

Coopérer et développer son pouvoir d'agir : les nouvelles formes d'organisation des personnes « usagers » de la santé mentale en France

Martine Dutoit, Directrice ADVOCACY¹, membre du CRF, Cnam

Résumé

Sur le constat du discrédit et du stigmatisme lié à la maladie mentale, faisant des personnes ayant un problème de santé mentale des patients et des citoyens à part, des associations de patients et d'usagers, sur un modèle largement impulsé par les pays du nord de l'Europe, se sont, depuis une vingtaine d'années en France, développées. Différentes manières de revendiquer une reconnaissance et une expertise par expérience dans le système de soin ou dans la société se sont ainsi concrétisées. Les personnes ayant un problème de santé mentale s'organisent dans des associations de patients et/ou dans des associations d'usagers pour exercer une représentation des usagers des services, prendre une place dans les instances décisionnelles de ces services et développer des formes de participation dans la cité. Comment caractériser ces différentes formes d'organisation et de mobilisation au regard des manières de construire des coopérations, de développer l'empowerment comme pouvoir d'agir individuel et collectif ? Il s'agit ici de proposer une réflexion sur l'actualité du mouvement des usagers en France.

On the report of the depreciation and the stigma bound to the mental illness, persons having a problem of mental health no fully citizens, associations of patients and users, on a model widely impulse by the countries of the North of Europe, developed, since about twenty years in France. Various manners to claim recognition and an expertise by experiment in the system of care or in the society so became a reality. The persons having a problem of mental health get organized in patients' associations and/or in users' associations to exercise a representation of the users of the services, take a place in the decision-making authorities of these services and develop forms of participation in the city. How to characterize these various forms of organization and mobilization towards the manners to build cooperation, to develop the empowerment as individual or collective powerful? It's a question here of proposing a reflection on the current events of the movement of the users in France.

¹ Martine Dutoit, *L'advocacy en France*, 2008, Rennes : EHESP

Depuis une vingtaine d'années en France, ce sont développées des associations de patient-e-s en psychiatrie et/ou d'usager-e-s en santé mentale pour exercer une représentation des personnes « usagers des services », prendre une place dans les instances décisionnelles et développer des formes de participation dans la cité. Différentes manières de revendiquer une reconnaissance et une expertise par expérience dans le système de soin ou dans la société se sont ainsi concrétisées. Comment caractériser ces différentes formes d'organisation et de mobilisation au regard des manières de construire des coopérations, de développer l'*empowerment* comme pouvoir d'agir individuel et collectif ?

1. Une dénomination qui détermine une façon de se représenter et de penser son action.

Dans les années 90, alors que les associations de familles occupent largement la place et prennent des initiatives depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les patient-e-s de la psychiatrie peu à peu prennent la parole et témoignent² en leur nom propre, ils/elles s'organisent en associations à l'image des grandes associations déjà actives dans l'Europe du Nord, dans une nouvelle configuration médicale et sociale qui voit l'ouverture des grands hôpitaux psychiatriques sur la cité, le développement des médicaments et l'avènement d'une approche centrée sur la souffrance psychique et la santé mentale³.

Assez vite le terme d'usagers va s'imposer à partir de l'anglais « *User* ». Traduit en français, le terme renvoie aux usagers des services publics et à la seule catégorie de consommateurs. Le Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie est né, quant à lui, en 1991. Les usagers sont ceux qui bénéficient de soins psychiatriques, les survivants sont ceux qui contestent le bien fondé de la psychiatrie. Cette première distinction entre usagers et survivants, même si ce dernier terme n'est que peu repris en français, est une distinction structurelle signifiante dans le débat qui interpelle le mouvement des patients/usagers en Europe, fédérant les personnes qui se reconnaissent et celles qui contestent leur étiquetage de malade psychiatrique (Bernardet, Douraki, Vaillant, 2002)⁴.

2 Claude Deutsch – *Contribution à l'histoire du mouvement des usagers en santé mentale en France*. Médiapart 01/7/10

3 Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale est définie comme un état de bien-être par lequel l'individu reconnaît ses capacités, est capable de faire face au stress normal de la vie, travaille de manière productive et fructueuse et apporte une contribution à sa communauté. La santé mentale signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

4 En France, voir les actions du Groupe Information Asile contre les internements abusifs.

D'emblée s'installe un débat sur la dénomination des « *personnes ayant un problème de santé mentale* », périphrase généralement utilisée en Europe et au Québec dans un souci de non-stigmatisation. Ce débat n'est pas anodin car, d'une part, la dénomination détermine une façon de se représenter soi-même dans un rapport à autrui, d'autre part, elle détermine une façon de penser ses potentialités et « *ses possibles d'activités* » (Barbier, 2004) au sein de la société. Ainsi dans le rapport à autrui, la personne, tout en étant impliquée dans des rapports interpersonnels, se représente comme membre d'un groupe et participe à des rapports intergroupes et intragroupes. Se reconnaître patients et/ou usagers de la psychiatrie et/ou de la santé mentale est donc une autodésignation. Ainsi, *ce que « je suis », la place et le rôle occupés, sont indissociables d'une manière d'agir et d'une manière de se situer par rapport à autrui*⁵.

Dans le même temps, les champs d'intervention des professionnel-les de l'organisation sociale changent en se diversifiant, créant ainsi une recomposition des publics cibles. Or, on sait que les professionnel-les s'appuient sur les catégories pour déterminer et déclencher une série d'actions et d'activités à mettre en œuvre, les légitimant à agir. Ainsi, l'organisation des services longtemps clivé entre le secteur sanitaire et le secteur social va, jusqu'à l'émergence d'un troisième secteur identifié comme médico-social, profondément se modifier au cours de cette même décennie. Cette nouvelle recomposition des champs et des publics structure de fait des associations ciblant une représentation des personnes concernées en fonction des identités sociales revendiquées et des services sur lesquels elles veulent agir. Ainsi, se constituent des associations regroupant des patients ayant une même maladie, des personnes présentant un même type de handicap, tandis que les associations regroupant les bénéficiaires du service social resteront quasi inexistantes. Dans le champ de la psychiatrie, le clivage entre sanitaire et social s'avère plus inopérant, puisque la politique de secteur entend favoriser le maintien dans le milieu social et c'est, peu à peu, que les associations de patients vont se structurer en oscillant tantôt sur la revendication usagers (au sens de « *users* ») et tantôt sur le mode de la reconnaissance d'une expertise de patient, comme interlocuteur des « *soignants* » et des administrateurs des systèmes de santé, le dénominateur commun étant la lutte contre la stigmatisation. Dernier avatar de cette lutte identitaire, la reconnaissance d'un handicap psychique dans la loi de 2005⁶, qui pour beaucoup d'usagers/patients restent difficile à

⁵ Martine Dutoit, *Etre vu, se voir, se donner à voir* (Thèse soutenue mai 2009), L'Harmattan à paraître.

⁶ Voir article de Marcel Jeager

accepter. Toutefois, comme toute étiquette, elle ouvre des droits nouveaux et permet aux personnes d'entrer dans un jeu de lutte pour la reconnaissance dans un courant où le lobbying est beaucoup plus puissant, notamment dans sa forme la plus récente qu'est la charte de l'ONU (décembre 2008) sur déclaration des droits des personnes en situation de handicap.

2. Une classification des associations en fonction de leurs identités « revendiquées »

On peut effectuer une classification des associations en fonction de leurs *identités* « revendiquées », déterminant des objectifs et des modes de relations instituées entre les membres. Le tableau suivant rend compte de ces modèles ⁷ :

Modèle médico-social	Modèle participatif	Modèle identitaire	Modèle citoyen solidaire
Partenariat de type producteur/consommateur	Synergie de responsabilité	Communauté d'intérêts	Relation entre égaux
Participation aux conseils d'administration, instances etc.	Association de réhabilitation d'usagers en lien avec des services et institutions	Associations d'usagers et de survivants indépendants des institutions	Associations de bénévoles, usagers, tous militants luttant pour citoyenneté, accès aux droits

- ***S'auto-reconnaitre patient et usager***

Comme instance autonome, les personnes qui se reconnaissent « patients » partagent une communauté d'intérêts et sont, à ce titre, vigilantes sur la qualité des membres. Ainsi les membres du Conseil d'Administration doivent être en majorité des personnes se reconnaissant « patients/usagers ». Certaines associations de patients se regroupent en fédération⁸ avec le souci de créer un rapport de force dans le dialogue avec le Ministère et de participer comme représentant des patients/usagers des services aux diverses instances institutionnelles (C.A etc.) pour améliorer les services et faire reculer le stigmate lié à la maladie mentale. D'autres association représentent les intérêts des patients au regard d'une maladie spécifique dont ils veulent faire évoluer la prise en charge⁹ et font alliance avec les médecins spécialistes pouvant faire avancer cette cause. Cette représentation des patients est, dans ce cas,

⁷ Dutoit-Sola M, Deutsch C (2001) *Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité*, Toulouse : Erès

⁸ FNAPSY (Fédération nationale des associations de patients en psychiatrie)

⁹ C'est le cas de *France Dépression, Schizo Oui*

encouragée par les représentants politiques et institutionnelles pour faire fonctionner les instances de concertations régularisant la vie sociale et institutionnelle, semblable dans ce sens au rôle dévolu aux syndicats dans le monde du travail.

- ***S'auto-déclarer usagers et citoyens***

S'auto-déclarer *usagers de la santé mentale*, se revendiquer citoyen dans la participation aux débats contemporains, devenir visible sur la place publique, comme le suggérait H. Arendt (1961 : 114), est une forme de résistance à la violence sociale et à l'étiquetage. L'usager de la santé mentale est un militant dans un collectif qui a pour objectif la prise en compte de son expérience pour faire évoluer les politiques et les pratiques de santé mentale, dans la société toute entière, c'est à dire dans les services de soins, mais aussi dans la cité. Cela inclut la prévention, l'accès au droit commun, l'ensemble des politiques et dispositifs sociaux. C'est pourquoi l'usager de la santé mentale se reconnaît d'abord comme citoyen, en s'engageant dans les débats de société.

- ***Revendiquer une voie alternative***

Dans le sillage de différents mouvements que l'on pourrait qualifier d'autodétermination des peuples et des individus, luttant contre de 'nouvelles' formes d'oppression, se font reconnaître des groupes revendiquant des voies alternatives, des chemins de traverse, se réclamant plus volontiers des Droits de l'Homme et s'inspirant de nouvelles approches – celle des relations Nord/Sud, celle de l'approche de genre (Butler, 2006) par exemple – soutenues par une analyse du capitalisme, (Hardt, Negri, 2000), notamment par les mouvements altermondialistes. Le mouvement de l'advocacy en France (Dutoit, 2008) s'inscrit dans ce mouvement alternatif, en prenant, de fait, le parti pris des personnes. Cette pratique de l'*advocacy* repose sur la construction d'une problématique de la différence, du rapport à l'autre et donc interroge le rapport à la norme et la conception de ce qui fait « lien social ». Il s'agit de déconstruire les processus d'étiquetage et d'assignation identitaire – malade, handicapé – à travers la situation dans laquelle l'individu se trouve. Ainsi, raisonner en termes de situation sociétale permet d'appréhender les déterminants d'une discrimination au regard d'une personne, qui, d'ailleurs, peuvent être communs à plusieurs catégories, et permet de mettre en lumière les figures de l'oppression qu'il faut pouvoir identifier avec les personnes concernées pour mieux les combattre. Alternative au modèle médical, qui renvoie à une

intériorisation des problèmes rencontrés par la personne, les débats ouverts par la prise en compte de la santé mentale concernent la société toute entière. Les personnes revendiquent le droit d'être différents, d'avoir des besoins spécifiques et d'être incluses collectivement dans une société.

3. Les modes d'action

La manière dont on se voit, dont on se dénomme et dont on accepte d'être vu et catégorisé détermine les possibilités d'agir. Depuis les années 80, des modèles de pratiques se sont largement répandues en Europe, c'est le cas de l'advocacy mais aussi de son corolaire l'empowerment. Sans doute la difficulté de trouver un équivalent à leur traduction de la langue anglaise a-t-il freinée leur adoption en France. Le concept d'empowerment est utilisé pour désigner cette capacité d'action ainsi que le processus pour l'atteindre, c'est-à-dire le processus par lequel une personne ou un groupe s'approprient le pouvoir ainsi que sa capacité de l'exercer. On utilise ce concept et les pratiques y afférentes dans les champs de la psychologie ou de la santé communautaire, le développement social du local à international ou le développement économique social et solidaire. On peut considérer le développement d'un pouvoir d'agir, l'empowerment, sur un continuum allant du plus intime de la personne au plus extérieur. En effet, l'empowerment concerne la personne elle-même, dans son environnement et sa capacité à intervenir dans les organisations et la politique, au sens d'actions citoyenne, de choix qui concernent l'intérêt collectif.

En fait, l'empowerment, dénommé comme tel ou agit, traverse toutes les pratiques du travail social dans une dimension individuelle, en ignorant le plus souvent l'aboutissement du processus, c'est à dire la participation citoyenne et l'exercice du pouvoir politique. L'empowerment individuel combine différentes dimensions en interaction et en mutation continues (Ninacs, 2003) : l'augmentation de l'efficacité personnelle ; le développement d'une conscience de groupe ; la réduction de l'autoculpabilisation ; l'acceptation d'une responsabilité personnelle dans le changement. Ainsi la dimension collective est souvent ignorée ou minorée. Le groupe pouvant toujours être vécu comme une menace pour les professionnel-les et les institutions. En effet, la dynamique d'empowerment repose sur le questionnement et non pas sur des solutions pensées par d'autres. Le groupe constitue le lieu privilégié de l'empowerment des individus car, à l'intérieur d'un groupe, les problèmes personnels peuvent se transposer en préoccupations collectives et le pouvoir peut se voir simultanément augmenté et partagé (Massa, 2006).

On peut prendre conscience des processus d'empowerment dans le milieu associatif ¹⁰ lorsque la personne s'engage dans une participation volontaire, pour trouver ses propres réponses, avec le soutien et la solidarité d'autres personnes, c'est qu'ici qu'intervient la référence à des pratiques d'entraide mutuelle et de coopération. Le processus est souvent même plus important que les résultats tangibles de l'action, car les efforts que déploient les personnes augmentent leur sentiment d'appropriation du pouvoir. De fait, des transformations psychologiques sont nécessaires pour surmonter les évaluations négatives déjà intériorisées et incorporées, les stigmatisations collectives et les stéréotypes sociaux négatifs.

- ***Les groupes d'entraide mutuelle***

Créés en 2000, les Espaces Conviviaux Citoyens étaient agréés Groupe d'Entraide Mutuelle en 2005, servant en partie de modèle à cette innovation de citoyenneté et de participation de la personne, *ayant un problème de santé mentale*, dans la cité. En partie seulement, car se trouvent aussi labelliser des initiatives plus centrées sur des approches relevant de psychothérapie institutionnelle (*les clubs* des Croix Marines) ou des lieux initiés par des associations de familles.

L'espace convivial citoyen est un cadre qui offre des repères dans l'espace et dans le temps pour permettre aux personnes de tester leurs capacités d'autonomie, d'en acquérir de nouvelles, de prendre des responsabilités et de reprendre ainsi du pouvoir sur leur vie et leur devenir. De nombreux ateliers et activités sont proposés à l'initiative des usagers. La question n'est plus de considérer l'occupation, comme le divertissement au sens pascalien en somme, qui nous donne la maxime morale « l'oisiveté est mère de tous les maux » ou sa version anoblie dans un but thérapeutique, mais bien de considérer que faire c'est devenir : je fais donc je suis, en lieu et place du je pense, donc je suis cartésien. La transformation de soi n'est pas forcément « bruyante », ostensible mais aussi silencieuse, perceptible seulement dans ses effets, pourtant elle est bien réelle ; elle est au cœur de l'expérience qui laisse sa marque, sa trace, et nous change imperceptiblement ou visiblement. C'est pourquoi il est important de créer les conditions d'existences d'expériences favorables où les personnes trouvent, individuellement et collectivement, la voie d'une transformation qui sera « viable » pour elle-même. C'est pourquoi l'Espace Convivial Citoyen est fait d'espaces pluriels, espaces où différentes expérimentations de soi sont possibles – les médias sont nombreux : artistiques,

10 F, Garibay ; M. Segurier, *Pratiques émancipatrices – Actualités de Paulo Freire* 2009, Paris, Editions Syllepse

culturelles, professionnels, actions militantes – l'intime, le privé comme l'espace public y sont des espaces différenciés mais qui y cohabitent¹¹.

Dès 2006, dans une démarche d'autoévaluation des Espaces Conviviaux Citoyens existants, se pose la question de la main mise institutionnelle, via les associations gestionnaires de services, créant de toute pièce des Groupes d'Entraide mutuelle avant même que ne se constitue un groupe de personnes « usagers ». De plus, les Groupes d'Entraide mutuelle pouvaient vite se refermer en nouveau ghettos dans la ville. C'est pourquoi s'est imposée peu à peu la nécessité pour les Espaces Conviviaux Citoyens existants de faire alliance avec des partenaires œuvrant pour la citoyenneté que ce soit des personnes mobilisées autour d'autres problématiques d'exclusion (sans domicile, violences faites aux femmes, handicap, misère, migrations etc.) dans des approches d'économie solidaire, de genre, de santé communautaire. Les pratiques sont alors des pratiques de démocratie participative vivantes à travers une réunion hebdomadaire où se prennent toutes les décisions concernant le collectif, allant du vivre-ensemble aux activités les plus quotidiennes et des pratiques d'ouverture aux événements pouvant donner un contenu concret à une mobilisation coopérative : semaine de l'égalité, de la solidarité, manifestations inter-associatives etc.

En 2010, Les Groupes d'Entraide mutuelle se sont répandues à travers la France et les premières recherches sur leur fonctionnement font apparaître, au nom de la même valeur de participation et de gestion par les personnes, des pratiques contrastées allant de la plus grande autonomie donnée au groupe à une gestion de ces lieux par des associations gestionnaires. Certes la difficulté de gérer la subvention de fonctionnement, dont l'attribution est toujours donnée en fin d'exercice et renouvelable chaque année, est un réel obstacle servant de prétexte pour justifier une tutelle administrative qui influence de fait le fonctionnement démocratique des Groupes d'Entraide mutuelle. Le cahier des charges qui subordonne le versement d'une subvention et d'un agrément GEM reste très attentif à la participation effective des usagers, mais sans moyen de contrôle réel sur l'évaluation des pratiques effectives dans ces lieux. Le collectif est toujours menacé de sclérose et en passe d'être rattrapé par le dispositif qui est la manière dont se gère le social dans la société actuelle.

11 Martine Dutoit, l'œuvrant, l'œuvré, in Larc'hantec, M. ; Taylor P. *la Poétique et la Musique en éducation*, 2009, Paris, l'Harmattan.

De fait, les subventions des GEM, désormais dévolues aux Agences Régionales de Santé, et annoncées à la baisse pour les années futures, encouragent les activités occupationnelles et le lien avec les structures institutionnelles de la santé mentale.

Quid de la sortie du ghetto psychiatrique ?

4. la valorisation de l'expertise des personnes « usagers »

L'autre dimension du développement des associations d'usagers et de leur participation dans les Groupes d'Entraide mutuelle est la valorisation de l'expertise des usagers. Tant dans la représentation dans les instances, que dans les activités, cette expertise revendiquée, et pour nombre de personnes déjà présente, est pensée comme consubstantielle à un vécu, une expérience. La dimension formative pour transformer un vécu en expertise est largement ignorée et sous financée par les pouvoirs publics laissant s'installer, comme naturelle, la reproduction des places sociales. Ainsi les personnes ayant un capital social et des difficultés psychologiques compatibles avec sa mobilisation ont plus de chance d'occuper une place dans les instances de représentation des autres usagers. Certes des modules de formation sont mises en place pour former les représentants à occuper ces fonctions, mais peu d'espace dans ces modules « techniques » permet de favoriser l'émergence d'une expertise.

- **Construction de l'expertise des usagers**

Bon nombre de réunions institutionnelles intègrent les personnes « usagers » sans rien modifier à leur fonctionnement, sans s'interroger sur l'accessibilité de leurs modalités pour être en phase avec une personne ayant des difficultés et lui permettre de contribuer à ces travaux par un avis d'expert. Ainsi dans le monde du Handicap, les associations envoient généralement des personnes salariées, en capacité de comprendre et d'interagir avec des professionnel-le-s, dans les Commissions de compensation du handicap (CDAPH).

Depuis leur création, dans les Espaces Conviviaux Citoyens, se pose la question de l'émergence et de la valorisation d'une expertise par expérience des personnes. Le premier travail mené concerne l'accueil et les formes de soutien collectif pour que les personnes « usagers » accueillent d'autres personnes « usagers ». Des principes sont ainsi peu à peu affirmés pour soutenir l'émergence d'une expertise par une autoformation de type recherche-action : le principe maïeutique favorisant l'auto-production des savoirs de l'expérience, la valorisation des stratégies gagnantes pour lutter contre la discrimination et l'exclusion.

- **La pairaidance**

Les figures de l'accompagnement (Paul, 2004) se développent dans tous les métiers d'intervention sur autrui (social, santé, éducation etc.), sous-tendues d'une injonction à être soi, à se responsabiliser, à devenir autonome dans des projets de plus en plus individualisés. Une des formes d'accompagnement revendiquée par les personnes « usagers » au nom de leur expertise par expérience est la pairaidance (Dutoit, Saint Pé, 2010), terme largement employé au Québec, qui s'est cristallisé en France dans le champ du handicap par la pairémulation et dans le champ de la santé mentale par la pairadvocacy¹². Il s'agit de permettre à la personne de bénéficier des savoirs faire, de l'aide, des conseils d'une personne plus expérimentée, ayant été confrontée à des difficultés semblables, notamment dans une situation de handicap et /ou d'empêchement à une pleine citoyenneté. Dans le champ de la santé mentale, le soutien dans l'accès aux droits est une dimension incontournable de la pairaidance. La notion de pair, personne semblable, peut aussi s'entendre sous différents aspects. Ainsi dans la formation à la pairadvocacy, récemment ouverte par l'association advocacy et son partenaire de recherche-action l'Institut International de Recherche-Action (2IRA), l'expérience donnant lieu à expertise des pairaidants est une expérience de discrimination dont les personnes tirent un savoir quant à leur capacité de développer une autonomie, leur permettant de devenir, à leur tour, support d'autonomie et d'autodétermination pour d'autres personnes.

Des pratiques plus attentives aux besoins des personnes, construites de façon moins asymétriques et dans un souci de care (Molinier, Laugier, Paperman, 2009) peuvent se développer à condition de réfléchir à leur mise en œuvre, car, une fois de plus, derrière les modèles se profilent les enjeux de place et de pouvoir laissés aux personnes « expertes ».

Pour conclure, les formes de mobilisation et de participation des « personnes ayant un problème de santé mentale » et les clivages idéologiques qui les traversent ne sont pas différentes de celles qui concernent toutes les personnes étiquetées négativement dans notre société et pour lesquelles sont constituées des dispositifs institutionnels et des lois d'exceptions.

La question se pose de la limite des mobilisations reposant uniquement sur des revendications identitaires. Les cadres de pensées qui nous permettent d'appréhender les autres, de

¹² Saint Pé M.C, (2006-2007) *Rapport sur formation par la Recherche-Action de formateurs-trices en pratiques de pairémulation et de pairadvocacy*, 2006/2007 téléchargeable sur site www.2ira.org

revendiquer une identité pour nous-mêmes et d'en attribuer à d'autres sont « *politiquement saturés* » (Butler, 2006). Dans une visée stratégique, un principe de coopération, produisant une intelligence collective, semblerait beaucoup plus porteur de transformation sociale.

Bibliographie

- Arendt H, (1961), *la condition de l'homme moderne*, Paris : Pocket, Agora
- Barbier J.M, (2004) *Les savoirs d'action : mise en mot des compétences ?* Paris : l'Harmattan
- Bernardet P, Douraki. T, Vaillant.C (2002) *Psychiatrie, Droits de l'Homme et défense des usagers en Europe*, Toulouse : Erès
- Boutinet J.P, (2010) *Grammaires des conduites de projet*, Paris : PUF
- Butler J, (2006) *Trouble dans le genre*, Paris : La Découverte.
- Deutsch C (2010) *Contribution à l'histoire du mouvement des usagers en santé mentale en France*. Médiapart 01/7/10
- Dutoit-Sola M. et Deutsch C, (2001) *Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité*, Toulouse : Erès
- Dutoit M, (2008) *L'advocacy en France*, Rennes : EHESP
- Dutoit M, (2009) l'œuvrant, l'œuvré, in Larc'hantec, M. ; Taylor P. *la Poétique et la Musique en éducation*, Paris, l'Harmattan
- Dutoit M et Saint Pé M.C, (2010) « La pairaidance en santé mentale » Rhizome, n°36, *Le nouveau Management Public est-il néfaste à la santé mentale ?*, p.12
- Garibay F et Segulier M, (2009) *Pratiques émancipatrices – Actualités de Paulo Freire*, Paris, Editions Syllepse
- Hardt N et Negri A, (2000) *Empire*, Paris : Exils.
- Larc'hantec M. et Taylor P, (2009) *la Poétique et la Musique en éducation*, Paris : l'Harmattan
- Massa H, (2006) *La pratique du Travail Social avec les Groupes*, Paris : ASH
- Molinier P, Laugier S, Paperman P, (2009) *Qu'est-ce que le care ?*, Paris : Petite Bibliothèque Payot
- Ninacs W. A, (2003) *L'empowerment et l'intervention sociale*, Montréal : Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine.
- Paul M, (2004) *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique* Paris : l'Harmattan
- Saint Pé M.C, (2006-2007) Rapport sur formation par la Recherche-Action de formateurs-trices en pratiques de pairémulation et de pairadvocacy, 2006/2007 téléchargeable sur site www.2ira.org