

Dialogue ouvert sur un rétablissement durable

Dr. Carlos León

www.odformation.org / contact@odformation.org

(à apparaître dans la lettre trimestrielle de Pro Mente Sana décembre 2019)

"Dialogue is the first thing we learn in life ... one of the hardest and challenging things in our work "
Seikkula, J.

L'Open Dialogue porte l'espoir d'un rétablissement durable en psychiatrie.

Connu par son efficacité, "Open Dialogue" désigne une forme d'intervention en Western Lapland - Finlande, qui résulte de plus de 35 ans d'investigation. Dans les années 80 à Tornio, les services psychiatriques se transforment afin de comprendre, soulager et répondre le mieux possible aux crises et besoins de personnes dans la vie de tous les jours. Le système public traditionnel de santé mentale qui avait dans le passé démontré les pires résultats en matière de guérison, a été transformé en un système qui démontre jusqu'au présent en occident, les meilleurs taux documentés dans le traitement de la psychose et crises psychiques.

Quatre des cinq personnes ayant suivi cette forme de traitement se remettent de crises de manière permanente. A court (2 ans), moyen (5 et 10 ans) et long terme (19 ans), ces personnes ne présentent plus de symptômes, restent en travail ou études, échappent aux mesures d'invalidité, sont intégrés socialement. La fréquentation de services de santé et les durées de traitement s'avèrent plus courtes. Ces expériences signalent la possibilité des alternatives réussies de traitement à l'hospitalisation et la pharmacologie¹.

Comment procède l'Open Dialogue ? Du début de la crise un dialogue ouvert est établi entre la personne concernée, la famille, les proches et l'équipe thérapeutique. Ces réunions opèrent sans hiérarchie décisionnelle dans la compréhension d'expériences, la planification et l'implémentation des interventions. Toute voix compte à part égale, la collaboration et les responsabilités partagées ont l'effet de multiplier les ressources. L'utilisation de neuroleptiques et l'hospitalisation passent en arrière-plan. Ce n'est pas une approche qui va contre ces mesures si elles s'avèrent avoir du sens, mais elles ne sont pas imposées. On privilégie le traitement ambulatoire et les réunions psychothérapeutiques en réseau.

Dans le tableau évolutif de la psychiatrie, l'open dialogue confirme un des critères fondateurs de cette discipline, le soin par la relation. Il n'est pas mainstream ou de l'antipsychiatrie. C'est une approche intégrative qui regroupe de manière très fonctionnelle dans la pratique "Dialogique" diverses autres modalités thérapeutiques.

Dans cette pratique, la personne n'est pas vue comme un objet à faire des hypothèses, à diagnostiquer, conduire ou à interpréter, mais considérée pleinement comme un sujet. Les valeurs de cette approche de dignité, de respect, de compassion fascinent les usagers et les personnes qui attendaient depuis longtemps un paradigme alternatif². Un attrait essentiel pour les professionnels est sa forme humanitaire pleine de compassion, non idéologique pour émanciper avec efficacité la détresse mentale.

Le NAT : au service de besoins spécifiques et changeants de chaque situation

Le rétablissement durable émerge en continuité avec les travaux du professeur Alanen, considérés comme les plus importants après ceux de Bleuler sur la psychose. A l'hôpital psychiatrique de Turku en Finlande, Alanen constate comment la relation de personne à personne permet, pour chaque patient, une meilleure compréhension du fonds historique de leurs difficultés et donne une opportunité de croissance humaine par le développement de leur personnalité, la résolution de dilemmes et conflits, l'amélioration des situations de vie et des relations interpersonnelles.

« Not all were completely free from psychotic symptoms, but in their normal environment they were able to cope in a satisfactory manner corresponding to their previous social level ... The tendency to symptoms may persist indicating the express of unresolved areas of conflict... The recovery is part of a process of personality development, which, as it advances, make psychotic symptom solutions unnecessary »³

Sensible aux situations de familles, elles seront par la suite invitées aux séances de traitement donnant lieu aux réunions de réseau entre client, professionnels et proches. Alanen fait coexister des thérapies psychodynamiques, systémiques et de famille dans un traitement psychothérapeutique individualisé, expérience qui anticipe les recherches actuelles en thérapies intégratives⁴ ! Le "Need Adapted Treatment" n'est pas éclectique ou un mélange "omnibus", il répond à la compréhension des besoins hétérogènes et uniques de chaque personne et son réseau de proches. Le système classificatoire (schizophrénie, psychose, border line, DSM) n'est pas la base du traitement, car le risque est de se concentrer sur les symptômes, de restreindre les possibilités thérapeutiques et de fermer l'angle de compréhension et d'action. Si diagnostic il y a, il émerge dans les réunions thérapeutiques pratiques de discussion en commun. Les symptômes sont considérés plutôt comme des signes à inscrire dans une configuration globale, des indicateurs de conflit, de pistes sur les interactions sensibles dans le réseau et l'histoire sociale de la personne.

Le NAT est un processus continu, les progrès et résultats sont à monitorer constamment. L'équipe a toujours une attitude d'accueil bienveillante, offre une intervention rapide et optimiste, travaille avec les ressources psychologiques propres des patients dans leurs contextes naturels, conçoit le traitement comme une intégration pratique et fonctionnelle de diverses psychothérapies, dispose des équipes mobiles d'intervention de crise, etc.⁵

Ce cadre de psychiatrie sociale sera générateur de projets divers dans les pays du Nord dont quatre phases en Finlande entre 1968 et 1990.

Entre la première et la troisième phase les résultats du NAT montrent une amélioration qui va de 40% à 60%. Le besoin de recourir aux services de santé diminue en 5 ans de 50 %⁶.

La quatrième phase distingue quatre projets locaux dont celui de Western Lapland. Le NAT préfigure l'Open Dialogue.

L'Open Dialogue

"It is very simple: all you have to do is to let people know that they have been understood and that what they have to say is important".
Seikkula, J.

Les résultats surprenants du système psychiatrique Open Dialogue n'apparaissent pas ex abrupto, sont construits « sur des épaules de géants » menant des recherches innovantes en Europe du Nord. Diverses périodes dans l'étude systématique du processus de traitement donnent lieu à cette forme " d'être avec les personnes et d'organiser les services hospitaliers et communautaires ". Quelques-uns de ses principes sont⁷ :

- Répondre aux crises rapidement (24h). La crise ouvre sur une richesse d'expérience enchevêtrée. Découvrir toute l'ampleur des vécus, de la relation de la personne avec ses traumatismes peut prendre des mois si l'on laisse passer cette opportunité !
- Intégration de familles au processus thérapeutique. Ceux qui définissent le problème et peuvent aider sont invités à participer dès la première réunion. Le client accepte les présences de son réseau (certaines personnes seront vues séparément en cas de maltraitance ou de violence). Toute intervention est écoutée sans évaluation, chaque voix est respectée sans différence marquée par le statut entre les participants patients, proches ou professionnels. Les familles ne sont pas blâmées ni objet de changement. Elles y sont pour être comprises et faciliter leur participation active au traitement.
- Construire ensemble un langage pour les expériences difficiles. Etre en difficulté ce n'est pas quelque chose qu'on a ou on n'a pas, mais en lien à ce qui se passe en interaction avec divers contextes sociaux. Les hallucinations et comportements sont des métaphores d'évènements réels. L'écoute reste inconditionnelle face aux histoires chargées d'un langage et structure difficiles. En fin de séance, la personne atteint quelque chose qui n'avait pas encore eu des mots.
- Les plans de traitement sont discutés et décidés dans les réunions. Il n'y a pas de hiérarchie décisionnelle mais des prises de décisions consultatives. La médication est une option en cas de besoin, pour réduire le stress, en petites doses et à très court terme. On évite au plus possible les neuroleptiques car ils bloquent l'expression et les possibilités de réflexion basé sur les résonances émotionnelles. Chaque rencontre est unique, il n'y a pas de planification à l'avance ou en absence de la personne. Il s'agit d'être flexible aux besoins spécifiques et changeants sans anticiper ou diriger le processus de manière unilatérale par une planification préalable de séances. Le mot « approche » souligne cette « spontanéité » thérapeutique à plonger dans l'immédiateté avec sa propre personne dans une relation sincère, différente à l'idée d'une méthode fixe que puisse être manualisée. Pourtant, il y a toute une structure et une forme de procéder propres aux réunions "dialogiques".
- Présence thérapeutique et tolérance à l'incertitude sont essentielles pendant ces moments de perte et de reprise de repères, de flou et de flux d'idées. La place est à la créativité de réponses nouvelles et l'éveil de ressources. On évite les décisions et plans prématurés. Tous les membres de l'équipe sont formés à la systémique, la thérapie de famille, à d'autres approches thérapeutiques. Ce bagage et l'expérience de vie sont au service du processus dialogique.
- Culture d'équipe, responsabilité et continuité du suivi psychologique. La reconduction et fréquence des réunions sur une période sont à déterminer par les participants. Le même groupe opère dans l'institution et à l'extérieur et s'occupe de la situation en cas de rechute. Il n'y a pas de rémission à d'autres services. Le traitement à domicile est une option alternative à l'hospitalisation mais n'est pas imposée. Le suivi psychologique est garanti le temps que sera indispensable.
- Privilégier le dialogue ouvert à toute autre intervention.

Seikkula J., le principal représentant de l'Open Dialogue, souligne que ce n'est pas en suivant strictement 7 ou 12 principes qu'il sera possible de construire un nouveau système. Il insiste sur l'importance de considérer les facteurs locaux, culturels :

- « L'Open Dialogue n'est pas un plan à être instauré tel quel ! Le nouveau système où nous rencontrons les gens qui ont besoin d'aide dans leur vie avec une interaction plus humaine, qui va être basée sur des aspects culturels et locaux nettement plus poignants, peut s'inspirer de nos 30 ans de travaux et d'au moins quelques uns de ces éléments »⁸.

Dès l'origine, le NAT et l'Open Dialogue ont inspiré un réseau international en Europe du Nord qui l'ont adapté dans leur pratique en Russie, Lettonie, Lituanie, Estonie, Suède, Finlande et Norvège. Aujourd'hui, ce sont plus de 20 pays qui accueillent et s'inspirent en divers contextes de l'Open Dialogue⁹. L'expérience a été évaluée et la recherche se poursuit dans d'autres cultures, avec l'obtention de très bons résultats. C'est l'approche psychiatrique la mieux fondée actuellement sur la recherche et l'évidence¹⁰.

Vers un rétablissement durable

The relevant question in psychiatry shouldn't be... What's wrong with you?
It should be... What happened to you?
– Eleanor Longden

Le rétablissement dans la vraie vie obtenue par l'OD confirme les témoignages en première personne de rétablissement durable. Il dépasse largement les chiffres officiels de taux de rétablissement de 30% au 60%, déjà suffisantes pour mettre en cause la notion "d'incurabilité de la psychose et la schizophrénie"¹¹. On peut affirmer :

Que le rétablissement durable en santé psychique est largement possible et ; qu'un tel rétablissement durable dépendrait du type de prise en charge qui est effectué lors de crises !

Pourtant, l'Open Dialogue ne propose pas une théorie ou modèle du rétablissement, lequel émerge comme un "sous produit", une conséquence empirique résultant du système de soins ! Ce rétablissement durable est novateur :

- *Contraste avec les traitements habituels, par ailleurs affaiblis par diverses critiques : sur le manque de support scientifique de l'hypothèse du déséquilibre cérébral et des médicaments ; sur leurs effets hautement iatrogènes et rôle dans la chronicité, etc. ; et enfin sur le cadre dictatorial réducteur des catégories du DSM. Un système de "pathologisation de la vie" dont les catégories imposent des identités simplificatrices de la personne réduite à ces déficiences. Des étiquettes qui n'aident pas à "se comprendre" et s'avèrent maltraitantes, créatrices de stigma, iatrogènes, démotivent les efforts d'agentivité¹². Affirmer les déterminants biologiques et ramener toutes les pratiques psy à des pratiques cérébrales pour faire de la réadaptation des individus, a comme conséquence une perte de sens de ce qu'est le soin psychiatrique, une négation de la psychiatrie du soin¹³.*
- *Interroge un certain nombre de messages dont il faut se rétablir ! L'homme de la rue en souffrance perd l'espoir, vive dans la peur. Son destin est de rester enfermé dans de paradoxes et de **camisoles conceptuelles** ? De sujet passif et objet de traitement, il est devenu responsable et autonome de son rétablissement mais au prix de l'adhésion au traitement médicamenteux et à "une meilleure connaissance de la maladie". Une "maladie" qui n'est pas définie par ses expériences mais par le dogme du DSM. Ces deux piliers - médicament et identité psychiatrique- sont très controversés. Mais, ils restent considérés dans certains programmes les prérequis pour entamer une démarche "contrôlée" de rétablissement ! L'homme en souffrance doit gérer le paradoxe « qu'il peut se rétablir... mais qu'il faut vivre avec sa maladie (!) ». Il éprouve et doit admettre le dysfonctionnement qui mène à la désinsertion dans une société néolibérale ou il faut s'adapter à tout prix. Ses échecs à la réinsertion dans une société excluant et compétitive s'expliquent souvent par « l'évolution même de la maladie » et non par le contexte social toxique. Son "brain cassé" emporte la responsabilité sur tout autre facteur. La prise en compte du sujet en première personne, subjectif et existentiel, réclamé par le*

Recovery mouvement, s'entend alors comme la « vie et le sens de la personne dans le contexte de l'invalidité durable » !

On peut donc se rétablir en dehors du cadre biologisant : avec peu de médicaments, de hospitalisation et sans besoin d'adhérer au cadre simplificateur du DSM¹⁴. Le Dialogisme et le rétablissement durable qui l'est implicite, peuvent avoir une importante contribution alternative et novatrice à faire reculer les bastions vers la liberté anti-asilaire promise, la liberté de se réfléchir incluse ? Et dans une liberté de choix, le réciproque est aussi vrai : le dialogisme peut entrer dans les programmes actuels et les compléter.

Il y a un espoir important, un choix pour la question des familles qui ont un rapport avec la psychiatrie, à savoir s'il sera possible de vivre sans la peur, de dépasser les difficultés et de gagner le sentiment d'avoir une qualité de vie, sans toujours la référer à une histoire passée de crise psychique. Quelles possibilités aujourd'hui pour ce type de rétablissement durable ?

Ni attitude ou méthode, l'Open Dialogue synthétise à la fois une manière d'être et un ensemble de concepts thérapeutiques et de préceptes épistémologiques sur la relation, le langage, le sens, la vie, l'expérience. Il ne s'enferme pas, ni enferme les personnes dans un système conceptuel ou de croyances quelconque.

Une autre manière de voir les choses est le vrai noyau de l'Open Dialogue !

Consciente de la relation asymétrique avec le patient, il facilite une compréhension contextuelle et relationnelle du bien-être mental en se préservant de d'exercer les diverses formes de pouvoir, de contrainte et d'influence unilatérale pratique ou idéologique sur les personnes. Posture du thérapeute ou plutôt forme d'être, cette rencontre humaine porte des innombrables garde-fou pour accompagner sans guider, faire part de ses inquiétudes sans directement influencer, respecter les dérives du système, tolérer l'incertitude, dire sans imposer, respecter le langage de familles, partager des résonances et réflexions en dialoguant sur le dialogue, à de divers métras niveaux, etc.

Cette attitude éthique laisse la place au client et proches pour devenir "experts" de leur vie en enrichissement mutuel d'expériences, accepter la diversité de points de vue, sans la pression d'adhérer au système de croyances ou solutions de l'expert. Il encourage les dialogues sociaux, est largement non institutionnel, non médicalisant et bien adapté à la prévention de la coercition et autres formes de violation des droits de l'homme. Il respecte la liberté de participation active et indépendante des usagers de la psychiatrie dans leur propre soin.

Ecoute et authenticité, les usagers y voient une vraie alternative à leurs demandes. Il y a en effet convergence de valeurs et des éléments concrets de réponse à leurs protestations historiques. L'Open Dialogue peut être qualifié pour renforcer les droits mondiaux en soins de santé mentale¹⁵.

Nous travaillons activement avec la collaboration de Western Lapland, pour faire connaître l'open Dialogue en langue française et former des équipes multidisciplinaires à des relations qui guérissent. Il synthétise à la fois une manière d'être en relation et une forme intégrative de diverses modalités thérapeutiques, professionnelles et expérientielles humaines.

Nous menons depuis deux ans un programme de formation à l'entraide en groupes mixtes entre proches, patients et professionnels : tous réunis, car si toute voix compte par égal nous pouvons être alors "PAIRS dans la vie".

Nous invitons les personnes concernées, le corps médical, les équipes de soin, les travailleurs sociaux, les proches, les pairs aidants et praticiens à nous joindre pour que ces groupes deviennent de ressources importantes pour les familles et personnes à la recherche d'alternatives humanistes. Nous ferons bientôt l'annonce d'une formation en 2020 sur notre site web.

Références

1

T. BERGSTRÖM, B. ALAKARE, J. AALTONEN, P. MÄKI, P. KÖNGÄS-SAVIARO, J. J. TASKILA & J. SEIKKULA. (2017). THE LONG TERM USE OF PSYCHIATRIC SERVICES WITHIN THE OPEN DIALOGUE TREATMENT SYSTEM AFTER FIRST-EPISODE PSYCHOSIS. PSYCHOSIS, DOI : 10.1080/17522439.2017.1344295

LEHTINEN, V., AALTONEN, J. J., KOFFERT, T., RÄKKÖLÄINEN, V. & SYLVÄLATHI, E. (2000). TWO-YEAR OUTCOME IN FIRST-EPISODE PSYCHOSIS TREATED ACCORDING TO AN INTEGRATED MODEL. EUROPEAN PSYCHIATRY, 15, 312-320.

SEIKKULA, J., AALTONEN, J., ALAKARE, B., HAARAKAMGAS, K., KERÄNEN, J., & LEHTINEN, K- (2006). FIVE-YEAR EXPERIENCE OF FIRST EPISODE NONAFFECTIVE PSYCHOSIS IN OPEN DIALOGUE APPROACH. TREATMENT PRINCIPLES, FOLLOW-UP OUTCOMES, AND TWO CASE STUDIES. PSYCHOTHERAPY RESEARCH, 16, 214-228.

T., BERSTRÖM, J., SEIKKULA, B., ALAKARE, P. MÄKI, P. KÖNGÄS-SAVIARO, J. J. TASKILA, A. TOLVANEN, & J. AALTONEN. (ACCEPTED 2018). THE FAMILY-ORIENTED OPEN DIALOGUE APPROACH IN THE TREATMENT OF FIRST EPISODE PSYCHOSIS: NINETEEN-YEAR OUTCOMES. PSYCHIATRY RESEARCH. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.PSYCHRES.2018.09.039](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039)

2

ACADEMY OF PEER-SUPPORTED OPEN DIALOGUE. [HTTP://APOPENDIALOGUE.ORG/](http://apopendialogue.org/)

3

Y., ALANEN. (1997). SCHIZOPRENIA. ITS ORIGINS AND NEED ADAPTED TREATMENT. ROUTLEDGE.

4

D., SPRENKLE, S. D., DAVIS, J. L., LEBOW. (2009). COMMON FACTORS IN COUPLE AND FAMILY THERAPY. THE OVERLOOKED FOUNDATION FOR EFFECTIVE PRACTICE. THE GUILFORD PRESS. LONDON.

5

P., BORCHERS, J., SEIKKULA & K., LEHTINEN. (2012). PSYCHOSIS, NEED ADAPTED TREATMENT, AND PSYCHIATRISTS' AGENCY. PAGES 27-37 | RECEIVED 05 OCT 2012, ACCEPTED 29 NOV 2012, PUBLISHED ONLINE: 14 JAN 2013

Y., ALANEN. (1997). KAMAC BOOKS LTD.SCHIZOPHRENIA : ITS ORIGINS AND NEED ADAPTED TREATMENT.

6

Y., ALANEN. (2008). TOWARDS A MORE HUMANISTIC PSYCHIATRY : DEVELOPMENT OF NEED ADAPTED TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA GROUP PSYCHOSES. PSYCHOSIS. PSYCHOLOGICAL, SOCIAL AND INTEGRATIVE APPROACHES. VOL. 1, 2009 - ISSUE 2. PP 156-166.

7

M., OLSON, J., SEIKKULA ET D., ZOEDONIS. (2014). THE KEY ELEMENTS OF DIALOGICAL PRACTICE IN OPEN DIALOGUE : FIDELITY CRITERIA. [HTTPS://WWW.UMASSMED.EDU/GLOBALASSETS/PSYCHIATRY/OPEN-DIALOGUE/KEYELEMENTSV1.109022014.PDF](https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelementsV1.109022014.pdf)

J., SEIKKULA & T., ARNKIL. (2006). DIALOGICAL MEETINGS IN SOCIAL NETWORKS. ROUTLEDGE.

J., SEIKKULA, T., ARNKIL & E., ERIKSSON. (2003). POSTMODERN SOCIETY AND SOCIAL NETWORKS : OPEN AND ANTICIPATION DIALOGUES IN NETWORK MEETINGS. FAMILY PROCESSES, VOLUME 42, N° 2. WILEY ONLINE LIBRARY. .

8

J. SEIKKULA. CONFÉRENCE EN "OPEN DIALOGUE NETWORK SEMINAR. ROSKILDE DK. AUGUST 29, 2014". EN: [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=WHO1RINSTM8](https://www.youtube.com/watch?v=WHO1RINSTM8)

9

EN SUISSE UN PROGRAMME DE FORMATION A LIEU À INTERLAKEN DEPUIS 5 ANS. EN SUISSE ROMANDE, NOUS SENSIBILISONS ET ATTENDONS POUVOIR OFFRIR EN 2020 UNE FORMATION EN OPEN DIALOGUE WWW.ODFORMATION.ORG

10

ODDESSI OPEN DIALOGUE: DEVELOPMENT AND EVALUATION OF A SOCIAL NETWORK INTERVENTION FOR SEVERE MENTAL ILLNESS. [HTTPS://WWW.UCL.AC.UK/PALS/RESEARCH/CLINICAL-EDUCATIONAL-AND-HEALTH-PSYCHOLOGY/RESEARCH-GROUPS/ODDESSI](https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/oddesi) ET [HTTP://WWW.DO-GE.CH/UPLOADS/1/3/9/9/13993272/ODDESSI-RESEARCH-PROGRAMME-SP-27.2.18-OD-CONF-UK-NATIONAL-CONFERENCE__3_.PDF](http://www.do-ge.ch/uploads/1/3/9/9/13993272/oddesi-research-programme-sp-27.2.18-od-conf-uk-national-conference__3_.pdf)

11

WHO. [HTTPS://WWW.WHO.INT/WHR/2001/MEDIA_CENTRE/MAIN_MESSAGE/EN/](https://www.who.int/whr/2001/media_centre/main_message/en/)
M., KOENIG ET AL. (2014). DE LA DÉTÉRIORATION AU RÉTABLISSEMENT DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : HISTOIRE D'UN CHANGEMENT DE PARADIGME. EDITIONS MATÉRIOLOGIQUES. 4 VOL 12 : [HTTPS://WWW.CAIRN.INFO/REVUE-PSN-2014-4-PAGE-7.HTM/](https://www.cairn.info/revue-psn-2014-4-page-7.htm/)

12

R., WHITAKER. (2010, 2015). ANATOMY OF AN EPIDEMIC. MAGIC-BULLETS, PSYCHIATRY DRUGS, AND THE ASTONISHING RISE OF MENTAL ILLNESS IN AMERICA. BROADWAY BOOKS.

R-, WHITAKER. (2002) MAD IN AMERICA. BAD SCIENCE, BAD MEDECINE, AND THE ENDURING MISTREATMENT OF THE MENTALLY ILL. BASIC BOOKS.

G., FAVA & C., RAFANELLI. (2019). IATROGENIC FACTORS IN PSYCHOPATHOLOGY. PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS. 88; 129-140. [HTTPS://WWW.KARGER.COM/ARTICLE/FULLTEXT/500151](https://www.karger.com/Article/FullText/500151)

D. L. ROSENHAN, « ON BEING SANE IN INSANE PLACES », SCIENCE (NEW YORK, N.Y.), VOL. 179, NO 70, JANVIER 1973, P. 250–258 (PMID 4683124, DOI 10.1126/SCIENCE.179.4070.250, LIRE EN LIGNE [ARCHIVE])

ON DIAGNOSIS. [HTTPS://WWW.MADINAMERICA.COM/?S=DIAGNOSIS](https://www.madinamerica.com/?s=diagnosis)

13

R., KNAEBEL. (2018). "FONDAMENTAL", LA FONDATION QUI EUT SAUVER LA PSYCHIATRIE EN PARTENARIAT AVEC LES LABOS.

[HTTPS://WWW.BASTAMAG.NET/SPIP.PHP?PAGE=RECHERCHE&RECHERCHE=NEGATION+DE+LA+PSYCHIATRIE+SOIN](https://www.bastamag.net/spip.php?page=recherche&recherche=negation+de+la+psychiatrie+soin)

S., LEVÈVRE. (2016). LES CINQ MÉTHODES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE POUR NOUS BOURRER DE MÉDICAMENTS INUTILES. "L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE EST MAINTENANT HORS DE TOUT CONTRÔLE". [HTTPS://WWW.LES-CRISES.FR/LES-CINQ-METHODES-DE-LINDUSTRIE-PHARMACEUTIQUE-POUR-NOUS-BOURRER-DE-MEDICAMENTS-INUTILES-PAR-SARAH-LEFEVRE/](https://www.les-crises.fr/les-cinq-methodes-de-lindustrie-pharmaceutique-pour-nous-bourrer-de-medicaments-inutiles-par-sarah-lefevre/)

14

M., SLADE & E. LONGDEN. (2015). EMPIRICAL EVIDENCE ABOUT RECOVERY AND MENTAL HEALTH. BMC PSYCHIATRY. OPEN ACCESS.

[HTTPS://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PMC/ARTICLES/PMC4647297/PDF/12888_2015_ARTICLE_678.PDF](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647297/pdf/12888_2015_article_678.pdf)

15

S. VON PETER, V. ADERHOLD, L. CUBELLIS, T. BERGSTRÖM, P. STASTNY, J. SEIKKULA& D. PURAS. (2019). OPEN DIALOGUE AS A HUMAN RIGHTS-ALIGNED APPROACH. FRONT PSYCHIATRY. 10: 387. ONLINE: DOI:10.3389/fpsy.2019.00387.