens ayant suivi un programme de formation britannique de trois ans sur le dialogue ouvert. *Community Mental Health Journal*, 58(4), 788–798. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00885-8>
- Wenger, E. (1998). *Communautés de pratique : apprentissage, sens et identité*. Cambridge : Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511803932>. Site web d'Aspire.
- Wittgenstein, L. (2009). *Enquêtes philosophiques*. John Wiley & Sons.
- Yin, R. K. (1994). *Recherche par étude de cas : conception et méthodes*. SAGE Publications.