

« OPEN DIALOGUE », DIALOGUE OUVERT

F.A.Q.

Foire Aux Questions
Frequently Asked/Answered Questions

Original for UK : <https://opendialoguenhs.com/a-question-a-day-february-2017/>

Traduit de l'anglais, augmenté de 5 questions et adapté à la Belgique par Luc De Bry*
puis relu par Rénovat Ngwabije* (*membres fondateurs de l'ASBL EspéranceS).

Mise à jour : 29 septembre 2021

Sommaire (suivre les liens)

| | <u>Page</u> |
|---|-------------|
| 1. Qu'est-ce que l'approche, l'innovation du Dialogue Ouvert ? | 2 |
| 2. Quels sont les sept principes du Dialogue Ouvert ? | 3 |
| 3. Y a-t-il déjà une « <i>evidence-based practice</i> » pour l'approche du Dialogue Ouvert ? | 4 |
| a) <i>Courte Introduction à l'« Evidence-Based Practice (EBP) » en Belgique.</i> | 4 |
| b) <i>Innovation, EBP et le Dialogue Ouvert</i> | 5 |
| 4. Dans quels pays l'innovation du Dialogue Ouvert est-elle en cours d'adoption ? | 7 |
| 5. Où en Belgique l'innovation « <i>Open Dialogue</i> » est-elle en cours d'adoption ? | 7 |
| a) <i>Comprendre la Diffusion et l'Adoption de l'Innovation</i> | 7 |
| b) <i>Adoption de « Open Dialogue » en Belgique néerlandophone</i> | 8 |
| c) <i>Adoption de « Open Dialogue » en Belgique francophone ?</i> | 9 |
| d) <i>Développement de la Formation de Professionnels à « Open Dialogue » en Belgique</i> | 11 |
| 6. Où en est l'adoption de « <i>Open Dialogue</i> » en pays francophones ? | 12 |
| 7. En quoi consiste une formation pour professionnels à l'approche du Dialogue Ouvert ? | 13 |
| 8. Quel personnel compose l'équipe « <i>Open Dialogue</i> » de Laponie Occidentale ? | 14 |
| 9. Qu'est-ce que le Dialogue Ouvert soutenu par les pairs ? | 14 |
| 10. Les médicaments sont-ils utilisés dans le cadre du Dialogue Ouvert ? | 15 |
| 11. Pourquoi les médicaments sont-ils utilisés de manière plus sélective dans le Dialogue Ouvert ? | 17 |
| 12. Comment la psychose est-elle comprise dans un service de Dialogue Ouvert ? | 17 |
| 13. Comment les équipes de Dialogue Ouvert travaillent-elles avec les personnes atteintes de psychose ? | 18 |
| 14. En quoi consiste le processus des réunions de Réseau ? | 18 |
| 15. Quels sont les 12 éléments de la pratique dialogique ? | 19 |
| 16. Pourquoi les praticiens du Dialogue Ouvert travaillent-ils en équipe ? | 19 |
| 17. Un service de Dialogue Ouvert est-il moins cher à gérer que les services conventionnels ? | 19 |
| 18. Les Arts s'intéressent-ils aux perspectives de « <i>Open Dialogue</i> » ? | 21 |
| 19. Quels sont les obstacles à surmonter pour optimiser la diffusion de « <i>Open Dialogue</i> » ? | 22 |
| 20. Quelles sont vos principales Références sur le Dialogue Ouvert ? | 24 |

1. Qu'est-ce que l'approche, l'innovation du Dialogue Ouvert ?

Parmi les Thérapies de Guérison des dites maladies mentales en développement, anorexie, boulimie, psychose, schizophrénie, bipolarité, autisme, TDAH, etc., la « *Open Dialogue Therapy* », ou Thérapie du Dialogue Ouvert, véritable saut de paradigme, est, en ce moment, automne 2021, la mieux rapportée académiquement parlant, en journaux académiques revus par les pairs.

Comme le reconnaît le Prof. Dr. Jaakko Seikkula lui-même, project-leader du développement « *Open Dialogue* », « *cette thérapie n'est pas parfaite et ne convient pas à tout le monde* ». Cependant, comme elle guérit 80 à 85% des cas de psychoses en premier épisode endéans les 2 à 5 ans, nous pouvons dire qu'elle est donc presque parfaite.

L'approche du Dialogue Ouvert est à la fois une approche philosophique/théorique des personnes en crise de santé mentale et de leurs familles/réseaux, et un système de soins. Au cours des 40 dernières années, ce système de soins, a été développé au District de Laponie Occidentale, une région pas riche d'Europe, au nord de la Finlande, à ± 100 km du Cercle Polaire.

Au début des années 1980, les résultats des services psychiatriques de cette région étaient particulièrement médiocres. Voyant que les coûts de psychiatrie augmentaient plus vite que le revenu des impôts, les Autorités ont convoqué les directions de psychiatrie, psychologie, infirmerie et sociologie et leur ont assigné le défi de trouver comment faire mieux et pour moins cher.

Un groupe de professionnels de la santé mentale, désireux d'inclure davantage les familles et les réseaux sociaux dans leur travail de crise, a eu l'occasion de commencer à repenser les fondements de leur service. Le résultat a été l'approche du Dialogue Ouvert.

Le Dialogue Ouvert n'est pas une alternative aux services psychiatriques standard, c'est devenu, par évolution depuis l'intérieur, le service psychiatrique de la Laponie Occidentale. Cela a donné une occasion unique de développer une approche globale avec des services hospitaliers et ambulatoires bien intégrés. Travaillant avec les familles et les réseaux sociaux, autant que possible à domicile, les équipes de Dialogue Ouvert s'efforcent d'aider les personnes impliquées dans une situation de crise à se retrouver et à engager le dialogue.

D'après leur expérience, si la famille et l'équipe peuvent supporter l'émotion extrême qui caractérise souvent les situations de crise, et tolérer l'incertitude, avec le temps, grâce à une facilitation compétente, une signification/compréhension partagée émerge généralement et la guérison est possible (ne pas confondre guérison avec rémission et rétablissement), de retour à une vie libre de drogues psychiatriques et naturelle.

Le Dialogue Ouvert se passe donc essentiellement aux domiciles des familles concernées par la psychose, c'est-à-dire dans un environnement naturel, dans le contexte, là où ça se passe réellement, plutôt dans un environnement artificiel, hors contexte et clinique.

Cela est souvent critiqué par les chercheurs cliniciens. Leur critique est mal fondée. Rappelons que ce sont leurs résultats obtenus en environnements naturels qui ont valu à Karl von Frisch, Konrad Lorenz et Nikolaas Tinbergen leur Prix Nobel de Physiologie et Médecine en 1973. Les chercheurs cliniciens ont besoin d'apprendre comment conduire un projet de recherche en environnement naturel. Les méthodes de ces nobélites peuvent servir à optimiser les Thérapies Guérison des dites maladies mentales.

Quelques familles n'aiment pas la perspective de recevoir des étrangers chez eux. Ces familles-là sont invitées à se rendre non pas à l'hôpital, mais à une maison médicale où a alors lieu la « *Open Dialogue Therapy* ».

Des 170 lits de l'hôpital psychiatrique, une vingtaine ont été gardés. Ils servent d'environnement protégé pour accueillir des victimes de violences et/ou abus sexuels, et pour le temps nécessaire à leur trouver une famille d'accueil où ils/elles seront en sécurité.

De même, une chambre de contention a aussi été gardée. Parmi les 15-20% pour qui la « *Open Dialogue Therapy* » n'a que peu ou pas d'effet, il arrive qu'une personne passe par des crises de colères escaladant en violences. Pour ces 15-20% là, il faut alors chercher quelles autres Thérapies de Guérison conviennent. Sur notre site web EspéranceS, www.esperances.org, voir l'onglet « Thérapies de Guérison ». Il faut aussi voir si la cause des violences n'est pas provoquée par des drogues psychiatriques comme c'est trop souvent le cas.

Pour en apprendre plus sur « *Open Dialogue (OD)* », le Dialogue Ouvert, venez participer à une de nos prochaines Formations d'Introduction de deux jours, co-organisées avec nos amis OD de France. Pour plus de détails, consulter la rubrique « Formation » de notre site web EspéranceS : www.esperances.org.

Retour au Sommaire



2. Quels sont les sept principes du Dialogue Ouvert ?

1. **La fourniture d'une aide immédiate** : Dans une situation de crise, la première réunion sera organisée dans les 24 heures (pas de liste d'attente), et les références pour cette réunion peuvent provenir de n'importe quelle source. En règle générale, plus une équipe peut réagir rapidement à une situation de crise, mieux c'est. Plus spécifiquement, l'un des objectifs de la rencontre la plus précoce possible, le plus souvent au domicile du client, là où la crise se passe, c'est-à-dire en environnement naturel, est d'éviter l'hospitalisation.

2. **Une perspective de réseau social** : La famille/le réseau social sont invités à participer aux réunions du réseau dès le début du processus. La personne qui contacte les services décide, conjointement avec d'autres, qui doit être invité. Cette approche repose sur une compréhension moins individualiste des problèmes de santé mentale, et il s'est avéré important d'obtenir le point de vue des personnes proches de la ou des personnes au centre des préoccupations, et de travailler ensemble sur le processus de rétablissement.

Travailler en écartant la famille et le réseau social du souffrant est cause de grands problèmes en effet, et augmente même les souffrances de psychose.

3. **Flexibilité et mobilité** : La réponse thérapeutique est adaptée aux besoins spécifiques et changeants de chaque client/réseau, en utilisant les méthodes thérapeutiques qui conviennent le mieux. Les réunions du réseau sont donc le plus souvent organisées au domicile du client, en environnement naturel plutôt que clinique, et avec l'accord de la famille.

4. **Responsabilité** : Le membre du personnel qui est contacté en premier lieu devient responsable de l'organisation d'une équipe pour faciliter la première réunion du réseau, au cours de laquelle les décisions sur la manière de procéder sont prises.

5. **Continuité psychologique** : L'équipe (qui peut être composée d'un mélange de personnel hospitalier et ambulatoire) est responsable du processus thérapeutique aussi longtemps qu'il dure, que ce soit en milieu naturel, ambulatoire ou hospitalier. Les membres du réseau social du client sont invités à participer aux réunions du réseau tout au long du processus thérapeutique.

6. Tolérance à l'incertitude : La tolérance à l'incertitude est nécessaire afin de laisser suffisamment de temps pour que chacun puisse être entendu, et pour qu'un dialogue puisse émerger dans lequel les questions/expériences les plus importantes pour le client/réseau puissent être abordées, sans tirer de conclusions prématurées.

La tolérance à l'incertitude est renforcée par la création d'un espace dans lequel toutes les personnes impliquées peuvent se sentir suffisamment en sécurité dans un processus commun. Le travail en équipe augmente la possibilité pour chacun de se sentir entendu, ce qui est une condition préalable dans une crise à forte charge émotionnelle.

7. Dialogisme : Dans le Dialogue Ouvert, l'accent est mis en premier lieu sur la promotion du dialogue et en second lieu sur la promotion du changement chez le client/réseau. De nouvelles compréhensions sont construites dans l'espace entre les participants au dialogue.

L'équipe s'efforce de suivre les thèmes et les façons de parler auxquels les membres de la famille sont habitués. Dans le cas de la psychose, l'objectif thérapeutique est de développer un langage verbal commun pour des expériences qui, autrement, restent incarnées dans les expériences psychotiques.

Retour au Sommaire 

3. Y a-t-il déjà une « *evidence-based practice* » pour l'approche du Dialogue Ouvert ?

3a) Courte Introduction à l'« *Evidence-Based Practice (EBP)* » en Belgique.

L'expression « *evidence-based practice* » a été introduite en Belgique en 2016, par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales dirigé alors par Madame Maggie De Block. En français, cela signifie « la pratique basée sur l'épreuve des faits ».

Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a alors été chargé de la conception et de l'opérationnalisation du Réseau Belge, Fédéral donc, d'*Evidence-Based Practice (EBP)* qui a eu lieu en 2019.

« Pour un soignant, quel qu'il soit, pratiquer l'EBP c'est combiner, au quotidien, trois éléments :

1. sa propre expertise clinique,
2. les « preuves » (= *evidence en anglais*), généralement fournies sous forme de recommandations ou guidelines, et
3. les préférences et valeurs de chaque patient individuel.

C'est donc l'exercice de ce subtil équilibre qui est dorénavant enseigné à tous les futurs professionnels de la santé. »

Et les procédures de remboursement des soins de santé par l'INAMI sont aujourd'hui basées sur l'EBP.

Référence : <https://kce.fgov.be/fr/le-réseau-belge-devidence-based-practice>.

Depuis, les journalistes de nos quotidiens, hebdomadaires, mensuels, trimestriels, radios et TVs, utilisent l'expression en anglais et ses variations, « *evidence-based practice* », « *evidence-based medicine* » et « *evidence-based* » pour les applications médicales, gardant la traduction en français pour des faits de justice et autres.

De toutes les disciplines de médecine, comme chacun sait, la psychiatrie est celle où les voix des patients et de leurs familles sont les plus ignorées. Y introduire la Thérapie du Dialogue Ouvert est donc un formidable défi, exigeant énormément de travail et d'énergie.

3b) Innovation, EBP et le Dialogue Ouvert

En recherche scientifique, l'innovation est l'étape incontournable qui précède « *l'evidence-based* », et on commence toujours petit, par des tests de faisabilité avec 10 à 20 personnes. Si les tests sont positifs, alors on investit plus pour passer à des échelles de plus en plus grandes, jusqu'à atteindre des méta-analyses avec plusieurs milliers de personnes. Si en recherche médicale, passer de l'innovation à « *evidence-based* » prend en moyenne 17 ans, par contre, en psychiatrie, cela prend plus longtemps.

En Laponie Occidentale, à l'origine, dans les années 1980s et 1990s, l'approche du Dialogue ouvert a été utilisée quel que soit le diagnostic, l'âge et le nombre d'épisodes de psychose. Cela a permis de guérir la plupart des patients et de vider Kéropudas, l'hôpital psychiatrique de Tornio.

Ainsi, depuis la fin des années 1990s, n'ayant plus de souffrants âgés à guérir, la recherche s'est concentrée sur les personnes connaissant un premier épisode de psychose et a montré de manière constante des résultats très positifs. D'une part, avec leur réponse endéans les 24 heures, les soins n'étant plus délayés de plusieurs mois, il n'y a plus de diagnostic de schizophrénie. Et d'autre part, 80 à 85% des souffrants répondent bien à la Thérapie du Dialogue Ouvert et guérissent. Ainsi, le nombre total de psychotiques du District de Laponie Occidentale a été réduit de plus de 2.250 personnes à moins de 350.

Imaginez la perspective de ce remarquable résultat pour la Belgique. Les 2,1% de bipolaires et le 0,9% de schizophrènes, cela fait un total de 345.000 personnes souffrant de psychose. Introduire la « *Open Dialogue Therapy* » qui guérit 80 à 85% des psychoses, dans toute la Belgique, permettra de guérir 290.000 souffrants et donc de réduire le nombre de souffrants de psychose à moins de 55.000.

Dans le District de Laponie Occidentale, la « *Open Dialogue Therapy* » repose sur de solides publications académiques étalées sur les 25 dernières années. De plus, vu sa qualité et son prix plus qu'avantageux, ayant remplacé la psychiatrie que nous connaissons encore en Belgique, elle y est devenue « *l'Evidence-Based Practice* ». Et elle est remboursée à 100%.

L'innovation « *Open Dialogue* » est cours d'adoption et diffusion dans plus de 20 pays différents et sur 4 continents, ce qui à terme permettra le développement de méta-analyses et de « *l'evidence-based* ».

En attendant, celles et ceux qui souffrent de psychose et qui bénéficient déjà de l'innovation « *Open Dialogue* » en sont contents et ne veulent pas retourner en arrière vers la psychiatrie traditionnelle.

Il existe quatre articles de recherche importants sur l'approche du Dialogue Ouvert dans la région de la Laponie Occidentale :

1. Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V., & Syvälahti, E. (2000). *Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed?* *European Psychiatry*, 15(5), 312-320

Un suivi de 2 ans de l'étude finlandaise API (*Acute Psychosis Integrated Treatment*) qui a démontré la valeur d'une approche psychosociale/familiale du premier épisode de psychose, soulignant que les neuroleptiques n'ont pas besoin d'être utilisés systématiquement - ils étaient inutiles pour 40% des patients de cette étude API.

2. Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). *Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia.* *Ethical Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.

C'est la première recherche qui a examiné scientifiquement l'approche du Dialogue Ouvert. Le groupe Dialogue Ouvert de l'étude API ci-dessus est comparé à un nouvel échantillon de Dialogue Ouvert (ODAP) et à un traitement conventionnel après 2 ans de suivi. Le groupe ODAP a eu une période d'hospitalisation plus courte et a utilisé moins de neuroleptiques que le groupe de comparaison. Ils ont également eu moins de rechutes, moins de symptômes psychotiques résiduels et des niveaux d'emploi plus élevés. Il est conclu que le Dialogue Ouvert semble produire de meilleurs résultats que le traitement conventionnel.

3. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, 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(2), 214-228.

Résultats à cinq ans des échantillons API et ODAP de l'étude ci-dessus. 82% du groupe ODAP ne présentaient pas de symptômes psychotiques résiduels lors du suivi à cinq ans, 76% étudiaient ou travaillaient à temps plein et seulement 14% bénéficiaient d'une allocation d'invalidité. Seuls 19% des membres du groupe ODAP ont rechuté au cours de la période de 5 ans.

4. Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). *The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care*. *Psychosis*, 3(3), 192-204.

Une enquête sur la stabilité des résultats en Laponie occidentale avec un nouvel échantillon, quelque 8-9 ans plus tard, qui a généré des résultats largement similaires aux deux échantillons précédents. La durée de la psychose non traitée avait été réduite à trois semaines et les résultats étaient aussi bons que ceux des deux premiers échantillons.

Si la 1^e est cataloguée dans la database PubMed, curieusement, les 3 autres qui sont plus importantes encore ne le sont pas. Fort heureusement, elles sont cataloguées par Google-Scholar.

Deux autres publications académiques sont importantes également, et elles sont cataloguées dans PubMed :

5. Seikkula J, Alakare B. [*Open dialog: alternative point of view in psychiatric patient care.*] *Duodecim*. 2004;120(3): 289-96. (En Finnois).

C'est une première revue de résultats encourageants obtenus par l'équipe du tandem Jaakko Seikkula psychologue et project-leader du développement "Open Dialogue", et Birgitta Alakare, psychiatre, et directrice de Keropudas, l'hôpital psychiatrique de Tornio en Laponie Occidentale, pendant ce développement.

6. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ, Tolvanen A, Aaltonen. *The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes*. *J.Psychiatry Res*. 2018, Dec; 270:168-175.

Un excellent exemple de la continuité en recherche et de la constance et reproductibilité des résultats obtenus de 1998 à 2017. De l'innovation à « l'evidence-based », il faut du temps en effet. Sans devoir attendre tant d'années, la Laponie Occidentale reconnaissant l'innovation « Open Dialogue », et ses avantages autant humains qu'économiques, ses souffrants pouvaient déjà en bénéficier début des années 2000s, et le remboursement de la Thérapie « Open Dialogue » a toujours été fait à 100%.

[Retour au Sommaire](#)



4. Dans quels pays l'innovation du Dialogue Ouvert est-elle en cours d'adoption ?

En plus de la région de Laponie Occidentale en Finlande, l'approche du Dialogue Ouvert est actuellement développée dans plusieurs pays. En Scandinavie, il y a un intérêt de longue date pour le travail dialogique, notamment en Norvège du nord avec l'équipe de Tromsø, à travers le travail de Tom Andersen et d'autres, et dans divers endroits en Suède et au Danemark.

Au cours des 20 dernières années, de nouvelles initiatives ont vu le jour en Estonie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Allemagne, aux Etats-Unis (MA, GA, AZ, CA, WA, VT), au Royaume-Uni, en Irlande, Autriche, Suisse, Italie, Tchéquie, Pays-Bas, Belgique, Portugal, France, Japon, Brésil, Argentine, Australie, principalement dans les services publics de santé mentale.

Aux USA, le cas de l'Etat du Vermont est intéressant. En 2011, l'ouragan Irène y a détruit les vieux hôpitaux psychiatriques de l'Etat. Les autorités ont alors décidé de les reconstruire, mais en mieux, en y introduisant les thérapies de guérison comme « *Open Dialogue* ». La Dr. psychiatre Sandra Steingard, directeur au Howard Center de Burlington, VT, a joué un rôle déterminant dans cette introduction, depuis 2012 jusqu'à sa pension en 2021. Etant devenue grande amie de Birgitta Alakare, la Dr psychiatre de Laponie Occidentale, elle est l'auteur de l'hommage à Birgitta Alakare publié sur « *Mad In America* », et traduit en français sur notre site web.

Dans son rapport (en anglais) téléchargeable de juin 2021, l'Organisation Mondiale pour la Santé a cité 30 fois « *Open Dialogue* », et 14 fois la Belgique :

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Début août 2021, un excellent livre, en anglais, a été publié au sujet de la diffusion et adoption de « *Open Dialogue* » autour du monde, édité par Nick Putman, psychologue, et Brian Martindale, psychiatre. Il est achetable *online*, soit directement chez le éditeur, soit via les moteurs d'achats.

PUTMAN Nick & MARTINDALE Brian (Eds.) (2021). *Open Dialogue for Psychosis: Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. Routledge Taylor & Francis Group, London, New York (Publ.); pp. 291.

www.routledge.com/mentalhealth

Fin août 2021, l'Association Psychiatrique de Lituanie a organisé la 25th *International Conference for « Early Intervention into Acute Psychosis »*, basée sur « *Open Dialogue* ».

Retour au Sommaire



5. Où en Belgique l'innovation « *Open Dialogue* » est-elle en cours d'adoption ?

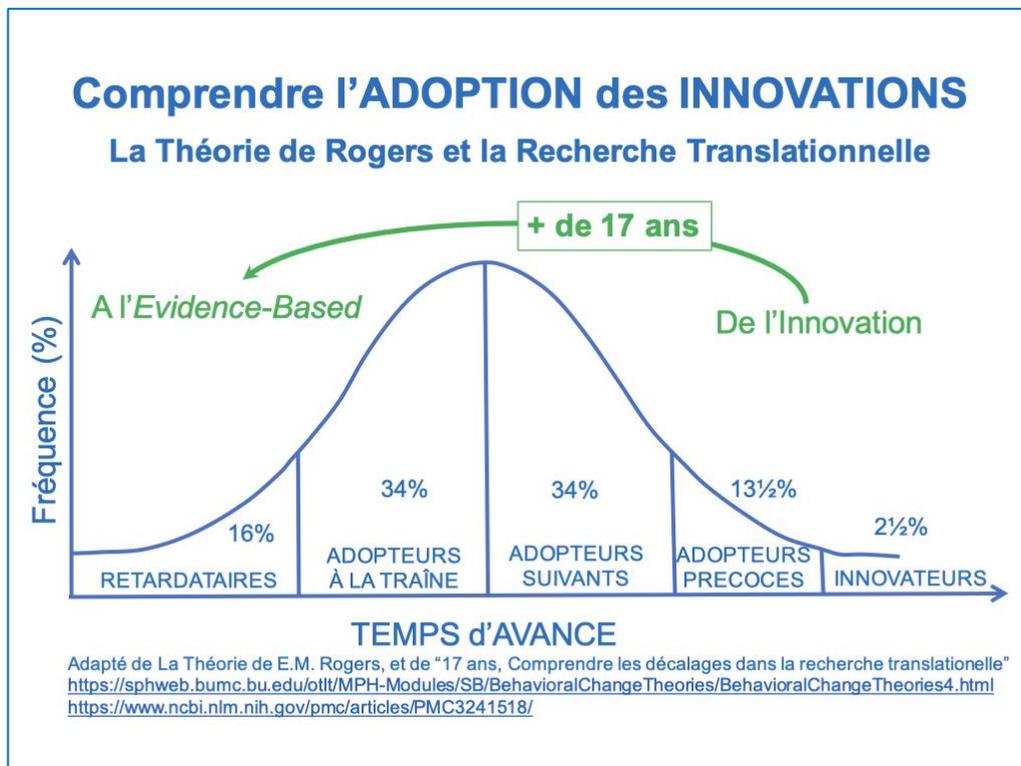
- a) Comprendre la Diffusion et l'Adoption de l'Innovation
- b) Adoption de « *Open Dialogue* » en Belgique néerlandophone
- c) Adoption de « *Open Dialogue* » en Belgique francophone
- d) Développement de la Formation de Professionnels à « *Open Dialogue* » en Belgique

5a) COMPRENDRE la DIFFUSION et ADOPTION de l'INNOVATION

Selon la courbe de diffusion ci-dessus, adaptée de E.M. Rogers [1962], chaque innovation commence avec un groupe d'innovateurs qui veut le changement afin d'obtenir plus de Qualité de produits ou services, et ce pour un Prix moins cher.

Dans le cas du développement du Dialogue Ouvert, les pionniers de Laponie Occidentale, le Prof. Dr. Jaakko Seikkula et son équipe, avec leurs 40 ans d'avance sur les innovateurs, sont loin sur la droite de la courbe, et donc hors de la figure.

En Belgique, du côté nord, les innovateurs sont deux professeurs d'université à Leuven et Gent, et l'équipe de professionnels de Brugge-Beernem. Du côté sud, les innovateurs sont l'équipe de 10 parents et une guérisseuse de psychose, membres fondateurs de l'ASBL EspéranceS. Au nord comme au sud, en cet automne 2021, surmontant l'inévitable résistance au changement, la recherche d'Adopteurs Précoces du Dialogue Ouvert est en cours.



La diffusion d'une innovation jusqu'à l'EBP prend en moyenne 17 ans en médecine, et plus en psychiatrie [Morris Z.S. et al, 2011]. C'est pourquoi, afin d'acquérir et installer les Thérapies de Guérison des dites maladies mentales en Belgique, il est sage de penser à préparer un Master-Plan sur 20 ans.

Références :

- * <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories4.html>
- * <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241518/>

5b) ADOPTION de « OPEN DIALOGUE » en BELGIQUE NEERLANDOPHONE

En Flandre, le support et le sérieux académique initial de deux professeurs de psychologie, Peter Rober de la KUL et Stijn Vanheule de la RUG ont été déterminants pour catalyser l'adoption de l'innovation « Open Dialogue ».

Peter Rober était déjà un ami personnel de Jaakko Seikkula, et Stijn Vanheule a été informé de l'existence de « Open Dialogue » pendant le débat qui a suivi la présentation du livre de Brenda Froyen (octobre 2014), et dont il était un modérateur, par le tandem père et fils qui étaient allés jusqu'en Laponie Occidentale une année auparavant (juin 2013). (Le même tandem père et fils contribue à introduire « Open Dialogue » en Belgique francophone.)

« Open Dialogue » en Belgique néerlandophone



En cette année 2021, une trentaine de professionnels de l'équipe « *Verbindend Spreken met Psychose* » de Noord-West Vlaanderen sont en train de suivre la formation de 20 jours, « *Open Dialogue Foundation Training* », organisée par Nick Putman.

Ayant grandi de 2012 à 2021, le *Steunpunt Geestelijke Gezondheid, Te Gek*, étant un groupe devenu plutôt fort, ils sont en train de chercher à convaincre la Région Flamande et son Ministre de la Santé, Wouter Beke, de financer la diffusion de « *Open Dialogue* » en Flandre, et la fondation de six Maisons Soteria, une par province plus une à Bruxelles.

Références (automne 2021):

Zorgcircuit Psychose Noord-West-Vlaanderen :

- <http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com>
- <http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com/verder-met-open-dialogue.html>
- <http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com/open-dialogue-foundation-training.html>

Steunpunt Geestelijke Gezondheid, TE GEK :

- Open Dialogue : <https://www.tegek.be/herstel/herstelplatform/open-dialogue>
- Soteria : <https://www.tegek.be/soteria/algemene-info>
- Wouter Beke : <https://www.tegek.be/gezichten-en-ambassadeurs/wouter-beke-1499>

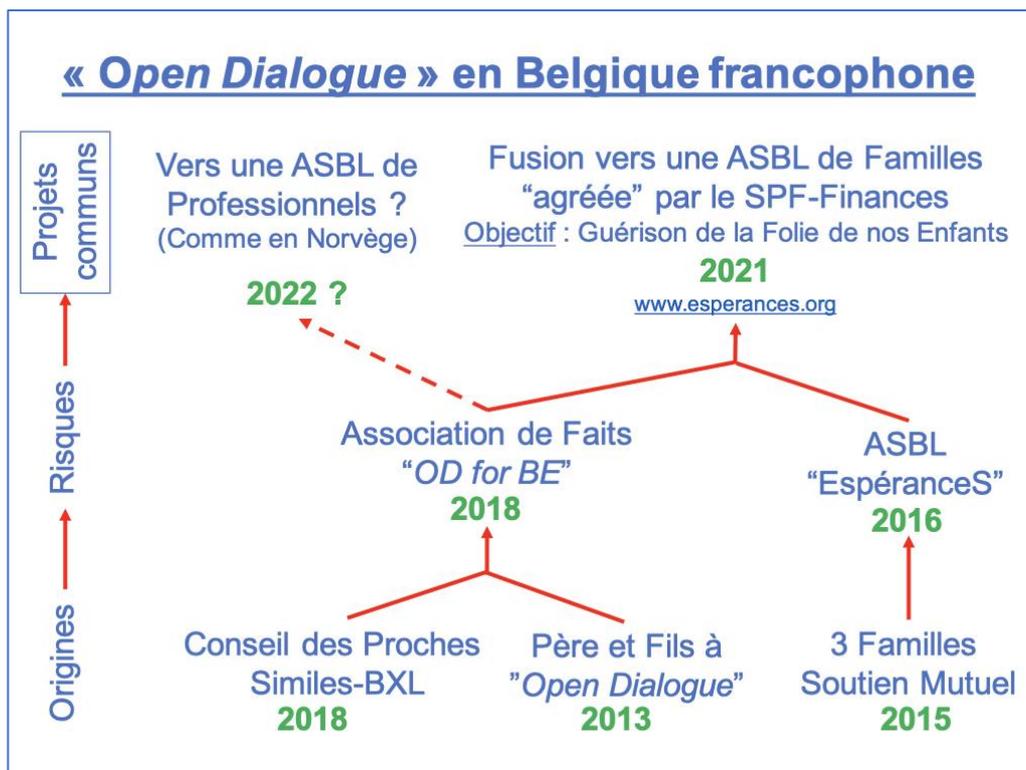
5c) ADOPTION de « OPEN DIALOGUE » en BELGIQUE FRANCOPHONE

A l'origine, en Wallonie-Bruxelles, l'information au sujet de l'existence de la « *Open Dialogue Therapy* » a été diffusée par le tandem père et fils qui avait été jusqu'en Laponie Occidentale en 2013. Un peu plus tard, en 2015, trois familles de Wallonie ont commencé à chercher comment faire mieux que la psychiatrie existante avec le soutien mutuel. De là, ils ont pris le risque de fonder l'ASBL EspéranceS en 2016.

Les professionnels et l'organisations de familles concernées ne bougeant pas, l'initiative de faire venir « *Open Dialogue* » sur le pas de nos portes est venue, à l'automne 2018, de 5 personnes : 4 parents et une guérisseuse de psychose faisant partie du Conseil des Proches de Similes-Bruxelles.

Ils ont pris le risque de commencer petit par une Association de fait, « *OD for BE* », et ils ont co-organisé les quatre premières éditions de la Formation d'Introduction à la « *Open Dialogue Therapy* », auxquelles ont participé une centaine de parents et souffrants ainsi qu'une cinquantaine de professionnels de Belgique.

De plus, la porte étant ouverte à l'international, il y a eu, à ces formations, une septantaine de participants de 5 origines différentes : France (métropolitaine), Maroc, Canada, Australie et Martinique.



Mi-2020, deux des fondateurs initiaux de l'ASBL EspéranceS ayant participé à la 2^e édition de notre formation d'introduction à la « *Open Dialogue Therapy* » en mars 2019 et voyant l'Association de Fait « OD_for_BE » grandir tout en assurant l'équilibre comptable nécessaire à cette croissance, ont proposé de fusionner les deux organisations, ce qui fût accepté et confirmé lors de 3 Assemblées Générales successives rassemblant de plus en plus de membres. De-là leurs Projets Communs.

Une action de sensibilisation à « *Open Dialogue* », avec projection de film et conférence, entre autres par le Docteur psychiatre Hugo Ruymbeke (voir onglet), a également eu lieu pendant la Semaine de la Santé Mentale du CRéSaM en octobre 2020.

La prochaine étape est d'intéresser d'autres familles aux avantages de la « *Open Dialogue Therapy* » et autres Thérapies de Guérison des dites maladies mentales. Comme en Flandre, plus notre ASBL EspéranceS comptera de membres, plus nous serons forts pour faire pression sur l'Etat et la Fédération Wallonie-Bruxelles afin de les faire investir l'argent de nos impôts dans l'acquisition et l'installation des Thérapies de Guérison des dites maladies mentales, dans l'enseignement et dans la pratique quotidienne, y compris leur remboursement par l'assurance santé nationale.

Selon leurs disponibilités et calendriers, une dizaine de proches-professionnels sont en train de suivre la formation de 20 jours, « *Open Dialogue Foundation Training* », en allemand, en français, ou en anglais.

5d) DEVELOPPEMENT de la FORMATION de PROFESSIONNELS

à « *OPEN DIALOGUE* » en Belgique

A la recherche d'aide et de support, une des questions les plus fréquentes que posent des parents de souffrants de psychose, schizophrénie, bipolarité est de savoir où et comment contacter un thérapeute pratiquant la « *Open Dialogue Therapy* » ?

Pour que les choses soient claires, une telle thérapie, en 1^{er} épisode, dure de 2 à 5 ans, parfois plus. Il ne suffit donc pas d'aller en Laponie Occidentale, et de dire à l'équipe, « voici mon enfant diagnostiqué psychotique, SVP débrouillez-vous pour le guérir... »

Ça ne fonctionne pas comme ça. Pour bénéficier de la « *Open Dialogue Therapy* » en Laponie Occidentale, il faut y être domicilié, y travailler, et y payer ses impôts et sa sécurité sociale et médicale.

L'alternative, sur laquelle nous travaillons, est de contribuer à faire venir la « *Open Dialogue Therapy* » sur le pas de nos portes, en Belgique. En termes de marketing, il faut donc développer la « demande » des parents-payeurs d'impôts, et « l'offre » des professionnels payés par nos impôts. Et ensuite, il faut faire rencontrer l'offre et la demande, et les faire converger.

Comme dit l'adage, « tout vient à point à qui sait attendre ! »

En ce moment, automne 2021, ...

Au nord du pays, après les deux « *Open Dialogue Summer Workshops* » de 2012 et 2013 organisé par le Prof. Peter Rober de la KUL, suivis des deux « *Open Dialogue Congresses* » de 2016 et 2017, organisés par le Prof. Stijn Vanheule de la RUG et l'équipe de « *Zorgcircuit Psychose Noord-West Vlaanderen* », une trentaine de professionnels ont obtenu le budget nécessaire, quelques 3.500 Euros/personne, de la Région flamande, pour pouvoir suivre le « *Open Dialogue Foundation Training* » organisé par Nick Putman de Londres, qui dure 20 jours, espacés sur une année.

Au sud du pays, en attendant le développement d'un support politique, après nos quatre premières éditions de la Formations d'Introduction à la « *Open Dialogue Therapy* », et la participation de quelques-uns de nos membres à des congrès « *Open Dialogue* » internationaux, montrant l'exemple, huit parents-professionnels et deux pairs par expérience libres de psychodrogues, tous hyper-motivés, sont en train de suivre la « *Open Dialogue Foundation Training* » de 3 900 Euros par personne, sur leurs fonds-propres. Suivant leur disponibilité et calendrier, ces parents et souffrants-pairs par expérience suivent la formation présentée par Volkmar Aderhold en Allemagne, Carlos Léon en Suisse, ou Nick Putman en Angleterre.

Donc, d'ici fin 2021, en Belgique, nous aurons les 40 premières personnes à être déjà semi-formées à la « *Open Dialogue Therapy* ». Pour en avoir plus, pas de secret : il faut développer une Association et des Alliances, avec beaucoup, beaucoup de membres, au moins plus d'un millier, pour faire pression sur l'Etat afin de le faire financer et organiser ces formations pour plus de gens concernés.

Ceci est un des grands buts de notre ASBL EspéranceS.

Si la perspective de pouvoir un jour contribuer à guérir votre enfant, votre parent, de psychose, schizophrénie, bipolarité, ou autre dite maladie mentale, vous intéresse, que penseriez-vous de nous

rejoindre comme membre de notre Association, et ainsi faire partie du millier à venir voulant faire changer les choses ?

Notre Association EspéranceS : www.esperances.org

Simplement, envoyez-nous un email avec votre demande d'adhésion à info@esperances.org

Retour au Sommaire



6. Où en est l'adoption de « *Open Dialogue* » en pays francophones ?

En ce moment, été 2021... :

Tout a commencé vers 2015, avec le Groupe FaceBook « « *Open Dialogue* » francophone, Guérison, Psychose, Schizophrénie, Bipolarité », initié par un souffrant, puis, lors d'une crise en 2018, transmis à un parent. Depuis, ce Groupe est en train d'évoluer en Groupe Fédérateur des Groupes francophones du monde, et des Administrateurs nouveaux sont appelés.

En France, nous avons des amis qui sont venus participer aux 3 premières éditions de nos Formations d'Introduction à la « *Open Dialogue Therapy* », et depuis, quelques-uns suivent aussi une formation plus longue avec Carlos Léon, Prof. de Psychologie et Thérapeute « *Open Dialogue* » certifié, à l'Université de Genève. De plus, ils ont fondé les Associations et Groupes FaceBook suivants :

- Du côté de Nantes :
 - Association Ressources et Nous
 - Groupe FB : Open Dialogue Océan

- Du côté de Toulouse :
 - Association Guérison PSY
 - Groupe FB : Open Dialogue Occitanie

Reprenant notre flambeau, ils ont co-organisé avec nous la 4^e édition de la Formation d'Introduction à « *Open Dialogue* » et sont en train de préparer la 5^e édition pour la mi-décembre 2021.

Du côté des professionnels, à Dijon, un infirmier et une psychologue qui ont participé à la 2^e édition de notre Formation d'Introduction à la « *Open Dialogue Therapy* » ont pu convaincre la hiérarchie de leur institution psychiatrique d'organiser que le personnel puisse suivre une formation plus longue, 20 jours, avec Carlos Léon, Professeur de Psychologie à l'Université de Genève.

Et à Marseille, après une Formation d'Introduction en 2016, en 2018, l'équipe du Lieu de Répit a participé au 23^e *International Meeting for the Treatment of Psychosis*, organisé à Tornio, Laponie Occidentale, Nord-Finlande.

De plus, à Marseille encore, guidée par Vincent Gérard, une équipe de 30 professionnels est en train de suivre le « *Open Dialogue Formation Training* » de 20 jours avec Nick Putman de Londres et son équipe de Scandinavie. Nick est aussi le formateur à qui nous avons fait appel pour chacune de nos 5 éditions de la Formation d'Introduction.

Lors des 4 premières éditions de la Formation d'Introduction, il y a aussi eu des participants du Québec, de Martinique, de Suisse et du Maroc, et même une sœur revenue d'Australie où elle habite depuis 11 ans, afin d'exprimer son support à son frère souffrant et à sa famille.

En Île-de-France, une équipe de 30 professionnels se prépare à suivre la même Formation d'Introduction à la « *Open Dialogue Therapy* » que la nôtre en Belgique, avec Nick Putman. Et si ces deux jours leur conviennent, alors ils continueront à se former.

Outre-mer, au Canada, au Maroc en Martinique, quelques parents, souffrants et professionnels ont suivi une de nos éditions de la Formation d'Introduction à la « *Open Dialogue Therapy* » et font donc partie de notre Réseau international.

Et enfin, en 2022, une formation de 14 jours, en 5 modules, est en cours d'organisation par U_P Paris et en collaboration avec « Open Dialogue Formation (venant de Genève, Suisse), Western Lapland de Finlande et la Société Suisse de Psychiatrie Sociale, SO-PSY.

Pour plus d'info : <http://www.odformation.org/formation-2022.html>

Une anecdote : Cet été 2021, une des mamans d'outre-mer, accompagnée de son fils psychotique ne prenant pas de psychodrogues, s'est rendue au Moyen-Orient pour participer au mariage de sa fille (sœur de son fils). Pendant le voyage, son fils a fait une grosse crise de psychose. Elle a donc naturellement fait appel à notre Réseau « *Open Dialogue* francophone ». Cinq membres de notre Réseau étant disponibles se sont relayés, via WhatsApp et Zoom, pendant leur voyage pour soutenir thérapeutiquement son fils et elle. Cela leur a permis d'une part d'éviter l'admission de son fils en psychiatrie dans un pays étranger, et d'autre part de poursuivre leur voyage comme prévu.

Retour au Sommaire 

7. En quoi consiste une formation pour professionnels à l'approche du Dialogue Ouvert ?

Comme nous l'avons appris ci-dessus, toutes les recherches sur l'approche du Dialogue Ouvert sont basées sur le service de Laponie Occidentale. Lorsque les membres de l'équipe de Laponie Occidentale parlent du succès de leur service, ils font invariablement référence à leur programme de formation complet, qui est au cœur du service qu'ils offrent. Il s'agit d'une formation organisée à une semaine par trimestre pendant trois ans, et destinée aux professionnels de la santé mentale (en plus de leur formation initiale d'infirmier, de travailleur social, de psychologue, de psychiatre, etc.). Au cours d'une telle formation, les équipes bénéficient d'une supervision approfondie, étudient une variété de documents théoriques et explorent leur propre famille d'origine, parmi une variété d'exercices et de processus expérimentiels. Ce programme de formation étalé sur 3 ans est offert en Finlande, en Angleterre, et au Massachussets (USA).

La formation complète de Laponie Occidentale est précédée d'un programme de formation de base, qui aide les nouveaux membres du personnel à travailler en équipe dans le service avant de s'inscrire au programme de formation complet. Les programmes de formation de base dans d'autres contextes ont tendance à être plus longs que la formation de base en Laponie Occidentale, environ 20 jours au total, car du temps supplémentaire est nécessaire pour aider les personnes à commencer à travailler de manière dialogique alors que le service dans son ensemble n'est pas conçu pour soutenir un tel travail. C'est ce programme que des néerlandophones et francophones de Belgique sont en train de suivre.

Les deux programmes de formation se déroulent dans des groupes d'environ 20 à 35 personnes, les participants étant assis en cercle, en grands groupes et en petits groupes de discussion, afin de faciliter le processus dialogique tout au long de la formation.

Retour au Sommaire 

8. Quel personnel compose l'équipe « *Open Dialogue* » de Laponie Occidentale ?

De 1980 à 2020, la population du District de Laponie Occidentale a diminué, passant de 79.000 à 65.000 habitants.

Pendant le développement de la « *Open Dialogue Therapy* » dans les années 1980s, 1990s et début 2000s, l'équipe ne comptait que 3 psychiatres, soit un pour 25.000 habitants.

Aujourd'hui, automne 2021, pour un total de 95 personnes, l'équipe se compose de :

- Infirmières/Infirmiers : 68
- Psychologues : 12
- Sociologues : 7
- Psychiatres : 8 (soit un pour 8.125 habitants, au lieu de un pour 25.000. En Belgique, nous avons un psychiatre pour 5.750 habitants).

Tous les professionnels de l'équipe ont un même tronc commun : 900 heures de thérapie familiale plus la Formation complète de thérapeutes certifiés « *Open Dialogue* ».

De toutes les professions de la psychiatrie, les infirmiers et infirmières ont en général un niveau de compassion et d'empathie supérieur à la moyenne. Comme c'est précisément ce dont les souffrants ont le plus besoin, il n'est pas étonnant que cette profession soit nettement majoritaire, 7 professionnels sur 10, dans la psychiatrie de Laponie Occidentale. C'est cette profession-là qui fait le plus gros du travail de guérison des souffrants et qui a permis d'obtenir l'éradication de la schizophrénie de Laponie Occidentale (voir question # 18).

Réflexion : Vu la hiérarchie aplatie et la majorité qui produit les résultats positifs, ne serait-il pas naturel que le prochain directeur, en Laponie Occidentale comme ailleurs, soit un infirmier ou une infirmière ?

Comme l'a clairement énoncé la Dr. psychiatre Birgitta Alakare (qui fût directrice de Keropudas, l'hôpital psychiatrique de Laponie Occidentale) lors de sa dernière conférence publique, à la minute 18:05, les psychologues ont remarqué que plus il y a de psychiatres, et plus il y a de prescriptions... Donc, trop de psychiatres, ce n'est clairement pas bon pour les souffrants et l'usage sélectif de médicaments (voir plus loin, questions # 10 et 11).

Conférence du Dr. Birgitta Alakare : <https://www.youtube.com/watch?v=7MtFeXZHfA>

Retour au Sommaire



9. Qu'est-ce que le Dialogue Ouvert soutenu par les pairs ?

Quand on parle de « pairs », il y a souvent une confusion entre les pairs-ex-souffrants qui ont pu guérir de psychose, et les souffrants de psychose auxquels sont prescrites des drogues psychiatriques qui ont été appelés « pairs par expérience ». Les premiers connaissent la route de guérison et travaillent le plus souvent hors de la psychiatrie existante. Les seconds ne connaissent pas (encore) la route de guérison, et sont trop souvent recrutés, voire abusés comme « volontaires » à l'intérieur de la psychiatrie existante, afin de convaincre leurs « pairs » d'obéir aux règles, entre autres celle d'accepter de devenir (selon l'expression du Dr. Raoult de Marseille), toxicomanes aux drogues psychiatriques à vie.

En Belgique francophone, une formation de pair-aidance est organisée par la Faculté de Psychologie de l'Université de Mons. Mais « *Open Dialogue* » n'y est pas encore enseigné.

Le Dialogue Ouvert soutenu par les pairs est une variation/extension de l'approche du Dialogue Ouvert de la Laponie Occidentale, incluant des personnes ayant une expérience vécue des problèmes de santé mentale et des services psychiatriques. Elle a d'abord été développée en Allemagne, grâce au travail de Volkmar Aderhold et d'autres, puis dans le cadre du projet Parachute à New York, où les cliniciens et les pairs ont suivi une formation de base sur l'approche du Dialogue Ouvert et une formation de base sur le soutien intentionnel par les pairs.

Cette approche est désormais également développée au Royaume-Uni par le Dr. psychiatre Russell Razzaque du NHS, où tous les programmes de formation incluent des pairs. Plusieurs équipes de pairs des Pays-Bas, d'Utrecht, Eindhoven, Roermond, etc, ont suivi la formation organisée par le Dr. psychiatre Russell Razzaque.

Bien que certains projets fassent explicitement référence aux pairs comme faisant partie de l'approche, par exemple "Dialogue Ouvert soutenu par les pairs", d'autres font simplement référence à leurs projets de Dialogue Ouvert, mais incluent également les pairs dans leur approche/formation. *Open Dialogue UK* a été la première organisation à inclure des pairs dans le programme de formation complet de trois ans sur le Dialogue Ouvert, ainsi que dans sa formation de base. En Laponie occidentale, une initiative a récemment été lancée pour développer l'inclusion des pairs dans les services, un exemple de la manière dont l'approche peut se développer/évoluer, et de la réactivité de l'équipe sur place, qui a absorbé les influences d'autres services lors de ses voyages internationaux.

Certains programmes et services de formation accordent une plus grande attention aux rôles spécifiques des pairs dans une équipe, tandis que dans d'autres, la distinction entre pairs et cliniciens n'est pas explicite dans la formation, c'est-à-dire que l'accent est simplement mis sur l'apprentissage d'une nouvelle approche ensemble. La pratique des réunions de réseau varie également - dans certains services, deux cliniciens et un pair rencontrent les familles/réseaux, les cliniciens ayant la responsabilité principale de l'animation de la réunion, tandis que dans d'autres services, un clinicien et un pair se partagent le rôle d'animation.

L'inclusion de pairs dans les réunions de réseau présente de nombreux avantages. Parmi ceux qui sont le plus souvent identifiés, citons le partage d'expériences vécues qui trouvent un écho chez la ou les personnes au centre des préoccupations dans la réunion ainsi que chez les autres, le partage d'histoires de rétablissement et ce que cela a impliqué, une capacité à établir une bonne connexion avec la ou les personnes au centre des préoccupations, une influence positive sur les cliniciens avec lesquels ils travaillent (par exemple en élargissant leurs façons de voir/comprendre les formes de détresse mentale/émotionnelle), et plus généralement en ajoutant à la polyphonie par le partage de perspectives personnelles uniques.

[Retour au Sommaire](#) 

10. Les médicaments sont-ils utilisés en Dialogue Ouvert ?

Oui, les médicaments sont utilisés en Dialogue Ouvert, mais de manière plus sélective que dans les services psychiatriques conventionnels. Au lieu d'être utilisés d'office pour 100% des patients, ils ne sont utilisés que lorsque cela est nécessaire et seulement pour la durée nécessaire.

Cela est très bien décrit dans le film-documentaire « Dialogue Ouvert : un moyen alternatif pour guérir les psychoses », au chapitre « Utilisation sélective de médicaments », qui commence à la minute 39:39. (Voir photo ci-dessous, plus Référence au bas de ce FAQ.)



En général, en cas de psychose et d'usage de médicaments, l'équipe de thérapeutes OD préfère les anxiolytiques aux neuroleptiques, et l'utilisation de médicaments est discutée en réunion de réseau avant toute décision de prescription. Ainsi, aujourd'hui, et depuis le début des années 2000s, ...

- 70% des souffrants de psychose ne reçoivent aucune prescription et se voient appliquer la « *Open Dialogue Therapy* » dès la première réunion de leur Réseau, qui se tient endéans les 24 heures de l'appel.
- 13% qui n'ont pas dormi depuis plusieurs jours se voient prescrire des somnifères (benzodiazépines) pour 4 à 5 jours maximum, avant de commencer la « *Open Dialogue Therapy* ».
- Et enfin, seuls 17% se voient prescrire des psychotropes, mais plus de neuroleptiques, seulement des anxiolytiques. De plus, ils ne se voient pas prescrire des boîtes de médicaments. Ils ne se voient prescrire que 2 à 4 pilules pour un à deux jours, et puis l'équipe avisera si plus est nécessaire, ou si la « *Open Dialogue Therapy* » peut commencer.

Donc, si l'usage de psychotropes est encore présent, étant devenu sélectif, appliquer la « *Open Dialogue Therapy* » a permis de réduire de 100% à seulement 17% des patients à qui devoir prescrire des psychotropes, et réduire aussi du long-terme au court-terme, et même du « pour le reste de la vie des patients », à seulement quelques jours.

De plus, cet usage sélectif a considérablement réduit les risques de maladies iatrogéniques, et aussi de maladies du sevrage chroniques, douloureuses, et dangereuses, telles que l'obésité l'akathasie et la dyskinesie tardive conduisant trop souvent au suicide. Et sans psycho-drogues, l'espérance de vie des patients n'est plus raccourcie de 20 ans.

Et enfin, pour les 15 à 20% qui ne bénéficient que peu ou pas de « *Open Dialogue* », en complément aux autres thérapies de guérison, l'usage de plantes et substances psychoactives naturelles et psychédéliques est souvent bénéfique. Par contraste aux drogues psychiatriques, les substances psychédéliques ont très peu d'effets secondaires, et plus en plus de mouvements se lèvent pour obtenir leur re-légalisation.

[Retour au Sommaire](#)

11. Pourquoi les médicaments sont-ils utilisés de manière plus sélective dans le cadre du Dialogue Ouvert ?

La raison principale est que les médicaments peuvent affecter les "symptômes", de sorte qu'il est plus difficile de s'engager dans un travail dialogique. En d'autres termes, les symptômes sont des ressources psychologiques, et s'ils sont atténués, anesthésiés par des médicaments tous plus sédatifs les uns que les autres, les ressources d'un individu vers sa guérison sont affectées de manière négative.

Plutôt que d'anesthésier, voire supprimer les symptômes, les praticiens du Dialogue Ouvert cherchent, au cours des réunions du réseau, à mieux comprendre ces expériences, car les résultats de la Laponie Occidentale montrent que ces expériences sont souvent liées à l'histoire de la vie de l'individu/de la famille et des traumatismes de l'enfance et adolescence que la personne souffrante a dû endurer.

En outre, ces dernières années, de plus en plus de preuves ont été apportées sur les problèmes liés à l'utilisation à moyen- et long-terme des médicaments antipsychotiques, tels que la réduction de l'espérance de vie de 20 ans, la prise de poids rendant bien des souffrants obèses malgré eux, le risque accru de diabète, de lésions cérébrales, de crises cardiaques, d'AVC, et de mutagénicité. Il est donc important de minimiser leur utilisation.

Et enfin, et c'est essentiel, pour pouvoir s'embarquer sur sa route de guérison et y interagir avec son réseau de support, la personne souffrante doit pouvoir être elle-même, et, plutôt qu'être comme un zombie, elle doit pouvoir progresser sur sa route de guérison avec sa personnalité vive, et ainsi interagir au mieux avec sa famille, ses amis et ses thérapeutes.

[Retour au Sommaire](#) 

12. Comment la psychose est-elle comprise dans un service de Dialogue Ouvert ?

Dans un service de Dialogue Ouvert, les professionnels reconnaissent que nous avons encore beaucoup à comprendre sur l'expérience "psychotique" et ses causes profondes. Leur travail ne se concentre pas spécifiquement sur l'étiologie de la psychose, mais plutôt sur la compréhension des circonstances uniques de chaque individu/famille/réseau avec lequel ils travaillent, y compris les aspects pertinents de leur histoire et de leurs traumatismes.

Jaakko Seikkula parle de la psychose comme d'une "réponse à une situation de vie très difficile" et, ce faisant, se concentre sur les aspects positifs/fonctionnels de l'expérience. Il reconnaît également que n'importe lequel d'entre nous peut faire l'expérience de la psychose, si sa vie est suffisamment stressante. D'après son expérience et celle de l'équipe de Laponie Occidentale, les personnes souffrant de psychose ont en général subi une accumulation de traumatismes dans leur vie (conformément aux conclusions des recherches du Prof. Dr. John Read, psychologue de l'Université de East-London, UK).

Et comme l'a écrit Robert Whitaker dans son livre de 2010, « *Anatomy of an Epidemics* » :

“En Laponie Occidentale, [...] leur conception de la psychose est tout à fait distincte, car elle n'entre pas vraiment dans la catégorie biologique, psychologique, ou psychiatrique. Au lieu de cela, ils croient que la psychose provient de relations sociales extrêmement fragilisées. La psychose ne vit pas dans la tête. Elle vit entre les membres de la famille et entre les gens. C'est dans la relation, et le psychotique en rend visible le mauvais état. Il ou elle "porte les symptômes" et a le fardeau de les porter.”

[Retour au Sommaire](#) 

13. Comment les équipes de Dialogue Ouvert travaillent-elles avec les personnes atteintes de psychose ?

Quel que soit le diagnostic, les équipes de Dialogue Ouvert travaillent de la même manière avec les individus, les familles et les réseaux, c'est-à-dire qu'elles essaient d'organiser une première rencontre avec la famille/le réseau dans les 24 heures, et lors de cette rencontre, elles tentent de comprendre autant que possible la situation actuelle. La communication et les "symptômes" des personnes atteintes de psychose sont acceptés de la même manière que toute autre communication, comme une réponse possible dans le dialogue actuel.

La plupart du temps, au cours des premières réunions, vu ses souffrances aiguës, ses hallucinations et apparents délires, il n'est pas possible de comprendre la communication d'une personne souffrant de psychose. Cependant, on s'aperçoit au bout d'un certain temps que, via métaphores, elle parle en fait de traumatismes réels de sa vie d'enfant et d'adolescent. Psychose, bipolarité, schizophrénie sont vues comme des réactions saines face à des situations malsaines.

Plutôt que de risquer de retourner le couteau dans les plaies de la personne souffrante, les équipes de thérapeutes s'efforcent d'aider la personne atteinte de psychose à trouver les mots qu'il leur faut pour exprimer des expériences qui étaient auparavant "enfermées" dans une forme incarnée, inaccessible au langage.

Et plus la personne souffrante a confiance dans le/la thérapeute qui l'écoute, et plus elle trouve les mots qu'il faut pour décrire ce qui lui est arrivé, les mots qu'il faut pour vider son sac, pour enfin s'épancher, et plus elle progresse sur sa route de guérison.

Pouvoir s'épancher demande aussi que le/la thérapeute aie les compétences qu'il faut pour aider la personne souffrante à surmonter ses sentiments de honte et culpabilité de ce qui lui est arrivé. Cela exige un haut niveau de relation de confiance, et de toujours valoriser la personne souffrante.

Et quand une telle relation de confiance ne se développe pas, alors, avant de retourner chez leur Client, les « bons » thérapeutes « *Open Dialogue* » de guérison ne disent pas « c'est parce qu'elle est psychotique qu'on n'arrive à rien avec elle ». Mieux, les thérapeutes de guérison se remettent eux-mêmes en question et se posent les questions fondamentales : « quelle a été notre erreur, qu'avons-nous pas ou mal compris ??? »

Retour au Sommaire 

14. En quoi consiste le processus des réunions de Réseau ?

Au début, en particulier dans une situation de crise, la plupart des membres du Réseau communiquent de manière monologique, mais progressivement, à mesure que l'équipe montre qu'elle s'intéresse à ce qui est dit, les membres du Réseau commencent généralement à être curieux des propos de l'autre, et une évolution vers le dialogue devient possible.

Peu à peu, le Réseau intègre l'équipe dans ses rangs, et de nouvelles significations émergent à mesure qu'un nouveau langage partagé se développe entre l'équipe et les membres du Réseau social.

Plus que le contenu des réunions, le détail, c'est le processus qui est important, c'est-à-dire la modélisation d'un processus démocratique, où les différences sont OK, et où les gens peuvent s'écouter attentivement. Plus les expériences et les émotions vécues ensemble lors de la réunion sont intenses, plus l'issue semble favorable.

Retour au Sommaire 

15. Quels sont les 12 éléments de la pratique dialogique ?

Les 12 éléments sont les suivants :

1. Deux thérapeutes (ou plus) dans la réunion d'équipe
2. Participation de la famille et du réseau
3. Utilisation de questions ouvertes
4. Répondre aux énoncés des clients
5. Mettre l'accent sur le moment présent
6. Susciter des points de vue multiples
7. Utilisation d'une approche relationnelle dans le dialogue
8. Répondre au discours ou au comportement problématique comme étant significatif
9. Mettre l'accent sur les mots et les histoires des clients, et non sur les symptômes.
10. Conversation entre professionnels (réflexions) dans les réunions de traitement
11. Être transparent
12. Tolérer l'incertitude

Pour plus de détails, vous pouvez lire l'article [ici](https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/fidelityfinalaugust2014.pdf).

<https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/fidelityfinalaugust2014.pdf>

Retour au Sommaire 

16. Pourquoi les praticiens du Dialogue Ouvert travaillent-ils en équipe ?

Il y a de nombreux avantages à travailler en équipe. Tout d'abord, il est possible de voir/entendre et de répondre à une plus grande partie de la communication qui surgit dans les réunions du Réseau.

De plus, la façon dont les membres de l'équipe communiquent entre eux contribue à créer une atmosphère dans laquelle le dialogue devient généralement plus possible.

À certains moments des réunions, les membres de l'équipe réfléchissent entre eux, ce qui ajoute à la polyphonie de la réunion et aux manières possibles de voir et de comprendre l'expérience du réseau.

L'une des conclusions du service de Laponie Occidentale est que moins de réunions sont nécessaires lorsque les professionnels travaillent en équipe, ce qui en plus en fait un processus rentable.

Donc, comme demandé par les Autorités de Laponie Occidentale, travailler en équipe leur permet de livrer une meilleure Qualité de service allant vers la guérison, et ce pour moins cher que la psychiatrie existante.

Retour au Sommaire 

17. Un service de Dialogue Ouvert est-il moins cher à gérer que les services conventionnels ?

Une première enquête nationale en Finlande a montré que le service du District de Laponie Occidentale était le moins cher à gérer de tous les services psychiatriques des autres Districts de Finlande.

Compte tenu des taux d'hospitalisation quasi nuls en Laponie Occidentale, des taux de rechutes négligeables et d'une consommation de médicaments de moins de 90%, ainsi que de 80 à 85% de personnes ne devant plus bénéficier de prestations d'invalidité et de ces 80 à 85% de personnes guéries

ou travaillant et rapportant des impôts à la société, il est clair que quand l'on tient compte de tous les budgets publics, un service de Dialogue Ouvert permet de réaliser des économies considérables, ce qui est bénéfique pour les payeurs d'impôts.

Depuis une douzaine d'années, « Open Dialogue » est en cours d'adoption par l'Association Advocates Inc, une association de 700 professionnels de Boston, MA, USA. Selon la publication académique, « *Psychiatric Services* » de 2016 par son directeur, Dr. Chris Gordon, psychiatre, et son équipe : « *Les coûts par personne varient en fonction de l'intensité du service, passant d'un minimum de 5.126 \$ à 10.236 \$ pour l'année.* »

Aujourd'hui, en Belgique, selon le peu d'informations qui filtrent de l'Inami, les coûts d'une admission en centre psychiatrique ou en hôpital (universitaire) psychiatrique varient de 255 000 à plus de 500 000 Euros/an.

Toujours selon les premières estimations, que « *Open Dialogue* » soit appliqué en Communautés thérapeutiques, style Maisons Soteria, en Foyers de Guérison, ou au domicile de la famille, la « *Open Dialogue Therapy* » coûte de 15 à 30 fois moins cher que la psychiatrie existante.

Père et fils, cités plus haut, qui ont fait l'effort de visiter « *Open Dialogue* » en Laponie Occidentale pour en apprendre plus, confirment : bien que les Thérapies de Guérison des dites maladies mentales ne soient pas (encore) remboursables par notre assurance santé nationale, notre comptabilité familiale démontre qu'investir dans les Thérapies de Guérison coûte de 15 à 30 fois moins cher que la psychiatrie existante payée par nos impôts.

Il faut donc se poser des questions, n'est-ce pas ?

Aujourd'hui, en Belgique, selon les chiffres publiés par notre Gouvernement Fédéral, nous (voir table ci-dessous) avons 43.000 médecins généralistes et spécialistes, plus 2.000 psychiatres. Le budget fédéral total de la Santé, payé par nos impôts, est de 50 milliards d'Euros par an, soit 10% du Produit National Brut (PNB). Selon le dernier rapport de la KCE, ces 50 milliards d'Euros sont répartis en 25 milliards pour les 45.000 médecins, et les 25 autres milliards pour les 2.000 psychiatres... Donc, c'est 50% du budget total de la santé qui est investi dans seulement 4,4% des médecins.

| Investissements* en Médecine en Belgique, en 2020 | | | | |
|--|-----------------|------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Disciplines | Médecins | Budget Fédéral Annuel | | |
| | | % PNB | EUROS | €/Médecin |
| Generalistes | 43.000 | 4,95 | 24,919 M ^{ds} | 580 K |
| Specialistes | | | | |
| Psychiatres | 2.000 | 5,05** | 25,422 M ^{ds} | 12,7 M ⁿ |
| TOTAL | 45.000 | 10,00 | 50,341 M^{ds} | |

Abréviations : PNB = Produit National Brut - M^{ds} = Milliards - Mⁿ = Million - K = Mille
* Le coût des subsides pour les études de médecine n'est pas compté ici - ** Rapport KCE, 2019

Les chiffres cités sont ceux du Gouvernement belge.
La présentation des chiffres officiels dans ce tableau est la nôtre.
Nous sommes dans une situation pareille à celle de la Laponie Occidentale,
en 1980, avant « *Open Dialogue* » :
La psychiatrie qui ne guérit pas ses patients coûte beaucoup trop cher aux contribuables,
et elle est devenue impayable.
Délivrer une Qualité de service qui guérit,
et pour un Prix moins cher que la psychiatrie, est maintenant un impératif.

Visiblement, quelque chose ne va pas, le financement de la psychiatrie ne tourne pas rond. Les investissements de nos impôts dans la psychiatrie, une discipline de médecine, qui ne conduit pas à la guérison des patients, apparaissent vraiment démesurés et certainement très mal investis. Que les médecins-psychiatres qui ne guérissent pas leurs patients nous coûtent à nous, payeurs d'impôts, 22 fois plus cher que leurs confrères-médecins qui guérissent est carrément exorbitant.

En d'autres mots, nous en arrivons à la situation qu'a connue la Laponie Occidentale en 1980 : les coûts de la psychiatrie augmentent plus vite que le revenu des impôts... (Voir ci-dessus, question # 1.)

Il faut donc faire quelque chose pour arrêter cette gabegie, ce désordre national résultant d'une mauvaise gestion. Par respect autant pour les contribuables que pour les souffrants des dites maladies mentales, n'est-il donc pas plus que temps pour les Autorités de Belgique d'émuler celles de Laponie Occidentale, et de défier les Directions de psychiatrie, psychologie, infirmerie et sociologie, de livrer plus de Qualité de service, c'est-à-dire des guérisons, et ce pour nettement moins cher que la psychiatrie existante ?

C'est pourquoi, adopter la « *Open Dialogue Therapy* » et les autres Thérapies de Guérison des dites maladies mentales (voir onglet dans la barre du menu) contribuera à augmenter la Qualité des soins psychiatriques vers des guérisons, et à diminuer les coûts exorbitants de la psychiatrie existante par un facteur de 15 à 30, comme attendu par les contribuables.

Intéressant à observer, c'est pareil pour tous les pays d'Europe, France et Pays-Bas inclus : 10% du PNB sont investis en médecine et répartis en 5% pour la médecine qui le plus souvent guérit, et 5% pour la psychiatrie qui jamais ne guérit.

Alors que les thérapies de guérison des dites maladies mentales existent, mais ne sont pas (encore) enseignées, une discipline de médecine qui nous coûte très cher et ne guérit pas ses patients, à quoi ça sert ???

[Retour au Sommaire](#) 

18. Les Arts s'intéressent-ils aux perspectives de « *Open Dialogue* » ?

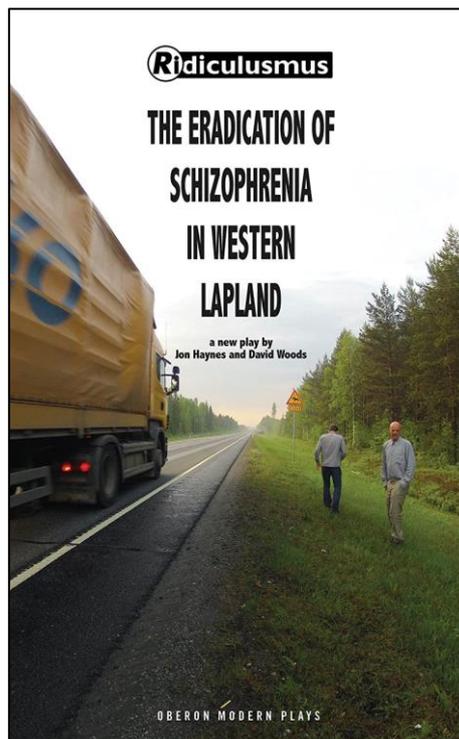
Oui, les Arts commencent à s'intéresser aux perspectives de « *Open Dialogue* ».

Afin de simuler les rôles de membres d'une famille affectée par la psychose, lors de workshops « *Open Dialogue* », Jaakko Seikkula a recruté une troupe de théâtre de Londres appelée Ridiculusmus.

Impressionnés par les remarquables résultats « *Open Dialogue* », plus de diagnostic de schizophrénie, et 80 à 85 % de guérison de psychose endéans les 2 à 5 ans, deux des acteurs de cette troupe, ayant souffert auparavant de dépression et troubles de santé mentale, ont transposé ce contexte en une pièce de théâtre qu'ils ont écrite et intitulée « *The Eradication of Schizophrenia in Western-Lapland* ».

En effet, avec des soins « *Open Dialogue* » apportés endéans les 24 heures, la cause du développement de psychose en schizophrénie, c'est-à-dire les trop longs délais avant d'apporter des soins à la crise de psychose, typique de la psychiatrie conventionnelle, n'existe plus.

En juin 2013, la troupe a alors présenté sa pièce pour la première fois en Finlande, aux professionnels de la « *Open Dialogue Therapy* », lors du Workshop International « *Open Dialogue* » organisé à Hameenlinna, 115 km North of Helsinki. Ensuite, elle a été présentée au grand public pour la première fois en 2014, à Londres. Depuis, elle a été présentée en tournée tout autour de l'Angleterre jusqu'au confinement dû au Covid-19 en mars 2020.



Le livre de leur pièce, dont la couverture est ci-dessus, peut être acheté online.

En 2021, cette pièce est en cours de traduction en français par un membre de l'ASBL EspéranceS.

[Retour au Sommaire](#) 

19. Quels sont les obstacles à surmonter pour optimiser la diffusion de « *Open Dialogue* » ?

Plusieurs obstacles sont à surmonter pour optimiser la diffusion et adoption, non seulement de « *Open Dialogue* », mais aussi de toutes les Thérapies de Guérison des dites maladies mentales.

Le plus gros obstacle est l'Etat lui-même avec l'INAMI qui, malgré leurs bonnes intentions du départ, ont dérivé vers la négligence de l'innovation en accordant une importance très fortement exagérée et même exclusive au Réseau de « l'*evidence-based practice (EBP)* ». En conséquence, selon ses récentes et trop rigoureuses procédures de remboursement, l'INAMI ne rembourse pas les thérapies innovantes de guérison des dites maladies mentales, et ne rembourse que des thérapies dépassées depuis beaucoup plus que 17 années, et rembourse même une psychiatrie physico-chimique qui ne guérit aucun patient. La psychiatrie physique fait usage de violences contre les souffrants, avec camisolés de force, contentions, injections forcées de drogues chimiques, cellules d'isolation, civières de fixation en 4 ou 5

points, alimentations forcée par tube nasal, des cages dans lesquelles les personnes souffrantes ne peuvent ni se tenir debout, ni s'étendre, et les deux types d'électrocution, par tasers et par électrochocs. Par euphémisme, cachant le fait que ces tortures sont inhumaines, les psychiatres appellent cela des « traitements médicaux ». Et l'Etat rembourse sans jamais contrôler. Alors que seuls 17% des souffrants ont besoin de psychotropes, la psychiatrie chimique prescrit à 100% des souffrants des drogues chimiques qui rendent les patients toxicomanes à vie, leur causent beaucoup de maladies iatrogènes chroniques et douloureuses, et raccourcissent leur vie de 20 ans en moyenne. Là encore, l'Etat rembourse les achats qui sont derrière ces prescriptions excessives de drogues psychiatriques, pour 80 à 85% inutiles, sans jamais contrôler.

En vue de faire cesser cette gabegie, rappelons que tout projet d'innovation commence petit, par des tests de faisabilité à petit budget. En cas de résultats positifs, l'on augmente le nombre d'essais et le budget pour arriver à l'échelle pilote. Et d'essais en erreurs, si les résultats sont encore positifs, alors on passe à l'échelle industrielle, clinique ou naturelle, et au gros budget. Et quand des milliers de tests ont été faits, alors on peut finalement passer aux méta-analyses qui consacrent l'EBP.

Comme dit l'adage, « l'enfer est pavé de bonnes intentions » !

Favoriser « l'*evidence-based practice (EBP)* » était peut-être une bonne intention. Cependant le faire aux dépens de l'innovation est plutôt ingrat pour les innovateurs, car en effet, sans innovation, il n'y aurait eu aucun développement vers « l'*evidence-based practice (EBP)* ». L'EBP n'est donc pas meilleure que l'innovation, mais plus exactement, quelques 17 ans plus tard, elle est la preuve ultime que les innovateurs ont eu raison d'innover et de développer leur innovation qui a conduit sur toute la route qui mène à l'EBP.

Faire bouger l'Etat vers un ré-équilibre des remboursements entre Innovation et EBP ne va pas être facile. Mais avec leur Loi de 2015 pour une approche non-médicamenteuse en psychiatrie, les Norvégiens y sont arrivés, alors pourquoi pas nous les Belges ?

Cette exclusivité démesurée en faveur de l'EBP a deux conséquences négatives, deux effets pervers sur le rapport Qualité/Prix des traitements prodigués en médecine et surtout en psychiatrie :

- **Qualité** : Les codes de déontologie des psychiatres, psychologues, infirmiers et sociologues les obligent à se mettre au courant des derniers progrès et innovations de la science, c'est-à-dire le développement des Thérapies de Guérison. Mais comme l'INAMI ne rembourse pas ces derniers progrès, les professionnels n'ont aucune motivation pour les apprendre et les pratiquer, et les professeurs ne les enseignent pas à leurs étudiants. Cette attitude de non-remboursement étouffe donc le développement et l'acquisition d'innovations et pire encore, elle prolonge donc, très inutilement, et de plusieurs années les souffrances des dits malades mentaux.
- **Prix** : Ce non-remboursement des innovations que représentent « *Open Dialogue* » et les autres Thérapies de Guérison des dites maladies mentales est préjudiciable pour les contribuables qui doivent continuer de payer la psychiatrie existante qui est de 15 à 30 fois plus chère que les Thérapies de Guérison. De plus une fois guéris et au travail, les ex-psychotiques et ex-malades mentaux rapportent des impôts. Comme « *Open Dialogue* » coûte beaucoup moins cher que la psychiatrie existante, le District de Laponie Occidentale rembourse les sessions de thérapie à 100%. - En Belgique, une fois les Thérapies de Guérison installées, l'on pourra économiser au moins 20 milliards d'Euros par an.

Retour au Sommaire 

20. Quelles sont vos principales Références sur le Dialogue Ouvert ?

Voici Quelques Références,

En français :

Sur www.esperances.org, en haut dans la barre menus et sous-menus, cliquez sur « Bibliographie ».

Jaakko Seikkula (2014). [Les 7 Principes cardinaux du Dialogue Ouvert](#). Conférence présentée à Roskilde, Danemark. Sous-titrée en français.

Maeva Musso (KinoPsy) (psychiatre du Sud-Est de Paris) (2020). [Open Dialogue : en Finlande un autre dialogue s'est ouvert en psychiatrie](#). Mediapart.

Huit articles traduits par FORUMPSY au sujet des « [Pionniers de l'installation de « Open Dialogue](#) », hors Finlande.

Article par Carlos Léon, * « [Installation du Dialogue Ouvert à Genève, Suisse : un Défi](#) ».

Par Béatrice Cordonier, mémoire de fin de DAS en thérapie systémique, « [Dialogue Ouvert](#) ».

« Lieu de Répétition », Marseille, France (2016) : « [Dialogue Ouvert, un meilleur Moyen de Guérir de Psychose](#) ».

Par Martine Vermeulen, psychologue et maman d'un souffrant ayant participé à la 1^e édition de notre Formation d'Introduction à la « *Open Dialogue Therapy* » en mars 2019 : « [Deux journées passionnantes avec « Open Dialogue », en Belgique](#) ». Très motivée par « *Open Dialogue* », elle a également participé à notre 3^e édition en octobre 2020. Et en ce moment, automne 2021, elle suit la Formation de 20 jours organisée par Carlos Léon, Professeur de Psychologie à l'Université de Genève, Suisse.

Sur Wikipedia : « [Dialogue Ouvert](#) ».

En anglais :

Concernant entre autres les coûts de « *Open Dialogue* » nettement moins cher que ceux de la psychiatrie existante :

Christopher Gordon, Vasudha Gidugu, E. Sally Rogers, John DeRonck, Douglas Ziedonis (2016). *Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study*. Psychiatr Serv. 2016 Nov 1;67(11):1166-1168. - DOI: [10.1176/appi.ps.201600271](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271)

Et quand, dans une région comme en Laponie Occidentale, une équipe « *Open Dialogue* » est devenue compétente, alors, une fois la schizophrénie éradiquée, elle ne coûte plus rien aux contribuables :

David Wood & John Haynes (Ridiculusmus) (2014). [The Eradication of Schizophrenia in Western-Lapland](#). Oberon Books. Ltd (Editors); pp. 94.

Deux excellents livres en anglais :

- 1) Sandra Steingard (Ed.) (2020). *Critical Psychiatry : Controversies and Clinical Implications*. Springer Nature Switzerland (Publ.); pp. 225.

Nota Bene : La Dr. psychiatre Sandra Steingard été une amie personnelle de la Dr. psychiatre Birgitta Alakare, Directrice de Kéropudas, l'hôpital psychiatrique de Tornio en Laponie Occidentale, pendant le développement de la "Open Dialogue Therapy". Avant sa pension, elle a joué un rôle déterminant pour assurer le développement de "Open Dialogue" dans l'Etat du Vermont aux USA. - Voir aussi son hommage, "In memoriam of Birgitta Alakare", sur notre site web.

- 2) PUTMAN Nick & MARTINDALE Brian (Eds.) (2021). *Open Dialogue for Psychosis: Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. Routledge Taylor & Francis Group, London, New York (Publ.); pp. 291. - www.routledge.com/mentalhealth

Nota Bene : Début août 2021, cet excellent livre, en anglais, a été publié au sujet de la diffusion et adoption de « Open Dialogue » autour du monde, édité par Nick Putman, psychologue, et Brian Martindale, psychiatre. Il est achetable *online*, soit directement chez le éditeur, soit via les moteurs d'achats.

Groupes et Pages FaceBook :

En français:

- "Open Dialogue" francophone, Guérison, Psychose, Bipolarité, Schizophrénie
- Open Dialogue for the Benelux (bientôt: Open Dialogue for Belgium)
- Open Dialogue Océan
- Open Dialogue Occitanie
- Open Dialogue Formation

En anglais:

- Network for Open Dialogue Practices and Reflective Processes
- Open Dialogue UK
- Open Dialogue in UK & Ireland
- NELFT Dialogue First
- Open Dialogue Washington

En néerlandais :

- Verbindend spreken met psychose

Retour au Sommaire 
