

Xavier Briffault

# **Santé mentale, santé publique**

Un pavé dans la mare des bonnes intentions

Presses universitaires de Grenoble

# Introduction



L'objectif de cet ouvrage est d'examiner un phénomène dont l'importance n'a cessé de croître au cours de la dernière décennie : l'intérêt majeur que porte le dispositif de santé publique à la santé mentale des populations et des individus. Le fait n'est pas totalement nouveau, mais jamais cet intérêt n'avait atteint une intensité et un niveau de structuration semblable à celui que l'on peut observer aujourd'hui. La santé publique s'intéresse à la santé mentale, en tant que concept, en tant que discipline scientifique, mais aussi et surtout, désormais, elle s'intéresse d'un point de vue *pratique* à *notre* santé mentale, celle de « la population » comme celle de chacun de ses individus. Ce phénomène, observable tant en France qu'au niveau international, s'étend sur trois dimensions.

D'une part, l'attention traditionnellement dévolue par le milieu psychiatrique aux « maladies mentales » « graves » – quelle que soit l'imprécision éventuelle dont ces termes ont pu être entachés depuis qu'il existe une discipline psychiatrique – s'est étendue aux « troubles mentaux » dits « caractérisés » (les *mental disorders* du DSM par exemple), qui ne sont plus *stricto sensu* considérés comme des *maladies* mentales, puis à la souffrance psychique, et enfin à la santé mentale, tout d'abord dans les altérations qu'elle pouvait subir, puis dans sa plus grande généralité comme santé mentale « positive ».

D'autre part, parallèlement, la focalisation principale sur le traitement, c'est-à-dire la prise en charge des troubles ou des maladies lorsqu'ils sont déjà présents, s'est élargie pour englober désormais

la prévention des troubles, prévention conçue comme devant être entreprise le plus précocement possible, c'est-à-dire pour un individu donné dès sa naissance, voire avant, par exemple en agissant sur ses (futurs) parents. Outre la *prévention* des troubles, le dispositif de santé publique a également étendu sa juridiction sur la *promotion* de la santé mentale, c'est-à-dire non plus seulement la tentative d'éviter des troubles, mais celle de développer dans la population des caractéristiques spécifiquement conçues comme relevant d'une santé mentale « positive ».

Enfin, ces deux accroissements des juridictions du dispositif de santé publique se sont accompagnés d'une politisation croissante des enjeux liés à la santé mentale. Dans les sociétés démocratiques contemporaines, la « bonne » santé mentale définit de plus en plus ce qu'est une vie « bonne », et constitue de plus en plus *raison d'agir*, qu'il s'agisse d'agir pour la préserver ou pour la développer.

S'agissant de santé publique, ce triple mouvement se présente évidemment comme œuvrant pour l'amélioration de la santé de la population, et plus généralement pour le bien-être, voire le bien, de celle-ci, et de chacun des individus qui la composent (Jourdan, 2012). Pour autant, et sans qu'aucun procès d'intention ne soit *a priori* intenté à ce dispositif, ce mouvement *bienveillant* mérite qu'on s'interroge sur les modalités de son développement, les spécificités de ses orientations, et ses conséquences envisageables. En effet, le caractère total (dans les thématiques, des maladies psychiatriques à la santé mentale positive ; dans le temps, du prénatal au *post-mortem* (avec le deuil) ; dans l'espace, de la population dans son ensemble à chacun de ses sous-groupes à risque et jusqu'à chacun de ses individus) des ambitions de la santé publique dans ce domaine, laisse supposer que ce sera bientôt le tout de l'humain qui relèvera de la juridiction de son dispositif. Il est donc nécessaire de s'interroger sur le type de construction anthropologique qui s'opère en ces lieux où la santé publique commence à intervenir sur la santé mentale.

L'idée d'écrire cet ouvrage a pris naissance durant un projet d'implantation en France d'un programme nord-américain de formation aux « bonnes pratiques parentales » dans une perspective de prévention des troubles mentaux ultérieurs des enfants qu'une agence

gouvernementale de santé publique, que j'appellerai l'Établissement français de prévention en santé (EFPS)<sup>1</sup> souhaitait évaluer avant une diffusion de grande envergure, évaluation dont le suivi m'avait été confié. Les divers problèmes mis à jour en approfondissant le programme se sont révélés si importants que j'ai finalement recommandé de ne pas mettre en œuvre cette évaluation.

Plus tard, dans le cadre de mes fonctions au sein de la commission Prévention, éducation et promotion de la santé du Haut Conseil de la santé publique comme au sein d'une commission de la Haute Autorité de santé travaillant à la rédaction d'une recommandation de bonne pratique sur la dépression de l'enfant et de l'adolescent, j'ai à nouveau été amené à m'intéresser à la question de la constitution des pratiques parentales comme cible d'interventions formatives à visée préventive, dans le cadre de dispositifs de santé publique visant à la prévention de troubles mentaux ou à la promotion d'états spécifiques de santé mentale. Cette question a soulevé d'intenses débats techniques, éthiques, anthropologiques, politiques... parmi les membres des commissions, et j'ai éprouvé à de nombreux moments lors de ces débats toujours passionnants, et parfois vifs, l'envie d'avoir à ma disposition un ouvrage qui rassemblerait, sous une forme lisible et cohérente, les arguments qui m'étaient nécessaires pour soutenir la position que je défendais. Je ne l'ai pas trouvé, c'est pourquoi j'ai décidé de l'écrire.

Bien qu'il trouve sa motivation première dans les difficultés posées par un programme d'éducation aux pratiques parentales, cet ouvrage ne cherche pas à contribuer à la question des pratiques parentales en tant que telles, moins encore à des questions de parentalité ou de famille. Ce sont les modes d'appréhension de la santé mentale par la santé publique, tels qu'ils se révèlent de façon paradigmatique dans ce type de programme, et dans le fait de constituer la parentalité en facteur de risque de troubles ultérieurs d'un enfant à peine, ou pas encore, né, qui sont la cible de cet ouvrage, avec les stratégies d'intervention qui en découlent.

---

1. Pour des raisons de confidentialité des sources, les noms des institutions et personnes physiques constituant le terrain de l'analyse présentée dans cet ouvrage ont été systématiquement anonymisés.



# Première partie



Analyse méthodologique et éthique  
des interventions de santé publique  
en santé mentale



## CHAPITRE 1

# La formation au formatage de la famille « scientifiquement validée »



**S**'il existe un domaine qui semblerait *a priori* échapper à toute possibilité de formalisation scientifique, la parentalité est de ceux-là. La relation parent(s)-enfant(s) est l'un des principaux lieux de développement et de construction de ce(s) dernier(s). Supposer une définition de cette relation et des lois d'exercice scientifiquement fondées, semble *a priori* également supposer une définition préalable et scientifique de l'humain en devenir auquel elle permet l'accès à la vie tout d'abord, à l'éducation et à l'humanité ensuite, à l'autonomie adulte enfin. Qu'est-ce qu'un être humain, qu'est-ce qu'un « bon » être humain, celui qu'une « bonne » parentalité scientifiquement fondée se fixe comme objectif et dont elle devrait permettre le développement ? La redoutable difficulté de la question ne semble pas arrêter les concepteurs de programmes d'éducation aux bonnes pratiques parentales, qui n'hésitent pas à proposer aux parents des modes d'exercices fondés sur des évaluations empiriques, et des règles systématiques.

Évaluation de quoi, et quelles règles, c'est ce que je vais examiner dans ce chapitre, en m'appuyant sur l'exemple d'un programme d'éducation à la parentalité qu'un important organisme français de santé publique, l'Établissement français de prévention en santé

(EFPS)<sup>2</sup> avait souhaité évaluer empiriquement, en relation avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT). La mise en œuvre de cette évaluation m'avait été confiée, après que j'ai répondu à un appel d'offres. De la réponse à cet appel d'offres à ma recommandation finale d'abandonner l'évaluation de ce programme avant même sa mise en œuvre empirique, sur la base d'analyses essentiellement méthodologiques, c'est le chemin que je propose de parcourir dans ce chapitre.

## Méthodologie d'évaluation du dispositif de formation

Dans le cadre d'un « avis d'appel public à la concurrence », l'EFPS publie début 2009 un appel à proposition dans le cadre d'un « marché [ayant] pour objet la réalisation d'une évaluation sous forme de recherche-action d'un programme de soutien à la parentalité : *Program for Families Improvement (PFI)*<sup>3</sup> ». Le programme PFI y est présenté comme un programme de « soutien » à la parentalité. L'ambiguïté entre « soutien à la parentalité », « éducation / formation à la parentalité », et « accompagnement à la parentalité » est un classique du domaine. Le programme PFI se situe en fait clairement, nous le verrons, dans le champ de l'éducation, en vérité de la formation, aux « bonnes » pratiques parentales. La distinction est d'importance : soutenir les pratiques éducatives des parents et les accompagner dans leur parcours en leur fournissant les moyens de les mettre en œuvre, ou leur fournir directement les bonnes pratiques qu'ils sont supposés mettre en œuvre sont des choses très différentes.

S'agissant des objectifs, il s'agit « de réaliser une recherche-action visant à implanter et évaluer un programme de prévention centré sur le soutien à la parentalité qui a déjà été validé et implanté dans plusieurs pays ». Cette recherche-action d'une durée de 36 mois « implique donc la mise en œuvre d'une intervention en prévention / promotion de la santé (mentale) ainsi que la réalisation

- 
2. Je rappelle que pour des raisons de confidentialité les noms des personnes physiques et morales constituant le terrain de cette enquête ont été anonymisés.
  3. Pour des raisons de confidentialité, le nom du programme a également été modifié.

d'une recherche évaluative». Comme nous le verrons, il s'agit, selon la logique usuelle de la santé publique, d'agir sur un facteur de risque / de protection amont – en l'occurrence les pratiques parentales –, pour obtenir des conséquences en aval – en l'occurrence sur la santé mentale des enfants et des parents.

Le projet est également présenté comme se situant dans le « domaine de la santé mentale et des addictions: études évaluatives, actions de prévention / promotion de la santé mentale, *evidence-based interventions*». Les « addictions » aux substances ont ceci de particulier qu'elles se situent en permanence à l'intersection du psychologique, du sanitaire, du judiciaire, et du policier. Défini dans le DSM-IV comme un trouble mental – comprenant en particulier l'abus, la dépendance, l'intoxication, le sevrage –, ce qui sert de justification pour les intégrer dans un programme de prévention / promotion en santé mentale, l'usage des « drogues » relève aussi du champ sémantique et social de la délinquance, voire de la criminalité.

Le Règlement de la consultation de l'appel précise qu'il est en particulier demandé aux candidats: « de fournir une présentation précise et opérationnelle de la méthodologie prévue pour la partie intervention et pour la partie évaluation. En particulier, les points suivants devront être explicités :

- [...]
- participants: nombre de groupes, nombre de sujets par groupe (et formule utilisée pour calculer la taille d'échantillon)...
- présentation de l'intervention du groupe contrôle (= “intervention classique de soutien à la parentalité”).
- méthode de recrutement des participants et de répartition dans les groupes.
- méthode de randomisation prévue.
- [...] »

Bien que la question de la méthodologie d'évaluation à utiliser semble ouverte, l'examen des questions posées montre qu'en vérité une méthodologie unique est envisagée: seul un Essai contrôlé randomisé (ECR) peut en effet correspondre aux éléments qui sont exposés (groupe contrôle, randomisation, etc.). L'Essai contrôlé randomisé est « l'étalon-or » de l'évaluation de l'efficacité d'interventions. Il consiste

à tester l'efficacité d'interventions sur deux ou trois groupes, l'un des groupes servant de groupe *contrôle* (les participants à ce groupe recevant une intervention placebo ou une intervention déjà connue) auquel les autres groupes recevant l'intervention testée sont comparés. Pour éviter les biais de répartition, les participants sont répartis au hasard (*randomisés*) dans les groupes. Il est par ailleurs précisé que l'évaluation devra se faire en collaboration avec l'équipe américaine qui a conçu le programme, et en assure la diffusion commerciale et les formations. De fait, l'équipe américaine impose l'utilisation d'un kit d'évaluation dont elle analysera les résultats pour augmenter à chaque nouvelle implantation le nombre d'études *evidence-based* sur lesquelles peut s'appuyer le programme. Il est d'ailleurs précisé que « de même que l'intervention, l'évaluation du programme est largement structurée et standardisée » : « un ensemble de questionnaires standardisés a été retenu par les responsables du programme pour effectuer les mesures de résultat et de processus ».

Le Règlement de la consultation comprend par ailleurs une partie « Documents Techniques » qui précise que l'EFPS « est un établissement public administratif sous tutelle du ministère de la Santé et des Solidarités, dont l'activité s'inscrit dans le cadre de la politique de prévention du gouvernement, qui a notamment pour missions :

- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire ;
- de mettre en œuvre les programmes nationaux de prévention et d'éducation pour la santé. »

Il est précisé que l'Organisme « en complément de ses actions de communication, souhaite promouvoir l'implantation d'actions de terrain validées dans le domaine de la promotion de la santé mentale et de la prévention des consommations de substances psychoactives ». La mise en œuvre du programme PFI est clairement présentée comme une action s'insérant dans le cadre de la politique de prévention du gouvernement, dont la mise en œuvre opérationnelle est confiée à un organisme sous tutelle. Cette évaluation s'inscrit dans un contexte où l'EFPS souhaite développer ses actions de terrain

« validées » dans les deux domaines conjoints de la promotion de la santé mentale et de la prévention des consommations de substances psychoactives. Le terme « validé », sur lequel nous reviendrons, est ici – bien que ses implications soient très différentes – utilisé comme synonyme du terme anglo-saxon *evidence-based*, généralement traduit par « fondé sur les données probantes » ou « fondé sur les preuves ».

Il est par ailleurs précisé qu'« au niveau international, de nombreuses études évaluatives ont été réalisées ces trente dernières années dans ce domaine ; elles ont permis de mettre en évidence l'efficacité de certaines formes d'intervention » ; « les programmes de soutien à la parentalité représentent une de ces formes d'intervention structurées et validées ». S'agissant plus spécifiquement du programme qu'il est question d'évaluer, « c'est un programme de soutien à la parentalité qui a été largement validé et implanté dans de nombreux pays ». Il a été développé « au début des années 1980 par une psychologue américaine, Karol Kumpfer, actuellement en poste au département de promotion et d'éducation pour la santé à l'université d'Utah, USA ». Ce programme « développé à l'origine pour prévenir la consommation de substances psychoactives auprès de populations à risques (jeunes ayant des parents consommateurs) » a depuis « été largement évalué, adapté et implanté dans de nombreux contextes ». On apprend également que le programme a été évalué « par des évaluateurs externes » dans « plus de 150 études évaluatives standardisées », et que ces évaluations « ont permis de démontrer l'efficacité du PFI » sur de multiples indicateurs. Sont ainsi mentionnés « réduction de la consommation et de l'initiation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) chez les jeunes et les parents ; diminution des problèmes psychiques (trouble des conduites, dépression, anxiété, trouble de personnalité, phobies) et des problèmes de comportements (violence, délinquance) ; diminution des plaintes somatiques ; amélioration du climat et de la communication familiale ; augmentation de la confiance et du sentiment d'efficacité en matière de parentalité ; amélioration des résultats scolaires ». Le programme est par ailleurs présenté comme très rentable, puisque « des évaluations économiques ont estimé à 9,60 \$ pour 1 \$ dépensé le ratio coût/bénéfice ». Cette efficacité « absolue » se double d'une efficacité « relative » tout aussi probante,

puisqu'une « méta-analyse réalisée par la *Cochrane collaboration reviews in medicine and public health at Oxford University* (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe et Breen, 2003) a démontré que PFI était environ deux fois plus efficace que les autres programmes visant à prévenir les consommations abusives d'alcool ». Par ailleurs, le programme a été « adapté et implanté » auprès de « populations à risque comme en population générale », dans « diverses cultures (Afro-américains, Asiatiques, Latino-américains, Amérindiens...) » et différents milieux (rural, urbain...). La première « implantation internationale » a eu lieu en Australie en 1996, et depuis PFI « a été diffusé dans plus de 17 pays », une large diffusion « qui va de pair avec la reconnaissance internationale de son efficacité (OMS, Cochrane, Bureau des Nations unies-Drogue et Crime à Vienne, Maison blanche, *National institute on drug abuse* (NIDA) aux États-Unis, etc.) ».

À l'issue de cette présentation laudative, nul ne peut plus ignorer que le programme PFI est *validé* internationalement, reconnu comme d'excellence par des institutions elles-mêmes d'excellence, adaptable et adapté dans de nombreux contextes et cultures, efficace à faible coût sur la plupart des indicateurs de santé mentale classiques. Audacieux qui oserait contester une telle masse de validité et d'applicabilité scientifiquement établies ; c'est à la Science qu'il s'attaquerait. À qui ce programme d'excellence est-il donc destiné ? Le programme PFI d'origine est présenté comme « ciblant les groupes à risques et s'adressant aux familles ayant des enfants âgés de 6 à 11 ans ». Dans la langue vernaculaire de la santé publique, un groupe à risque est un ensemble d'individus artificiellement regroupés dans le même ensemble par le fait qu'ils présentent *actuellement* des caractéristiques associées à un risque statistique accru de présenter *ultérieurement* un état ou un comportement indésirable. Ainsi, les fumeurs sont-ils un groupe à risque de cancer, les femmes un groupe à risque de dépression, les pauvres un groupe à risque de délinquance, les enfants de parents toxicomanes un groupe à risque de toxicomanie, etc. En toute rigueur, un « groupe à risque » n'est « à risque » que par rapport à un groupe de référence. Les augmentations de risque ne sont en effet pas définies à partir d'un seuil absolu, mais par rapport à un groupe de référence, celui dont le risque est

le plus faible. Le risque est donc, dans cette approche, défini par l'écart à une norme de fait.

Le programme PFI est un programme structuré, qui comporte 14 séances de deux heures présentées dans autant de manuels décrivant précisément les contenus des séances. Durant la première heure, parents et enfant sont séparés en deux groupes « afin d'apprendre chacun de nouvelles compétences ». Au cours de la deuxième heure, parents et enfants sont regroupés « pour mettre en pratique les compétences apprises ». La formation des parents vise à « développer les compétences des familles, à accroître leurs capacités en matière de : résolution de problèmes, gestion des conflits, communication, mise en place d'une discipline adaptée, organisation du temps, réalisation d'activités en commun... », tandis que celle des enfants « cherche à favoriser le développement de compétences psychosociales : communication, résolution de problèmes et de conflits, prise de décision, capacité de résister à la pression des pairs... ». La séance commune quant à elle « porte sur l'amélioration de la communication et des interactions parents-enfants et la mise en œuvre des habiletés apprises ». Chaque séance, qui regroupe 10 à 14 familles, est animée par quatre formateurs « formés en 2-3 jours par des formateurs agréés [...] s'appuyant sur des manuels d'intervention ». Si la possibilité de former en trois jours des animateurs novices à la compréhension et à la mise en œuvre d'un programme de 24 heures portant sur un thème aussi complexe et sensible que la parentalité peut sembler étrange, nous verrons qu'il n'y a là rien d'incongru dans la logique promue par le programme ; c'est qu'en particulier la compréhension par les animateurs de ce à quoi ils forment les parents n'est pas requise : les manuels sont suffisamment prescriptifs pour qu'il suffise de suivre les procédures indiquées.

Ces éléments importants du programme étant posés, le règlement précise qu'il sera demandé au futur titulaire du marché « (1) d'implanter le programme PFI en France ; (2) d'évaluer le programme implanté » et que « ces deux prestations devront être réalisées en parallèle ».

Concernant l'implantation, « l'intervention devra être réalisée auprès d'une population à risque de troubles addictifs » c'est-à-dire

« une population issue des Zones d'éducation prioritaire ou une population suivie par l'Aide sociale à l'enfance ou des familles en prise avec des problèmes d'addiction », et plus précisément « des familles ayant au moins un enfant âgé de 6 à 11 ans ». Le dispositif méthodologique envisagé est un Essai comparatif contrôlé randomisé à trois bras, avec un groupe intervention PFI, un groupe « intervention classique de soutien à la parentalité » et un groupe « pas d'intervention de soutien à la parentalité », les sujets étant « recrutés et répartis de façon aléatoire dans un des trois groupes selon une stratégie préétablie ». Il s'agira de mettre en œuvre le programme de façon « conforme à la procédure proposée par les concepteurs et responsables du programme PFI ». Ceci implique donc que « l'intervention devra être réalisée en collaboration avec les partenaires américains. Les animateurs de groupe ainsi que toutes les personnes associées à ce programme seront formés au programme PFI par des formateurs PFI agréés (le coût de cette formation s'élève à 3 650 \$ pour une durée de deux jours) ». Pour la formation, « les manuels du programme PFI auront été préalablement traduits et adaptés au contexte français par l'Organisme ».

Concernant l'évaluation, « l'impact du programme PFI sur les enfants et les parents sera évalué selon plusieurs dimensions ». Sont mentionnés en particulier :

- « la consommation de substances psychoactives des parents et des enfants ;
- les troubles mentaux des parents et des enfants ;
- les compétences psychosociales des enfants ;
- les liens sociaux et l'influence des pairs ;
- les résultats scolaires ;
- les compétences parentales (style éducatif, discipline, sentiment d'efficacité, attachement...);
- les relations intrafamiliales (conflit, communication, organisation...).

Les parents, les enfants et les intervenants sont impliqués dans cette évaluation, « qui devra s'appuyer sur le kit d'évaluation proposé par les partenaires américains ».

# Table des matières



Introduction .....	7
--------------------	---

## **Première partie. Analyse méthodologique et éthique des interventions de santé publique en santé mentale**

### **CHAPITRE 1**

La formation au formatage de la famille « scientifiquement validée » .....	13
<b>Méthodologie d'évaluation du dispositif de formation</b> .....	14
<b>Justifications statistiques et présomptions d'universalité</b> .....	21
<b>Contenus d'un programme pour parents et enfants scientifiquement validés</b> .....	26
Un système de pilotage d'enfants .....	28
Un manuel de Gospel mormon et des sandwiches anxiolytiques .....	30
Des récompenses à gogo .....	35
Une boîte à outils skinnérienne .....	38
Des moments de <i>Family Life</i> .....	39
Quelques substances psychotropes .....	40
Un manuel du bon dirigeant pour que les parents s'amuse aussi .....	43
Des algorithmes comportementaux .....	44
Des glaces tombées et des grands-mères mortes .....	45

Les bonnes stratégies du changement et l'art de se mettre en colère .....	45
Des diplômes et des stratégies marketing .....	46

## **CHAPITRE 2**

De l'efficacité des méthodes de changement psychologique : analyse critique méthodologique .....	49
De 6 000 études publiées à trois retenues .....	50
Dans les détails de l'efficacité d'un programme de parentalité .....	54
Qui vole un œuf vole un bœuf.	
Logiques de la prévention de masse .....	56
Parentalité efficace, ou variations aléatoires? .....	62
De l'art de la numérogie .....	64
De la véracité des résultats statistiques : approfondissements techniques .....	68
Des biais systématiques dans les études d'efficacité .....	79
Qu'en est-il du programme PFI? .....	84

## **CHAPITRE 3**

Des effets pervers de la simplification .....	89
Punition négative, effets positifs? .....	89
Toujours moins sur toujours plus: la logique des <i>executive summaries</i> bibliographiques .....	91
Toujours plus sur toujours moins: de la promotion de la santé au contrôle de la violence .....	97
Et le gène du péché croqua la pomme d'Adam .....	100
Le seul bon enfant est l'enfant pas encore né .....	107
Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique .....	112
Mouche ton nez et dis bonjour à la dame, $p < 0.05$ .....	115
Carte de la vie, échelle 1/1 000 000 .....	119

## Deuxième partie. Analyse sociologique et épistémologique des logiques d'intervention de santé publique en santé mentale

### **CHAPITRE 4**

De l'efficacité des méthodes de changement psychologique : analyse critique empirique .....	123
Comment déterminer ce qui est efficace dans les psychothérapies ? .....	123
L'efficacité absolue des psychothérapies .....	132
L'efficacité relative des psychothérapies .....	133
Les facteurs communs des psychothérapies .....	143
L'alliance thérapeutique .....	143
L'allégeance .....	143
Le thérapeute .....	145
Les conséquences de l'adoption d'un modèle contextuel .....	147

### **CHAPITRE 5**

De l'efficacité des méthodes de changement psychologique : analyse critique socio-épistémologique .....	153
Malaise dans l'évaluation de la santé mentale .....	153
Qu'est-ce qu'une entité sociale ? .....	160
Le concept de santé mentale .....	168
Ou trouver l'esprit ? .....	175
C E C I N ' E S T P A S U N E P H R A S E .....	180
Les atomes ne se marient pas .....	181
Objectivement subjectif, subjectivement objectif .....	183
De l'esprit des institutions à l'esprit des individus .....	188
Le raisonnement de l'ours .....	194
Conclusion .....	201
Bibliographie .....	207