



HAL
open science

Médiateur de Santé/Pair et psychoéducation en santé mentale : une rencontre sous les auspices de l'innovation dans le soin

Sébastien Rubinstein

► To cite this version:

Sébastien Rubinstein. Médiateur de Santé/Pair et psychoéducation en santé mentale : une rencontre sous les auspices de l'innovation dans le soin. Le partenariat de soin avec le patient : analyses, 2022, le partenariat de soin avec le patient : analyses, 5, pp.45-64. hal-03926143

HAL Id: hal-03926143

<https://hal.science/hal-03926143>

Submitted on 16 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Médiateur de Santé/Pair et psychoéducation en santé mentale : une rencontre sous les auspices de l'innovation dans le soin

Sébastien Rubinstein, PhD

Patient partenaire, Centre d'Innovation du partenariat avec les patients et le Public (CI3P), Faculté de médecine, Université Côte d'Azur.

Chercheur associé, Centre de Recherche Juridique de l'Université Paris 8 (CRJP8), Université Paris Lumières

RESUME : Cet article traite de l'approche psychoéducative mobilisée dans le programme initié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à travers l'action menée par le Centre Collaborateur de santé mentale Europe (CCOMS) avec le programme Médiateur de Santé/Pair (MSP). L'analyse est menée par l'auteur qui a été médiateur de santé/Pair dès le début de ce programme sur la base de son expérience à ce type de poste. Une approche déployée auprès des patients et des familles. Une forme de partenariat en santé mentale développée en France depuis plus d'une décennie.

MOTS CLES : Médiateur de santé pair, rétablissement, psychoéducation, santé mentale, profamille.

ABSTRACT : *This article deals with the psycho-educational approach mobilised in the programme initiated by the World Health Organisation (WHO) through the action carried out by the Collaborating Centre for Mental Health Europe with the Health Mediator/Air Mediator programme (MSP). The analysis is carried out by the author, who has been a Health/Pair Mediator since the beginning of this programme, based on his experience in this type of position. An approach deployed with patients and families. A form of partnership in mental health developed in France for more than a decade.*

KEYWORDS: *Peer health mediator, recovery, psycho-education, mental health, profamily*

Introduction

Le programme Médiateur de Santé/Pair (MSP) commence au début des années 2010. Il est la première recherche action française visant à introduire des patients psychiatriques rétablis dans des équipes de soins en santé mentale (Demailly et al, 2014)¹.

Quinze structures réparties sur trois régions pilotes sont choisies après un audit des équipes du Centre Collaborateur de l'OMS (Demailly et al, 2014, p.5).

Les Médiateurs de Santé/Pair ont été formés pendant près d'un an pour pouvoir intégrer des équipes de soins préparées à leur arrivée.

Ces arrivées ont été rendues possibles par le travail de médecins-chefs et de cadres de santé convaincus de l'utilité d'une telle révolution au sein des équipes extra-hospitalières.

À leur arrivée, les Médiateurs ont dû se montrer rassurants face à des collègues souvent dubitatifs quant à la pertinence d'une telle initiative en santé mentale. Les interventions des Médiateurs ont donc pendant longtemps été réalisées en binôme avec des infirmiers ou des éducateurs spécialisés.

Ces derniers devaient encadrer les Médiateurs au début afin que l'outil de l'auto-divulgence ne soit pas perturbant pour eux et pour les patients.

Après avoir gagné la confiance de leurs collègues mais aussi des patients, les Médiateurs ont pu réaliser les missions pour lesquelles ils avaient été recrutés. Ces missions étaient au nombre de quatre : la facilitation de l'accès aux soins, l'accompagnement, le soutien relationnel et l'éducation à la santé¹. C'est dans le cadre de l'éducation à la santé que le Médiateur va intervenir au sein des programmes de psychoéducation.

Le terme de psychoéducation naît en 1980 (Cochet, 2009)². Aujourd'hui, en France, en matière de prise en soins des affections psychiatriques, elle est souvent présentée comme moderne et novatrice.

Comme le précisent Cécile Peyneau et Jourdain Teppa, la psychoéducation émane « d'une vision très « biologique » de la psychiatrie où les symptômes sont avant tout attribués à un dérèglement du fonctionnement chimique du cerveau » (Peyneau, Jourdain, 2007, p. 190)³. Dans cette vision dite bio-comportementale, il est indispensable d'enseigner au malade la nature de sa pathologie afin de lui faire comprendre subrepticement la nécessité d'un traitement médicamenteux ou psychothérapeutique.

1 Document de présentation du programme national Médiateur de Santé/Pair, CCOMS, 2010

® La revue sur le partenariat de soin avec le patient : analyses, N°5, 2022, CI3P, UCA 47

Dans ce cadre d'apprentissage, le but est de limiter les rechutes toujours préjudiciables au patient et à son entourage. Le patient va ainsi compléter son apprentissage de sa pathologie puisqu'il possède déjà un savoir lié à sa vie avec la maladie.

Toujours selon les deux chercheurs, «Les études montrent que ces interventions sont efficaces et que, de façon mesurable, les patients qui suivent ces programmes rechutent moins souvent, de façon moins intense et présentent une observance aux soins de meilleure qualité.» (Peyneau, Jourdain, 2007).

En psychiatrie, le recours à la psychoéducation a été plus tardif que pour les pathologies somatiques et il ne s'est pas fait sans méfiance et opposition d'une partie des professionnels de santé (Touzet, 2012)⁴.

Toutefois, il est devenu, depuis la loi du 21 juillet 2009², obligatoire dans tous les établissements de soins français. Conséquemment, les établissements spécialisés en psychiatrie devraient tous pouvoir mettre en place des programmes psycho-éducatifs à destination de leurs patients. Les établissements spécialisés en psychiatrie qui ont décidé de créer des groupes de psychoéducation ont souvent commencé par des programmes relatifs à la schizophrénie avant de les étendre aux troubles bipolaires (Quilès, 2020, p. 18)⁵.

2 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Dans cette étude sur la rencontre entre deux dispositifs innovants dans la prise en soins des souffrants psychiques, nous aborderons dans un premier temps le rôle du Médiateur de Santé/Pair dans les programmes de psychoéducation destinés aux patients (I) avant d'examiner, dans un second temps, son intervention dans la psychoéducation fournie aux aidants familiaux (II).

I - Le Médiateur de Santé/Pair et les programmes de psychoéducation à destination des patients

Dès le début du programme Médiateurs de Santé/Pairs en 2012, les patients recrutés dans les services de soins ont intégré des groupes psychoéducatifs et des groupes de parole.

Ce fût le cas notamment à Marseille où un MSP a été immédiatement mis en valeur grâce à la volonté du chef de service. En effet, ce médiateur a co-animé un groupe de parole avec la psychologue du service. Par la suite, dans ce même service, les MSP ont animé des ateliers d'Education Thérapeutique du Patient (Borewell, Bnacelin, 2018)⁶. Dans les autres structures où les MSP officiaient, ces tandems d'animation n'étaient pas systématiques car leur mise en place dépendait essentiellement de la détermination du médecin chef de service et de la résistance (active ou passive) des équipes de soins.

À Nice, au CMP Le Bellagio du centre Hospitalier Sainte-Marie, le partenariat entre MSP et professionnels par l'intermédiaire de la psychoéducation a été instantané puisque le médecin chef de service était convaincu que la déstigmatisation des souffrants psychiques passaient nécessairement par la rencontre entre la profession de santé nouvellement créée et la méthode d'apprentissage destinée aux acteurs du soin en santé mentale (Giordana, Dubois, 2016)⁷. C'est au travers de l'exemple niçois que nous tenterons d'analyser et de comprendre les ressorts (A) et l'actualité de la nécessaire appréhension de la complémentarité entre savoir lié à l'expérience et savoir académique (B).

1.1 Intérêt et perception des patients à la présence d'un Médiateur de Santé/Pair pendant un groupe de psychoéducation

L'intérêt de la participation de Médiateurs de Santé/Pairs aux programmes de psychoéducation animés par les équipes de professionnels en santé mentale est réciproque. En effet, le Médiateur de Santé/pair apporte son vécu du rétablissement aux participants des divers groupes psycho-éducatifs. Simultanément, le Médiateur de Santé/Pair acquiert, grâce aux groupes de psychoéducation, un savoir en matière d'animation, de gestion de groupes et de prise de parole en public.

Le Médiateur de Santé/Pair a, en plus de son témoignage pédagogique et didactique, la possibilité de valider, par la légitimité de son parcours en santé mentale, les enseignements dispensés par les professionnels de la psychiatrie. Dans le cadre de la psychoéducation, la notion de complémentarité des savoirs développée par Luigi Flora dans ses travaux (2012⁸; 2021⁹) est très concrètement à l'œuvre voire sublimée. Les professionnels voient la transmission de leurs acquis théoriques facilitée par le discours empirique et légitimé du Médiateur de Santé/Pair. Un réel partenariat s'établit ainsi entre les deux membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Ce fonctionnement s'est retrouvé mis en action dans de nombreuses structures dont le Centre ressource de réhabilitation psychosociale de Lyon du Professeur Nicolas Franck qui a intégré une Médiatrice de Santé/Pair. Dans ce service de réhabilitation psychosociale, la pair-aidance et la psychoéducation se sont naturellement rencontrées. De cette rencontre, est née un partenariat très fructueux pour les patients puisque « le pair-aidant amène une détente qui permet à chacun de s'autoriser à aller vers la connaissance et la remise en question. La solitude se rompt, les barrières soignants-soignés diminuent et la singularité de chacun se déploie. » (Niard et al, 2020)¹⁰.

Pour que l'action du Médiateur de Santé/Pair soit efficace et complémentaire du savoir académique porté par le professionnel de santé il est important que les membres aient une perception commune des objectifs de la psychoéducation.

Ces objectifs ont été parfaitement déterminés par les auteures Alexandra Koubichkine et Marianne Schoendorff dans un chapitre sur un ouvrage consacré à la réhabilitation psychosociale (2018)¹¹. En effet, dans cette importante recherche, les deux auteures synthétisent parfaitement les finalités pratiques et théoriques des groupes psychoéducatifs en psychiatrie. Ces groupes doivent permettre de lutter contre l'auto-stigmatisation, d'améliorer la prise de conscience des troubles (*insight*) et de favoriser l'observance thérapeutique.

1.2 Actualité et futur de la participation des Médiateurs de Santé/Pairs aux groupes de psychoéducation des patients

À l'heure actuelle, il semble difficile de se passer du savoir par l'expérience dans les groupes psycho-éducatifs en général et dans les groupes d'Education Thérapeutique du Patient puisque les Agences Régionales de Santé, reprenant la réglementation nationale³, insistent très fortement sur la présence d'un patient «expert» dans les équipes de formateurs de ces groupes⁴.

Cette incitation officielle ne concerne bien évidemment pas uniquement les groupes d'Education Thérapeutique du Patient en psychiatrie.

3 Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, Annexes

4 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/cadre-reglementaire-des-programmes-deducation-therapeutique-du-patient-etp>

Elle est aussi effective pour les groupes relevant des maladies chroniques somatiques telles que le diabète, l'asthme, le VIH et depuis plus récemment dans le domaine du cancer.

En psychiatrie, la nécessité de compter sur un expert de la vie avec la maladie dans l'équipe pédagogique de l'ETP impose très souvent de s'appuyer soit sur une association de patients (telle le Phare des 2 Pôles dans les Alpes-Maritimes) soit sur un Médiateur de Santé/Pair si celui-ci exerce dans l'équipe organisatrice de l'ETP. Des programmes d'ETP autour de des troubles psychiques continuent d'être menés à Nice (uniquement dans des cliniques privées)⁵. C'est également le cas dans la région PACA et dans le reste de la France. Les programmes d'ETP en psychiatrie se sont progressivement développés sur le territoire français alors qu'ils étaient peu encouragés initialement. Aujourd'hui, chaque département français compte au moins un programme d'ETP en psychiatrie. Dans le futur, il semblerait concevable de créer des groupes de psycho-éducation (ETP par exemple) où les formateurs seraient uniquement des patients rétablis ou guéris.

Dans le cadre de la psychiatrie, ils travailleraient en étroite collaboration avec les Médiateurs de Santé/Pairs qui pourraient mettre à la disposition desdits patients formateurs leur connaissance et leur vécu intime de l'institution.

5 https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/etp/actions?type=action_etp&filtres%5Bintitule%5D%5Bop%5D=AND&filtres%5Bintitule%5D%5Bq%5D%5B%5D=&filtres%5BetspPathologies%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5BetspPathologies%5D%5Bq%5D%5B%5D=etp_patho_26&libre=&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&modeResultats=tableau

2. L'intervention partenariale du Médiateur de Santé/Pair dans la psychoéducation consacrée aux familles

La pair-aidance entre aidants naturels et proches de personnes concernées par des pathologies psychiques sévères a longtemps été inexistante pour des raisons historiques évidentes.

En effet, depuis l'apparition de la psychiatrie moderne et les travaux de Philippe Pinel et Jean-Etienne Dominique Esquirol (Quétel, 2012)¹², les familles de malades ont été écartées de la thérapie de leurs proches car elles étaient considérées comme pathogènes et toxiques (Castillo, Plagnol, 2016, p 55)¹³. Elles étaient donc écartées de leurs proches internés en institution et n'avaient que peu d'occasion de les voir. Le dialogue avec les professionnels de santé était encore plus rare et la communication sur les soins quasiment nulle.

Au 20^{ème} siècle, certains courants psychanalytiques minoritaires pouvaient qualifier certaines mères de « schizophrénogènes » (Boucher, Lalonde, 1982, p. 55)¹⁴.

Ce concept ravageur, forgé par Frieda Fromm-Reichmann en 1948, a eu des conséquences sur la perception du rôle des familles de patients jusque très récemment (Castillo, Plagnol, 2016, p 55). Toutefois, à partir des années 1950, la vision négative des familles de patients évolue pour faire place une possibilité de partenariat thérapeutique.

L'école de Palo Alto a offert des outils conceptuels pour permettre cette évolution (Boucher, Lalonde, 192, p. 55). Puis, progressivement, toutes les branches de la psychiatrie ont modifié leur perception du rôle des familles de patients. Aujourd'hui, il subsiste des réticences à considérer les familles comme des alliées dans le soin mais ces résistances sont minoritaires et le développement des programmes de psychoéducation destinés aux familles prouve que les siècles de méfiance et de rejet font désormais partie de l'histoire.

Une histoire nouvelle de la relation entre patients, proches, professionnels de santé et institutions semble se dessiner. Dans cette histoire contemporaine et apaisée, la psychoéducation et la pair-aidance en santé mentale trouvent une place intéressante puisqu'elles permettent à des familles de ne plus être culpabilisées et voire de se sentir valorisées par des souffrants psychiques venant témoigner de l'importance de leur rôle dans leur mieux-être (2.1). Ce souffrant psychique devenu travailleur pair en psychiatrie apporte un bienfait considérable aux familles participant aux programmes de psychoéducation et permet également au programme d'acquérir une crédibilité supplémentaire (2.2).

2.1. La conjonction de deux projets novateurs en santé mentale

La première session niçoise du programme de psycho-éducation «Profamille» à destination des familles de patients schizophrènes a coïncidé avec l'arrivée des deux Médiateurs de Santé/Pairs au CMP Le Bellagio (2012). La rencontre de ces deux projets novateurs en psychiatrie fut un cas unique en France et en Europe.

Ce programme, d'inspiration cognitivo-comportementale, est né au Québec. Originellement conçu et développé par le Professeur Hugues Cormier et ses collaborateurs de l'Unité de psychiatrie sociale et préventive de l'Université Laval, Profamille a été l'objet d'une validation scientifique sur environ cinquante personnes en 1988. Il s'est ensuite répandu dans le monde francophone à partir de 1991 grâce au Réseau Francophone des Programmes de Réhabilitation Psychiatrique, fondé par Olivier Chambon, Guy Deleu et Jérôme Favrod⁶.

En 1993, en Suisse, Louise Rast, sur les conseils de Jérôme Favrod et d'une équipe des Hôpitaux Universitaires de Genève, mit en place ce programme pour l'association genevoise Le Relais. Puis, en 1999, «Profamille» sera adapté et traduit en allemand par l'association AFS-VASK Berne et implanté en Suisse alémanique avec l'aide des Services psychiatriques universitaires de Berne du Professeur Hans Dieter Brenner.

6 <https://www.solidarite-rehabilitation.org/profamille-soutien-aux-proches-aidants/>

La Suisse sera le pays dans lequel « Profamille » prit le plus d'ampleur. A partir de l'an 2000, Monique Pasche fédère les utilisateurs suisses du programme autour de l'AFS Berne francophone. L'AFS s'est ensuite ouverte sur le reste de la francophonie européenne en accueillant une équipe du Centre Hospitalier de Rouffach et des membres de l'association Schizo-Espoir. Cette équipe, conduite par le Dr Yann Hodé, avait développé une grande expérience du programme depuis 1998 et avait commencé à tester des améliorations dans la technique d'animation. D'autres équipes de France se sont ensuite rapprochées du réseau à partir de 2005. C'est ainsi qu'à Marseille les premières séances «Profamille» ont eu lieu en 2010 dans le Service du Professeur Lançon.

À Nice, le programme commence en 2012 sous l'impulsion du Dr Jean-Yves Giordana, chef de service au Centre Hospitalier Sainte-Marie de Nice. L'équipe d'animation est composée du médecin chef de service et de deux infirmières. Les MSP ont donc vu naître ce programme psychoéducatif et ils ont été conviés à participer aux premières réunions visant à constituer le groupe de parents. Ils ont ainsi pu prendre connaissance de la composition et du fonctionnement de ce programme psycho-éducatif unique en Europe. En effet, «Profamille » est un programme très structuré.

Il se compose d'un premier module particulièrement dense et riche. Les quatorze séances (quatre heures chacune) permettent aux participants de travailler leur rapport au proche malade en quatre étapes :

- 1) l'éducation sur la maladie
- 2) développer des habiletés relationnelles
- 3) gérer les émotions et le développement de cognitions adaptées
- 4) développer des ressources ⁷

Selon les rédacteurs français du programme, le deuxième module a essentiellement pour objectif de «renforcer les apprentissages et favoriser la mise en application des savoir-faire développés dans le programme.»⁸.

Le second module de «Profamille» se déroule sur deux années au cours desquelles les participants devront assister à quatre séances avec les animateurs et réaliser dix révisions mensuelles par correspondance. Le suivi de ces deux modules est indispensable pour permettre aux familles de «mieux faire face à ces difficultés et corriger leurs éventuels dysfonctionnements adaptatifs.»⁹.

7 <https://profamille.site/34-2/>

8 *Ibid.*,

9 *Ibid.*

2.2. Le rôle du Médiateur de Santé/Pair dans un programme de psychoéducation destiné aux familles

Initialement, les deux Médiateurs de Santé/Pairs étaient observateurs au sein de l'équipe niçoise de «Profamille ».

Puis la situation a évolué avec le départ d'un des deux Médiateurs. Ce départ a coïncidé avec la volonté de l'équipe de faire du Médiateur restant un animateur à part entière. L'animation réalisée par le Médiateur de Santé/Pair ne perturbait pas l'organisation stricte des séances. Une réelle place à son expérience et à sa parole lui était offerte dans un souci de complémentarité avec l'enseignement des deux professionnelles de santé.

Le Médiateur de Santé/Pair était autorisé à intervenir lors des séances pour réagir sur certains points. L'opinion du Médiateur devenait la parole du grand absent de «Profamille» c'est à dire le patient. Il pouvait également, à la demande du médecin-chef et des participants, réguler certaines séances de révision collective qui devaient, selon les canons du programme, être effectuées sans animateur. Enfin, le Médiateur pouvait participer aux congrès annuels nationaux de «Profamille ». Comme il a été dit précédemment, la participation d'un Médiateur de Santé/Pair au programme «Profamille» était exceptionnel. Son rôle au sein de cette formation était donc à construire avec l'équipe d'animation.

C'est dans le dialogue et la co-construction que sa place s'est progressivement dessinée.

L'intérêt premier du Médiateur de Santé/Pair au sein des séances de formation de «Profamille» est celui de la représentation de l'absent. En effet, « Profamille » est un groupe destiné aux familles et les malades, s'ils sont souvent informés du suivi de la formation par leurs parents, ne sont jamais physiquement présents lors des séances.

À ce titre, le Médiateur devient la voix des enfants des participants absents. De par sa connaissance intime de la maladie et son recul dû au rétablissement, le Médiateur rend plus vivant les aspects conceptuels du programme en les illustrant d'exemples issus de son vécu et de sa relation avec ses propres parents. Il fait une nouvelle fois un effort d'auto-divulgence devant les familles. De plus, le Médiateur peut apporter aux participants une vision du soin psychiatrique différente de celle professée par les animateurs professionnels de santé (infirmières, psychiatres, psychologues) et il est donc entendu différemment par les participants. Cette complémentarité des savoirs semble essentielle pour assurer une formation aussi exigeante que celle-ci.

Le rôle et la place du Médiateur au sein du programme «Profamille» semblent faire la quasi-unanimité chez les familles participantes puisqu'une étude empirique du Dr Giordana réalisée pour le Congrès «Profamille» de Paris de 2015 avait montré qu'un pourcentage important de familles était très enthousiaste quant à cette présence.

Conclusion

La psychiatrie institutionnelle a connu de nombreuses évolutions au cours du 20ème siècle.

Originellement asilaire, elle s'est progressivement transformée pour se rapprocher d'une vision plus humaine du patient, de son soin et de son autonomie. Cette transformation progressive a été rendue possible par des hommes et des femmes désireux de voir les patients enfin considérés comme des acteurs de leurs soins et non comme de simples réceptacles à traitement simplement bons à recevoir une parole descendante et humiliante.

Depuis les années 1950, la psychiatrie française innove, essaie et adapte. Contrairement à ce qu'affirme nombre d'esprits chagrins, elle n'est pas rétive au changement. Elle est simplement prudente car elle sait que parfois la modernité peut vite devenir un dogme scientiste dangereux et néfaste pour des patients ayant toujours plus besoin de contact humain pour apaiser leurs tourments psychiques. «Des hommes, pas des murs» scandait le psychiatre désaliéniste Lucien Bonnafé.

Ce sont donc ces hommes (ces humains pour lever toute éventuelle ambiguïté) qui tentent aujourd'hui des réformes au sein de l'institution psychiatrique. Parfois avec maladresse et brusquerie mais souvent avec le bien-être du patient chevillé au corps.

C'est dans ces volontés de changement de paradigme que sont nés deux projets novateurs : la psychoéducation en psychiatrie et les Médiateurs de Santé/Pairs.

Si les équipes de soins ont parfois pu être réticentes à l'une et l'autre action, elles ont souvent compris leur bénéfice primaire pour les patients suivis. En effet, les projets et les actions progressistes en psychiatrie ne s'imposent que très rarement aux équipes de soins. Il est donc souvent nécessaire d'argumenter pour convaincre et ainsi faire valoir des idées justes.

Bibliographie

¹ Demailly L, Bélart C., Déchamp Le Roux C., Dembinski O., Farnarier C, Garnoussi N., Soulé J., avec la participation de Cassan, D. (2014). Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée, Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014, Convention de recherche CLERSÉ USTL Lille 1/CCOMS EPSM Lille -Métropole, SEP 09269, octobre 2012, p.5

² Cochet B. (2009)., «La psychoéducation. Une approche psychothérapeutique primordiale», *Le Journal des psychologues*. Vol. 273, No. 10, p. 37

³ Peyneau C, Jourdain T. (2007). «Psychoéducation des troubles bipolaires : tentative de décortilage», *L'information psychiatrique*. Vol. 83, no. 3, 2007, pp. 189-194

-
- ⁴ Touzet P. (2012). «L'éducation thérapeutique en psychiatrie», *Le Journal des psychologues*. Vol. 295, No. 2, pp. 40-43.
- ⁵ Quilès C. (coord), (2020). *Manuel d'éducation thérapeutique*. Paris : Ellipses.
- ⁶ Borewell B., Bancelin Y. (2018). « Quand le médiateur de santé-pair coanime la séance d'ETP ». *Santé Mentale*. N° 225, février, pp.50-56
- ⁷ Giordana J.-Y., Dubois F. (2016). « Chapitre 9 - Médiateurs de santé - pairs et déstigmatisation », J-L Roelandt éd., *L'expérimentation des médiateurs de santé – pairs. Une révolution intranquille*. La Celle Saint-Cloud : Doin, pp. 109-123.
- ⁸ Flora L. (2012). *Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé*. Thèse de doctorat de sciences sociales, spécialité « Sciences de l'éducation », Université Vincennes Saint Denis – Paris 8, campus Condorcet, pp. 333
- ⁹ Flora L., Koenig M., (2021) "La question du rétablissement et du patient partenaire", in *Manuel de la psychiatrie*". (coord. Luc Mallet, Julien Guelfi, Frédéric Rouillon), Issy-les-Moulineaux : Edition Elsevier Masson, pp. 779-782.
- ¹⁰ Niard C., Maugiron P, Franck N. (2020). « Le pair-aidant professionnel : un nouvel acteur pour de nouvelles réponses », *Rhizome*. Vol. 75-76, No. 1-2, p.24
- ¹¹.Koubichkine A., Schoendorff M. (2018), « Psychoéducation dans les troubles bipolaires et apparentés» in Franck N. (dir.), *Traité de réhabilitation psychosociale*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, pp.506-519
- ¹² . Quétel C. (2012). *Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours*. Paris : Tallandier, pp. 247-273
- ¹³ Castillo M.-C., Plagnol A. (2016). «Le regard sur les familles de personnes schizophrènes : histoire et perspectives», *PSN*. Vol. 14, No. 1, p. 53-57

¹⁴ Boucher L, Lalonde P. (1982), «La famille du schizophrène : interférente ou alliée ?». *Santé mentale au Québec*, Vol. 7, N°1, pp, 50-56