

Quelles sont les limites des nouveaux courants en santé mentale ?

Le cas de la santé mentale communautaire et de l'empowerment

Héloïse Haliday

Université de Picardie Jules Verne,
Chemin du Thil - CS 52501,
80025 Amiens, France

Résumé. Nous proposons dans cet article d'étudier le courant de la santé mentale dite « communautaire » (SMC) et son corollaire, l'empowerment des usagers. Après avoir présenté les caractéristiques principales de la SMC, nous revisiterons la notion d'empowerment pour montrer qu'elle possède du fait de son contexte d'émergence des limites amenant à repenser sa transférabilité du monde anglosaxon à la culture française. Nous esquisserons l'hypothèse d'une troisième voie dans les relations entre usagers et professionnels qui ne serait ni paternaliste ni centrée sur le pouvoir d'agir en vue de remettre, dans un contexte d'instabilité profonde du soin psychique en France, la clinique des institutions au centre des préoccupations du système de santé mentale.

Mots clés : santé mentale, santé communautaire, concept, autonomisation, usager, culture, psychiatrie

Abstract. What are the limits of the new trends in mental health? The case of community mental health and empowerment. In this article, we will study the limitations of the current trends in the French mental health system, namely "mental health in the community" (MHC) and the movement towards user empowerment. After presenting the core characteristics of MHC, we will suggest the empowerment dynamics might be too intertwined with American culture to be implemented as such in France. We will first describe the difficulty to find an appropriate translation in French, leading to a growing vagueness of the notion. We will then focus on the concept's impossibility to subvert the theorization of user-professional relationship in terms of power, before calling into question the feeling of novelty surrounding the taking into account of users' experiential knowledge. We will finally plead for the cooperation between users and professionals rather than the ideal of individual emancipation, so as to keep collective thinking in psychiatry alive even in difficult times.

Key words: mental health, community health, empowerment, psychiatry, user, culture, psychiatry

Resumen. ¿Cuáles son los límites de las nuevas corrientes en salud mental? El caso de la salud mental comunitaria y del empowerment. Proponemos en este artículo estudiar la corriente de la llamada salud mental « comunitaria » (SMC) y su corolario, el empowerment de los usuarios. Después de presentar las características principales de la SMC, revisaremos la noción de empowerment para mostrar que posee debido a su contexto de emergencia de los límites que lleva a repensar su transferibilidad del mundo anglosajón a la cultura francesa. Esbozaremos la hipótesis de una tercera vía en las relaciones entre usuarios y profesionales que no sería ni paternalista ni centrada en el poder de actuar con vistas a volver a poner, en un contexto de inestabilidad profunda del cuidado psíquico en Francia, la clínica de las instituciones en el centro de las preocupaciones del sistema de salud mental.

Palabras claves: salud mental, salud comunitaria, concepto, autonomización, usuario, cultura, psiquiatría

Introduction

En affirmant au cours des auditions au Parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale 2019 que les difficultés en psychiatrie étaient

« loin d'être un problème budgétaire »¹, la ministre de la Santé Agnès Buzyn s'est située dans la lignée empruntée ces deux dernières décennies dans le monde plus global de la santé française : celle d'une concentration sur

Correspondance : H. Haliday
<heloise.haliday@gmail.com>

¹ hospimedia.fr/actualite/articles/20181011-plfss-2019-les-difficultes-actuelles-en-psychiatrie-sont (consulté le 14 octobre 2018).

le facteur organisationnel des réformes. Cette approche, qui ne manque pas d'intérêt, semble toutefois se heurter à un problème majeur en santé mentale : si la psychiatrie de secteur et la psychothérapie institutionnelle françaises trouvaient leur racines dans des préceptes à la fois cliniques et citoyens – soigner les institutions pour soigner les malades, soigner le patient près de chez lui grâce à une équipe à même de maintenir une continuité transférentielle avec lui [1, 2] –, il semble que le mouvement vers la cité et plus globalement le « virage ambulatoire » soient aujourd'hui avant tout devenus des objets de réflexion politique et administrative, plutôt que d'être intégrés dans une réflexion clinique qui juge que l'organisation des soins elle-même peut avoir une valeur soignante.

Nous proposerons dans cet article d'étudier le principal courant organisationnel influençant les politiques publiques actuelles en matière de santé mentale, à savoir la « santé mentale dans la communauté » (SMC) [3] et son corollaire, l'*empowerment* des usagers, à partir de nos travaux de thèse et de la consultation de la base de données Ascodocpsy. Nous soulignerons ce que SMC et *empowerment* apportent au dispositif français de soins aux personnes souffrant de troubles psychiques tout en éclairant ce qu'ils risquent de masquer, en premier lieu un héritage historique en matière d'organisation des soins qui se soucie tout autant du devenir des individus que des dynamiques collectives de coopération entre usagers et professionnels. Nous tirerons de cette présentation quelques conséquences pour le système de santé mentale actuel, notamment en termes de soin à accorder aux institutions ; précisons ici que nous entendons institution au sens d'un réseau d'échanges, d'une somme de processus impliquant affectivement les acteurs en présence, et non au sens de ce avec quoi on la confond souvent, à savoir les établissements hospitaliers ou médicosociaux.

La santé mentale dans la communauté, un mode de transformation des relations entre psychiatrie et politique

Le courant français dit de SMC tente en effet de répondre à ce qu'il repère comme deux problèmes classiques de l'histoire de la psychiatrie française post-Seconde Guerre mondiale : l'hospitalocentrisme du secteur sanitaire d'une part [4], et l'hégémonie du pouvoir psychiatrique sur l'accompagnement des patients d'autre part, que l'idéal de démocratie sanitaire s'efforce d'amoindrir [5].

Une politique du « prendre soin » dépassant le seul cadre psychiatrique

La SMC, dans la continuité d'un mouvement qui au début des années 2000 a pris de l'importance sous le

nom de « psychiatrie citoyenne » [6], a su croiser les contributions de psychiatres historiques comme Lucien Bonnafé et de Franco Basaglia de façon assez neuve : implanter les soins en ville pour mieux raser l'hôpital, créer un réseau de soins avec le médicosocial mais surtout les acteurs de droit commun pour contrecarrer un pouvoir psychiatrique vécu comme totalitaire et contraire aux droits du patient-citoyen. Ceci implique que le secteur psychiatrique renonce à se proposer comme solution unique pour l'accompagnement d'un sujet : il doit se penser comme étant partenaire plutôt qu'ayant des partenaires. Cette conception du réseau de soins en santé mentale dépasse le seul héritage sectoriel en laissant à d'autres professionnels que ceux de la discipline psychiatrique la possibilité d'offrir des services de prévention et de post-cure ; elle reprend le clivage entre sanitaire et médicosocial pour tenter d'en faire une coordination et une coopération ; en somme, elle traite la question de l'aliénation sociale des malades en tentant de se prémunir des tentations territorialistes et du modèle traditionnel paternaliste caractéristiques de la psychiatrie hospitalière, même ambulatoire [7]. Plus qu'un objet de soins, le patient devient un utilisateur de services : en tant qu'usager il doit être considéré comme un partenaire de son accompagnement. Sa vie étant multifactorielle au même titre que celle de l'homme ordinaire, un travail en équipe pluriprofessionnelle, et plus largement une coopération au niveau dit « intersectoriel » ou « inter-institutionnel » sont donc nécessaires pour coordonner les réponses proposées à ses besoins : logement, vie affective et sociale, travail.

Rétablissement et auto-détermination : l'empowerment comme outil pour la SMC

L'accompagnement global de l'usager doit avoir lieu dans la communauté, partant du principe énoncé comme tel en Italie que la citoyenneté elle-même est thérapeutique [8]². Plus qu'une véritable découverte du pouvoir soignant de l'inclusion sociale, il s'agit là d'une revendication politique. Pour profiter au mieux des effets de la désinstitutionnalisation, à comprendre ici comme la simple sortie des malades des hôpitaux psychiatriques, une attention permanente est donc dévolue à ce que l'usager ne soit pas réinstitutionnalisé dans des structures de secteur ou des établissements médicosociaux, c'est-à-dire à nouveau démunie de sa liberté et dépendant de professionnels du secteur sanitaire ou médicosocial.

² L'expression *cittadinanza terapeutica* se retrouve d'ailleurs surtout sur des forums italiens et des pages web tenues par des associations d'usagers. Ainsi la page web dédiée à la santé mentale à Trieste, qui publiait un éditorial écrit par un club d'usagers : http://www.triestesalutementale.it/segnalazioni/editoriali/2007/2007-06-13_club-zyp.htm (consulté le 7 juin 2018).

La SMC s'appuie pour ce faire sur le paradigme du « rétablissement » [9] qui, contrairement à l'idéal médical de guérison, a pour atout principal d'être défini, autant que possible, dans les termes du patient et non par les professionnels qui l'accompagnent [10]. Ce processus pourrait être formulé en usant les mots de Freud, qui lui-même situait comme objectif de toute thérapeutique « la récupération [des] facultés d'agir et de jouir de l'existence » [11].

En santé mentale communautaire, l'utilisateur doit, dans le but de son rétablissement, pouvoir effectuer des choix éclairés et informés pour déterminer sans perte de chance ce qui lui convient le mieux. Dans les champs sanitaire et médicosocial, l'intérêt de ce paradigme organisationnel est de valoriser la diversité des professionnels sollicités et de leur référentiels, et donc la coordination des services [12] : le soin psychiatrique n'a plus le monopole de l'effet « thérapeutique » ou du potentiel de rétablissement. Dans le modèle SMC, le savoir de l'utilisateur est reconnu dans toute sa différence mais affecté de la même valeur que celui du professionnel : ceux-ci parlent d'égal à égal [13], impliquant que le mode d'action privilégié des professionnels de santé ou du champ éducatif soit toujours celui du travail conjoint vers l'*empowerment* de la personne. Le respect des droits de l'homme et des droits du patient devient alors, au moins en théorie, la priorité de toute intervention quelle qu'elle soit. L'*empowerment* consiste là en un processus spécifique de renversement des positions sociales par rapport au modèle paternaliste qui se répète à plusieurs niveaux de tout accompagnement, autrement dit en une forme de gestion des pouvoirs dans un système donné et entre groupes sociaux. C'est précisément cette question des rapports de pouvoir suggérée par l'*empowerment* qu'il nous faut à présent déplier, afin de montrer la mesure dans laquelle l'importation de ce concept dans le système de santé mentale français, si elle peut à certains égards paraître souhaitable, n'en est pas idéologiquement neutre pour autant et pourrait donc laisser la place à une troisième voie organisationnelle à la française.

L'*empowerment*, une stratégie pour inverser l'invisibilisation des minorités

Concept dérivé de la lutte pour les droits civiques des minorités raciales et des femmes, l'*empowerment* dans le champ de la santé mentale est un corollaire direct du mouvement de désinstitutionalisation [14], en tant qu'il a ouvert aux patients sortis des lieux d'exclusion la possibilité de revendiquer une citoyenneté qui ne soit pas de seconde zone. S'il peut être promu [15], l'*empowerment* doit surtout émerger de l'individu ou du groupe discriminé lui-même : il est pris plutôt que donné. Derrière la revendication de la prise de pouvoir on retrouve aisément les traces d'une philosophie

de type développement personnel, allant de la prise de conscience à la participation puis à l'action sociale [16], dans le but d'être en capacité de choisir et de contrôler sa propre vie [17]. Résumé par Alain Ehrenberg comme des « pratiques consistant à aider les gens à s'aider eux-mêmes » [18], l'*empowerment* est, au plus fort, crédité de la capacité à transformer une simple demande de participation et de déstigmatisation des usagers en une véritable prise en compte de leur expérience en matière de qualité des soins... mais parce qu'il désigne toujours, en réalité, deux objets à la fois (un processus par lequel les individus sont amenés à prendre le pouvoir et son résultat), il est éminemment dépendant du contexte socio-politique où il a lieu. Un processus d'*empowerment* ne peut en effet se développer sans un mode de gouvernance politique démocratique favorisant la participation et la décision citoyennes [19].

Équivocité d'un concept importé

Le terme n'est donc pas sans faiblesse, et la première d'entre elles est sans aucun doute son assez vaste polysémie, qui justifie l'emploi de sa terminologie s'agissant d'une meilleure connaissance de la norme sociale (éducation thérapeutique, psychoéducation) à des fins de réintégration rapide ou à l'inverse de la résistance à l'aliénation par l'affirmation d'une différence radicale transformée en force (nous pensons ici au groupe des Entendeurs de voix). De ce fait, de nombreux glissements sémantiques, théories du soin et orientations en matière de politiques publiques peuvent être justifiés au moyen de l'*empowerment* : à la fois du côté des « survivants » de la psychiatrie remontés contre les laboratoires pharmaceutiques, mais aussi parmi les partisans d'une normalisation maximale des patients au profit de la récupération de leur pouvoir citoyen perdu. Cette polysémie est bien entendu partiellement déterminée par la difficulté de sa traduction [20], qui elle aussi a donné lieu à deux stratégies bien différentes : celle consistant à trouver des moyens détournés d'adapter une grille de lecture étrangère au contexte français (ce qui ressemble parfois à de la psychoéducation pour professionnels du champ de la santé mentale), et celle qui au contraire se propose d'étudier les réalisations françaises afin de dégager les caractéristiques structurelles des pratiques réellement émancipatrices. Le psychiatre Guy Darcourt réservait dans son article d'« Introduction à la thérapeutique en psychiatrie » pour l'*EMC-Psychiatrie* [21] un paragraphe intéressant à l'*empowerment*, qui soulignait tant les difficultés qu'il génère que les multiples usages qui peuvent être faits de son caractère équivoque :

« Le terme d'*empowerment* est difficile à traduire en français. Il a été proposé « développement du pouvoir d'agir », « capacitation », « autonomisation », « responsabilisation », « émancipation » ou « pouvoir-faire ». Le plus satisfaisant serait « pouvoir sur sa propre

existence » qui peut être entendu avec deux inflexions possibles et d'ailleurs complémentaires, soit dans le sens de l'autonomisation (amélioration des capacités du sujet), soit dans celui – plus militant – d'émancipation (rejet d'une dépendance). Il met l'accent sur le retour à un statut social de citoyen à part entière. » (p. 3).

Plusieurs chercheurs ont toutefois noté qu'en France, l'*empowerment* avait trouvé une adaptation sur le terrain qui commençait souvent par des programmes de psychoéducation ou d'éducation thérapeutique, avec lesquels il est parfois encore confondu [22]. Ces programmes comportent pourtant le risque d'écraser le savoir expérientiel des usagers sous le poids de connaissances extrinsèques, par exemple à travers des « entraînements » [23] destinés à ce que chaque patient puisse, grâce à son autonomie nouvellement acquise « par rapport au dispositif mis en place autour de ses troubles [...] se maintenir, avec son plein consentement, dans ce même dispositif. » [24]. On ne peut être que dubitatif à l'idée que des thérapies à visée éducationnelle sur la maladie aient la capacité de renforcer l'*empowerment* dans son sens le plus politique : si ces interventions touchent juste à l'endroit de la nécessaire information du patient sur ses troubles, elles n'en sont pas moins ambiguës lorsqu'elles proposent d'asseoir le pouvoir d'agir de chacun sur un corpus de connaissances parfois plus objectivantes qu'objectives.

Un concept limité par ses implications politiques et son ancrage culturel

Ainsi, outre son caractère parfois flou et polyvalent, l'*empowerment* nous semble encore doublement limité, même lorsqu'il est défini comme une reprise de pouvoir politique et une forme de reprise de pouvoir sur sa propre vie. La première limite se joue, nous semble-t-il, sur le terrain de la clinique du sujet. L'*empowerment* amène en effet avec lui l'évaluation de la responsabilité de tout un chacun de son propre rétablissement, bien loin de la responsabilité collective voire étatique [20] tant vis-à-vis de la réintégration des usagers en son sein que de la prévention des troubles de santé mentale, notamment au travail. Ainsi la sociologue Lise Demailly écrivait-elle :

« Les luttes des usagers pour leur propre "rétablissement" [...] ont parfois une tonalité ambiguë quant à la responsabilité du malade. Le courant du "rétablissement", très présent sur internet, insiste sur l'autonomisation volontaire, sur l'*empowerment* [...] ils risquent, à l'inverse de ce que signifiait le terme « aliéné », de réendosser la responsabilité de leur éventuel rétablissement, en accord avec les valeurs de la modernité avancée qui voient en tout un chacun un entrepreneur de lui-même [...] » [25].

Cette perspective rencontre de façon à notre sens très éclairante et complémentaire l'approche psychody-

namique et plus particulièrement psychanalytique au sujet de la place à donner aux rapports affectifs d'un individu avec ses pairs dans l'analyse d'un problème de santé mentale : les *liens* priment sur la notion d'individualité, étant entendu que la construction subjective fait d'emblée appel aux autres.

La deuxième limite de l'*empowerment* consiste en son incapacité à subvertir la dialectique du pouvoir et la prescription d'un passage ou d'un transfert de ceux qui décident à ceux qui ne décident pas. Plus qu'une revendication pour la transversalité des relations entre acteurs de la santé mentale, ce mouvement semble servir de mécanisme compensatoire face à une situation d'inégalité sans pourtant garantir l'éradication des pratiques aliénantes, dépendant de qui est mis en position de rendre une partie du pouvoir dérobé : les médecins avec la décision médicale partagée, les administrateurs d'établissements avec les commissions intégrant des usagers – ces derniers, en France, étant néanmoins bien loin d'accepter que leur pouvoir de gestion des organisations de soins puisse être remis en cause de la même façon qu'a pu l'être le pouvoir médical. Comme le soulignait Jean-Luc Prades, « il y a une certaine naïveté à s'étonner que dans une société stratifiée, très inégalitaire, la tendance "naturelle" et spontanée à l'accroissement du pouvoir d'agir des plus pauvres et vulnérables ne se développe pas » [26], puisque l'*empowerment* peut facilement être utilisé dans un but de validation de politiques technocratiques et n'être alors pas en position de lancer le changement mais simplement de le cautionner. Ainsi, s'il est vrai que l'*empowerment* des usagers peut améliorer la créativité et l'agilité du système de soins en santé mentale par la mise en place de solutions innovantes basées sur les retours d'usagers mis au centre de l'action publique [15], ces mêmes usagers risquent parfois d'être instrumentalisés afin de réduire le pouvoir de revendication des professionnels du champ concerné [27].

L'*empowerment* est par ailleurs une notion culturellement située, propre notamment à la psychologie communautaire de Julian Rappaport. Contrairement au terme d'usager, qui emprunte à la philosophie platonicienne, l'*empowerment* n'est donc pas ancré dans une réflexion de racine grecque ou latine : il est profondément lié aux valeurs américaines [17], ce qui souligne une autre de ses limites, à savoir sa transférabilité interculturelle. Si « le terreau français » ne lui est pas défavorable, pour reprendre les mots de Dane [28], la question se pose, à l'heure où certains chercheurs entrevoient l'existence d'un modèle français du soin (*french care*) [29], de savoir ce que le langage et les pratiques en santé mentale ont à gagner de cette importation qui éclaire les dynamiques politiques au détriment des dynamiques plus relationnelles de coopération entre soignants et soignés vers un but collectif, dont l'importance est pourtant soulignée dans certains rapports sur la santé [30].

Pour terminer, la nouveauté supposée des boussoles clinico-organisationnelles que sont la « santé mentale dans la communauté » et l'*empowerment* peut à certains égards surprendre le clinicien orienté par la psychanalyse : elle est en effet fort proche de ce que l'œuvre freudienne et plus largement le mouvement psychanalytique ont éclairé du savoir inconscient du patient ou de l'analysant, exigeant qu'on lui donne la parole et qu'en plus d'être entendue, cette parole soit écoutée pour produire ses effets de remaniement des places des uns et des autres dans le processus thérapeutique. On s'étonnera également de l'affirmation de Paul Morin selon laquelle la psychiatrie manque d'une théorie unificatrice qui permettrait de mettre les principes de la santé mentale communautaire en œuvre [8], tant les premiers textes de la psychothérapie institutionnelle permettaient de penser – bien avant l'advenue de la psychiatrie citoyenne – une forme de thérapeutique dans laquelle l'outil principal était précisément la construction d'un sentiment de faire ensemble à travers un but commun ancré dans une conception démocratique des rapports entre soignants et soignés. Après avoir souligné l'intérêt mais aussi les limites de ces nouvelles approches de l'organisation des soins en santé mentale, notamment en matière de travail collectif, il nous semble qu'il est toujours aussi nécessaire de comprendre tant le fonctionnement psychique et social de chacun des acteurs en présence que les dynamiques institutionnelles à l'œuvre afin que les établissements, dispositifs et équipes puissent s'adapter au mieux à leurs usagers et non l'inverse.

Conclusion. Apprivoiser l'autre : vers un faisceau de relations transversales

Le terme d'*empowerment* peut donc, grâce à un flou conceptuel entretenu par des histoires nationales différentes et son caractère intraduisible en français, être utilisé comme une façon d'évincer les questions que posent le soin au long cours des maladies mentales, notamment lorsque, dans sa valence la plus politique, il semble impliquer que la clinique psychiatrique est *par essence* paternaliste et aliénatoire. Il risque aussi, d'un autre côté, de cacher les interrogations que soulève la gestion purement administrative, hiérarchique et peu collective de beaucoup d'établissements, petits ou grands, sanitaires ou médicosociaux.

Nous soutenons que l'émergence de « nouvelles relations » transversales entre acteurs [15, 31] grâce à une dynamique de coopération pourrait apporter plus au problème de l'organisation des soins tel qu'il se pose aujourd'hui en santé mentale que la dynamique politique compensatoire de l'*empowerment*. L'idée de considérer soignants et soignés comme faisant partie d'un ensemble citoyen tendant vers un but commu-

nément revendiqué paraît en effet mieux à même de refléter la complexité des pratiques sous la bannière d'une « imagination participative » [26] qui intègre les professionnels à la notion du collectif à émanciper, là où l'*empowerment* peut rester de l'ordre d'une bataille entre catégories sociales : usagers et professionnels, usagers et administrateurs, usagers et citoyens non-malades. La coexistence entre perspective clinique désaliéniste et approche politisée du monde de la santé mentale aurait peut-être plus de chances de peser dans le débat de l'organisation des soins à partir d'un recentrement des uns et des autres non plus sur l'inégalité des pouvoirs, mais sur une bataille commune pour des conditions d'accueil dignes en psychiatrie, dans le médicosocial et dans la ville. L'enjeu à court terme deviendrait alors, encore plus qu'auparavant, un apprivoisement mutuel des groupes sociaux impliqués dans le dispositif de santé mentale, au profit d'une vision transversale de la vie institutionnelle des établissements et dispositifs – processus auquel les conseils locaux de santé mentale (CLSM), lorsque ceux-ci sont souhaités et bien menés, contribuent grandement. Patients et soignants, usagers et professionnels de tous profils peuvent apporter leur pierre à l'édifice de la réflexion organisationnelle de manière égale mais depuis des places différenciées : c'est cette asymétrie des places non-vectrice d'inégalité que l'*empowerment* seul ne peut à notre sens pas permettre de penser.

Liens d'intérêt l'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Oury J. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Lecque : Les éditions du champ social, 2001.
2. Fourquet F, Murard L. Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible. *Recherche* 1975 ; 17.
3. Roelandt J. Comment une expérience innovante de psychiatrie citoyenne est devenue un centre OMS de référence pour la santé mentale dans la communauté. *Inf Psychiatr* 2016 ; 92 : 711-7.
4. Coldefy M. De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France. Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2010.
5. Autès E. La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : comment « faire une place » à un « usager » dans un réseau de professionnels en santé mentale ? *Anthropologie et santé* 2014 ; 8.
6. Henckes N. *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*. [Internet]. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00769780/document> (consulté le 18 août 2018).
7. Coffin J-C. La psychiatrie par temps de crise. *Etudes* 2009 ; 410 : 751-61.
8. Morin P. De quelques théories et pratiques en santé mentale communautaire. *Sante Ment Que* 2005 ; 30 : 115-30.
9. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. [Internet]. Vol. 1. Cambridge (UK) : Cambridge University Press, 2009. doi:10.1017/CBO9780511581649.
10. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : Un changement de regard sur le devenir des personnes. *Inf Psychiatr* 2012 ; 88 : 257-66.
11. Freud S. *De la technique psychanalytique*. Paris : PUF, 1992.
12. Leblanc L. Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie, sous la direction de Rosanne Émard et Tim Aubry.

Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2004, 332 p. *Sante Ment Que* 2006;31:203-6.

13. Mosher LR, Burti L. *Community mental health : a practical guide*. New York : W.W. Norton, 1994.

14. Caria A, Arfeuillère S, Loubières C, Joseph C, Einstein A. Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif. *Pratiques en santé mentale* 2015;1:22-31.

15. Salzer MS. Consumer empowerment in mental health organizations : concept, benefits, and impediments. *Adm Policy Ment Health* 1997;24:425-34.

16. Rissel C. Empowerment : the holy grail of health promotion ? *Health promotion international* 1994;9:39-48.

17. Rappaport J. Terms of Empowerment /Exemplars of Prevention : Toward a Theory for Community Psychology. *Am J Community Psychol* 1987;15:121-48.

18. Ehrenberg A. Faire société à travers l'autonomie. *Rech Form* 2014;76:107-18.

19. Mendell M. L'empowerment au Canada et au Québec : enjeux et opportunités. *Géographie, économie, société* 2006;8:63-85.

20. Hochart M. Vers la généralisation du pouvoir d'agir et de l'empowerment ? *Prat en santé ment* 2016;3:25-30.

21. Darcourt G. Introduction à la thérapeutique en psychiatrie. *EMC-Psychiatrie* 2014;11(37-800-A-10):1-12.

22. Pélicand J, Fournier C, Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actual Doss en Santé Publique* 2009;66:21-3.

23. Nieminen I, Kylmä J, Åstedt-kurki P, Kulmala A, Kaunonen M. Mental Health Service Users' Experiences of Training Focused on Empowerment : Training Environment and the Benefits of Training. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30:309-15.

24. Deliot C, Caria A, Loubières C. Bientraitance et psychiatrie. Comment changer l'ordre du discours ? In : *Bientraitance et qualité de vie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson 2013 : 257-65.

25. Demailly L. Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France. *SociologieS* 2014. <https://journals.openedition.org/sociologies/4653> (consulté le 18 août 2018).

26. Prades J. L'imagination participative. Empowerment, pouvoir d'agir et actepouvoir. *Sci Actions Soc* 2015;2:1-19.

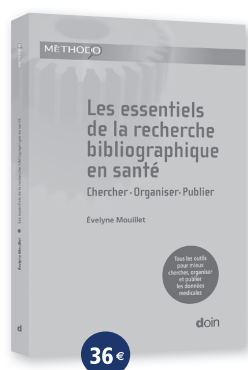
27. Demailly L. Le nouveau management public et les particularités des secteurs d'action publique : le cas de la santé en France. *Educ sociétés* 2013;2:75-91.

28. Dane C. L'empowerment, un concept pour la France ? *Vie Soc* 2007;2:59-72.

29. Fleury C, Tourette-Turgis C. Une école française du soin ? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique : l'Université des patients et la chaire de philosophie à l'hôpital. *Le sujet dans la cité* 2018;1:183-96.

30. Thieulin B, Fauvel V. *La santé, bien commun de la société numérique. Construire le réseau du soin et en prendre soin*. Paris : Conseil national du numérique, 2015.

31. Bacqué M-H, Biewener C. *L'empowerment, une pratique émancipatrice* ? Paris : La Découverte, 2015. Coll. « La Découverte poche Sciences humaines et sociales ».



Collection Méthodo

• Septembre 2016
• 16 x 24 cm / 208 pages
• ISBN : 978-2-7040-1471-2

Les essentiels de la recherche bibliographique en santé

Chercher • Organiser • Publier

S'adressant à tous les acteurs de santé, cet ouvrage leur apprend à :

- conduire une recherche documentaire pertinente,
- sélectionner les documents utiles,
- gérer une veille bibliographique,
- connaître les règles de la rédaction bibliographique.



Evelyn Mouillet

Bibliothécaire, chargée d'enseignement / Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED), Université de Bordeaux

doin

John Libbey
EUROTEXT

Ouvrage disponible sur www.jle.com

MÉTHODO



- points importants à retenir
- recommandations de lecture
- exemples illustrés
- 28 exercices avec corrigés de mise en pratique pour s'entraîner et s'auto-évaluer
- glossaire anglais/français rassemblant les termes spécifiques les plus fréquemment rencontrés

