Université Paul-Valéry Montpellier III, Département de Psychanalyse, UFR1,
Master 1 Psychanalyse

Pellet Christophe
[redacted]

JV24PY - Méthodologie

MÉMOIRE
MASTER 1 DE PSYCHANALYSE

Directeur de mémoire :
M. Ludovic Desjardins

2025-2026

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire Ludovic Desjardins, Maître de Conférences à l'Université Montpellier Paul-Valéry et psychologue clinicien, pour son accompagnement, ses conseils, ses commentaires constructifs et approfondis, ainsi que pour sa disponibilité tout au long de ce travail.

Mes remerciements vont également à l'université Montpellier III Paul-Valéry et aux responsables du Master Psychanalyse pour m'avoir accepté au sein de cette formation.

A mes parents, pour leur soutien constant, je dois un remerciement particulier : à mon père, pour ses relectures précises et ses remarques pertinentes qui ont contribué à améliorer ce mémoire; à ma mère, toujours présente, pour avoir mis l'accent sur mes réussites plutôt que sur mes échecs.

Merci à ma famille, tout particulièrement à mon frère pour ses encouragements et sa présence tout au long de ce parcours universitaire.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance à mes amis et à toutes les personnes qui m'ont aidé moralement et physiquement à réaliser ce mémoire.

Pour m'avoir apporté leurs réactions et leurs réflexions sur la pair-aidance et avoir accepté que je les accompagne dans ce cheminement, je remercie Monsieur Z. et Indiana.

Enfin, je souhaite avoir une pensée pour les difficultés que j'ai rencontrées au cours de ma vie. Je n'ai évidement pas choisi la maladie, les échecs ou les périodes de souffrance qui ont accompagné une partie de mon parcours. Ils m'ont amené à la psychologie, puis au Master de Psychanalyse de l'Université Paul-Valéry Montpellier III, et enfin à la rédaction de ce mémoire.

Le « Psychanalyste pair » :
figure impossible ou ressource clinique
pour penser autrement la relation analytique

Table des matières

Introduction ----------1

I- La pair-aidance : définition et caractéristiques ----------4

II- Intégration de la pratique de la pair-aidance dans les notions fondamentales de la psychanalyse ----------10

A- Le transfert à l'épreuve du psychanalyste pair ----------11

B- Quand les places se déplacent ----------14

C- Le contre-transfert : ressentir et s'analyser ----------16

D- Vers une asymétrie fonctionnelle non autoritaire ----------17

E- Le dévoilement de soi et la question de l'authenticité ----------18

F- Du sujet divisé au sujet de l'expérience ----------24

G- Le cadre bousculé ----------24

H- Un savoir sur l'inconscient complété par un savoir sur l'expérience ----25

I- Un inconscient réellement incarné ----------25

J- Une conception du symptôme équivalente ----------26

K- Une temporalité compatible ----------26

L- Un but similaire ----------26

M- Les autres notions de la pair-aidance ----------27

N- Une amélioration de l'alliance thérapeutique ----------28

O- Pour clore la discussion … ----------29

P- L'apport général à la psychanalyse du concept de psychanalyste pair ---30

III) Vignettes cliniques issues de la ma pratique de la pair-aidance ----------30

A- Octave J. ----------31

B- Monsieur Z. ----------31

C- Indiana ----------33

IV- Mise en perspective des résultats de cette recherche pour une application possible à la psychose ----------34

A- Le psychanalyste pair un nouveau dispositif pour la psychose ----------34

B- Le psychanalyste pair en institution : la psychothérapie institutionnelle et l'Open Dialogue ----------35

1- La psychothérapie institutionnelle ----------35

2- L'Open Dialogue ----------38

C- L'organisation sociale autour de la pair-aidance : la société d'aidance--39

Conclusion----------41

Introduction

Autour de mes dix-huit ans, j'ai été atteint d'un trouble schizo-affectif. La phase prodromique a été longue et lente, mais destructrice. La phase de décompensation est apparue avec des délires de persécution et des troubles bipolaires, elle a créé une coupure dans ma vie d'adolescent épanoui. J'ai pu, à l'époque, continuer mes études en sciences sociales malgré les dégâts occasionnés par ce trouble et trouver un travail, même si j'ai compris très vite que je n'étais pas à ma place dans les métiers juridiques. Donc, j'ai longtemps erré à la recherche de moi-même, à la recherche de ce que j'avais été avant ma maladie, à la recherche de ce qui pouvait vaincre ce trouble. J'ai donc entrepris beaucoup de thérapies différentes : psychanalyse, thérapie comportementale et cognitive, remédiation cognitive, EMDR, etc. Toutes m'ont apporté ce qu'elles avaient de positif en elles, mais au final, elles m'ont emmené jusqu'à un certain niveau de rétablissement, sans toutefois me permettre d'atteindre le niveau de sérénité espéré. Pour le reste, j'ai dû me débrouiller par mes propres moyens et développer mes propres outils thérapeutiques et philosophiques par l'intermédiaire d'un podcast (https://smartlink.ausha.co/spiral1894-ecrits-venus-d-un-monde-mourant) qui m'ont mené plus loin vers le rétablissement dans une gestion mieux maîtrisée de mes difficultés et de mon traitement. Ma progression dans ce domaine est aujourd'hui très significative.

Il y a quelques années, est venu un temps où je me suis senti assez bien pour reprendre une activité. Doté, je crois, d'une grande empathie, ayant acquis avec les années une compréhension intime du mal-être psychologique et souvent capable de le détecter chez certaines personnes dans mon entourage, armé d'une expérience puisée dans un vécu assez douloureux, j'ai entrepris des études de psychologie pour transformer cette expérience en expertise. Mais déjà, l'idée que je puisse devenir un jour clinicien n'emportait pas forcément l'adhésion des psychologues auxquels j'avais fait part de mon objectif : j'étais peut-être encore trop fragile, la fatigue pouvait être plus intense que je ne le pensais, je devrais m'orienter plutôt vers la psychologie du travail. Quand j'étais en licence de psychologie, je sentais que certains professeurs ne m'approuvaient pas non plus dans ma démarche. Pourtant, je connaissais trop bien le traitement réservé aux psychotiques ou aux personnes bipolaires à qui on disait, finalement : « Reste à ta place! Fais ce qu'on te dit! Prends tes cachets! Et meurs à cinquante ans d'un syndrome métabolique! » Pour moi, ce n'était pas acceptable, je devais essayer, je devais chercher, même si je devais échouer.

Mes travaux ont été modestement orientés depuis mon entrée en licence de psychologie, il y a maintenant quatre ans, vers une réflexion sur les diverses approches existantes (pharmacologiques, psychothérapeutiques) de la psychose. Pour compléter cette démarche universitaire est venue l'idée de proposer des solutions concrètes, notamment des outils en ligne pour le rétablissement, de faire de la pair-aidance en santé mentale. Entre autres stages et bénévolats, c'était une expérience supplémentaire, une autre corde à mon arc. Par ailleurs, dans mon parcours thérapeutique personnel, j'avais du mal à trouver un lieu de soins unique qui pouvait mettre en oeuvre une thérapie d'inspiration pluridisciplinaire. Je devais aller à droite pour de la TCC, à gauche pour de la psychanalyse; chaque thérapeute était dans son couloir et ne voulait rien savoir de ce que faisait l'autre. J'avais parfois des questions analytiques à poser à mon thérapeute TCC et parfois des questions bien précises pour le psychanalyste, mais les deux, refusant de s'engager sur ce terrain, me renvoyaient à moi-même, à ma perplexité. Il m'a donc paru intéressant d'imaginer un cadre thérapeutique où je puisse rassembler toutes mes questions auprès d'une même personne. C'est de ces réflexions et de cette impasse qu'est né mon projet de mémoire. Cette implication subjective n'a pas pour but de produire un témoignage, mais de situer une question de recherche à partir d'un savoir expérientiel.

La pair-aidance est maintenant ancrée dans les pratiques de soins en santé mentale. En 2022, l'OMS soulignait que les pair-aidants « complètent les services officiels et sont indispensables pour garantir un environnement bénéfique aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. »[1]. Dans son communiqué de 2023, *Pair-aidance en santé mentale: repères nationaux et internationaux,* la CCOMS indique que la littérature internationale est favorable à l'intégration dans les services de santé mentale de pair-aidants professionnels, alors qu'en France l'expérimentation des médiateurs de santé pairs est en place depuis plus de 10 ans. Une étude de l'INSERM et du CCOMS conclut à une accélération de l'amélioration du fonctionnement global des usagers des Médiateurs de Santé-Pairs (Roelandt et al., 2023). Mais la psychanalyse est restée jusqu'à présent à l'écart de ce mouvement. On comprend que le cadre en analyse définit des conditions matérielles censées favoriser une communication conforme à la théorie psychanalytique. Dans ce cas, quid de la pair-aidance et du transfert/ contre-transfert, de la neutralité/dévoilement de soi et de l'asymétrie/symétrie partielle? Le cadre accueillant le patient d'une psychanalyse dans une cure-type est d'ordinaire refusé à une

[1] Organisation mondiale de la Santé, Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble, 2022, Organisation mondiale de la Santé, pp. 9.

tierce personne, le pair-aidant en l'occurrence. Peut-on concevoir un cabinet du psychanalyste qui puisse devenir un lieu syncrétique où se croiseraient plusieurs discours dans un dispositif inédit? C'est-à-dire dans cette configuration périlleuse mais audacieuse où l'on imaginerait la réunion fonctionnelle du pair-aidant et du psychanalyste coexistant dans une même personne?

Ma thématique de recherche envisageait au départ la possibilité d'allier dans la même personne psychanalyste, psychothérapeute (style TCC, systémique etc.) et pair-aidance. Mais nous avons écarté le côté psychothérapeute parce que cet aspect du sujet nous aurait menés bien au-delà du format d'un mémoire de Master 1.

Je souhaiterais donc développer une réflexion sur le thème suivant « Le psychanalyste pair » : figure impossible ou ressource clinique pour penser autrement la relation thérapeutique. Le psychanalyste est dans le soutien d'un non-savoir (celui du sujet) alors que la pair-aidance repose sur le vécu d'une expérience. Serait-il possible d'ouvrir la psychanalyse à une intégration d'un savoir expérientiel venu de la pair-aidance pour les réunir dans un seul et même personnage syncrétique, le « psychanalyste pair »?

Du psychanalyste au « psychanalyste pair » : une monstruosité, tout simplement? Une alliance contre nature, difficile à articuler? Peut-on combiner une figure hybride? Serait-elle une contradiction (risque de confusion des places, menace pour la neutralité analytique, etc.) ou au contraire un progrès thérapeutique (plus grande proximité entre analyste et analysant, légitimité renforcée, alliance thérapeutique singulière, etc.)?

Sans négliger le problème de la réglementation et des limites qu'elle impose, le questionnement portera sur l'adaptabilité des concepts fondamentaux de la psychanalyse aux dimensions de la pair-aidance et sur la compatibilité de la pair-aidance avec la psychanalyse. Nous analyserons notamment dans cette perspective les concepts de transfert, de neutralité, de position du sujet, d'asymétrie, de cadre analytique, de savoir, d'inconscient, de symptôme, de cure, de temporalité et de guérison.

Mon expérience actuelle de pair-aidance en ligne, où j'accompagne deux personnes atteintes de troubles psychiques, fournira un exemple concret de la problématique de cette position de « psychanalyste pair ».

La question peut aussi se préciser et prendre tout son sens pour les troubles tels que les psychoses qui me concernent tout particulièrement, et pour lesquels des thérapies complexes, comme celles d'*Open Dialogue* ou de la *Psychothérapie institutionnelle*, ont montré la nécessité d'une approche plus horizontale.

La psychanalyse s'est toujours construite, même depuis Freud, en progressant et en changeant. Nous faisons l'hypothèse que, même si elle ne correspond pas à une vision classique de la psychanalyse, la fonction de pair-aidant intégrée à la personne du psychanalyste peut ajouter du lien entre analyste et analysant et refonder l'alliance thérapeutique.

C'est en partie pour légitimer ma démarche de devenir psychothérapeute et pour tenter, très modestement, de contribuer à la recherche d'un traitement plus efficace de la psychose que je vous adresse ce mémoire.

Nous examinerons, en premier lieu, ce qu'est la pair-aidance, sa définition et ses caractéristiques. Ensuite, nous analyserons comment les notions fondamentales de la psychanalyse et les pratiques de la pair-aidance pourraient être agencées en cohérence par le psychanalyste pair. Puis, nous confronterons cette analyse aux paroles des pairs que j'accompagne en pair-aidance en ligne. Enfin, nous mettrons les éléments de notre recherche en perspective pour une possible adaptation à un traitement plus efficace de la psychose.

I- La pair-aidance : définition et caractéristiques

Comme nous l'avons rapidement évoqué en introduction, dans la cure-type analytique, qui est une dyade, c'est-à-dire un face-à-face, le concept de pair-aidance n'a pas été jusqu'à présent, il me semble, évoqué. Même si la pair-aidance, malgré des débats résiduels, est maintenant validée en institution, y compris dans certains services de psychopathologie, nous sommes à cet endroit en territoire presque vierge et en découverte exploratrice dans le domaine psychanalytique. Il existe certes des formes groupales de thérapies analytiques (analyse de groupe, psychodrames psychanalytiques), mais ce sont des modalités qui sont apparues plus tardivement. La forme la plus classique et la plus répandue, issue des travaux de Freud et de la tradition psychanalytique, reste quand même le face-à-face : un sujet parle, un analyste écoute/interprète dans un cadre de travail quasi immuable (séances, régularité, paiement, etc.). Ce dispositif à deux permet de ne pas se disperser, car le transfert se déploie sur une figure précise et tout ceci permet un travail fin sur la parole.

Mais que se passe-t-il quand on introduit la pair-aidance dans l'équation? On pourrait penser que l'équation à deux personnages deviendrait ainsi naturellement une équation à trois personnages. Bien qu'un tel dispositif puisse avoir des qualités, il présenterait aussi, me semble-t-il, des inconvénients majeurs, notamment celui de parasiter le travail entre analyste et

analysant. Se produirait alors un court-circuit dans lequel le sujet pourrait préférer parler avec le pair-aidant plutôt qu'avec l'analyste et il y aurait un glissement de l'élaboration inconsciente vers la réassurance et l'identification. J'ai donc préféré étudier le concept de psychanalyste pair où le psychanalyste lui-même porte en lui la dimension de pair-aidant. Il me semble que l'on évite les écueils que je viens d'évoquer, mais que l'on garde les côtés positifs que nous allons maintenant examiner. En outre, comme je le disais dans mon propos introductif, mon but est de rassembler en une seule personne, donc en un seul lieu, tout ce qu'un sujet psychotique pourrait attendre d'un lieu de soins afin d'éviter la dispersion du patient sur différentes structures. Ce lieu de thérapie rassemblerait un « psy tout-en-un » dans une configuration qui ne bloquerait pas les mécanismes habituels de la cure. Le transfert, notamment, ne serait pas empêché par un tel dispositif autour du psychanalyste pair, selon qu'il opère d'après la conception freudienne, incarné dans l'analyste, ou selon qu'il se traduise d'après l'idée lacanienne de la non-fixation du transfert, auquel je substituerais volontiers l'expression de *transfert disséminé*.

De fait, un des premiers problèmes est le problème du troisième, du tiers qui serait ici la pair-aidance. Comment penser un élément tiers en psychanalyse sans tout détruire du dispositif classique? « Dès que deux sujets se lient, un troisième espace psychique s'épanouit. Celui de leur intersubjectivité; c'est une autre réalité psychique qui devient un troisième espace, c'est comme si ensemble ils en créaient un autre, un personnage tiers. »[2] écrit Alberto Eiguer (2013) affirmant le fait que le tiers, le troisième est quelque chose de naturel entre deux sujets et donc pendant la cure. La pair-aidance devient donc un élément tiers. Le tiers pour Eiguer peut être réel ou imaginaire. C'est un élément imaginaire que l'on retrouve chez le psychanalyste, mais que l'on retrouve donc chez l'analysant aussi puisque, s'il y a un pair-aidant, il y a aussi un pair-aidé. Le premier tiers de l'histoire, en tout cas en psychanalyse, a été le « père » qui vient couper la relation enfant/mère. Nous supposons que le tiers serait un tiers de lien entre deux sujets qui ont un po(i)nt en commun. Un tiers qui serait là pour améliorer le lien. Ce tiers serait la pair-aidance. Mais comment le psychanalyste pourrait-il manier et utiliser ce tiers? Et l'expérience de sa maladie ne pourrait-elle pas interférer avec la cure? Nous allons déjà donner une définition de ce que nous appelons pair-aidance et examiner ses caractéristiques pour pouvoir confronter celles-ci aux notions fondamentales de la psychanalyse dans la partie II.

[2] Eiguer, A., Le tiers : psychanalyse de l'intersubjectivité, Paris, Ed. Dunod, 2013, pp. 223.

Avant toute chose, un détour par la notion de co-soignance s'impose avant d'en arriver à la pair-aidance; il me semble que dans tous les cas, c'est un concept qui précède celui de pair-aidance. La co-soignance vient de la pratique en psychiatrie et en santé mentale, issue des institutions. Elle apparaît dans les équipes pluridisciplinaires (psychiatres, infirmiers, éducateurs, etc.), dans la psychothérapie institutionnelle de la France des années 1950-1970 et des modèles contemporains orientés rétablissement. La co-soignance, à la base, c'est la co-construction du soin entre plusieurs positions, c'est-à-dire professionnels, patients et pairs-aidants. Et à la base de cette co-construction, il y a « le soin prodigué entre pensionnaires, voire des pensionnaires aux soignants. »[3] comme l'affirme Henri Santiago Sanz, Valentine Prouvez, Gwenaël Loarer et Emmanuel Mie (2025). Au-delà des mots, on est dans une logique de l'entraide. « Le concept insiste sur le potentiel thérapeutique maintes fois constaté et vérifié des interactions entre pensionnaires, en reconnaissant la contribution thérapeutique non négligeable des patients dans le parcours de soin des uns des autres »[4] (Loarer, 2025). Cette forme de soin collaboratif établit plus d'horizontalité dans ce type de relations. C'est une notion étrangère à la psychanalyse classique, qui va à l'encontre de ses fondamentaux, mais permet la possibilité de la pair-aidance. Une partie de la psychanalyse a pourtant évolué, jusqu'à considérer, selon la formule provocante de Loarer, que le « savoir est du côté du patient et non de l'analyste »[5] (Loarer, 2025). Au-delà de notre raisonnement présent, ce qui paraît encore plus intéressant est cette idée, que nous retrouverons à la fin de mon mémoire, que l'entraide est universelle. L'altruisme est « un phénomène omniprésent dans le monde vivant, beaucoup plus employé et efficace que la compétition pour contribuer à la survie et à la prospérité des espèces et des groupes »[6] (Loarer, 2025). Le problème vient de sociétés globalisées qui ont des valeurs et des organisations individualistes et qui atteignent une taille telle que l'on ne peut plus compter sur la bonne volonté des personnes les plus altruistes. C'est pour cela qu'il est primordial de valoriser toute forme d'entraide possible.

---

[3] Sanz, H. S., Prouvez, V., Loarer, G. et Mie, E., V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution, n°168, 2025, pp. 11.

[4] Loarer, G., « Petite revue de littérature », V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution, n°168, 2025, pp. 14.

[5] Ibid., pp. 15.

[6] Ibid., pp.18.

Certains s'interrogent sur le terme co-soignance. Ne pouvons-nous pas utiliser le mot d'entraide, de « lien amical »[7] (Sanz, Prouvez, Loarer et Mie, 2025) « On rejoint là l'idée de la « gentillesse » développée par Oury »[8] (Queffelec et Rousselet, 2025). En revanche, la pair-aidance est une aidance, donc de l'entraide comme la co-soignance. Elle garde le côté horizontal de la relation en y ajoutant le côté « pair », c'est-à-dire le côté « semblable ». En santé mentale, le pair est celui qui a vécu, comme le patient, un trouble psychique. Il y a bien une continuité entre les deux notions de co-soignance et de pair-aidance, car elle rompent toutes deux l'asymétrie du soin, mais aussi une rupture puisque la pair-aidance reconnaît l'importance du savoir expérientiel dans le traitement d'un trouble psychique et lui donne une fonction dans la relation thérapeutique. Le savoir expérientiel de la maladie a été acté et légitimé en institution comme étant un savoir tout aussi valable que le savoir académique, théorique, clinique, technique.

Le phénomène de pair-aidance a toujours existé, même si le mot apparaît en psychiatrie en France il y a dix ans environ. Elle est intégrée désormais au code K1220 Médiateur santé qui rassemble des activités plus larges que le seul exercice de la parité. La Haute Autorité de Santé définit la pair-aidance comme un dispositif qui « permet de proposer à toute personne le souhaitant, au cours de sa prise en charge ou de son accompagnement habituel, une possibilité de soutien global d'un tiers ayant connu ou connaissant une situation similaire et ayant acquis une connaissance issue d'un vécu expérientiel. Elle repose sur la transformation de l'expérience en connaissances et compétences construites à partir d'un vécu, permettant d'accompagner et de soutenir des personnes confrontées à des réalités similaires. Elle peut représenter un espoir pour la personne dans une perspective de rétablissement. »[9] L'efficacité de la pair-aidance échappant au critère académique, son champ d'action s'étend à tous les domaines où l'expérience partagée peut aider les gens à vivre.

La parité instaure un lien mutuel de confiance entre pair-aidant et pair-aidé. Le pair-aidant voit à l'intérieur même de ce qu'a vécu le pair-aidé, il sait ce qu'il a vécu, que ce soit au niveau de la souffrance psychique ou du parcours psychiatrique ou psychothérapeutique. C'est un défi sociétal que de permettre la rencontre des pairs. Cette rencontre permet aux patients de

---

[7] Sanz, H. S., Prouvez, V., Loarer, G. et Mie, E., V.S.T. Vie sociale et traitements Co-soignance et pratiques solidaires en institution, n°168, 2025, pp. 36.

[8] Queffelec, A. et Rousselet, L., « Enquête sur la co-soignance », V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution, n°168, 2025, pp. 43.

[9] Haute Autorité de Santé, La pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales : note de cadrage, Recommandation de bonne pratique, HAS, 2025.

se dire que d'autres personnes ont vécu ce qu'il a vécu et s'en sont sortis; il n'est pas seul dans ce combat et il n'est pas le seul : « L'entraide entre pairs est un lien unique »[10] (Lavirotte, 2025). Leurs vécus les unissent. La parité permet une horizontalité de relation, une empathie et un respect mutuel;. L'écoute, la confiance, le partage sont les fondements de cette relation. La pair-aidance fait partie parfois d'un collectif, mais peut aussi se réaliser dans une relation individuelle. Le fait d'échanger concrètement sur l'expérience vécue est évidemment possible, mais la seule présence de la personne pair-aidante crée un lien. Dans les équipes des institutions, le pair-aidant pourra être tantôt en binôme pour certains lieux et tantôt en entretien individuel. C'est une solution bien plus humaniste et émancipatrice que l'asymétrie soignants/ soignés.

Mais quel est le maître mot de la pair-aidance ? C'est celui du rétablissement. Ce sont les pairs rétablis qui accompagnent les pairs en cours de rétablissement. Mais le rétablissement n'est pas la guérison. « Le rétablissement en santé mentale, c'est bien plus que l'absence de maladies ou de troubles mentaux. Il s'agit en fait d'un processus de changement continu par lequel des personnes ayant vécu un problème de santé mentale améliorent globalement leur santé et leur bien-être, mènent une vie autonome et s'évertuent à réaliser leur plein potentiel. »[11] (Pelletier, 2021). Jean-François Pelletier explique que le pair-aidant ne rétablit pas le pair-aidé, c'est lui-même qui se rétablit. Un rétablissement par la pair-aidance. Le rétablissement est personnel et singulier. On ne cherche pas à faire comme le pair-aidant ou comme la « société » voudrait que l'on fasse. Le rôle du pair-aidant est d'accompagner ces changements et d'aider le pair-aidé à retrouver une capacité d'autodéfinition. C'est un processus subjectif, relationnel et existentiel. Le rétablissement concerne une réappropriation de son identité, de son autonomie, de son rôle social, par l'instillation de plus d'espoir et un sens de la vie retrouvé. C'est une reconstruction, une transformation du rapport au symptôme. Pelletier avance aussi une hypothèse intéressante sur la contagion positive de la pair-aidance. Il explique que dans l'histoire de la psychiatrie, la vision classique des relations entre patients est celle d'une contagion négative. Avec la pair-aidance, on crée les conditions d'une contagion positive dans la mesure où, si le pair-aidant a pu se rétablir, alors le pair-aidé le pourrait également. La déstigmatisation, au niveau du regard des autres et du regard que la

[10] Lavirotte, M., « Pair-aidance ou l'entraide de la parité expérientielle », V.S.T., Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution, n°168, 2025, pp. 72.

[11] Pelletier, J.-F., Se rétablir en santé mentale : fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance, Issy-les Moulineaux, Ed. Elsevier Masson, 2021, pp. 2.

personne porte sur elle-même, est aussi un des bienfaits de la pair-aidance. Puisque le pair-aidant lui renvoie l'image d'une personne malade, mais qui n'est pas incapable d'agir, l'auto-stigmatisation est donc réduite. Le pair-aidé n'est pas malade, il devient un sujet vivant une expérience de la maladie. Si la personne est dans une logique de rétablissement, elle ressent moins les effets d'une discrimination, réelle ou imaginaire, dans sa communauté. On se voit différemment, c'est-à-dire capable, et les autres constatent et respectent cet état.

Philippe Pinel a, déjà, de son temps (premier tiers du XIXème siècle), théorisé le premier un certain type de rétablissement, mais ce fut en observant et en se fondant sur l'expérience de Jean-Baptiste Pussin, un ex-patient de Pinel, qui devrait être considéré comme co-fondateur de la psychiatrie moderne. La pair-aidance en santé mentale trouve ici, finalement, son origine lointaine.

En revanche, la pair-aidance fait tout de même peur et les soignants « classiques » la voient parfois d'un mauvais oeil. Doivent-ils craindre une concurrence, alors qu' « elle ne prétend pas remplacer l'expertise médicale, elle vient la compléter efficacement, la réhumaniser souvent et surtout l'interroger. »[12] ? Alors que les savoirs académiques jouent un rôle de discriminateur social et ont tendance à creuser les disparités entre individus, la pair-aidance travaille à l'intégration des groupes sociaux : « Se dessine ainsi un système de soin qui reconnaît que les savoirs ne sont pas seulement objectifs et professionnels, mais également subjectifs et expérientiels. Ces pratiques ouvrent la voie à une autre manière de faire lien, de prendre soin, mais aussi de refaire société. »[13]. Dans une société qui hiérarchise les individus, elle affiche un souci citoyen de prendre d'abord en compte le vécu des gens et d'en faire une valeur de partage. Aussi peut-on reconnaitre que : « La force de la pair-aidance est politique : elle interroge les hiérarchies de savoir, les places de chaque intervenant en santé et les façons de penser les soins. Elle ouvre des brèches dans les logiques descendantes pour y introduire du dialogue horizontal, des reconnaissances mutuelles et la promesse de coopérations nouvelles. »[14] (Hocini et Dallaporta, 05 Octobre 2025). La pair-aidance n'est donc pas là pour remplacer quiconque. Le but est de diversifier l'offre de savoir en se fondant sur une demande de soin qui n'est plus satisfaite par la seule expertise technique.

---

12 Hocini, F. et Dallaporta, B., « La pair-aidance ne prétend pas remplacer l'expertise médicale ; elle la complète, la réhumanise et surtout, elle l'interroge », Le Monde, 5 octobre 2025.

13 Ibid.

14 Ibid.

La pair-aidance n'a pas d'équivalent direct dans les notions fondamentales de la psychanalyse. C'est un champ beaucoup plus pragmatique, clinique, politique et expérientiel. Le but sera donc de construire des ponts théoriques entre les deux dispositifs. Nous n'avons pas trouvé dans nos recherches un document qui exposait les notions fondamentales de la pair-aidance; nous aurions souhaité examiner dans quelle mesure elles pouvaient éventuellement être intégrés, dans la prochaine partie de notre étude, aux notions fondamentales de la psychanalyse. Nous allons devoir créer ces notions en confrontation avec celles de la psychanalyse et utiliser celles que l'on a pu trouver de façon dispersée dans certains textes.

II- Intégration de la pratique de la pair-aidance dans les notions fondamentales de la psychanalyse

C'est la question centrale de ce mémoire : quelles notions fondamentales de la psychanalyse seraient modifiées, déplacées, reconfigurées si l'on intégrait la pair-aidance dans la pratique psychanalytique, c'est-à-dire, pour le cas considéré ici, en co-existence dans la personne même du psychanalyste?

Il est quand même utile de rappeler que les notions fondamentales de la psychanalyse ont beaucoup évolué avec le temps et avec les différents auteurs, il y a des psychanalyses et non une psychanalyse. Tout au long du développement, nous allons opposer certaines conceptions de la psychanalyse classique chez Freud et Lacan à celles qui ont été initiées, par exemple, par Sandor Ferenczi puis reprises par Harold Searles jusqu'à André Green, pour n'en citer que quelques uns.

Le transfert et le contre-transfert seront des notions clés dans cette intégration. Nous allons parler plutôt de *transfert de résonance* et de *contre-transfert d'implication* pour la pair-aidance. En psychanalyse, le moteur du processus est fondé sur l'asymétrie; pour la pair-aidance, c'est plutôt un autre type d'asymétrie, mais où on a ajouté tout de même des éléments de symétrie. Il y a ensuite la neutralité de l'analyste et la règle d'abstinence. La psychanalyse est du côté du non-dévoilé, mais la pair-aidance du côté d'un dévoilement partiel. La position du sujet se trouve bouleversée : en psychanalyse, le sujet est divisé alors qu'en pair-aidance, le sujet est celui de l'expérience, du lien. Se pose alors la question du cadre analytique qui est stable et réglé en psychanalyse, mais parfois informel en pair-aidance. Le savoir se trouve bouleversé aussi : en psychanalyse, c'est le savoir sur l'inconscient de l'analysant; en pair-aidance, un savoir expérientiel. Quant à l'inconscient même, l'une des notions fondamentales

de la psychanalyse s'il en est, la pair-aidance en fait quelque chose d'encore plus incarné. Pour ce qui est du symptôme, il est à déchiffrer en psychanalyse, mais une expérience à partager, source de sens collectif, dans la pair-aidance. Pour la temporalité de la cure, elle sera souvent longue et indéterminée pour la psychanalyse, et rythmée par les crises, les remises en question, les moments de partage pour la pair-aidance. Enfin, si le psychanalyste ne considère pas son patient comme un malade qu'il faut guérir de sa maladie, en revanche la pair-aidance vise toujours le rétablissement du pair; mais comme nous l'avons vu plus haut, ce rétablissement n'est pas une guérison, mais une transformation.

Avant tout, nous soulignons d'emblée une certaine similitude entre psychanalyse et pair-aidance, concernant le statut qu'elles occupent. Les statuts de psychiatre, de psychothérapeute et de psychologue sont encadrés juridiquement en France. La psychanalyse et la pair-aidance occupent une place marginale et hybride, car elles n'ont pas ce statut. Elles se sont développées en marge du système médical positiviste. L'une trouve sa légitimité dans un savoir théorico-clinique sur l'inconscient (la psychanalyse), l'autre (la pair-aidance) tire sa légitimité d'un savoir expérientiel.

A- Le transfert à l'épreuve du psychanalyste pair

Commençons donc par une des trois notions clés de la psychanalyse, le transfert/contre-transfert. Au final, qu'est-ce que le savoir expérientiel de la pair-aidance change chez un psychanalyste et sa relation avec son analysant? Dans la psychanalyse classique, le transfert est le moteur de la cure et est fondé sur l'asymétrie entre analyste et analysant. L'asymétrie est une dissociation structurée des places basée sur des fonctions et des positions différentes dans le dispositif analytique. L'introduction de la pair-aidance apporte plus de symétrie, le psychanalyste pair partageant des éléments communs avec l'analysant. L'expérience vécue apporte plus d'horizontalité à leur relation. Le transfert est une notion clé car elle est transversale à toutes les autres notions de la psychanalyse; beaucoup de celles-ci conditionnant le mécanisme même du transfert, la notion de pair vient bousculer beaucoup d'éléments de la structure. Peut-être devrions-nous revenir sur les définitions de Freud et de Lacan pour analyser si la dimension « pair » change quelque chose à l'existence même du transfert. La première grande définition du transfert est celle de Freud, qu'on retrouve dans *Psychanalyse et médecine* (édition de 1971) : « Le malade répète, sous la forme de cet amour pour l'analyste, des événements psychiques qu'il a déjà une fois vécus – il a transféré sur l'analyste des attitudes psychiques qui étaient déjà prêtes en lui et sont en rapport intime avec sa névrose. Et

il répète aussi sous nos yeux ses réactions de défense d'alors ; il aimerait reproduire, dans ses rapports avec l'analyste, toutes les vicissitudes oubliées de sa vie. Ce qu'il nous montre est ainsi le noyau de son histoire intime, il le reproduit de façon palpable, présente, au lieu de s'en souvenir »[15]. Le concept de pair n'enlève rien à cette définition du transfert. En quoi avoir vécu des situations de détresse semblables empêche-t-il l'analysant de faire cette projection? De plus, quelque définition que l'on considère, ce mécanisme est présent dans beaucoup de moments de la vie quotidienne. On peut, par exemple, projeter sur un ami l'image d'un frère ou d'un parent. On est proche alors de l'horizontalité de la pair-aidance, bien que la pair-aidance ne doive pas être confondue avec l'amitié, évidemment. Relisons deux définitions du transfert proposées par Lacan. Dans l'une « c'est de l'amour qui s'adresse au savoir. »[16] (2001) et dans l'autre « Chaque fois qu'un homme parle à un autre d'une façon authentique et pleine, il y a, au sens propre, transfert, transfert symbolique – il se passe quelque chose qui change la nature des deux êtres en présence »[17] (1954). Ne peut-on y trouver de quoi renforcer notre propos : ce qui rapproche les deux pairs, c'est encore plus d'amour et de savoir. La fraternité dans l'adversité renforce l'amour, et le savoir expérientiel du côté pair de l'analyste renforce le savoir.

Je ne crois donc pas que la dimension *pair* enlève au transfert quelque chose de sa vertu opérationnelle, mais elle peut y ajouter un élément. La notion de transfert/contre-transfert n'est pas univoque. Le contre-transfert n'est pas qu'une simple réaction interne. Dans le cadre d'une communication avec un psychanalyste pair, le maniement du contre-transfert devient réellement impliqué. Et le transfert devient une caisse de résonance du savoir expérientiel du psychanalyste pair. Dans une relation qui serait multidimensionnelle, le problème du transfert dans le cadre d'un psychanalyste pair est plutôt un changement de nature, mais qui s'ajoute au transfert classique. Pour le prendre en compte, il faut introduire deux nouvelles notions : le *transfert de résonance* et le *contre-transfert d'implication*. Le transfert de résonance est une forme de transfert où l'analysant ne projette pas seulement des figures infantiles ou symboliques, mais s'adresse à l'analyste comme à un sujet ayant traversé une expérience structurellement proche. Ce n'est pas un transfert classique sur le savoir ni une simple identification égalisatrice. Il s'agit bien d'un transfert, car il y a les éléments d'amour,

---

[15] Freud, S., Psychanalyse et médecine. Dans Ma vie et la psychanalyse (M. Bonaparte, trad.). Paris, Ed. Gallimard, 1971, pp. 196.

[16] Lacan, J., Autres écrits, Paris, Ed. Du Seuil, 2001, pp. 558.

[17] Lacan, J., Le séminaire, livre I : les écrits techniques de Freud (1953-1954), Paris, Ed. Du Seuil, 1954, pp. 127.

d'adresse, de supposition et d'investissement, mais déplacés du savoir sur l'inconscient vers le savoir sur l'expérience. Le contre-transfert d'implication est, lui, une réaction contre-transférentielle où l'analyste pair est affecté non seulement comme sujet de l'inconscient, mais comme sujet déjà marqué par une expérience analogue à celle de l'analysant, activée par la rencontre. Ce n'est pas une simple empathie : c'est une implication subjective accrue. On pourrait arguer que n'importe quel échange ou contact humain implique une résonance, phénomène d'ailleurs bien connu de l'analyste classique qui est à l'écoute de ce que lui dit l'analysant et élabore des interprétations. Chez le psychanalyste pair, s'ajoute le dévoilement de soi et surtout une implication qui va jusqu'au partage explicite d'expériences et jusqu'à un échange éventuellement. L'interprétation n'en est pas affectée, à moins que lors d'un échange rassurant, l'analysant, dans un élan de confiance (*il est comme moi)* ne se livre davantage et nourrisse le travail d'interprétation. Le maniement de cette résonance-implication par l'analyste interviendra si, à l'évocation par l'analysant de ce qui lui est arrivé, l'analyste perçoit une résonance possible avec un évènement de sa propre expérience. L'analyste va donc décider de s'impliquer, de partager son vécu avec l'analysant, s'il y voit un intérêt thérapeutique: raconter simplement ce qu'il a pu faire dans une situation semblable, déclencher une réflexion de l'analysant sur sa propre situation ou susciter même un espoir chez l'analysant en évoquant l'issue heureuse de cette situation extrêmement problématique. Le psychanalyste pair peut aussi choisir de se taire, si le dévoilement de son expérience risque de donner à la rencontre une atmosphère délétère susceptible de générer découragement ou désespoir. En tout état de cause, ce mécanisme de résonance-implication exclut l'injonction de prendre l'analyste comme modèle ou de se conformer aux attentes de la société. Encore une fois, le psychanalyste pair vise l'autonomie de l'analysant en l'encourageant dans la recherche de sa propre identité.

Nous rapprocher de la définition que Ludovic Desjardins a proposée dans son cours sur le transfert comme étant une de ses créations serait pertinent, parce qu'elle met l'accent sur les différentes places que l'analyste et l'analysant peuvent prendre durant la cure. Cette définition (le transfert, c'est « naviguer entre plusieurs places sans jamais s'y superposer »[18] (Desjardins, 2026)), nous pouvons l'appliquer à la définition même de Lacan si on la retourne : c'est aussi l'analyste qui doit être dans l'amour puisqu'il donne de l'importance à la parole, à la situation de l'analysant et que, finalement, c'est l'analysant qui a le savoir ultime sur lui-même, le

[18] Desjardins, L., Concepts fondamentaux de la psychanalyse II [Support de cours non publié]. Université Paul-Valéry Montpellier 3, 2026.

psychanalyste étant là seulement pour guider, accompagner la prise de conscience de ce savoir. Le problème avec la dimension pair de l'analyste est que, justement, le problème des places se pose éminemment à cet endroit. Faire intervenir une définition différente de l'analyste modifie d'une certaine manière la structure de la relation analyste-analysant, un flou s'installant dans les positions de chacun. Peut-on, dans ce cadre-là, se demander qui est malade ou qui souffre sans miner la co-construction de la cure? Qui est qui?

Beaucoup d'auteurs ont travaillé ce point, qui a connu une évolution depuis la psychanalyse classique. Avec Freud, l'analyste est en position de réserve, de neutralité et d'abstinence. L'analysant, de son côté, parle selon le principe de la libre association, il transfère des éléments de son passé sur l'analyste. L'analyste doit interpréter cette parole, ce récit. Dans cette asymétrie forte, le savoir est du côté de l'analyste. Contre cette situation, certains auteurs vont opter pour plus de souplesse.

B- Quand les places se déplacent

Malgré cette opposition, la psychanalyse porte en elle cette évolution puisque, dès le début, avec Anna O. dans *Études sur l'hystérie* (Freud et Breuer, 1956), Breuer raconte que Anna lui demande de ne pas intervenir, de la laisser parler par associations libres. C'est ce qu'elle appelle « talking cure »[19] ou « chimney sweeping »[20]. Dans ce cas, c'est la patiente qui se trouve à diriger la cure en disant clairement quoi faire à l'analyste? Il y a donc déjà une brèche, acceptée par l'analyste, dans le dispositif, puisque le savoir, dès le départ, se trouve partagé avec le sujet, qui prend l'initiative de proposer une méthode. Ensuite, Freud découvre le transfert, qui est le moteur de la cure et qui met en relief le rôle actif du patient dans l'orientation des séances. Ainsi le patient a-t-il beaucoup de pouvoir dans une cure; elle est bien une rencontre dans le sens où l'analyste, quoi qu'il arrive, doit s'adapter au sujet analysant. Au final, la cure dépend, avant tout, de la manière dont le patient imagine son déroulement et de la réponse que l'analyste apporte à son attente. Dans tous les cas, la rencontre sera singulière et produira des effets singuliers.

La première vraie crise a lieu entre Freud et Sándor Ferenczi. Ce dernier, critiquant la froideur freudienne, va insister sur la relation entre l'analyste et l'analysant et introduit la possibilité d'une implication de l'analyste. Il va mettre en place l'« analyse mutuelle », tendant vers une symétrisation de la relation. Par cette expérience, Ferenczi entend révéler le problème

[19] Freud, S. et Breuer, J., Études sur l'hystérie (A. Berman, trad.), Paris, Ed. des Presses Universitaires de France, 1956, pp. 21.

[20] Ibid., pp. 22.

de l'asymétrie et de la neutralité, qui peuvent prendre des formes violentes ou inadéquates, notamment dans le traitement des traumatismes. C'est une tentative radicale où l'analyste et l'analysant s'analysent mutuellement. Débarrassé de sa neutralité de principe, l'analyste peut parler de lui, de ses affects, de son inconscient. Expérience, disons-nous, qui a réussi sur certains points, mais échoué sur d'autres! S'il y a eu plus de proximité et une meilleure alliance avec des patients traumatisés, que certains patients se sont vus reconnus et moins abandonnés, structurellement la confusion des rôles a entraîné une dépendance accrue du patient, la perte du cadre analytique et une surcharge d'affects pour le psychanalyste. En tout cas, ce qu'aura mis en évidence l'expérience de Ferenczi, ce sont les limites de la neutralité et la nécessité de repenser l'asymétrie. Dans son *Journal Clinique* (1932), il affirme que : « Le meilleur analyste, c'est un patient guéri. Tout autre élève doit : d'abord être rendu malade, ensuite guéri et averti. »[21].

Avec Harold Searles, on touche à une conception proche de celle de Ferenczi, c'est-à-dire que le patient agit sur l'analyste alors que Ferenczi, lui, détruit la structure et tente une réelle symétrie. Searles garde le cadre : l'analyste ne devient pas l'analysant, il reste le thérapeute; mais c'est le patient qui soigne l'analyste. Ainsi, l'asymétrie est respectée, mais sous une forme dynamique. Dans *Le contre-transfert* (1981), Searles fait l'hypothèse suivante : « Parmi les forces innées les plus puissantes qui poussent l'homme vers ses semblables, il y a, dès les premières années de la vie, et même dès les premiers mois, la tendance essentiellement psychothérapeutique. Le tout petit pourcentage de personnes qui consacrent leur vie professionnelle à la pratique de la psychanalyse ou de la psychothérapie ne fait que traduire explicitement un dévouement thérapeutique que partagent tous les êtres humains. »[22]. De ce constat, il tire le diagnostic suivant: « Selon moi, le patient est malade parce que, et dans la mesure où, ses tendances psychothérapeutiques ont subi des vicissitudes telles qu'elles sont devenues excessivement intenses, qu'elles sont restées insatisfaites ou même non reconnues, et que par conséquent s'y sont mêlées des composantes particulièrement fortes de haine, d'envie et de compétition. »[23]. Ces citations suggèrent la possibilité de faire bouger les places même si on aboutit pas à une symétrie totale. Il y a une réciprocité et un point commun, un pont qui relie le thérapeute au patient. Encore une fois Searles parle d'amour. Freud aurait parlé d'Eros.

---

[21] Ferenczi, S., Journal clinique (Janvier-octobre 1932) (S. Achache-Wiznitzer, J. Dupont, S. Hommel, G. Kassaï, F. Samson, P. Sabourin et B. This, trad.), Paris, Ed. Payot, 2014, pp. 223.

[22] Searles, H., Le contre-transfert (B. Bost, trad.), Ed. Gallimard, 1981, pp. 85.

[23] Ibid.

Quelque chose d'universel. Dans le même chapitre, il explique que le lien entre psychanalyste et patient se forge aussi dans la formation même de l'analyste, qui continue à apprendre son métier par les contacts entretenus avec ses patients. Nous rejoignons ainsi la conception globale de la psychanalyse concernant le sujet analysant: pour la psychanalyse, il n'y a pas de maladies ou de troubles psychiques; On a tous des symptômes et des traumatismes. Le lien entre analyste et analysant ne serait pas seulement structurel ou professionnel, il serait également consubstantiel. En outre, dans la pratique, une personne, malade ou pas, peut faire une analyse didactique et devenir psychanalyste. La psychanalyse et la pair-aidance ne sont donc pas situées dans des catégories antinomiques ou contradictoires. Dans cette association, le psychanalyste pair ajoute du lien et de la réciprocité. Pour Searles, « dans sa majeure partie, la littérature psychanalytique part du principe que l'analyste est bien portant et qu'il n'a pas besoin de l'aide psychologique du patient, lequel est malade et a donc, en revanche, besoin de l'aide de l'analyste. »[24]. Cet a priori est remis en cause par l'hypothèse de Searles qui ouvre la voie à la réalité d'un psychanalyste pair.

Jessica Benjamin abonde dans le même sens que Searles, elle critique une vision classique des relations psychiques fondées sur une opposition binaire : celui qui agit versus celui qui subit. Cette conception produit des relations de domination, de contrôle ou de soumission. Ce type de relation se retrouve à la fois dans les relations précoces (mère-enfant) et dans la clinique psychanalytique. Il n'y a pas de véritable reconnaissance mutuelle. Elle explique qu'une relation saine se base sur le fait de reconnaître l'autre comme sujet sans perdre sa propre subjectivité. Elle insiste sur un point important, c'est qu'il faut être en lien sans fusionner, sans abolir les différences. Il faut une reconnaissance médiatisée par un tiers pour que cela fonctionne. « Lacan (…) saw the third as that which keeps the relationship between two persons from collapsing.»[25] (2004), C'est exactement ce que fait le tiers symbolique de la pair-aidance. Il crée plus de lien pour éviter l'effondrement de la relation. André Green va dans le même sens en expliquant que l'espace intermédiaire tiers est important. Cet espace répond à l'écueil de la fusion qui pourrait se produire quand les places bougent.

C- Le contre-transfert : ressentir et s'analyser

Le contre-transfert, pour Freud, se manifeste par des réactions inconscientes de l'analyste au patient, mais c'est surtout un obstacle à maîtriser. L'idée était de protéger l'asymétrie en

[24] Ibid., pp. 87.

[25] Benjamin, J., Beyond doer and done to : Recognition theory, intersubjectivity and the third, New York, Routledge, 2017, pp. 26.

limitant l'implication. Chez Ferenczi, le contre-transfert n'est plus un élément parasite, mais révèle par effet miroir des éléments émotionnels du vécu du patient. Searles, lui, affirme que ce que ressent l'analyste est à analyser et non à supprimer. L'analyste doit accepter ses envies de meurtre, d'amour, de peur, etc. Dans la préface de *La haine dans le contre-transfert* (2014) de Donald W. Winnicott, Sébastien Smirou résume cet ouvrage en ces quelques mots : « si l'analyste ne se donne pas les moyens de reconnaître objectivement - il dira plus tard « professionnellement » - la haine que génèrent en lui les attaques incessantes de ses patients psychotiques ou antisociaux, il ne peut tout bonnement pas leur venir en aide. »[26]. Winnicott lui-même le confirmera d'une autre façon : « Le psychothérapeute (le psychanalyste ou le psychologue analytique jungien) doit rester vulnérable tout en sachant conserver, au cours de ses heures de travail, une attitude professionnelle. »[27]. Continuant dans cette perspective et dans celle de Searles, Winnicott paraît valider le concept de psychanalyste pair *a priori :* « La recherche psychanalytique est peut-être toujours, dans une certaine mesure, une tentative de la part d'un analyste de pousser le travail de sa propre analyse plus loin que n'a pu le faire son analyste à lui. »[28]. Le but même de la pair-aidance est de s'aider en aidant les autres, continuer de se soigner en soignant les autres. De ce point de vue-là, la psychanalyse et la pair-aidance montreraient une convergence d'objectifs. Le risque, au-delà d'une fusion ou confusion des places, est l'*acting out,* c'est-à-dire que l'analyste traduise ses émotions en actes, en comportements, alors que son rôle et sa fonction devraient le limiter à ressentir et à penser. Encore une fois, Green propose l'espace tiers pour contenir le contre-transfert. L'analyste est forcément impliqué dans le cadre analytique, mais il doit transformer cette implication en instrument actif d'investigation des pensées de l'analysant.

D- Vers une asymétrie fonctionnelle non autoritaire

On pourrait croire que le psychanalyste pair aboutit à modifier la relation entre l'analysant et l'analyste et à la transformer en une identification. Ajouter la dimension pair au psychanalyste nous forcerait-il à constater en fin de compte une relation d'égalité ou de symétrie? En conséquence, ce concept serait voué à l'échec comme celui de Ferenczi ou de tout autre psychanalyste qui détruit la structure de la relation initialement établie. Mais je crois que ce point de vue-là omettrait de rappeler que, dans une relation de pair-aidance, le pair-

---

[26] Winnicott, D. W., La haine dans le contre-transfert (J. Kalmanovitch, trad.), Paris, Ed. Payot, 2014, pp. 7.

[27] Ibid., pp. 91.

[28] Ibid., pp. 44.

aidant a un savoir que le pair-aidé ne partage pas avec lui, ce que nous appelons le savoir expérientiel. Même si une fraternité se crée, l'asymétrie n'est pas détruite. Elle subsiste par ce savoir singulier du psychanalyste pair. En outre, l'asymétrie est de fait installée par la fonction même du psychanalyste: c'est lui qui accueille le patient pair-aidé, c'est lui qui a la responsabilité du dispositif et c'est aussi lui qui fixe le cadre (dont nous parlerons plus loin). C'est pourquoi je nommerais la situation relationnelle entre le psychanalyste pair et l'analysant une asymétrie fonctionnelle non autoritaire. Il existe toujours une asymétrie qui se trouve au niveau de la fonction et non de la place, mais qui n'enferme plus l'analysant dans une relation de domination. Ainsi, des personnes atteintes de schizophrénie et de délires de persécution se trouveraient rassurés par ce dispositif en face d'un analyste pair non autoritaire. On tenterait ainsi de désamorcer les potentialités de projection persécutrice envers l'analyste. A vrai dire, on pourrait élargir le raisonnement à tout patient vulnérable et anxieux. Pelletier cite Grégoire Ahongbonon du MOOC Fondements du rétablissement (2019) qui explique : « vous savez, lorsqu'un patient arrive dans l'un de nos centres, quand il découvre que celui qui le reçoit était aussi quelqu'un qui était comme lui, déjà ça lui donne une certaine assurance, une certaine confiance. »[29] (2021). C'est la confiance que beaucoup de patients, en particulier les schizophrènes, ont perdue.

E- Le dévoilement de soi et la question de l'authenticité

Le problème de la neutralité a été posé par Danièle Brun sous la forme d'une question : n'y a-t-il pas « une part de soi dans la vie des autres »[30] (juin 2020)? Le dévoilement de soi (*self-disclosure*), quand on est analyste et quand on parle d'intégrer la pair-aidance à la psychanalyse, est un geste clinique essentiel. Le but de la pair-aidance, entre autres, c'est de pouvoir parler de l'expérience de chacun et surtout, pour le psychanalyste pair, de pouvoir donner en exemple, en discussion ou à la réflexion, sa propre expérience de la maladie. Pourtant, Brun souligne que la question se pose aussi pour n'importe quel autre psychanalyste qui ne serait pas pair. L'introduction au dossier Dévoilement de soi et alliance thérapeutique dans la revue Santé mentale n°249 pose très bien les termes : « Est-il utile pour un soignant de partager son expérience avec un patient? Quand et dans quel but? Accepter de se découvrir, d'apporter une « touche personnelle » peut transformer la relation de soin en une rencontre

[29] Pelletier, J.-F., Se rétablir en santé mentale : fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance. Issy-les-moulineaux, Elsevier Masson, 2021, pp. 10.

[30] Brun, D., « Une part de soi dans la vie des autres », Santé mentale, n°249, Juin 2020, pp. 20.

humaine et rendre opérationnelle la notion d'authenticité. »[31] (juin 2020). Selon Jérôme Favrod et Alexandra Nguyen « Le dévoilement de soi, défini comme les comportements ou les verbalisations qui révèlent une information personnelle du clinicien au patient, rend opérationnelle la notion d'authenticité. »[32] (juin 2020). Ils expliquent que le partage d'expérience « permet de rééquilibrer les places dans la relation thérapeutique. »[33] (juin 2020). On pourrait critiquer une telle technique du maniement de la relation thérapeutique qui la transformerait en une conversation avec un ami. Critique infondée, me semble-t-il, puisque le cadre (la temporalité, la rémunération, etc.) et la fonction restent professionnels et que le dispositif est bien entendu tourné en priorité vers le patient.

Ces constatations sur les techniques thérapeutiques amènent les mêmes auteurs à préciser les composantes d'une alliance thérapeutique : « Définie comme le lien affectif et collaboratif entre un soignant et son patient, cette alliance comprend le plus souvent ces trois volets : le lien entre les deux partenaires et l'accord sur les objectifs thérapeutiques et les tâches orientées vers l'amélioration clinique. »[34] (juin 2020). Pourquoi parlons-nous d'alliance thérapeutique et pourquoi est-ce si important dans cette discussion du pair? C'est parce qu'elle est un prédicteur efficace du succès de l'intervention. Les patients apprécient les signes de bienveillance qui ajoutent plus d'humanité au dispositif un peu froid qu'ils trouvent dans le salon du psychanalyste; c'est un argument à prendre en compte pour valider le concept de psychanalyste pair. La qualité de la communication dans le cadre thérapeutique a d'évidence un impact sur la santé..

Dans l'interaction, le soignant doit alterner des moments où il distille son savoir et des moments où il recherche des informations auprès du patient. Il n'y a pas, à notre connaissance, un modèle qui dicterait un comportement thérapeutique incompatible avec d'autres techniques. La rencontre, qui s'entoure d'un éclectisme maîtrisé, doit utiliser plusieurs techniques, mais sans les amalgamer. Utiliser différentes techniques ne veut pas dire les confondre. La rencontre, effectivement, passe naturellement d'une technique à une autre en fonction de l'objectif de la séance et de la singularité de l'interaction. Parfois l'analyste devra se dévoiler, parfois il devra faire de la psychoéducation, parfois il devra rester dans une écoute active,

---

31 Introduction au dossier : « dévoilement et alliance thérapeutique », Santé mentale, n°249, Juin 2020, pp. 21.

32 Favrod, J. et Nguyen, A., « Le dévoilement de soi du clinicien », Santé mentale, n°249, Juin 2020, pp. 23.

33 Ibid.

34 Ibid., pp. 24.

parfois il fera des interprétations, etc. Au final, on ne soigne pas une épistémologie, mais un être humain dans sa totalité, sa complexité, son côté singulier et son côté universel.

Le dévoilement de l'analyste réduit en partie l'asymétrie de la relation. L'analysant n'est plus seulement face à quelqu'un qui semble ne jamais avoir connu de difficultés psychiques. Il rencontre une personne qui a pu aussi traverser certaines épreuves. Cette proximité peut favoriser la confiance, car le patient ne se sent plus placé d'emblée dans une position d'infériorité psychique. La fragilité de l'analyste n'apparaît plus comme un obstacle à la pratique, mais comme un élément humain susceptible de renforcer le lien entre les deux sujets.

Le même article, cité plus haut, de Favrod et Nguyen mentionne au moins deux types de dévoilement différents : un type accidentel et/ou involontaire et un type délibéré et maîtrisé. Un dévoilement accidentel et/ou involontaire survient, par exemple, lorsque le patient est témoin d'une conversation entre deux soignants, ou lorsque le soignant montre des émotions en réaction au récit du patient, ou bien encore lorsque le soignant répond au téléphone lors d'une rencontre et dévoile ses difficultés conjugales. Comme exemple de dévoilement volontaire, citons le cas d'un soignant racontant comment il a fait pour surmonter une situation délicate similaire à celle du patient; ou lorsqu'un autre soignant normalise la situation vécue par le soigné en lui faisant part d'une situation similaire qu'il a lui-même vécue**,** ou bien encore lorsque le soignant partage sa difficulté à prendre quotidiennement un traitement lourd, le soigné pouvant alors questionner sa propre observance. La normalisation, en agissant sur la honte ou l'embarras du patient, réduit l'autostigmatisation et la stigmatisation générale, puisque l'atténuation de l'autostigmatisation va donner plus de volonté d'autonomie, et donc d'autonomie réelle, changeant ainsi le regard des autres sur cette personne. Le dévoilement sort la personne de sa condition ressentie de « monstre ». Il ne faut pas sous-estimer ces questions de stigmatisation car « Les études soulignent que les opinions stigmatisantes des patients sont semblables à celles de la population générale, et les conduisent à éviter de demander de l'aide par crainte d'être étiquetés et rejetés. »[35]

Le dévoilement, sans doute partiel, du psychanalyste, sortant de la *neutralité bienveillante*, lieu commun du cadre psychanalytique, modifierait-il les attitudes psychologiques de l'analysant et de l'analyste ainsi que l'enjeu même de la rencontre? On en douterait d'autant mieux qu'il s'agit là d'un cadre professionnel où la fonction et les rôles sont au départ clairement distribués dans ce type de communication. Et pourtant, d'après Favrod et Nguyen :

35 Nguyen, A., Frobert, L., Pellet, J. et Favrod, J., « Le dévoilement de soi et empowerment », Santé mentale, n°249, Juin 2020, pp. 28.

« Non seulement les rôles et les fonctions ne semblent pas affectés par la communication d'informations personnelles, mais les données montrent que la qualité de la relation thérapeutique est jugée meilleure par les professionnelles et les patients, car cette communication réduit les asymétries et favorise le partenariat. »[36] Les écarts dus aux statuts et aux rôles sont réduits au profit d'une relation plus égalitaire favorisant davantage les identifications. On retrouve cet effet sur la qualité de la relation thérapeutique avec des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères[37] (Ljungberg, Denhov et Topor, 2015). Mais malgré ces études et données, il n'existe pas de consensus sur le sujet, encore moins en psychanalyse et encore moins quand on fusionne ces éléments de la pair-aidance dans une seule personne : le « psychanalyste pair ».

En outre, la relation thérapeutique étant une rencontre, l'issue thérapeutique du dévoilement, comme pour tous les enjeux que nous abordons dans notre étude, vient, en tout cas en partie, de la personnalité du psychanalyste. Deux analystes peuvent avoir la même orientation théorique, le même cadre, les mêmes règles formelles et pourtant produire des expériences de relation totalement différentes. Il y aurait des variations significatives dans la capacité d'empathie, la rigidité, le besoin de contrôle, l'histoire psychique, etc. Michael Balint écrivait que : « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même. »[38] (1960).

Au reste, ne pourrait-on pas aussi prétendre que la neutralité, l'abstinence sont impossibles puisqu'il y aura toujours du non-verbal qui ressort de la relation et qui trahit le plus neutre et abstinent des psychanalystes? Ensuite, comme nous l'avons vu plus haut, le psychanalyste ne pourra jamais éviter les dévoilements accidentels et/ou involontaires. Donc, la relation psychanalytique se déroule aussi comme une communication entre deux personnes ordinaires : comment ne pas se dévoiler? Jean-Bertrand Pontalis a relevé ce paradoxe dans son livre *Fenêtres* (2000) : pour beaucoup de psychanalystes, il faut « ne rien révéler, ne rien trahir de soi, comme si on ne révélait rien en se dissimulant »[39].

---

[36] Favrod, J. et Nguyen, A., « Le dévoilement de soi du clinicien »Santé mentale, n°249, Juin 2020, pp. 26.

[37] Ljungberg, A., Denhov, A. et Topor, A., « The art of helpful relationships with professionals : a meta-ethnography ,of the perspective of persons with severe mental illness », Psychiatric Quarterly, vol. 86 *n°*4, 2015, pp. 471-495.

[38] Balint, M., Le médecin, son malade et la maladie (J.-P. Valabrega, trad.), Paris, Ed. Payot, 1960, pp. 9.

[39] Pontalis, J.-B., Fenêtres*,* Paris, Ed. Gallimard, 2000, pp. 82.

Searles (1979), dans son livre, fait une revue de littérature sur notre sujet. Il cite, entre autres, l'article d'Erwin Singer *The patient aids the analyst: some clinical and theoretical observations* (1971), qui remet en cause le modèle classique d'une psychanalyse à sens unique, où l'analyste aide l'analysant sans échange possible des rôles. Selon lui, l'analyste doit se révéler de façon authentique pour favoriser le processus thérapeutique en étant un partenaire humain réel, pas seulement un miroir. L'anonymat favorise la destructivité du patient dans le transfert, mais ne stimule pas les capacités constructives. Il empêcherait souvent le patient d'exprimer ses forces. Singer raconte que devant s'absenter longuement lui-même en raison de la maladie grave de sa femme, il hésita à l'annoncer à ses patients, puis se décida finalement à le leur révéler. Leurs réactions furent étonnantes: compassion sincère, volonté d'aider, mobilisation de leurs compétences réelles, etc. Chaque patient manifesta son désir d'aider à travers son fonctionnement névrotique propre, mais transformé en réaction positive. Convoquant la pensée d'Erich Fromm, Singer parle des traits pathologiques comme étant des potentiels déformés. Pour lui, à la racine d'une psychopathologie chez un individu, il y a un sentiment d'inutilité de son existence, et il retrouve ce sentiment dans la cure. Searles ne le suit pas totalement sur ce terrain: même s'il révèle lui-même assez facilement les sentiments et fantasmes qui lui viennent pendant la séance, il ne va pas jusqu'à faire des confidences sur sa vie personnelle à ses patients. Il ajoute que Singer lui-même, conscient des limites de ce dévoilement, insiste sur la nécessité d'une analyse rigoureuse du contre-transfert.

Parmi les auteurs dont les ouvrages font l'objet d'un compte rendu de Searles figurent Marie Coleman Nelson et ses collaborateurs pour le livre *Roles and Paradigms in Psychotherapy* (1968). Ceux-ci proposent d'utiliser ce qu'ils appellent des paradigmes incarnés dans des jeux de rôle de façon systématique. Les paradigmes sont des exemples donnés par l'analyste qui permettent au patient de comprendre ses propres processus intrapsychiques ou la situation interpersonnelle de sa vie passée et présente. Cette technique serait particulièrement utile pour des patients *borderline* ou psychotiques. La technique du jeu de rôle pour éclairer le processus du contre-transfert illustre bien que l'inventivité des psychanalystes est capable depuis longtemps de troubler l'espace traditionnellement balisé de la cure.

Pour conclure sa réflexion sur cette question du dévoilement et de la mobilité des places en analyse, Searles résume ainsi son sentiment : « j'estime que la position analytique classique,

qui contient un élément d'illusion dans le sens où l'analyste n'est absolument pas une personne réelle pour le patient, est tout simplement insuffisante. »[40] (1981).

William Meissner dans *The problem of self-disclosure in psychoanalysis* (2002) nous aide à y voir plus clair sur la validité du dévoilement de soi du psychanalyste. Il maintient avec d'autres auteurs que le dévoilement peut avoir des effets thérapeutiques. Ces effets reposent sur le fait que l'analyste est humanisé, le patient le voit comme une personne réelle. Le fait que l'analyste ait lui aussi traversé certaines difficultés peut renforcer la confiance du patient. Celui-ci aurait davantage le sentiment d'être compris et reconnu dans ce qu'il vit, car la validation de son expérience par l'analyste a ainsi été facilitée. À l'inverse, une asymétrie trop importante crée parfois de la distance, un sentiment d'abandon, de l'incompréhension ou de la frustration. Certains patients ont besoin de sentir qu'ils ont en face d'eux quelqu'un capable de comprendre concrètement ce qu'ils traversent. C'est particulièrement vrai pour certaines psychoses, les borderline, les traumatismes ou encore certains troubles narcissiques, où une position trop distante risque d'être vécue comme un rejet.

Tous les avantages d'une modification du dispositif thérapeutique, notamment en ce qui concerne l'asymétrie de la relation et le dévoilement partiel du psychanalyste, ne font pourtant pas l'unanimité chez les praticiens. Le dévoilement perturberait le transfert; un analyste trop « réel » ne fonctionnerait plus comme support des projections du patient. Si l'association libre, le fantasme et l'élaboration inconsciente sont brouillés, il peut se produire une fermeture de l'espace psychique, une nouvelle confusion des places. Certains dévoilements pourraient aussi servir le narcissisme de l'analyste plutôt que les besoins du patient, Le dévoilement peut masquer une réelle asymétrie. Un risque de suggestion est toujours à craindre. Avec certaines structures cliniques, il pourrait se produire une désorganisation des limites. L'analyste devient avec le dévoilement un objet réel alors qu'il doit représenter une fonction. Le dévoilement peut également limiter une partie du travail transférentiel. Si l'analyste devient trop réel aux yeux de l'analysant, certaines projections, certains fantasmes ou certaines élaborations inconscientes risquent de perdre de leur intensité. L'accès à certains contenus psychiques s'en trouverait alors réduit. Enfin, un dévoilement excessif modifierait profondément la nature de la relation thérapeutique. À partir d'un certain point, il ne s'agirait plus véritablement de psychanalyse, mais davantage d'une relation de pair-aidance.

[40] Searles, H., Le contre-transfert (B. Bost, trad.), Paris, Ed. Gallimard, 1981, pp. 187.

Néanmoins, affirmons d'emblée que la neutralité et l'abstinence sont des concepts qui n'existent pas dans la réalité de la cure; il y a forcément une forme de dévoilement qui humanise aussi la relation thérapeutique. Pour certains patients, un analyste totalement opaque peut devenir persécuteur ou rallumer les angoisses, le dévoilement peut amener un minimum de sécurité psychique, tout comme le savoir expérientiel de l'analyste une confiance dans la relation et donc une meilleure alliance thérapeutique. Le dévoilement peut rendre conscient le contre-transfert, ce qui le rend plus facile à manier, comme chez Searles. Le silence peut aussi être vécu comme une domination ou une violence. Certaines pathologies où le patient souffre d'une forte carence affective ont besoin de plus de réciprocité pour générer plus de liens. La posture classique peut être vue comme non authentique, le dévoilement comme sincère. Le dévoilement ouvre la voie à des modèles thérapeutiques plus horizontaux comme l'*Open Dialogue*, la psychothérapie institutionnelle, les approches intersubjectives et la pair-aidance, donc au psychothérapeute pair.

À vrai dire, au lieu de se demander s'il faut se dévoiler, la question devrait être : sous quelles conditions doit-on se dévoiler? qui se dévoile? à quel moment, pourquoi, dans quelle structure clinique, au service de quoi, avec quelles conséquences transférentielles, etc.?

F- Du sujet divisé au sujet de l'expérience

En psychanalyse, on ne conçoit pas le sujet comme transparent à lui-même. Freud et Lacan considèrent qu'il est divisé par l'inconscient; le « je » conscient ne maîtrise pas ce qui le détermine. En pair-aidance, le sujet n'est plus d'abord celui d'un conflit psychique à interpréter, mais celui d'une expérience vécue reconnue comme légitime. Dans le cas de la psychanalyse classique, il n'y a qu'une seule adresse et qu'un sens. L'analyste est là pour recevoir la libre association de l'analysant. Dans la pair-aidance, le sujet est celui d'un vécu partagé. Il y a donc par nature un va-et-vient entre l'analyste et l'analysant, qui ouvre d'ailleurs la porte à la mobilité des places dont nous avons parlé plus haut. Ces deux conceptions du sujet ne nous semblent pas aboutir nécessairement à une impasse pratique.

G- Le cadre bousculé

Le cadre analytique est souvent mentionné comme le seul élément du dispositif psychanalytique qui devrait rester immuable. Mais si l'on en croit Pontalis (2000), ce cadre est souvent beaucoup trop rigide chez certains analystes, qui auraient quelque appréhension de bouger ne serait-ce qu'un objet dans leur cabinet de peur de perturber le cadre! Pontalis clarifie la discussion et les enjeux quand il propose de : « Ne pas confondre l'exigence

analytique - ce qui permet que l'analyse soit opérante, que se délimite un « champ opératoire » - avec la rigidité opérationnelle. »[41] (2000). Mais il est vrai, et je le sais de par mon expérience de pair-aidance en ligne, que le cadre peut devenir très informel. L'une de mes pair-aidées, Indiana, m'a fait comprendre qu'elle appréciait ce cadre qui lui convenait par son absence de rigidité. Si le psychanalyste pair garde, en dernier lieu, le contrôle du cadre, celui-ci devrait être adapté à chaque personne; il devrait y avoir une négociation au préalable. C'est encore Indiana qui m'a dit que « cela ne la dérangeait pas » que je boive un café pendant la rencontre, alors que je m'y refusais, par respect pour elle et pour ne pas bousculer -malgré tout- le cadre traditionnel,. Pour tenir compte de cette tonalité particulière du dispositif d'analyse, dorénavant, le mot « séance », à la connotation un peu solennelle, pourrait être remplacé par le mot « rencontre ». Ce terme décrit plus exactement la communication que nous essayons de définir entre l'analyste et l'analysant.

H- Un savoir sur l'inconscient complété par un savoir sur l'expérience

Au pluriel, les *savoirs* distinguent la différenciation opérée entre des connaissances acquises sur des modalités différentes. L'analyste a un savoir sur l'inconscient de l'analysant, d'une autre nature et d'une autre origine que son savoir académique ou son savoir clinique. L'intervention de la pair-aidance dans le cadre psychanalytique nous amène à nous interroger sur ce qu'il est convenu d'appeler le *savoir expérientiel* du pair-aidant. Ce savoir, peut-on le transmettre et comment? Tout être humain étant constitué d'une part singulière et unique et d'une part d'universalité, il y aura forcément dans l'expérience de l'un quelque chose à transmettre à l'autre. En fait, ces savoirs sont complémentaires et contribuent à définir la qualité et l'originalité d'une prise en charge et des soins dans le domaine de la santé mentale.

I- Un inconscient réellement incarné

Notion centrale en psychanalyse, l'inconscient ne fait pas l'objet de la même attention par la pair-aidance. Alors que l'inconscient traite plutôt de la représentation, la pair-aidance met en circulation des contenus psychiques plus incarnés dans le vécu. Là où la psychanalyse cherche à interpréter ce contenu, la pair-aidance le reconnaît et le partage. Là aussi les éléments sont complémentaires. Même si, effectivement, le contenu psychique est toujours d'une certaine manière incarné, il l'est à un autre degré pour la pair-aidance. Encore une fois, je ne vois pas d'incompatibilité dans ce rapport.

---

[41] Pontalis, J.-B., Fenêtres*, Paris,* Ed. Gallimard, 2000, pp. 81.

J- Une conception du symptôme équivalente

Autre notion centrale en psychanalyse, le symptôme est quelque chose qui a du sens et qu'il faut déchiffrer; il ne s'agit pas seulement de le faire disparaître. Il s'agit, pour l'analysant, de trouver et dire sa vérité. La pair-aidance et la psychanalyse pourront trouver les bases communes d'une méthode, si nous tirons profit de cette remarque de Pelletier : « Selon Socrate, alors qu'en médecine la maïeutique désigne l'art de l'accouchement, en philosophie elle consiste en effet à faire « accoucher » les esprits, à leur faire « enfanter » la vérité. (…) Par le biais de questionnements, l'esprit du pair-aidé questionné parvient à trouver en lui-même les solutions, ce qui renforce son sentiment de compétence et d'estime de soi. »[42] (2021). Il y a donc une logique qui a fondamentalement le même objectif: accoucher de sa vérité. Et dans ce cas précis, d'aller plus loin dans la recherche de son identité. Dans certaines approches du rétablissement, le symptôme est vu comme une expérience que l'on doit réinscrire dans une histoire de vie. Ne peut-on pas faire un lien avec l'idée lacanienne de l'identification aux symptômes?

K- Une temporalité compatible

La question de la temporalité doit s'apprécier en fonction des exigences de la psychanalyse, qui réclame un temps long, au rythme plus ou moins régulier des séances ou des rencontres. La pair-aidance s'adapte d'ordinaire au rythme des crises, des rechutes, intervenant à la demande, quelquefois comme mesure de première urgence; elle n'a pas à gérer une stratégie, elle accompagne l'évolution de l'individu. On pourrait dire que la pair-aidance pourrait se plier d'autant plus facilement aux rythmes successifs d'une cure qu'elle est elle-même dépourvue d'a priori théoriques ou techniques qui constitueraient des obstacles à la cure, alors qu'elle en comporte déjà un certain nombre. *A posteriori*, entre la pair-aidance, qui se met en place et joue souvent sur du très long terme, et une analyse, qui peut également se scinder en différentes périodes, il est sans doute possible d'harmoniser les phases d'intervention.

L- Un but similaire

En dernier lieu, la psychanalyse ne cherche pas forcément la guérison; elle cherche la modification du rapport au désir, le déplacement de la jouissance et le « savoir y faire » avec son symptôme, comme le dirait Lacan. La pair-aidance, nous l'avons vu, cherche le rétablissement, mais, comme l'explique Pelletier : « On a ainsi tort de penser que le

[42] Pelletier, J.-F., Se rétablir en santé mentale : fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2021, pp. 46.

rétablissement et la guérison sont plus ou moins synonymes, bien qu'il soit bien sûr possible que pour un même individu son rétablissement signifie qu'il y a moins de symptômes ou qu'ils sont moins envahissants. »[43] (2021). Il y a donc une similitude : dans les deux cas, on ne cherche pas la disparition du symptôme.

M- Les autres notions de la pair-aidance

Nous avons fait le tour des grandes notions que l'on pouvait comparer, plus ou moins, deux à deux, mais d'autres notions de la pair-aidance me semble intéressantes à examiner. Une des notions fortes de la pair-aidance est celle de l'espoir, c'est-à-dire que le pair-aidant amène à la connaissance du pair-aidé le fait qu'il peut, lui aussi, s'en sortir et que c'est une issue crédible. Pelletier affirme: « S'il n'y avait qu'un seul mot à choisir pour résumer ce que peut représenter le rétablissement, ce serait le mot « espoir »[44] (2021). Ce sentiment n'est pas contradictoire avec les notions fondamentales de la psychanalyse ni avec la décision de commencer une cure. Le début d'une cure suscite l'espoir de quelque chose. Au-delà de seulement « savoir y faire avec son symptôme », il y aurait l'espoir de se connaître mieux et donc de savoir ce que l'on veut faire de notre vie; le réaliser nous apportera plus de confiance, moins de stress et d'angoisse. De manière générale, on peut aller mieux. L'espoir peut, effectivement, être compatible avec la psychanalyse.

Une autre de ces notions qui désignent un enjeu majeur de la pair-aidance est celle d'*empowerment*, c'est-à-dire l'objectif de redonner au pair-aidé du pouvoir d'agir, une volonté et un désir de sortir de la passivité psychiatrique, de redevenir sujet. « La quête de sens (…) permet aux personnes concernées de reprendre du pouvoir sur leur vie en formulant « leur » histoire, en en devenant l'éditeur, ce qui renforce la confiance en soi et le sentiment d'efficacité. »[45] (2021). Devenir le narrateur du récit de sa vie, tel est également un des résultats espérés de la cure. L'empowerment, c'est une manière de répondre à l'injonction de Carl Jung formulée dans *Aïon : Études sur la phénoménologie du Soi* publié en 1951 : « The psychological rule says that when an inner situation is not made conscious, it happens outside, as fate. »[46].

---

[43]Ibid., pp. 13.

[44] Ibid.

[45] Ibid., pp. 68.

[46] Jung, C.G., Aïon : études sur la phénoménologie du Soi, NewJersey, Princeton University Press, 2013, pp.71.

Par son approche, telle que nous tentons de la préciser, qui ne s'accommode pas de la rigidité ou de la contrainte, le psychanalyste pair pourrait-il générer une forme de dépendance à la cure? Ce serait oublier que l'objectif d'une cure est d'amener l'analysant à trouver sa voie vers une émancipation à l'égard de l'analyste. Or, le but de la pair-aidance est justement l'autonomie. Le pair-aidant n'est pas là pour fusionner avec le patient, mais, à partir des éléments dévoilés par l'analyste dans sa propre vie, pour permettre au contraire à l'analysant d'en tirer des points de réflexion pour la sienne. Le but, c'est que l'analysant, dans sa quête d'identité, trouve sa propre voie. Ces enjeux restent les mêmes avec un psychanalyste pair, avec un surcroît attendu de réciprocité et d'identification.

Dans les valeurs nécessaires à un véritable échange dans les métiers de la psychologie, l'empathie et le respect sont généralement admis comme composants essentiels. La dimension pair renforce ces sentiments. Magali Lavirotte insiste justement sur la qualité particulière du lien créé par la pair-aidance **:** « Le partage expérientiel permet ainsi une horizontalité de relation, une empathie et un respect mutuel; les individus sont unis par leurs vécus. »[47] (2025).

N- Une amélioration de l'alliance thérapeutique

Pour résumer, nous avons vu que les études soulignent le rôle constructif de la pair-aidance dans le renforcement et la qualité de l'alliance thérapeutique, notamment pour des pathologies psychiatriques sévères. Certes, les études effectuées sur ce sujet ne prennent pas en compte le concept de psychanalyste pair — c'est-à-dire une intégration des deux dispositifs dans une seule personne —. Notre proposition va résolument dans le sens d'un plus solide et meilleur lien entre analyste et analysant, donc dans le projet de donner à l'alliance thérapeutique plus de dynamisme et d'efficacité.

L'histoire du terme *alliance thérapeutique* en psychanalyse suit la même évolution que les notions examinées plus haut. Même si l'expression, sous cette forme, n'apparaît pas chez Freud, la qualité de la relation thérapeutique a toujours fait l'objet de sa plus grande attention et, dans cet objectif, un souci primordial de l'analyste est « d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien »[48] (Freud, 1989). Plus tard, de façon théorique, la psychanalyse est restée divisée sur son statut par rapport au transfert. On est passé d'une conception classique de l'alliance thérapeutique en psychanalyse à une conception plus

[47] Lavirotte, M., « Pair-aidance ou l'entraide de la parité expérientielle », V.S.T., Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution, n°168, 2025, pp. 74.

[48] Freud S., « Le début du traitement », La technique psychanalytique, Paris, Presses Universitaires de France, 1989, pp. 99.

moderne, qui sépare cette alliance du transfert en montrant qu'il s'agit, entre autres, de processus différents n'intervenant pas au même moment de la cure.

En dépit des discussions théoriques dont elle fait l'objet, l'alliance thérapeutique est restée une notion centrale pour évaluer l'efficacité d'une psychanalyse. Des études récentes ont apprécié son rôle essentiel dans le dispositif analytique. « L'intérêt pragmatique et clinique pour l'alliance thérapeutique est toujours là, comme en témoignent à la fois les études d'auteurs récents tels ceux de Lausanne, ou encore les travaux d'un concept assez proche, celui d'empathie. »[49] (Bioy et al., 2012). La conclusion de l'article est claire : « l'alliance thérapeutique a maintenant fait la preuve de son intérêt »[50] ou, plus loin : « De nombreuses études ont montré son importance cruciale et son intérêt pour la prédiction des résultats thérapeutiques pour différentes formes de psychothérapies (psychanalytiques individuelles et de groupe, comportementales, cognitives, pharmacothérapies) »[51]. L'Alliance thérapeutique est donc une notion centrale pour évaluer l'efficacité de la psychanalyse. Nous pouvons dire par extension, même si nous n'avons aucune étude sur le sujet, cette notion de psychanalyste pair étant tout de même exploratoire, que la dimension pair du psychanalyste renforcerait le lien et la collaboration au sein de l'alliance thérapeutique, contribuant à l'issue positive de l'analyse.

O- Pour clore la discussion …

L'intégration des caractéristiques de la pair-aidance dans la personne du psychanalyste — à ce niveau-là, l'hypothèse de départ pourrait être validée, dans l'attente d'études précises — nous a permis de concevoir un dispositif qui semblerait augmenter le lien analyste - analysant. Mais nous avons rappelé les limites mentionnées plus haut. Le fonctionnement avec un psychanalyste pair doit garder comme notion centrale l'asymétrie fonctionnelle non autoritaire, pour ne pas tomber dans une simple relation amicale. En outre, nous pensons rejoindre une vision plus moderne de la psychanalyse avec André Green, pour qui la cure-type freudienne, conçue d'abord pour les névroses, traitait mal les autres troubles psychiques sévères La clinique contemporaine, celle des psychoses, des troubles de la personnalité borderline, des bipolarités, des troubles narcissiques, etc. a besoin de nouveaux outils pour s'adapter. Il explique dans *La pensée clinique* (2002) que « La psychanalyse, aujourd'hui, pose le problème des modifications et des variations des tableaux cliniques sur lesquels l'œuvre de

[49] Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K. et Bachelart, M., « Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik », L'évolution psychiatrique, n°77, 2012, pp. 349.

[50] Ibid.

[51] Ibid., pp. 343.

Freud s'est édifiée, poursuivie par celle de ses successeurs qui ont introduit des approches différentes des siennes – et souvent différentes entre elles – apportant des innovations dans la manière de comprendre le discours des patients et de lui donner des réponses ignorées de Freud. »[52]. Notre proposition de psychanalyste pair pourrait concerner les psychoses et être déclinée selon d'autres modalités pour d'autres pathologies, notamment les troubles borderline. Green affirme que : « la fréquence des cas où l'analyste est obligé d'accepter des variations de la technique et le volume sans cesse croissant de la psychothérapie psychanalytique rendent une redéfinition des rapports cadre-rêve nécessaires. »[53].

P- L'apport général à la psychanalyse du concept de psychanalyste pair

En considérant cette notion de psychanalyste pair, on objectera évidemment sa portée très limitée puisqu'elle ne s'adresse sans doute qu'à un nombre réduit de psychanalystes qui ont pu être concernés par des troubles psychiques personnels. À cela, je répondrai que le concept en lui-même va mettre en lumière, souligner, entériner ou pousser plus loin des concepts qui, soit existaient déjà soit étaient en germe dans la pensée actuelle. Ce concept poursuit la réflexion sur l'autorité clinique en confirmant le besoin de dé-hiérarchiser la relation analyste/analysant tout en gardant une certaine structure. Il pousse l'analyste à plus de dévoilement de soi et à un maniement maîtrisé de l'expérience vécue dans le cadre d'une relation thérapeutique. Il constitue une aide dans la recherche de solutions à des troubles sévères, comme la psychose, que la psychanalyse hésitait à prendre en charge, en modifiant le cadre de communication et en acceptant une approche intégrative. Enfin, et nous développerons cette idée plus loin, on peut extrapoler un modèle de société qui serait une société d'« aidance », où la pair-aidance aurait une place de choix comme brique élémentaire.

III) Vignettes cliniques issues de la ma pratique de la pair-aidance

Je voudrais, dans cette partie, faire état de trois vignettes cliniques : une qui vient de mes lectures et deux de ma pratique de pair-aidance en santé mentale en ligne. Pour ces deux derniers, j'exposerai les cas, et j'analyserai leurs réponses respectives à un entretien semi-directif qu'ils ont accepté sur le thème de la pair-aidance et du psychanalyste pair.

---

[52] Green, A., La pensée clinique, Paris, Ed. Odile jacob, 2002, pp. 13

[53] Ibid., pp. 28.

A- Octave J.

La première vignette évoque une situation racontée par Corentin Barrier, éducateur spécialisé, ancien moniteur à La Chesnaie. Il explique qu'il est invité par Octave, un patient de l'hôpital de jour, à une raclette chez lui. Tout se passe très bien. Il affirme qu'il apprécie Octave et que, dans cette situation, il a pu faire quelque chose du contre-transfert qu'il ressentait envers le patient. Il explique : « Je ne peux pas faire fi de mes sentiments, de ce que je ressens. »[54] (2025). Cette vignette ne concerne pas la relation en psychanalyse, nous en sommes même loin, mais montre jusqu'où pourrait aller la proximité avec le patient. Si nous forçons un peu le trait avec cette anecdote, c'est pour faire apparaître que le psychanalyste pair ne suggère rien de tel. L'éducateur avoue lui-même qu'il n'aurait sans doute pas accepté une telle invitation d'une autre personne ni dans une autre institution. Travaillant à la clinique de La Chesnaie, qui est clairement une clinique influencée par la psychothérapie institutionnelle, Barrier explique qu'il a « été accompagné par l'institution pour faire exister ce transfert et contre-transfert. »[55].

B- Monsieur Z.

Monsieur Z. a eu une expérience assez tardive avec les soins et les psychothérapies. . A l'âge de 45 ans, il a appris qu'il souffrait d'une bipolarité de type 1, caractérisée surtout par de la manie. Il pense l'avoir en réalité depuis l'âge de vingt ans. Elle s'est déclarée par une bouffée délirante sous drogues (cannabis) avec de la logorrhée et de grosses dépenses financières; il a vidé ses comptes en banque. Il est donc allé consulter une psychiatre qui l'a diagnostiqué borderline au départ, puis, deux semaines après, bipolaire. Son frère avait été diagnostiqué bipolaire un ou deux ans avant lui. La psychiatre lui a prescrit du Dépakote, ce qui a fait baisser sa manie au bout d'un mois. Sa maladie a connu une rémission pendant trois ans, mais est revenue lorsqu'il a changé de travail. Il est donc retourné chez cette psychiatre, qui lui a signifié qu'elle ne faisait pas de psychothérapie et qu'il fallait qu'il trouve un psychologue. C'est ainsi que Monsieur Z. m'a rencontré sur le réseau social TikTok, où je faisais de l'accompagnement de pair-aidance et un podcast qui propose des outils thérapeutiques et culturels pour accompagner les personnes atteintes de psychose vers leur

---

54 Barrier, C., « Le terreau de la co-soignance », V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution, n°168, 2025, pp. 23.

55 Ibid.

rétablissement. Comme je l'ai dit en introduction, j'ai été atteint, très jeune, d'un trouble schizo-affectif. Monsieur Z. va aimer mon podcast et me demandera de l'accompagner.

Il raconte que notre rencontre fut simple et originale (sur TikTok), nos échanges fluides, et que c'était pour lui un bon complément aux soins du psychiatre qui lui prescrivait exclusivement des médicaments. Relatant ce que lui a apporté la pair-aidance, il évoque le fait que la personne en charge a une connaissance de ce qu'il a vécu et ressenti lui-même de l'intérieur et semble manifester plus d'empathie et de proximité qu'un médecin effectuant un suivi normal. Cette relation l'aide, dit-il, il n'a pas eu de rechute depuis la prise en soin. Il explique qu'il y a un partage d'expérience (même si les maladies ne sont pas exactement les mêmes), que l'on ne retrouve pas avec des psychologues/psychanalystes avec qui l'échange ne peut être réciproque. En outre, il est conscient que l'échange aide aussi le pair-aidant lui-même à pousser son propre rétablissement le plus loin possible.

Monsieur Z. voit, tout de même, trois limites à la pair-aidance. Premièrement, le pair-aidant pourrait tomber malade facilement, en tout cas plus facilement qu'un psychologue ou un psychanalyste *normal*. Deuxièmement, la limite de l'exercice serait atteinte si le pair-aidant projetait sa maladie sur celle de l'autre, c'est-à-dire s'il faisait des rapprochements ou des ponts qui n'ont pas lieu d'être. Troisièmement, le problème serait éventuellement un problème d'objectivité de la part du pair aidant. Personnellement, je comprends les limites dont parle Monsieur Z. Et je crois qu'elles sont valables non pas par leur nature, mais par le fait qu'elle sont encore plus pertinentes pour un pair-aidant que pour un psychologue/psychanalyste *normal*. Que le pair-aidant puisse tomber malade facilement vaut aussi pour un psychologue ou un psychanalyste *normal*. Il peut très bien tomber en dépression, en burn-out ou décompenser à 30 ou 40 ans d'une bipolarité ou d'un trouble borderline, comme cela arrive à beaucoup de personnes. Il y a effectivement plus de chances que cela se produise avec un pair. Quant aux projections possibles d'une maladie à l'autre ou au manque d'objectivité, c'est un peu le même problème. Chacun voit les choses à travers son prisme déformant, et tous les psychologues/psychanalystes doivent se demander à un moment donné si leur vision de leur patient est objective. Il s'agit là des écueils que doit éviter n'importe quel thérapeute. La probabilité est seulement plus forte pour les pair-aidants.

Je soumets donc le concept de psychanalyste pair à Monsieur Z. pour connaître sa réflexion sur le sujet. L'apport de la pair-aidance à la psychanalyse, explique-t-il, est qu'elle met en jeu dans la relation analytique des pair-aidants qui se sont, plus que d'autres, analysées eux-mêmes et se connaissent mieux que les autres. Pour lui, le psychanalyste pair, c'est une

nouvelle génération qui ne s'appuie pas seulement sur les connaissances académiques, mais aussi sur leur expérience de la maladie.

Pour finir, Monsieur Z. dit ne pas avoir de point de comparaison avec un autre psychologue/psychanalyste. On peut éventuellement penser que Monsieur Z. aurait eu peut-être plus de limites et moins de points positifs à souligner s'il avait connu un psychologue/ psychanalyste. Par contre, il affirme être satisfait de l'accompagnement et explique que c'est un phénomène qui s'étend de plus en plus.

C- Indiana

Il y avait longtemps qu'Indiana cherchait un suivi psychologique, mais trouver la bonne personne lui semblait trop compliqué et, étant donné ses troubles mentaux, ce qui lui paraissait trop compliqué la stressait, l'angoissait, la mettait dans tous ses états. Ce fut donc par hasard qu'elle tomba sur mes vidéos publiées sur TikTok, qui lui ont plu. Nous avons donc commencé nos rencontres. Une de ses premières questions était qu'elle voulait savoir pourquoi elle rencontrait toujours des personnes atteintes d'un trouble psychologique, sachant qu'elle avait également des troubles, tout en ignorant leur nature. Elle se disait donc qu'elle attirait des personnes soit neuro-atypiques soit présentant de « gros soucis psychologiques » (ainsi qu'elle l'exprime) parce qu'elle avait elle-même des difficultés de ce coté-là. Elle raconte qu'au début, elle ne savait pas trop où elle s'aventurait. Au fur et à mesure, dit-elle, nous avons compris certains de ses problèmes psychologiques. De son côté, elle a fait un bilan neuropsychologique qui a diagnostiqué un trouble de la personnalité borderline et un TDAH. Comme elle ne livre pas facilement ses sentiments aux nouvelles personnes, elle était embarrassée. Mais, peu à peu, elle s'est détendue et tout s'est bien déroulé. Mon expérience d'une maladie semblable l'a rassurée et lui a donné de l'espoir. C'était la preuve que l'on pouvait s'en sortir, avec des efforts. Cette expérience commune d'un trouble psychique l'a poussée aux confidences, alors que parfois on a peur de tout dire. Sans doute le fait d'avoir évoqué mes problèmes d'enfance et mes propres fantasmes a-t-il libéré sa propre parole et lui a-t-il permis d'avancer dans son accompagnement.

Indiana manifeste une adhésion plus entière que Monsieur Z, car elle ne relève pour le moment aucune limite à imposer à ce type de rencontre en pair-aidance. Il est évident que son jugement et ses réponses ont pu être influencés parce que les question émanaient de moi, le pair-aidant. Elle voit d'un bon œil l'intégration de la pair-aidance dans la psychanalyse sous la forme du psychanalyste pair. Elle donne l'exemple d'une de ses amies, musulmane, qui après

des pensées suicidaires, est allée voir un « psy » (selon ses mots) musulman, parce que ce qu'elle voulait faire et ce qu'elle était étaient en contradiction avec ses convictions religieuses. Indiana raconte que l'entretien avec un « psy » de la même religion lui a fait beaucoup de bien. Certes, il ne s'agit pas ici d'un pair au sens où nous l'entendons dans notre étude. Il est, dans cette histoire, religieux et, dans mon concept, psychopathologique. Mais elle souligne et met en lumière le fait que les patients aiment bien parler à leurs semblables et qu'ils y trouvent une réassurance, une envie de se livrer accrue. Indiana pense que ce dispositif du psychanalyste pair devrait être proposé, sous des formes diverses peut-être, à tous les patients. Elle ajoute à la toute fin de l'entretien, comme Monsieur Z., que dans le type d'échanges institué par le psychanalyste pair, pair-aidé et pair-aidant s'épaulent mutuellement. C'est encore le phénomène de contagion que nous avons évoqué dans la première partie de ce mémoire. Une contagion positive.

IV- Mise en perspective des résultats de cette recherche pour une application possible à la psychose

En élaborant le concept de psychanalyste pair, j'envisageais déjà de le placer dans une perspective de traitement des psychopathologies, notamment des psychoses. J'ai dit en introduction que le psychanalyste pair évitait aux analysants de courir à droite, à gauche pour trouver un soin convenable. Ceci est d'autant plus vrai pour les psychoses. J'aimerais intégrer ce concept à d'autres approches comme la psychothérapie institutionnelle et l'Open Dialogue finlandais pour essayer d'aller plus loin encore dans le soin des personnes atteintes de psychoses. Et, pour finir, j'aimerais pousser cette logique jusqu'à la proposition d'un modèle de société fondée sur l'aidance.

A- Le psychanalyste pair un nouveau dispositif pour la psychose

Comme je l'ai déjà dit, la psychanalyse a aussi évolué avec de nouvelles formes cliniques comme la psychose, le trouble borderline, la bipolarité, etc. C'est pour cela qu'il faut, comme le dit Green, créer des outils qui s'adaptent à ces différentes formes. La psychose est un objectif premier. Nous avons vu qu'une des objections que l'on pourrait faire au dispositif du psychanalyste pair est la sur-identification de l'analyste à l'analysant. Searles, qui a beaucoup travaillé avec les psychotiques justement, craint plutôt une sous-identification : « Une part de la difficulté propre à la psychothérapie des schizophrènes réside dans la sous-identification du thérapeute au patient. Il y a relativement peu d'internes en psychiatrie, par exemple, qui

parviennent à s'identifier suffisamment aux schizophrènes […] on a trop tendance dans le milieu psychiatrique à prendre pour un fou le thérapeute qui éprouve ce genre de phénomène d'identification. La plupart des internes en psychiatrie craindraient plutôt de faire part de telles expériences à leur contrôleur, par exemple. »[56] Le mot *suffisamment* doit nous interpeller. Dans le traitement des psychoses, le maniement maîtrisé de l'identification et la conscience d'une limite à respecter doivent guider le thérapeute. Seule une identification partielle et temporaire, forme d'empathie nécessaire pour traiter un cas humain, est un mécanisme souhaitable chez le médecin-psychothérapeute. La position de Searles rejoint l'attitude professionnelle attendue d'un psychanalyste pair face à ses patients: une écoute bienveillante et non une adhésion émotionnelle incontrôlée.

Cette réflexion trouve un écho dans l'article de Nicolas Guérin *Transfert psychotique et demande de contrôle* (2017). L'auteur rappelle qu'à contrario des névroses, le sujet psychotique ne suppose aucun savoir à l'analyste dans un premier temps, mais vient tout de même faire une demande à l'analyste dans un deuxième. Il est moins dans une demande d'interprétation parce qu'il *est* l'interprétateur.. Le délire est lui-même une activité interprétative. Le sujet psychotique se vit comme objet de l'Autre et non pas le contraire. « Le transfert est donc transfert de l'Autre vers le sujet, soit sous sa forme positive (érotomanie), soit sous sa forme négative (persécution). »[57] « Il y a donc ici deux transferts et deux analystes en présence. »[58]. Guérin ajoute ceci de très important : « il est courant aussi qu'il [le sujet psychotique] souhaite trouver un clinicien qui ne soit pas trop silencieux et qui lui pose des questions »[59]. C'est un article intéressant puisqu'il vient valider le besoin de changement de techniques ou d'outils cliniques pour de nouvelles pathologies telles que la psychose.

B- Le psychanalyste pair en institution : la psychothérapie institutionnelle et l'Open Dialogue

1- La psychothérapie institutionnelle

Le concept de psychanalyste pair est une proposition destinée à étoffer le cadre de soins pour les psychoses, mais, en même temps et dans le même but, à être intégrée dans un ensemble plus vaste que le rapport interindividuel, c'est-à-dire dans l'institution. La

---

[56] Searles, H., Le contre-transfert (B. Bost, trad.), Paris, Ed. Gallimard, 1981, pp. 198

[57] Guérin, N., « Transfert Psychotique et demande de contrôle », Essaim, vol. *38 n°*1, 2017, pp. 11.

[58] Ibid., pp. 16.

[59] Ibid., pp. 12.

psychothérapie institutionnelle, historiquement liée à la psychanalyse, a été pensée surtout pour les psychoses, notamment la schizophrénie. C'est un mouvement hybride: à la fois psychiatrique, psychanalytique, politique et institutionnel. Selon Pierre Delion, pour Oury, la « folie est consubstantielle à l'homme »[60], et elle touche les institutions qu'il crée et leur fonctionnement (Préface dans L*e collectif : le séminaire de Saint-Anne*, 2005). La psychothérapie institutionnelle naît à la fin de la Seconde Guerre mondiale avec François Tosquelles et Jean Oury à la clinique de La Borde à partir d'un constat : l'institution elle-même rendait le patient plus malade, il fallait donc soigner l'institution autant que le malade. La psychothérapie institutionnelle refuse de traiter la psychose comme un déficit biologique. Contrairement à la psychanalyse classique, elle considère que les psychotiques ont des transferts multiples, disséminés (*dissociés* est le terme exact) dans des lieux, objets, groupes, etc.

Selon Oury, la psychose nécessite un collectif soignant plus qu'un face-à-face. C'est dans ce type d'institutions, à notre avis, que le psychanalyste pair devrait opérer en priorité, même si l'on pourrait le retrouver dans des cabinets privés. Avec une même logique d'horizontalité, la psychothérapie institutionnelle me semble un cadre adapté pour le psychanalyste pair. Loarer (2025) explique d'ailleurs que le terme de co-soignance, dont nous avons parlé plus haut, est un terme utilisé à la clinique de La Chesnaie, mais qui ne se retrouve pas en tant que tel dans le corpus de la psychothérapie institutionnelle. C'est plutôt une abréviation orale et locale du concept d'Oury de « fonction soignante partagée ». « Le concept insiste sur le potentiel thérapeutique maintes fois constaté et vérifié des interactions entre pensionnaires, en reconnaissant la contribution thérapeutique non négligeable des patients dans le parcours de soins les uns des autres »[61]. L'asymétrie, dont nous avons déjà nuancé les effets positifs entre soignants et soignés, est dans ce cas atténuée.

Pour Tosquelles, la maladie est avant tout signe de nos conduites sociales insuffisantes : notre agir, notre parler et notre vivre ensemble. Chaque pas qu'un patient fera pour guérir un autre patient le guérira lui-même à son tour. Cette organisation institutionnelle cherche donc, comme le psychanalyste pair, à combattre les horreurs de l'homo hierarchicus. Le but de la psychiatrie, comme le dit Tosquelles, dans *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (2009) « reste dans tous les cas celui de la facilitation du processus d'humanisation occasionnellement

60 Delion, P., Préface de Le collectif : le séminaire de saint-Anne, Nîmes, Ed. Champ social, 2005, pp.8.

61 Loarer, G., « Petite revue de littérature », V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution, n°168, 2025, pp. 14.

en échec chez « nos » malades quels que soient les facteurs causaux. »[62]. Tosquelles ajoute que l'on doit pouvoir faire confiance au patient. Je complèterais, selon la pair-aidance, en soutenant qu'il doit aussi avoir confiance dans le soignant. Tosquelles affirme qu' « il faut (…) soigner l'institution et son organisation. »[63]. Avec Oury, il met en relief l'importance du collectif. Le psychanalyste pair s'inscrit très bien, je le pense en tout cas, dans cette organisation institutionnelle.

Cependant, le collectif, pour Oury, ne doit pas écraser la singularité des patients même si elle prend des aspects asociaux. Certains critiqueront cette approche et rappelleront la nécessité des contraintes collectives dans une institution. Comment s'exercerait la psychanalyse dans un cadre envahi par des explosions de colère ou de violence au milieu de patients agités, sans hygiène individuelle? Oury leur répondrait que la psychose n'enlève pas son humanité au patient, à qui il faut continuer de parler pour maintenir les conditions minimales qui lui permettent d'exister parmi les autres. La cure ici n'est pas là pour être une cure type sur un divan. Il ne faut pas réduire la personne à ses symptômes et éviter la réification asilaire. Oury pense que c'est précisément là qu'il faut une position analytique sinon la contention ou l'exclusion ne sont que de la gestion.

Dans la première partie de notre mémoire, nous avons cité l'identification comme un mécanisme positif dans la pair-aidance et dans la cure, amplifié par la dimension pair du psychanalyste, favorisant la reconstruction du sujet. Oury, dans *Le Collectif : le Séminaire de Saint-Anne* (2005), explique que l'identification peut être problématique seulement si l'analyse en reste là. C'est un début à l'analyse, un passage obligé qui doit être dépassé pour que le patient ne tombe pas dans la dépendance du psychanalyste et une autre forme d'aliénation. La psychothérapie institutionnelle pousse à une « complicité permanente, collective »[64], incluant même le « chef » qui n'est pas très éloigné de ceux qui sont « commandés. » Oury écrit que l' « on sait bien que pour qu'un système de commandement puisse être efficace, il ne faut pas trop de différence de qualité entre le « commandé » et le « commandant». Si le commandant est d'un niveau trop supérieur ou d'une qualité trop différente, il a beau s'agiter, ça ne commandera rien du tout. »[65]. Bien entendu, cette situation où la hiérarchie des fonctions n'est

---

62 Tosquelles, F., Le travail thérapeutique en psychiatrie. Toulouse, Ed. Érès, 2009, pp. 38.

63 Ibid., pp. 156.

64 Oury, J., Le Collectif. Le Séminaire de Saint-Anne*,* Nîmes, Ed. Champ social, 2005, pp. 112.

65 Ibid., pp. 128.

pas prédominante convient à l'intégration d'un psychanalyste pair dans le rôle que nous avons défini plus haut. Cela ne signifie pas la dilution de toute autorité au bénéfice d'une relation confuse et inefficace au plan thérapeutique.

La psychothérapie institutionnelle n'a pas réellement fait l'objet d'études quantitatives standardisées. Son efficacité est plutôt soutenue par une longue tradition clinique, des études naturalistes et l'expérience historique de nombreuses institutions psychiatriques prenant en soin des personnes atteintes de psychose. Les effets positifs soulignés sont la diminution de la chronicité, le maintien du lien social, une meilleure autonomie et la prévention d'une certaine ségrégation psychiatrique.

2- L'Open Dialogue

Le psychanalyste pair peut aussi s'articuler avec l'Open Dialogue finlandais. C'est une approche finlandaise de Laponie occidentale qui vise à traiter les psychoses aiguës à travers le dialogue, le réseau social du patient et la participation active du patient, de sa famille, de ses proches et des professionnels. L'idée centrale est que la psychose est une expérience qui doit trouver des mots et être élaborées collectivement dans un espace dialogique. L'article de Seikula et Olson *The open-dialogue approach to acute psychosis : its poetics and micropolitics* (2003) dit précisément : « The therapeutic aim is to develop a common verbal language for the experiences that otherwise remain embodied within the person's psychotic speech and private, inner voices and hallucinatory signs. »[66]. Il y a trois principes fondamentaux. Le premier est que selon les auteurs, il ne faut pas agir trop rapidement pour ne pas interrompre la résolution naturelle du processus. Le deuxième est le dialogisme qui est basé sur des questions ouvertes posées par le thérapeute, l'écoute plutôt que l'interprétation, mais tout cela pour rétablir une parole commune, permettre au sujet de retrouver une place d'auteur dans sa vie. Le but n'est pas de trouver une vérité cachée, mais de construire ensemble un langage qui permet de penser la souffrance. Le troisième est que toutes les voix (patient, famille, proches, professionnels) sont légitimes et ont leur place dans ce processus. Mais ce n'est pas forcément dans ces règles de base que se trouve l'intérêt de cette approche. Là où l'Open Dialogue peut réellement apporter quelque chose, c'est au niveau de l'organisation pratique. Tout tourne autour de la réunion thérapeutique. La réunion est organisée dans les vingt-quatre heures suivant le premier contact. Elle se fait souvent au domicile avec la participation de tous les proches importants. Les décisions sont prises devant

66 Seikkula, J., « The open-dialogue approach to acute psychosis : its poetics and micropolitics », Family Process, Vol. 42 *n°*3, 2003, pp. 409.

tout le monde. Il n'y a pas de réunions secrètes des professionnels (ce qui rassure les personnes avec des délires de persécution.). La même équipe est maintenue tout au long du suivi. L'article conclut en expliquant que : « The open dialogue approach is a way of resisting the experience of « pathology ». It builds instead a « transformative dialogue » within a social network. »[67]. La logique est la même entre psychanalyste pair, psychothérapie institutionnelle et Open Dialogue. Elle est d'éviter, d'après cette citation, une pathologisation de l'expérience en amenant plus d'horizontalité et de dialogue, donc moins de hiérarchie dans l'organisation du soin.

Dans l'article de Freeman et al. (2019), les auteurs concluent que l'approche est prometteuse. Plusieurs études montrent des effets positifs, mais le niveau de preuve reste faible, car peu d'études randomisées contrôlées ont été faites. Une objection existe, que nous trouvons tout à fait fondée: la Laponie est, en effet, caractérisée par un contexte social peu stressant (population faible, cohésion communautaire forte, réseaux familiaux plus stables et plus accessibles, moindre anonymat social, etc.). L'exportation de ce modèle dans d'autres cultures, vers des contextes urbains plus vastes et plus denses, ne pourrait être réalisée sans une évidente adaptation.

C- L'organisation sociale autour de la pair-aidance : la société d'aidance

Nous sommes donc passés avec ce concept de psychanalyste pair d'un niveau individuel à un niveau institutionnel et nous allons maintenant passer, pour finir, à un niveau plutôt sociétal sans parler , forcément, de politique en soi. Ce concept révèle la dimension thérapeutique du savoir expérientiel. L'expérience n'est plus seulement un objet à analyser mais une ressource thérapeutique. Plus rien ne justifie donc que le savoir expérientiel soit réservé à une profession particulière. On le retrouve déjà dans la pair-aidance, dans la co-soignance, dans les groupes d'entraide mutuelle, dans la psychothérapie institutionnelle et dans l'Open Dialogue. Le soin devient une fonction distribuée entre plusieurs sujets.

Deleuze et Guattari critiquent dans L*'Anti-Œdipe* (1972/1973) les systèmes qui concentrent le pouvoir, la parole, le savoir et la légitimité : « Quoi qu'en pensent certains révolutionnaires, le désir est dans son essence révolutionnaire - le désir, pas la fête ! - et aucune société ne peut supporter une position de désir vrai sans que ses structures d'exploitation, d'asservissement et de hiérarchie ne soient compromises. »[68]. Ils cherchent à

[67] Ibid., pp. 416.

[68] Deleuze, G. et Guattari, F., L'Anti-Œdipe., Paris, Ed. de Minuit, 1972, pp. 141.

penser des organisations fondées sur les multiplicités, les connexions, les agencements et les réseaux. Dans *Mille Plateaux* (1980)*,* les deux auteurs développent le Rhizome, déjà proposé quelques années auparavant, un modèle d'organisation où on ne trouve pas de centre qui distribue le savoir à la périphérie, mais des connexions dans tous les sens. Ils expliquent que « n'importe quel point d'un rhizome peut être connecté avec n'importe quel autre, et doit l'être. »[69] Quand il s'agit de la pair-aidance, le savoir thérapeutique ne circule plus de l'expert vers le patient, mais entre une multiplicité d'acteurs. Dans ce même ouvrage, les auteurs proposent aussi l'agencement collectif d'énonciations, c'est-à-dire que la parole n'est plus le fait d'un individu isolé; le soin devient une production collective. Les auteurs offrent ainsi, dans les premières années de son essor mondial, une description philosophique du réseau Internet :« À ces systèmes centrés, les auteurs opposent des systèmes acentrés, réseaux d'automates finis, où la communication se fait d'un voisin à un voisin quelconque, où les tiges ou canaux ne préexistent pas, où les individus sont tous interchangeables, se définissent seulement par un état à tel moment, de telle façon que les opérations locales se coordonnent et que le résultat final global se synchronise indépendamment d'une instance centrale. »[70]

À mon tour, dans cette même orientation, j'aimerais imaginer modestement l'esquisse d'un modèle d'organisation sociale, compte tenu de l'extrême tension actuelle du climat social, politique et international. La guerre, qui se joue tous les jours, des uns contre les autres finira probablement en confrontation violente suivie peut-être par un renouveau. Dans la perspective de ce renouveau ne pourrait-on inscrire ce concept de société d'aidance? Ce serait une organisation collective basée sur le concept de pair-aidance, dans laquelle l'aide, l'écoute, la transmission d'expérience et le soutien mutuel spontané seraient reconnus comme des ressources sociales fondamentales et distribuées dans la société plutôt que concentrées dans des institutions spécialisées. L'aide devra être répartie à tous les niveaux, pas juste dans certaines institutions. La valeur fondamentale de cette société serait l'aide. Elle favoriserait le lien, les solidarités et toutes les formes de coopération. Une aide sans hiérarchie, mais qui garderait une structure pour éviter le délitement. Le principe structurel en serait l'asymétrie fonctionnelle non hiérarchique dont nous avons parlé en deuxième partie. La pair-aidance serait la brique fondamentale de cette société. Deleuze et Guattari fournissent, selon moi, un contenant pertinent au contenu que serait la société d'aidance. Dans une époque marquée par

---

69 Deleuze, G. et Guattari, F., Mille plateaux*,* Paris, Ed. De Minuit, 1980, pp. 13.

70 Ibid., pp. 26.

l'isolement, la fragmentation des parcours de soins et la montée des souffrances psychiques, cette société ne constitue pas tant une utopie qu'une nécessité.

Conclusion

A l'origine de ce mémoire, il y avait deux questions : celle de la compatibilité de la psychanalyse et de la pair-aidance qui sont deux pratiques *a priori* irréconciliables et celle de la validité du concept, proposé ici, de psychanalyste pair, c'est-à-dire un analyste et un pair-aidant intégrés dans la même personne. Mon implication personnelle est assumée, non comme témoignage autobiographique, mais comme point de départ d'une interrogation théorique et clinique.

L'analyse de la possibilité d'intégration de la dimension pair dans les notions fondamentales de la psychanalyse, notamment de la psychanalyse classique, a montré que cette notion est compatible avec le cadre analytique. Cependant l'incorporation du savoir expérientiel provoque des déplacements importants. Le psychanalyste ne détient plus seulement le savoir théorique ou le savoir supposé par l'analysant, il est porteur d'une expérience vécue. Ce déplacement permet une relation différente où la proximité entre analyste et analysant ne supprime pas l'asymétrie, mais change sa nature.

C'est dans cette perspective que j'ai proposé la notion d'asymétrie fonctionnelle non-autoritaire. Le psychanalyste ne devient pas le semblable exact de l'analysant et il garde sa fonction clinique. Il reste responsable du cadre, du processus thérapeutique et de la conduite de la cure. Mais l'expérience commune du trouble psychique introduit un élément de réciprocité qui va atténuer grandement les effets dominants ou persécuteurs d'une asymétrie trop rigide. Le pouvoir thérapeutique est donc fondé sur une reconnaissance mutuelle plutôt que sur la distance ou la neutralité.

La lecture des travaux de Ferenczi, Searles, Winnicott, Benjamin, Singer, Pontalis et Green a montré que cette orientation n'est pas étrangère à l'histoire de la psychanalyse. Depuis longtemps, des auteurs ont remis en question la figure du psychanalyste opaque. Il y a une évolution progressive de la pensée psychanalytique vers des notions plus relationnelles et intersubjectives. Les preuves de cette évolution se trouvent dans les débats autour du contre-transfert, du dévoilement de soi, de la reconnaissance de soi, de la mobilité des places. Le psychanalyste pair n'est pas en rupture complète avec la psychanalyse, des origines jusqu'à nos jours; il peut être compris comme un prolongement contemporain de ses tendances les

plus ouvertes. Le psychanalyste pair reste un outil inédit et pas encore mis à l'épreuve. Pourtant, son intérêt ne se limite pas aux personnes rétablies d'un trouble ni aux analysants qui vont souhaiter faire partie de ce type de dispositif, mais aussi, me semble-t-il, il s'étend plus généralement à la psychanalyse, puisqu'il souligne, entérine, pousse plus loin, en les accentuant, des concepts qui existaient déjà.

Cette réflexion révèle un autre enjeu lorsqu'elle est appliquée aux psychoses. Les personnes atteintes de psychose ont souvent des problèmes dans leur rapport à l'autorité, à la confiance, à la reconnaissance et au lien social. Les modèles thérapeutiques comme la psychothérapie institutionnelle et l'Open Dialogue sont fondés sur une meilleure circulation de la parole, des relations diversifiées au-delà de l'unique dialogue avec le thérapeute et d'une atténuation de la rigueur hiérarchique. Leur objectif n'est pas de supprimer les fonctions de chacun, mais d'éviter qu'elles deviennent trop rigides. Le concept de psychanalyste pair, dans cette optique, pourrait être complémentaire. Il permettrait de renforcer l'alliance thérapeutique, de lutter contre la stigmatisation et de montrer concrètement qu'un chemin de rétablissement reste possible.

Cette hypothèse doit être considérée avec prudence. Il peut y avoir une confusion des places, une fusion, de l'acting out, une identification excessive ou une perturbation du transfert. Le savoir expérientiel ne peut pas remplacer dans tous les cas la formation clinique ni la proximité se substituer à la fonction analytique.

Cependant, cette réflexion a l'ambition de s'aventurer plus loin que la seule dimension clinique, elle interroge la place du savoir expérientiel dans nos institutions et notre société. La pair-aidance en santé mentale a déjà montré que l'expérience d'un trouble psychique peut être une ressource pour autrui. La co-soignance a montré que l'aide pouvait circuler entre patients, entre soignants et soignés, et vice versa. Les approches institutionnelles ont démontré qu'un processus thérapeutique pouvait sortir d'un collectif plutôt que d'une seule figure d'expertise. Ces évolutions ouvre la voie vers une autre manière d'envisager le soin.

Dans cette perspective, les travaux de Deleuze et Guattari ont produit des concepts qui permettent de critiquer les organisations trop hiérarchisées et conduisent à imaginer des formes plus souples de coopération entre les individus. Au lieu de considérer que le savoir doit toujours descendre d'un expert vers une personne passive, ils invitent à penser des dispositifs où plusieurs savoirs peuvent coexister et se compléter. Cette réflexion rejoint, en partie, celle sur la pair-aidance qui reconnaît une valeur au savoir expérientiel au même titre qu'au savoir théorique ou clinique. Le savoir expérientiel du pair, le savoir clinique du thérapeute, le savoir

de la famille, du collectif ou du groupe peuvent être envisagés comme des éléments complémentaires d'un même agencement.

Le psychanalyste pair est, dans cette optique, une figure clinique autant qu'un acteur d'une nouvelle société d'aidance. Cette société ne serait pas fondée sur l'effacement des différences ni sur une symétrie illusoire entre individus, mais elle reconnaîtrait que chacun tout au long de son existence pourrait changer de place : on pourrait être aidant à un moment et aidé à un autre. Elle accorderait une même valeur au savoir expérientiel et aux savoirs académiques.

Ainsi le psychanalyste pair n'est ni une monstruosité théorique ni une simple fusion entre deux pratiques existantes, il est une tentative de penser autrement la relation analytique. Le raisonnement montre qu'il serait un outil de lien, donc un outil qui augmente l'alliance thérapeutique, elle-même reconnue comme source d'amélioration thérapeutique.

D'autres recherches ou études pourraient être faites à partir de ce même thème. Tout d'abord, il faudrait pouvoir valider empiriquement les effets de ce concept. Il faudrait évaluer le dispositif auprès des analysants eux-mêmes. On pourrait aussi élargir cette réflexion à d'autres troubles que les psychoses, comme les troubles borderline, les troubles bipolaires, les troubles liés aux traumatismes, etc. Il faudrait aussi voir comment le psychanalyste pair s'inscrirait concrètement dans une institution influencée par la psychothérapie institutionnelle, l'Open Dialogue. Une explication détaillée de l'organisation possible de la société d'aidance serait aussi un projet intéressant. Pour finir, je pense, personnellement, étant moi-même dans une perspective intégrative, que l'on pourrait élargir ce concept à la psychothérapie de manière générale. Le nouveau concept serait le psychothérapeute pair. Il intégrerait dans la même personne l'analyste, le pair-aidant et le psychothérapeute. Par psychothérapie, je veux parler de la TCC, la thérapie systémique, etc. Je pense réellement que ce dispositif peut aider les personnes atteintes de troubles lourds à aller plus loin dans leur rétablissement et que l'adaptation de l'analyste à la personne soignée est la clé d'un meilleur soin.

Bibliographie

Balint, M. (1960). *Le médecin, son malade et la maladie* (J.-P. Valabrega, Trad.). Paris: Payot.

Barrier, C. (2025). Le terreau de la co-soignance. *V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution,* (168).

Benjamin, J. (2017). *Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third*. NewYork: Routledge.

Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K. et Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'évolution psychiatrique*, (77), 342-351. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.003

Brun, D. (Juin 2020). Une part de soi dans la vie des autres. *Santé mentale*, (249), 20.

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). (2023, 18 décembre). *Pair-aidance en santé mentale : repères nationaux et internationaux* [Communiqué]. *Santé Mentale*. https://www.santementale.fr/2023/12/pair-aidance-reperes-et-etat-des-lieux/

Collectif. (2026). *Co-soignance et pratiques solidaires en institution*. *V.S.T - Vie sociale et traitements*, (168). Éres.

Deleuze, G. et Guattari, F. (1972). *L'Anti-Œdipe*. Paris: Minuit.

Deleuze, G. et Guattari, F. (1980). *Mille plateaux*. Paris: Minuit

Delion, P. (2005). *Préface de Le collectif : le séminaire de saint-Anne.* Nîmes: Champ social.

Desjardins, L. (2026). *Concepts fondamentaux de la psychanalyse II.* [Support de cours non publié]. Université Paul-Valérie Montpellier III.

Eiguer, A. (2013). *Le tiers : psychanalyse de l'intersubjectivité*. Paris: Dunod.

Favrod, J., et Nguyen, A. (Juin 2020). Le dévoilement de soi du clinicien. *Santé mentale*, (249), 22-27. ERDP+1

Ferenczi, S. (2014). *Journal clinique (Janvier-octobre 1932) (S. Achache-Wiznitzer, J. Dupont, S. Hommel, G. Kassaï, F. Samson, P.* Sabourin et B. This, trad.). Paris: Payot.

Freeman,D., Taylor, K.M., Molodynski, A. et Waite, F. (2019). Treatable clinical intervention targets for patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 211, 44-50. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.016

Freud, S. (1971). *Psychanalyse et médecine*. Dans *Ma vie et la psychanalyse* (M. Bonaparte, trad.). Paris: Gallimard.

Freud S. (1989). *« Le début du traitement », La technique psychanalytique.* Paris: Presses Universitaires de France.

Freud, S. et Breuer, J. (1956). *Études sur l'hystérie* (A. Berman, trad.). Paris: Presses universitaires de France.

Green, A. (2002). *La pensée clinique*. Paris: Odile jacob.

Guérin, N. (2017). Transfert Psychotique et demande de contrôle. *Essaim*, *38*(1), https://www.doi.org/10.3917/ess.038.0007

Haute Autorité de Santé. (2025). La pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales : note de cadrage. Recommandation de bonne pratique. HAS.

Hocini, F. et Dallaporta, B. (2025, 5 octobre). « La pair-aidance ne prétend pas remplacer l'expertise médicale; elle la complète, la réhumanise et surtout, elle l'interroge ». *Le Monde.* https://www.lemonde.fr/idees/article/2025/10/05/la-pair-aidance-ne-pretend-pas-remplacer-l-expertise--medicale-elle-la-complete-rehumanise-et-surtout-elle-l-interroge_6644586_3232.html

Jung, C.G. (2013). *Aïon : études sur la phénoménologie du Soi*. NewJersey: Princeton University Press.

Lacan, J. (1954). *Le séminaire, livre I : les écrits techniques de Freud (1953-1954)*. Paris: Seuil.

Lacan, J. (2001). *Autres écrits*. Paris : Seuil.

Lavirotte, M. (2025). Pair-aidance ou l'entraide de la parité expérientielle. *V.S.T., Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution,* (168).

Ljungberg, A., Denhov, A. et Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals : a meta-ethnography ,of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly*, *86*(4), 471-495. https://www.doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5

Loarer, G. (2025). Petite revue de littérature. *V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution,* (168).

Meissner, W. W. (2002). The problem of self-disclosure in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *50*(3), 827-67, https://doi.org/10.1177/00030651020500031501

Nguyen, A., Frobert, L., Pellet, J. et Favrod, J. (Juin 2020). Le dévoilement de soi et empowerment. *Santé mentale*, (249), 28-32.

Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble*. Organisation mondiale de la Santé. https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240050860

Oury, J. (2005). *Le collectif. La séminaire de Saint-Anne*. Nîmes: Champ social.

Pelletier, J.-F. (2021). *Se rétablir en santé mentale : fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Pontalis, J.-B. (2000). *Fenêtres*. Paris : Gallimard

Queffelec, A. et Rousselet, L. (2025). Enquête sur la co-soignance. *V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution,* (168).

Roelandt, J.-L., Vinet, M.-A., Delissen, S., Askevis-Leherpeux F. et Chevreul, K. (2023). Impact of follow-up by peer support workers on mental health service users' global functioning and self-stigmatisation. *L'Encéphale*, *50*(8), 416-420. https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.08.011

Sanz, H. S., Prouvez, V., Loarer, G. et Mie, E. (2025). *V.S.T. Vie sociale et traitements : Co-soignance et pratiques solidaires en institution*, (168).

Searles, H. (1981). *Le contre-transfert* (B. Bost, trad.). Paris: Gallimard.

Seikkula, J. (2003). The open-dialogue approach to acute psychosis : its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403–418. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x

Singer, E. (1971). The patient aids the analyst : some clinical and theoretical observations. Dans B. Landis et E.S. Tauber (Eds.), *In the Name of Life : Essays in Honor of Eric Fromm* (pp. 56-68). New York: Holt, Rinehart and Winston.

Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Toulouse: Érès.

Winnicott, D. W. (2014). *La haine dans le contre-transfert* (J. Kalmanovitch, trad.). Paris: Payot.