

## **CHANGEMENTS INSTITUTIONNELS DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE EN BELGIQUE : *DYNAMIQUES ECOLOGIQUES ET SOCIALES***

Texte présenté au Colloque “Les services de santé mentale dans la cite”

8 octobre 2015 à Charleroi

Sophie Thunus

### **Introduction**

Ce texte examine les changements passés et actuels dans les politiques publiques de santé mentale belge, en s'appuyant sur une approche constructiviste des systèmes professionnels. Dans un premier temps, cette approche permet de comprendre les dynamiques sociales propres aux réformes passées, et de montrer comment ces dynamiques expliquent les caractéristiques actuelles du système belge des soins de santé mentale ; en particulier sa spécialisation, sa segmentation et sa complexité.

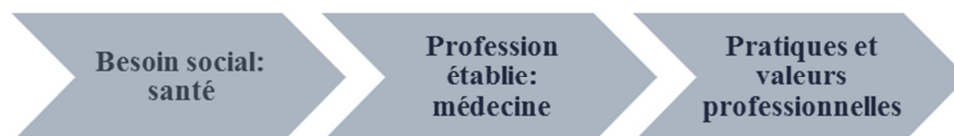
Dans un second temps, cette approche est appliquée à l'analyse la réforme actuelle de la santé mentale « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins ». En ce qui concerne la réforme, l'approche constructiviste permet de d'identifier et de faire sens des continuités et des discontinuités entre cette réforme et les réformes précédentes. Ensuite, elle permet de saisir la possibilité qu'ont des connaissances locales, développées et portées par les acteurs de terrain, d'impacter sur des changements globaux dans le système.

Les chemins particuliers qu'empruntent les connaissances locales pour circuler vers le changement global sont mis en évidence en recourant à la phénoménologie des connaissances en politique, ou *Embodied, Inscribed, Enacted Knowledge in Policy*. Celle-ci offre effectivement la possibilité de faire des allers-retours entre le global et le local, pour montrer comment différentes idées relatives à la réforme circulent, et comment ces idées sont assemblées et réassemblées aux niveaux global et local.

### ***1. CONSTRUCTIVISME ET SYSTEMES PROFESSIONNELS***

Qu'entend-on par « approche constructiviste des systèmes professionnels » ? Cette expression très générale est utilisée pour faciliter la lisibilité de ce texte. Elle renvoie cependant à des théories précises des systèmes professionnels. Une brève explication des postulats qui sous-tendent ces différentes théories des professions nous permettra de comprendre comment une telle approche peut améliorer notre compréhension de la réforme de la santé mentale et, plus généralement, la question du changement dans le champ de la santé mentale en Belgique.

En sociologie des professions, le développement des approches constructivistes est souvent présenté comme une réponse à des approches déterministes<sup>1</sup>, qui dominaient la réflexion sur les groupes professionnels aux Etats-Unis, avant les années 1960. Ces approches déterministes comprenaient une série de théories qualifiées de structuro-fonctionnalistes. Le schéma suivant résume les éléments clés du raisonnement proposé par ces théories.



Premièrement, ces théories postulent l'existence d'un besoin social reconnu, accepté et valorisé par tous les membres d'une société. Sur l'exemple mentionné dans le schéma, la santé est considérée comme un bien social auquel l'ensemble des membres d'une société accordent une valeur et une signification égale.

Deuxièmement, des groupes professionnels présentent des caractéristiques qui garantissent que ce besoin social consensuel soit rencontré correctement. Dans l'exemple de la santé, la profession médicale est vue comme détentrice d'un savoir scientifique et de valeurs d'universalisme et de désintéressement. Ces valeurs garantissent que le professionnel, par exemple le médecin, mette son savoir au service de sa clientèle, de manière uniforme et conforme à l'intérêt de celle-ci. A ces conditions, la société accepte de conférer un certain nombre de privilèges à la profession médicale, comme celui de définir les problèmes que présentent ses clients (par le diagnostic), de détenir et de garder leur confidences (secret médical), et de diriger le travail d'autres professionnels (hiérarchie médicale). En d'autres termes, la *structure* de la profession et ses caractéristiques formelles sont donc considérées comme *fonctionnelles* par rapport à l'existence d'un besoin social déterminé.

Troisièmement, la réalisation efficace de ce raisonnement structuro-fonctionnaliste implique que le groupe professionnel soit considéré comme stable et homogène : c'est-à-dire que la structure du groupe détermine, de manière durable, les pratiques, les valeurs et les préférences de chacun de ses membres. Aussi, étant donné le caractère technique des actes qu'elle accomplit, la profession est elle-même chargée de veiller à ce que ses membres respectent ses valeurs centrales et appliquent ses savoirs de manière uniforme.

Dans les années 1960, dans un climat de contestation des élites sociales, les sociologues interactionnistes de l'Ecole de Chicago ont reproché à cette approche son incapacité à rendre compte

---

<sup>1</sup> Les ouvrages de synthèse de sociologie des professions (par exemple: Champy, 2009) opposent souvent le déterminisme de Parsons au constructivisme de Hughes, Strauss et leurs collègues sociologues des professions de l'Université de Chicago. Cependant, comme l'a souligné O. Kutty, dans les années 1930, la théorie de professions de Parsons, notamment sa conceptualisation de la relation thérapeutique, a ouvert la voie à une première reconnaissance d'une possible négociation. Même si cette négociation était toujours largement encadrée par les professionnels (légitimité scientifique) et les valeurs sociales dominantes, la reconnaissance de son existence permettait d'envisager une autonomie relative de l'acteur par rapport à la structure (Kutty, 2008).

de la *diversité sociale*, et d'élucider la possibilité de *changement* dans la structure sociale. En effet, en érigeant à la fois les privilèges et l'homogénéité de la médecine comme des nécessités, par rapport à un besoin social consensuel, les théories structuro-fonctionnalistes contribuaient au maintien de la position dominante de ce groupe professionnel. Les approches structuro-fonctionnalistes ont également été critiquées pour leur indifférence aux significations variables de la notion de santé en fonction des groupes sociaux considérés, ainsi qu'à la variété des pratiques médicales que l'on pouvait rencontrer.

Dès lors, les interactionnistes se sont attelés à démontrer cette diversité des pratiques, et en ont fait le fondement de leur raisonnement relatif aux professions<sup>2</sup>. Leur raisonnement est décrit comme constructiviste car *ce n'est plus la structure qui détermine les pratiques et les valeurs des membres d'une profession, mais, au contraire, leurs pratiques qui contribuent à construire et reconstruire la structure*. Le schéma suivant illustre ce raisonnement.



Le premier postulat sur lequel repose ce raisonnement consiste à dire que les pratiques professionnelles ne peuvent pas être définies dans l'absolu, une fois pour toutes. Ces pratiques sont contingentes. Leur contingence signifie qu'elles varient en fonction du contexte dans lequel la profession est exercée ; en fonction des préférences des professionnels et de celles des clients (qui varient aussi dans le temps et dans l'espace) ; et enfin, en fonction des interactions entre les professionnels et leur clients (Freidson, 1988). Ce sont donc les *actions/interactions* des membres d'une profession, telles qu'elles se déroulent dans un contexte déterminé, qui contribuent à la *construire* et à lui donner *des formes différentes* au cours du temps (Bucher & Strauss, 1961; Freidson, 1988; Hughes, 1971).

Deuxièmement, ce raisonnement postule qu'à partir du moment où un groupe partage un certain nombre de valeurs et de pratiques qui se révèlent efficaces, ses membres vont chercher à obtenir une reconnaissance de leur travail. A cette fin, ils revendiquent la licence (autorisation légale) et le mandat de réaliser certaines tâches et d'adopter certains comportements que d'autres ne peuvent pas (Hughes, 1971).

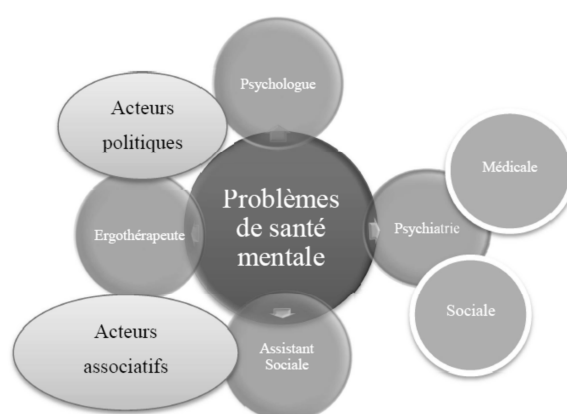
Troisièmement, c'est en appliquant un savoir abstrait à un problème concret que le groupe professionnel définit un besoin social particulier, par rapport auquel il revendique une certaine

---

<sup>2</sup> Les sociologues interactionnistes ont non seulement montré que la définition structuro-fonctionnaliste ne rendait pas compte des pratiques réelles des professions établies, mais également que certaines des caractéristiques de ces professions se retrouvaient dans des métiers qui ne bénéficiaient pas de privilèges équivalents.

position<sup>3</sup>. Par exemple, au cours du 20<sup>ème</sup> siècle, le développement des connaissances biomédicales a permis à la médecine d'occuper une place croissante et d'autorité dans le domaine des soins de santé (Adam & Herzlich, 2007). Cette position n'est pas immuable. Les pratiques professionnelles sont toujours susceptibles de se modifier suite à des changements dans la nature du problème, dans les connaissances techniques et scientifiques, ou dans le contexte socio-économique. Le développement de pratiques alternatives donne lieu à de nouvelles revendications qui, in fine, contribuent à redéfinir le besoin social (A Abbott, 1988).

Finalement, par rapport à notre objectif de comprendre le développement du champ de la santé mentale en Belgique, trois déplacements opérés par les travaux constructivistes sur les professions sont essentiels. Dans l'ensemble, ces déplacements nous permettront de considérer l'ensemble du système professionnel complexe qui s'est développé en réponse aux problèmes de santé mentale, au lieu de se limiter à une profession membre de ce système, et à sa conception spécialisée, et donc limitative, de ces problèmes. Ces trois déplacements sont représentés sur le schéma suivant.



Le premier déplacement découle directement du postulat selon lequel une profession se développe en appliquant un savoir abstrait à un *problème concret* (A Abbott, 1988). Il consiste à déplacer l'attention de groupes professionnels particuliers, par la lorgnette desquels on ne peut percevoir que certains aspects d'un problème et du système correspondant, au problème en tant que tel, conçu dans sa plus simple expression. En ce qui concerne les problèmes de santé mentale, ce déplacement nous amènera à considérer le développement du système à partir du moment où ceux-ci étaient encore vus comme des problèmes de l'âme, ou « problèmes personnels » (idem), pris en charge par le clergé et la communauté.

Ce déplacement permet d'appréhender les modifications qui surviennent dans « l'ère de tâche » (idem) couverte par le système, à la suite de changement dans la définition de ce problème. Nous verrons, par exemple, que la reconnaissance des dimensions médicales, puis psychosociales, des problèmes de santé mentale, a considérablement augmenté l'ère de tâches correspondant à ces

---

<sup>3</sup> Voir surtout Abbott

problèmes. La reconnaissance de ces différentes dimensions a effectivement donné lieu au développement d'autres pratiques (ex : suivi communautaire, club thérapeutique, réhabilitation fonctionnelle, etc.), structures (ex : hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, etc.) et professions (ex : psychiatres, psychologues, assistants sociaux), à l'intérieur d'un système.

Le second déplacement consiste à considérer *les groupes et les segments professionnels comme interdépendants* (Bucher & Strauss, 1961). Les segments professionnels désignent des sous-ensembles au sein d'une profession, dont les membres partagent des conceptions ou utilisent des méthodes spécifiques et différentes de celle du groupe dominant (par exemple, la réhabilitation psychiatrique par rapport à la psychiatrie médicale). Ces segments, au même titre que les groupes professionnels, développent des pratiques professionnelles différentes du groupe dominant, pour lesquelles ils revendiquent, à un moment donné, une reconnaissance légale et la création de structures définies. Ils participent donc directement à la structuration du système.

Ce déplacement implique de considérer que les segments et les différents groupes professionnels mentionnés ci-dessus font partie d'un seul et unique système. Leur appartenance à ce système est définie par leur interdépendance par rapport aux problèmes auxquels ces groupes répondent. En d'autres termes, puisque ces différents groupes et segments prétendent appliquer différentes solutions aux problèmes de santé mentale, ils sont en concurrence pour obtenir les ressources disponibles pour ces problèmes. Dans la mesure où ces ressources sont limitées, le gain de ressource par l'un signifie la diminution des ressources de l'autre. L'interdépendance se définit donc comme la dépendance de différents groupes par rapport à des ressources limitées pour répondre à un problème commun.

Le troisième et dernier déplacement consiste à reconnaître que ces segments et groupes professionnels n'obtiennent les reconnaissances qu'ils revendiquent qu'en formant des *alliances avec des groupes de natures différentes, par exemple des acteurs politiques ou associatifs* (Andrew Abbott, 2003). Pour désigner ces groupes de natures diverses (professionnelles, politiques et associatives) à la rencontre desquels se construit un système, Abbott a suggéré le terme d'écologie, défini comme «un système d'éléments aux interactions multiples, et pour la plupart interdépendants » (idem, 2003, p.43).

Nous allons illustrer ce raisonnement constructiviste en l'appliquant, dans la section suivante, au cas de la santé mentale en Belgique. Nous verrons qu'il nous permet non seulement de comprendre comment un système complexe s'est formé, au cours du temps, autour de la prise en charge des problèmes de santé mentale ; mais également de faire sens des caractéristiques de ce système, en particulier sa spécialisation et sa segmentation.

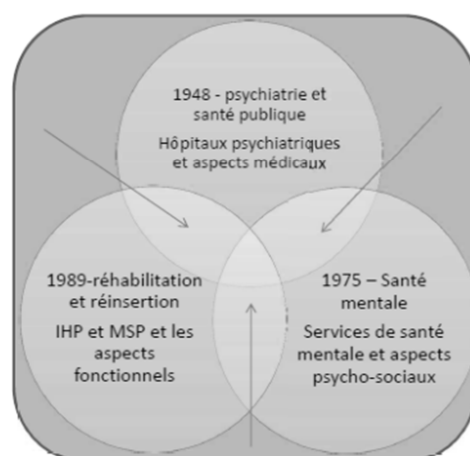
Une compréhension des *dynamiques sociales* qui ont conduit à une telle *structuration du système* permet d'abord d'en *relativiser le caractère évident*, en le considérant comme une *construction sociale*, et non comme une donnée naturelle. De plus, dans la mesure où *ce qui a été*

*construit peut être déconstruit*, ce raisonnement appliqué à la constitution du champ de la santé mentale permet aussi de relativiser le caractère dramatique ou insurmontable du changement.

Ensuite, l'identification des dynamiques sociales qui ont prévalu aux changes passés permet de comprendre certaines caractéristiques de la réforme actuelle, aux niveaux de sa définition politique et de son implémentation locale. Nous verrons, en effet, que certains aspects « étonnants » de la réforme, peuvent être lus comme des stratégies pour éviter certains écueils des réformes passées.

## 2. CHANGEMENTS DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTAL EN BELGIQUE : DE LA FOLIE À LA SANTÉ MENTALE

En 1850, le législateur belge impose un cadre minimal à la prise en charge des malades mentaux dans les asiles (Wouters & Poll, 1938). A ce moment, les « problèmes personnels » basculent en partie dans la sphère publique, au sens où l'Etat va désormais intervenir dans la définition des structures, des processus et des professions appropriés pour répondre à ce type de problèmes. Ce basculement ouvre une période durant laquelle ces problèmes sont perçus au travers du prisme judiciaire (la collocation du fou est une mesure judiciaire) (De Munck et al., 2003), en dépit de l'encadrement médical minimal imposé dans les asiles (Wouters & Poll, 1938). Ce n'est qu'au lendemain de la seconde guerre mondiale que la folie va être déplacée dans la juridiction de la santé publique, où elle est considérée comme maladie mentale. Comme l'indique le schéma ci-dessous, ce transfert marque le début du développement d'un système vaste et complexe, à partir d'une juridiction initialement et exclusivement détenue par la médecine, à tout le moins au niveau institutionnel (Thunus, 2015)<sup>4</sup>.



<sup>4</sup> Cette conceptualisation s'applique au système institutionnel, c'est-à-dire aux structures et aux professions dont le rôle dans la prise en charge des problèmes de santé mentale est défini par la législation belge, et qui reçoivent des garanties et/ou subsides publics. Elle n'ignore pas l'existence de pratiques alternatives à la psychiatrie médicale dès le début des années 1960, dans la sphère associative et privée. Les structures et les professions correspondantes sont introduites au « système institutionnel » représenté ci-dessus dès le moment où elles ont été reconnues par les autorités publiques belges.

Le transfert des compétences relatives à la maladie mentale, de la justice vers la santé, marque le début d'un double processus d'institutionnalisation, concernant à la fois les hôpitaux psychiatriques et les psychiatres. La reconnaissance de la profession de psychiatre, et l'intégration des hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble des prestataires de soins relevant de l'assurance maladie invalidité, vont effectivement permettre à ce groupe professionnel de conquérir et de stabiliser une position dominante dans le système (De Munck et al., 2003).

Dans le même temps, cependant, les dispensaires d'hygiène mentale, créés avec le soutien de la Ligue Belge de santé mentale, interviennent de manière croissante dans la prise en charge de la maladie mentale. A partir de leur préoccupation initiale pour l'amélioration des conditions de vie des malades mentaux, les dispensaires développent des pratiques de prévention dans un premier temps, et de prise en charge psychosociale dans un second temps (Orenbuch, 1981). Les partisans du mouvement de la santé mentale indiquent que ces aspects ne sont pas pris en charge par les hôpitaux psychiatriques, alors qu'ils se retrouvent chez une grande partie de la population souffrant de problèmes de santé mentale. Cette évolution les encourage à revendiquer une reconnaissance publique et l'octroi de subsides correspondant à leurs pratiques, contrairement à ce qui était prévu par un décret résolument minimaliste datant de 1953 (Bontemps, 2006). En 1975, les dispensaires sont véritablement institués dans le champ de la santé mentale, sous l'appellation services de santé mentale. Leur mandat contient la prévention et la prise en charge aspect psychosociaux des problèmes de santé mentale.

Enfin, en 1989, le courant de la réhabilitation est institutionnalisé au sein du système. Quoiqu'il se développe depuis les années 1960, dans le cadre de centres de réhabilitation fonctionnelle existant dans le cadre d'une « convention spéciale » avec l'INAMI, ce n'est qu'avec la création des Maisons de Soins Psychiatriques et des Initiatives d'Habitations Protégées, et leur intégration à la Loi sur les Etablissements Hospitaliers, qu'une juridiction spécifique à la réhabilitation psychiatrique est institutionnalisée dans le système (Boffa, 2001). Les membres de cette juridiction reçoivent un mandat consistant à développer les aptitudes fonctionnelles et les compétences sociales d'individus souffrant de problèmes de santé mentale, afin de favoriser leur réinsertion sociale, voire professionnelle.

Dans la section suivante, nous allons nous intéresser aux dynamiques écologiques et sociales qui ont caractérisé la création de ces différents ensembles, aux niveaux politique et local. Nous verrons comment ces dynamiques se sont combinées pour donner forme au champ de la santé mentale, tel qu'il se présente aujourd'hui.

## 2.1 Les dynamiques écologiques

Les trois sous-ensembles que nous venons d'identifier, à savoir la psychiatrie médicale, la santé mentale, et la réhabilitation fonctionnelle, ont été institutionnalisés au terme de processus qui partagent un certain nombre de caractéristiques. Ces caractéristiques concernent à la fois le niveau institutionnel, où les réformes sont préparées, et le niveau local, où elles sont implémentées. Elles définissent les dynamiques sociales répondant aux stratégies institutionnelles et professionnelles des acteurs du champ.

A niveau institutionnel, deux phases doivent être distinguées: la naissance d'un projet de réforme d'une part, et la définition du cadre légal et opérationnel de la réforme d'autre part. La première phase est dominée par les idéologies professionnelles, alors que la seconde est dominée par les intérêts institutionnels. Au niveau local, les intérêts institutionnels et les idéologies professionnelles se mélangent la plupart du temps pour donner lieu à une appropriation particulière de la réforme.

Les exemples suivants vont nous permettre d'illustrer ces processus et, dans le même temps, de faire émerger différents concepts qui en soulignent les traits saillants.

### *Illustration : les cas de l'écologie de la santé mentale et de la réhabilitation psychiatrique*

Pour être en mesure d'appréhender la complexité des processus qui mènent à la création d'un ensemble professionnel et institutionnel, comme ceux de la santé mentale ou de la réhabilitation psychiatrique, il faut d'abord se départir d'une vision rationnelle et homogène de la prise de décision politique.

Les travaux de sociologie des organisations ont montré que la prise de décision politique n'était pas parfaitement rationnelle et homogène (Crozier & Friedberg, 1992; Friedberg, 1997). D'abord, les décideurs politiques n'ont qu'une connaissance partielle de l'environnement dans lequel leur décision s'applique. Ensuite, pour acquérir ou améliorer cette connaissance, ils dépendent souvent d'acteurs intermédiaires, comme des organes de conseils ou des associations professionnelles, qui leur livrent une information également partielle, correspondant à leur vision du champ, ou leurs intérêts. Enfin, à mesure que les décideurs acquièrent une certaine image de l'environnement, leurs objectifs politiques se modifient. Dès lors, *le processus de décision ne peut être vu comme parfaitement rationnel*. Au contraire, il répond à *une rationalité située, c'est-à-dire limitée à une situation particulière, dans laquelle une décision  $x$  semble la plus appropriée, ou la moins mauvaise, pour atteindre un objectif «  $x$  ».*

En outre, le processus n'est pas homogène. Il ne repose pas sur la seule logique politique. Les idées et les intérêts exprimés par différents acteurs et groupes de conseils impliqués dans le processus sont assemblés pour donner forme à la décision qui paraît satisfaisant aux parties prenantes. *La notion de « bricolage »* (Freeman, 2006) rend bien compte des limitations et de l'hétérogénéité de la



rationalité politique. Elle accentue particulièrement *l'idée d'assemblage d'éléments divers, puisés dans des mondes, des contextes, et des expériences diverses*. Les exemples suivants illustrent surtout l'hétérogénéité du processus, en mettant en évidence les alliances qui s'y forment entre des acteurs émanant des mondes politiques, associatifs et professionnels. Ensuite, le cas de la définition de la réforme 107 illustrera plus particulièrement la notion de « bricolage ».

Les deux tableaux présentés ci-dessous schématisent le processus d'émergence des projets politiques qui ont débouché sur la création des écologies de la santé mentale et de la réhabilitation. Dans les deux cas, des *idéologies ou des pratiques professionnelles innovantes*, développées en Belgique ou à l'étranger, se trouvaient à l'origine du processus. Ces idées ont été promues par *des alliances impliquant à la fois des professionnels et des associations sans but lucratif*.

Ces alliances se sont lancées dans un *processus d'intéressement*<sup>5</sup> (Callon, 1986), consistant à faire connaître ces idéologies et à démontrer leur plus-value à des acteurs investis d'un pouvoir de décision politique. En organisant des conférences, des tables rondes, ou au travers de contacts informels, ces alliances sont parvenues à intéresser ces personnes, le plus souvent le ministre responsable et son administration, de l'importance de l'idéologie professionnelle qu'elles supportaient. Le processus d'intéressement a donc débouché sur des *coalitions de fait*<sup>6</sup>, rassemblant des acteurs professionnels, politiques et associatifs. Ces coalitions ont ébauché des projets politiques novateurs.

L'ÉCOLOGIE DE LA SANTÉ MENTALE	
<b>DES IDÉES/PRATIQUES INNOVANTES</b>	1909: US-Comité National Santé Mentale
<b>MOUVEMENTS SOCIAUX &amp; PROFESSIONNELS RÉFORMISTES</b>	League Belge de Santé Mentale 1923: création cliniques de santé mentale 1966: groupe de travail statuts
<b>COALITIONS DE FAIT</b>	1974: Min. De Saeger-Dr S. Halter « <i>Des penseurs progressistes</i> » - OMS « <i>Je pense qu'aujourd'hui, la santé mentale est comme un iceberg, vous voyez une petite part de celui-ci et la plus grande part est toujours cachée sous l'eau ... Ces personnes avec d'autres troubles qui ne nécessitent pas spécialement d'intervention psychiatrique, ceux qui ont des problèmes de comportement, comme les alcooliques...</i> » (Discours Dr Halter)
<b>PROJETS POLITIQUES NOVATEURS</b>	Traitement actif des patients psychiatriques, activités de prévention, coordination, réduction du nombre de lits psychiatriques et destigmatisation des problèmes de santé mentale

<sup>5</sup> Michel Callon (1986) utilise ce concept pour désigner le processus par lequel un groupe d'acteurs tente d'intéresser d'autres acteurs à leurs projets ; en les amenant à prendre les actions et endosser les rôles que ces projets supposent.

<sup>6</sup> L'histoire du champ de la santé mentale en Belgique offre de nombreux exemples de la constitution de telles coalitions de faits. Le travail d'intéressement et les coalitions impulsées dans les secteurs de la santé mentale et de la réhabilitation fonctionnelle, respectivement par la Ligue Belge de santé mentale et le Fondation Julie Renson, sont des exemples particulièrement intéressants (v. Thunus S. (2010) pp. 81-83).

<b>L'ÉCOLOGIE DE LA RÉHABILITATION</b>	
<b>DES IDÉES/PRATIQUES INNOVANTES</b>	La réhabilitation psychiatrique (en France)/réhabilitation en Belgique
<b>MOUVEMENTS SOCIAUX &amp; PROFESSIONNELS RÉFORMISTES</b>	La fondation Julie Renson, les Dr Paul Silvadon (ULB) et Amiel (spécialiste de la réhabilitation psychiatrique en France)
<b>COALITIONS DE FAIT</b>	Conférence organisée par la Fondation Invitation du Dr Halter (Ministère de la santé publique) 1959: projet pour l'organisation de la psychiatrie communautaire Année mondiale de la santé mentale (OMS-fédération pour la santé mentale)  « L'équipe » et les conventions INAMI
<b>PROJETS POLITIQUES NOVATEURS</b>	Fin des années 1980: Profs Groot et Breda: des dispositifs ambulatoires offrant des soins psychiatriques dans le milieu de vie

L'utilisation du concept d'écologie pour désigner des ensembles institutionnels et professionnels vise à souligner l'importance des idéologies professionnelles et des alliances dans leur processus d'émergence. En effet, selon Abbott, *une écologie se distingue par un lien particulier entre un groupe particulier et un problème particulier*. Ce lien consiste en un *ensemble de savoirs et de pratiques* que le groupe en question entend appliquer au problème en question.

Dans les deux cas présentés ci-dessus, ce lien est constitué par l'ensemble de savoirs et de pratiques professionnelles sous-tendant le mouvement de la santé mentale et celui de la réhabilitation psychiatrique. De plus, le concept d'écologie suppose l'interdépendance entre les membres de l'écologie et son environnement. En conséquence, il permet de rendre compte de *la nécessité, pour les tenants d'une écologie professionnelle, de former des alliances avec d'autres écologies, politique et associative, pour promouvoir leur projet*.

## **2.2 Les dynamiques sociales: le moment de la transposition comme zone d'ombre**

Les réformes lancées par le ministre De Saeger en 1974 et par le ministre Busquin en 1989 reposaient sur des projets ambitieux et novateurs. On peut observer, par exemple, que le projet qui a précédé la création des services de santé mentale comprenait des concepts-clés qui sont toujours au cœur des politiques de santé mentale actuelles (voir l'encadré sur l'écologie de la santé mentale). Cependant, de tels projets ne sont l'aboutissement que de la première étape du processus qui mène à la réforme : celle pendant laquelle des alliances portant des idéologies particulières tentent d'y intéresser des acteurs pourvus d'un pouvoir politique.

Dans la seconde étape, le projet doit être transposé dans la législation et opérationnalisé dans un règlement administratif qui s'applique à sa mise en œuvre. Nous allons montrer que le moment de la transposition peut être défini comme une *zone d'ombre* (Friedberg, 1997). C'est-à-dire, une zone dans laquelle les parties prenantes du champ de la santé mentale vont parvenir à mobiliser leurs ressources respectives, afin d'influencer le projet de réforme d'une manière conforme à leurs intérêts. L'existence de cette zone d'ombre est une conséquence directe de l'organisation du champ de la santé mentale en Belgique, et particulièrement du fait que chaque changement dans son organisation globale dépende de modifications dans la loi sur les établissements hospitaliers :

« La loi sur les hôpitaux est une loi-cadre. Du coup, chaque initiative politique nécessite qu'un AR vienne modifier cette loi. Ça valait notamment pour les IHP [Initiatives d'Habitations Protégées] et les MSP [Maisons de Soins Psychiatriques]. Et que se passe-t-il? Le ministre fait un projet d'arrêté avec son administration. Généralement, ils proposent des projets très cohérents. Ensuite, ces projets sont soumis à des organes de conseils plus ou moins formels, les lobbies s'activent et le projet est plus ou moins démantelé. Ça donne lieu à des solutions de compromis. » (Entretien avec un conseiller politique, 2012).

Cette influence s'exerce soit sur le contenu soit sur le cadre de la réforme. Mais dans les deux cas, elle vise à la transformer de manière à ce qu'elle permette aux institutions psychiatriques et aux services de santé mentale de se l'approprier d'une manière conforme à leurs projets professionnels et/ou intérêts organisationnels.

L'extrait d'entretien présenté ci-dessus mentionne la création des IHP et des MSP dans le cadre de la réforme Busquin de 1989. Dans ce cas, la modification du projet initial portait d'abord sur son *contenu* même. Effectivement, au moment de la transposition, les idées novatrices exprimées préalablement (équipes mobiles de soins à domicile)<sup>7</sup> ont été transformées pour donner lieu à la création de nouvelles structures : les IHP et les MSP. Le *cadre* dans lequel la création de ces structures était prévue est également significatif. En effet, en permettant aux hôpitaux psychiatriques de créer ces structures en « reconvertissant » une partie de leurs moyens, le ministre Busquin a permis à ces derniers de jouer un rôle prépondérant dans leur création.

Dans le même temps, le ministre a inauguré l'utilisation de *la technique de la reconversion*, qui a permis la reproduction de la stratégie mise en place par les hôpitaux psychiatriques au cours de plusieurs projets pilotes et dans la réforme actuelle. Telle qu'illustrée par les extraits d'entretien ci-dessous, cette stratégie consiste à « sauter dans le train (du changement) tant qu'il est à l'arrêt », en participant à la définition du changement plutôt que d'en subir les conséquences :

---

<sup>7</sup> Avant la réforme, le Ministre Busquin avait demandé un rapport relatif à l'organisation des soins en santé mentale. Ce rapport soulignait différents problèmes résultant de la réalisation partielle des réformes précédentes, et préconisait la création d'équipes mobiles de soins psychiatriques à domicile.

*« Nous étions évidemment intéressés par les projets thérapeutiques [PT], parce que les hôpitaux sont de plus en plus amenés à s'ouvrir au monde extérieur. Nous avons déjà les SPAD [Soins Psychiatriques à Domicile], donc les PT nous donnaient une nouvelle opportunité de rester impliqués dans ce changement et de tester à nouveau les conditions de travail dans l'ambulatorio ».*

Même si celle-ci nous impose en petit retour dans le temps, la réforme de 1974 présente un intérêt particulier par rapport à cette stratégie. Cette réforme est révélatrice de l'utilisation de la zone d'ombre, afin de maîtriser le cadre dans lequel les services de santé seraient institutionnalisés, en 1975. Comme l'expriment les deux auteurs cités ci-dessous, en tentant de satisfaire les demandes à la fois des hôpitaux psychiatriques et des services de santé mentale, les autorités publiques ont mis en place un cadre légal et réglementaire qui permettait à chacun de se développer/spécialiser, sans pour autant respecter l'objectif d'intégration qui prévalait aussi à la réforme.

*« Le service public, qui était obligé de considérer à la fois les intérêts des institutions privées, les exigences des services de santé mentale existants, et la nécessité de développer un système intégré comparable à ce qui a été fait dans d'autres pays, a opté pour un assemblage entre des éléments hétérogènes. Au lieu de stimuler un changement global, en réformant l'ensemble du système psychiatrique, le gouvernement a décidé de réaliser des réformes séparées des secteurs résidentiels et ambulatoires » (Boffa 2001)*

*« En instaurant des équipes psycho-médicosociales, on a évité le problème d'implémenter un seul pouvoir organisateur, comme cela a été fait dans d'autres pays » (Orenbuch 1981)*

En effet, la réforme a été réalisée en trois temps, par le biais de trois Arrêtés Royaux [A.R.] qui se voulaient complémentaires. En 1974, le premier supportait la professionnalisation et la médicalisation des hôpitaux psychiatriques, en créant les services A et T. Il mettait également en place des équipes psycho-médicosociales, qui devaient favoriser la communication avec les SSM. En 1975, le second A.R. créait les services de santé mentale, tout en prévoyant le développement de dispositifs favorisant leur coopération avec les hôpitaux psychiatriques. Enfin, en 1976, le troisième A.R. limitait le nombre de lits psychiatriques par habitant, considérant que la création des SSM permettrait de limiter le public des hôpitaux. L'objectif des politiques à l'origine de cette réforme était donc bien de mettre en place un système intégré et de rationaliser l'offre. Cependant, dans la mesure où les hôpitaux psychiatrique et les SSM ont implémenté certains aspects de leur décret plus activement que d'autres, on peut dire que :

*« Les espoirs des promoteurs de la nouvelle politique n'ont pas été réalisés...En d'autres termes, il n'y a pas de psychiatrie intégrée en Belgique pour le moment! Les accords de coopération entre services de santé mentale et hôpitaux psychiatriques sont des réponses*

*formelles qui ont si peu de sens pratique que les travailleurs des services de santé mentale en ignorent l'existence » (Orenbuch 1981).*

### 2.3 De la diversification à la segmentation

A l'issue de ces exemples, il convient de remarquer le processus d'implémentation d'une réforme n'est pas plus homogène que celui de sa définition. De nombreux travaux ont montré que *les normes de changement définies au niveau institutionnel ne s'appliquent pas de manière uniforme aux institutions et aux services visés. Ceux-ci ne se contentent pas de se conformer à l'idéologie contenue dans une réforme* (Castel & Friedberg, 2010). Au contraire, pour réaliser une réforme, ses destinataires ont besoin de « *l'habiter* », *c'est-à-dire de lui donner une signification compatible avec leurs propres idéologies professionnelles et habitudes de travail*. En d'autres termes, l'implémentation de chaque réforme est sous-tendue par un processus de *traduction*, au cours duquel les objectifs et les moyens qu'elles définies sont adaptés au niveau local. Nous n'illustrerons pas ces processus de traduction dans cet article. De nombreux exemples sont développés dans d'autres publications consacrée aux projets thérapeutiques et/ou l'actuelle réforme de la santé mentale (par exemple: Schoenaers, Cerfontaine, & Thunus, 2011; Thunus, 2015; Vrancken, Schoenaers, Cerfontaine, & Thunus, 2010).

En se combinant aux stratégies d'influence sur le contenu ou le cadre de la réforme, ces traductions locales ont conduit au développement d'un vaste système professionnel et institutionnel, caractérisé par sa segmentation et sa spécialisation. En effet, l'absence de collaborations réelles entre les structures relevant des trois écologies s'est doublée d'un processus de spécialisation locale remarquable. Comme l'a constaté Verhaegen en s'interrogeant sur les résultats de la réforme de 1975, les SSM ont pris des formes tout-à-fait singulières au niveau local, au travers de la mise en place des dispositifs thérapeutiques originaux porté conçu par leurs équipes (Verhaegen, 1987).

Ensuite, dès le début des années 2000, l'adoption d'une stratégie de changement basée sur les projets a amplifié ce phénomène. En permettant aux acteurs locaux de définir eux-mêmes une grande partie du contenu de leurs projets, les projets Soins Psychiatriques à Domicile et les Projets Thérapeutiques ont effectivement donné lieu à des systèmes de soins locaux différents selon la région considérée. Par exemple, en réalisant une analyse approfondie de deux projets thérapeutiques développés en Wallonie, nous avons mis en évidence deux dispositifs très différents, l'un étant résolument communautaire, et l'autre étant basé dans le milieu résidentiel (Vrancken et al., 2010). Le principe de diversification et de professionnalisation des soins de santé mentale est finalement entré en conflit avec celui de l'égalité de l'accès aux soins.

### **3. ET MAINTENANT : « VERS DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LA RÉALISATION DES RÉSEAUX ET CIRCUITS DE SOINS »**

Cette section porte sur la réforme de la santé mentale entamée au printemps 2010. A lieu de décrire le programme politique sous-tendant cette réforme<sup>8</sup>, nous nous intéresserons aux mécanismes qui caractérisent la définition de ce programme, et son implémentation.

En ce qui concerne la définition du programme politique, nous mettrons en évidence trois aspects du processus : ses inspirations à la fois internationales, nationales et locales ; les enjeux de leur assemblage au sein d'un document politique approprié aux objectifs poursuivis ; et les stratégies mises en place pour contrôler le processus d'implémentation.

En ce qui concerne l'implémentation, nous mettrons en évidence l'influence des perceptions et des connaissances détenues par les acteurs terrain sur les traductions concrètes de la réforme au niveau local, en dépit des stratégies politiques visant à contrôler ces traductions.

#### **3.1 Assembler le Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins »**



*Le grand moment d'information national, au cours duquel a été présenté le «Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins», fut un grand succès. Plus de 800 personnes émanant de divers groupements concernés par les soins de santé mentale ... furent présents ce jour: directeurs et travailleurs d'hôpitaux psychiatriques, de services psychiatriques d'hôpitaux généraux, de centres de soins de santé mentale, membres d'organisations de familles et de patients, fédérations, plates-formes de concertation, etc... ([www.psy107.be](http://www.psy107.be))*

Au cours de ce moment d'information, les ministres fédéraux, régionaux et communautaires compétents pour la santé mentale, ont présenté le document politique exposant le programme de la réforme (ci-après, « le Guide »). Ce document définit les objectifs de la réforme, les moyens financiers et organisationnels mobilisés pour atteindre ces objectifs, ainsi que les rôles des différents partenaires, y compris les autorités publiques, les experts internationaux, les coordinateurs de réseaux et les institutions et services de soins locaux.

A l'issue de cette présentation, les réactions des participants étaient marquées à la fois par l'enthousiasme, car la réforme semblait ambitieuse, et par l'inquiétude, car les acteurs de terrain s'interrogeaient sur sa philosophie et la compatibilité de celle-ci avec le système de soins belge. Une

<sup>8</sup> Toutes les informations relatives à la réforme sont disponibles sur le site [www.psy107.be](http://www.psy107.be)

impression dominante était, en effet, celle d'une « importation », sans adaptation, du modèle dit « de Birmingham », dans le contexte Belge. Pourtant, le « Guide » comportait des références très claires aux développements spécifiques du champ de la santé mentale en Belgique, y compris les différents services et institutions le composant, et les mécanismes utilisés pour y impulser le changement. Parmi ces mécanismes, notons le recours aux projets locaux, à la technique de la reconversion pour le financement de ces projets, et la place importante accordée aux coordinateurs de réseaux.

Confrontés à cette incertitude relative aux inspirations de la nouvelle réforme, nous nous sommes intéressés au processus qui a permis de la définir. Comme nous allons le voir, ce processus est fait de négociations et d'assemblages successifs, qui ont donné lieu à un programme caractérisé par l'ambiguïté de ses objectifs.

Premièrement, les inspirations du programme politique sont à la fois internationales, nationales et locales. Ces inspirations ont été importées dans le processus par quelques acteurs clés, responsable de la conception et du suivi de la nouvelle réforme, et émanant tantôt d'institutions de soins locales, tantôt du cabinet des ministres compétents et de leurs administrations.

En ce qui concerne la décision d'entreprendre cette nouvelle réforme, le voyage des autorités publiques compétentes à Birmingham est considéré comme déterminant:

*« Je crois qu'il y a la rencontre d'une autre psychiatrie, car il ne faut pas oublier que les ministres sont allés voir ensemble ce que c'était, notamment à Birmingham. C'est un élément qui ne me semble pas anodin, que des ministres, ensemble, aient l'occasion de faire cette démarche d'aller voir ce qui se fait ailleurs, c'était le point de départ de quelque chose de plus ambitieux. »* (Entretien Fed1 -2012/02)

Cependant, le modèle de Birmingham n'est en aucun cas la seule inspiration internationale mobilisée dans le guide. D'autres modèles, notamment celui de Lausanne et de Lille, ont également été pris en compte lors de l'élaboration de la réforme. En outre, cette réforme est ancrée dans un processus de changement, au niveau national, qui a fortement impacté sur sa temporalité et son contenu :

*« La réforme devait débuter en 1997, mais nous avons dû attendre jusqu'en 2002 pour avoir une première déclaration conjointe, celle-ci a été modifiée en 2004, et nous avons encore du attendre jusqu'en 2009, quand la conférence interministérielle a dit: OK! Nous allons commencer maintenant! »* (Entretien Fed2-2012)

Cet ancrage de la réforme dans un processus long et spécifique au champ de la santé mentale en Belgique signifie que le modèle de la réforme, quelles que soient ses inspirations, devait tenir compte d'un contexte préalable comprenant des accords sur ce qui était faisable et ce qui ne l'était pas, et des principes fondamentaux qui rendent certaines pratiques inadaptées au contexte belge. Par exemple, la définition de concepts clés comme les « réseaux et circuits de soins » devait tenir compte du principe du libre choix du patient, à la base du système de soins de santé belge.

Enfin, par l'intermédiaire d'acteurs impliqués dans la définition de la réforme, des modèles organisationnels locaux ont été transposés dans le Guide. A cet égard, une similitude notable existe entre l'organisation des projets d'exploration, tels que définis dans le Guide, et les groupes de travail mis en place par une association d'aide et de soins de la Province de Liège quelques années auparavant. Le coordinateur de cette association en donnait la définition suivante :

*« Ces groupes de travail nous ont permis de mettre ... en place une pratique de travail en réseau par le détachement de référents issus des structures partenaires qui ont ainsi opéré avec la coordination, en mettant en commun d'une part des pratiques (ressources) mais qui ont aussi abouti à un consensus (procédure) d'utilisation d'une même méthodologie (le Plan de Programme Individualisé et le Plan de Service Individualisé) »* (Confluences, 2006, 15:38)

Ces quelques exemples montrent que les différents aspects de la réforme, y compris sa temporalité, le modèle de soins vers lequel elle tend, et les modalités d'organisation locale qu'elle préconise, ne résultent pas d'un processus de prise de décision parfaitement rationnel, et répondant à la seule logique politique. Au contraire, ces différents aspects sont le résultat d'assemblages entre des contraintes (temporelles, politiques et institutionnelles) et des ressources (locales, nationales et internationales) spécifiques.

De tels *assemblages* sont caractéristiques de processus de changement institutionnels : ils permettent *d'agréger un certains nombres d'apprentissages politiques et organisationnels passés, tout en les adaptant aux objectifs présents* (Hall, 1993; Weick, 2015), et aux intérêts et idées exprimés par les différentes parties prenantes. En effet, comme nous allons le montrer, ces assemblages ne sont pas l'apanage des acteurs à l'origine d'un projet de changement, et ils n'interviennent pas seulement en amont de celui-ci. Au contraire, ils *se constituent et se reconstituent aux cours de négociations impliquant les acteurs participant à la négociation et l'implémentation de ce projet, et porteurs d'idéologies professionnels et d'intérêts institutionnels et politiques spécifiques.*

### *La rédaction du guide*

Le processus de rédaction du Guide illustre à la fois la nécessité et la difficulté de ces négociations. Ce processus consistait en une succession de réunions impliquant tantôt les autorités publiques, tantôt les experts internationaux, nationaux, et les fédérations et professionnelles. Au cours de ces réunions, la tâche des leaders de la réforme consistait à intégrer les idées multiples exprimées par ces acteurs, au sein d'un cadre général, défini par le projet initial : *« Le challenge était: comment écrire un projet équilibré, à la fois assez large pour permettre la participation de services très différents et spécifiques, et assez précis, afin de s'assurer du respect de la philosophie globale de la réforme »* (Entretien Fed1 2012/02).

Ces négociations étaient longues et exigeantes : *« Nos discussions ont concerné chaque mot, parfois on se concentrait sur des questions de traduction, mais ce ne sont pas de simples mots, ce sont*



*des concepts qui expriment quelque chose! C'étaient des questions de nuances, un travail minutieux... »* (Entretien, Reg1, 2014/02).

La raison de l'attention portée à la rédaction du document est la suivante : la vie d'un document politique tel que le guide ne s'arrête pas à l'issue de sa rédaction. A l'inverse, il prend vie lorsqu'il commence à circuler dans le système de la santé mentale, pour soutenir et informer le processus d'implémentation de la réforme. La portée du document, c'est-à-dire son objectif de conduire des acteurs particuliers à entreprendre des actions spécifiques, justifie de l'attention portée à la formulation des idées qu'il contient. En d'autres termes, *la formulation de ces idées est vue comme « préfigurant » les actions locales qui seront prises en réponse au document.*

Au-delà de l'attention portée au choix des mots et des expressions utilisées dans le guide, la présence de stratégies destinées à maîtriser l'implémentation de la réforme témoigne de l'intention des auteurs du guide de préfigurer les actions d'autres acteurs (par exemple, les intervenants de première ligne, les coordinateurs de réseaux, la direction des institutions et services de soins de santé mentale), dans d'autres contextes (régional et local), et à d'autres moments (au cours de la phase exploratoire de la réforme).

La stratégie de formation des équipes mobiles (EM) et des coordinateurs de réseaux illustrent particulièrement bien l'assemblage d'apprentissages politiques et organisationnels réalisés au cours de réformes passées et dans d'autres contextes, avec les objectifs de la présente réforme.

D'une part, elles s'inspirent de méthodes utilisées par des organisations internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé, que des acteurs politiques ont apprises en participant à des projets Européens : *« Ce qui m'a le plus intéressé, c'était les projets horizons : des stages longs d'échanges entre professionnels, des formations de formateurs »* (Entretien Fed1, 2012/01). Cette technique de la formation des formateurs a été intégrée dans la réforme, afin de favoriser l'apprentissage de pratiques professionnelles adaptées au modèle préconisé dans le cadre de la réforme.

*« On ne va pas pouvoir former tous les travailleurs de toutes les EM de Belgique, mais c'est aussi dans une optique de formation de formateurs. Ceux qui vont aller en stage à l'étranger, on espère que ce sont les bonnes personnes qui vont pouvoir capitaliser et transférer vers les autres travailleurs »* (Entretien Fed1, 2012/03).

D'autre part, ces assemblages témoignent d'une traduction de ces stratégies dans le contexte belge, en fonction des dynamiques sociales observées en participant à des réformes passées. Dans l'exemple suivant, ces dynamiques sociales se réfère à l'influence exercée par les hôpitaux sur les coordinateurs de réseaux.

*« Ils sont dans une position difficile les coordinateurs. A certains moments, si on met trop de pression, on risque de les voir s'effondrer, ... et d'autre part, il faut quand même qu'ils respectent un certain nombre de choses. Mais on essaie de gérer cela au travers du coaching,*

*principalement. Mais je ne sais pas la capacité que l'on a à pouvoir récupérer cela par rapport au poids du promoteur employeur. » (Idem)*

Enfin, il faut à nouveau rappeler que ces assemblages sont réalisés dans un contexte politique particulier, porteurs de contraintes et de ressources spécifiques:

*« Il y a quand même un élément qui n'est pas banal, le guide c'était pour le 26 avril, le jour de la chute du gouvernement, donc le 21 mai, on était dans les affaires courantes, on était dans la crise, donc ce n'était pas mauvais de travailler sur un dossier fédérateur, associant l'ensemble des autorités. On ne se rendait pas compte qu'on allait travailler longtemps dans ces conditions-là, mais on l'a fait » (Entretien, Fed1 2012/03)*

### **3.2 L'implémentation du Guide : voyage du local au global**

Dans cette dernière section, nous nous intéressons à la vie du guide, en rapportant les interactions auxquelles il donne lieu niveau local. Pour comprendre ces interactions, il est nécessaire de se souvenir que le guide n'est pas tombé dans un « vide social » (Corbin & Strauss, 2008). Au contraire, il a été reçu par des services et des institutions caractérisées par une organisation sociale et des idéologies professionnelles particulières.

Loin d'être passivement reformatées par la réforme définie au niveau politique, ces services et institutions se l'approprient activement, négociant et traduisant ses objectifs dans le contexte local. Les deux exemples suivant illustrent la coexistence d'expériences professionnelles très diverses au niveau local, et leur impact sur l'interprétation de la réforme:

*« En Angleterre, j'ai participé à la fermeture d'une énorme institution psychiatrique. J'ai alors pris conscience que c'était beaucoup plus difficile d'aider les gens à réintégrer la société à partir de traitements résidentiels: si tu veux aider les gens à retourner dans la société, tu dois bouger, pour travailler avec les gens dans la communauté... Mon espoir avec cette réforme est qu'on trouve un équilibre entre les soins résidentiels et les soins communautaires... » (Entretien P8 02/2012)*

*« Cette réforme implique une transformation radicale des équipes hospitalières. Actuellement, l'organisation de l'hôpital n'a rien à voir avec le travail communautaire. Donc nous avons à nous concentrer sur deux choses: offrir des soins intensifs à l'intérieur de l'hôpital, et développer notre activité à l'extérieur de l'hôpital... » (Discours P2 01/2011)*

Ces deux illustrations reflètent deux interprétations différentes de la réforme, en fonction d'expériences professionnelles spécifiques. Ces interprétations sont importantes pour comprendre les

réactions individuelles suscitées par la réforme. Cependant, elles n'éclairent que partiellement les interactions au cours desquelles la réforme est (re)négociée et traduite au niveau local.

Afin de comprendre ces interactions, nous avons observé les réunions (comités de fonction) au cours desquelles les représentants des institutions psychiatriques, services de santé mentale, centres de réhabilitation fonctionnelle, services sociaux, d'aide sociale et d'insertion socioprofessionnelle, se rencontrent afin de concevoir les procédures organisationnelles à mettre en place pour réaliser la réforme.

Pour analyser ces réunions, nous proposons de recourir à la *phénoménologie des connaissances en politique* (Freeman & Sturdy, 2014). Cette phénoménologie permet effectivement d'analyser l'utilisation des savoirs en politique de manière inclusive et processuelle; c'est-à-dire, sans exclure certains types de savoirs et en considérant les changements des savoirs collectifs au cours du temps.

D'abord, cette approche invite à considérer l'ensemble des savoirs sur lesquels se fonde l'action collective, sans distinction *a priori* entre différentes catégories de savoirs, en fonction de leur nature (par exemple, scientifique *versus* empirique) ou de leurs détenteurs (par exemple, professionnels *versus* profanes). En conséquence, elle permet d'accorder une importance équivalente aux *expériences* et aux *expertises* exprimées par différents groupes, allant des associations d'usagers et de proches aux psychiatres, en passant par les travailleurs sociaux. Deuxièmement, en s'écartant d'une approche par types de savoirs, la phénoménologie met l'accent sur les formes que prennent les différents savoirs observables. Ces formes de savoir sont les suivantes : « embodied » ou « incorporés » ; « inscribed » ou « inscrits » ; et « enacted » ou « mis en acte ».

Les premiers sont étroitement liés aux personnes qui les portent et les utilisent dans leurs activités quotidiennes. Ils comprennent les façons de faire, de s'exprimer et d'être qui sont mobilisées au travers de nos activités, sans pour autant être formalisées. L'idée de « relation à l'utilisateur » permet de se représenter ce type de savoirs, incorporés (on sait comment faire), mais difficiles à formaliser (il n'y a pas de mode d'emploi pour établir une bonne relation à l'utilisateur).

Les seconds sont les savoirs inscrits dans des documents et des instruments. Les documents ne sont pas neutres. Au contraire, ils véhiculent une certaine définition, idéologie, ou conception de la problématique qu'ils traitent. Il en va de même pour les instruments. Pensons à des instruments de travail comme le DSM, ou le « plan de soins individualisé ». Ceux-ci impliquent, respectivement, l'adhésion à certaines idéologies professionnelles et l'acceptation de relations thérapeutiques et professionnelles de natures différentes. Ces idéologies deviennent apparentes lorsqu'elles sont confrontées à la réalité empirique. Par exemple, au cours des projets thérapeutiques, les critères d'inclusion définis par l'INAMI posaient problème à certains projets locaux impliquant des assistants sociaux. En effet, ces critères étaient tirés du DSM, qui repose lui-même sur une conception médicale de la santé mentale, que réfutaient ces assistants sociaux. Les conflits qui se développent autour d'instruments de ce type reflètent donc des conflits plus profonds, qui confrontent des logiques professionnelles différentes. A la différence des savoirs incorporés, les savoirs inscrits ne sont pas

« attachés » à la personne qui les porte. Leur spécificité est justement d'être à la fois stables et mobiles, d'une part en donnant une forme matérielle aux savoirs qui y sont inscrits ; et, d'autre part, en leur permettant d'être utilisés à des époques et dans des lieux différents de l'endroit et du temps de leur production. Le DSM défini par l'Association Américaine de Psychiatrie est, par exemple, utilisé aux quatre coins du monde et au cours d'une période relativement longue. Et chacune de ses utilisations correspond à une reproduction ou une contestation de la logique classificatoire qui y est inscrite.

Le troisième type de savoirs est indissociable de l'action. Il s'agit d'une connaissance collective, qui émane d'une situation de coprésence et qui est limitée à celle-ci. Dans les illustrations suivantes, nous allons voir qu'en échangeant leurs conceptions de fonctions en santé mentale, par exemple la fonction prévention, les intervenant construisent, au cours d'une réunion, une version spécifique de la celle-ci. Cette version ne dure que le temps de la réunion elle-même. Une partie de cette *connaissance collective et momentanée* de la fonction de prévention peut être stabilisée, en étant inscrite dans les minutes de la réunion ou dans un autre type de document. Cependant, ces inscriptions sont toujours partielles : elles ne communiquent aux intervenants externes à la réunion qu'une *version finale, souvent simplifiée et stratégique*, de l'ensemble des connaissances mises en acte au cours des interactions. En effet, comme nous l'avons montré au sujet du Guide, le groupe qui produit un document a l'intention de communiquer un message à son environnement, et ce dans un but précis. Il doit donc veiller à se faire comprendre, mais également à préserver d'assez bonnes relations avec cet environnement, pour que la collaboration soit toujours possible.

Enfin, en s'intéressant aux *formes que les savoirs prennent*, on est forcément amené à s'interroger sur leur transformation. Celle-ci inclut non seulement le passage d'une forme à une autre, par exemple, de la mise en acte à l'inscription, mais également le changement de significations (ou traductions) qui interviennent lors de chaque transformation.

Considérons le « Guide vers de meilleurs soins de santé mentale ». Sa rédaction a d'abord nécessité que les acteurs politiques mettent en acte une série de connaissances incorporées (par exemple : comment affronter les résistances aux changements qui s'expriment au cours des réformes des soins de santé mentale), et de connaissances inscrites (par exemple, les notes du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, les projets d'accord de la Conférence Interministérielle, etc.). Ces mises en actes successives ont donné lieu à des négociations soutenues, pour parvenir à un accord sur « la version » de la réforme qui serait finalement inscrite dans le guide. Cette première phase a déjà suscité des modifications dans les connaissances exprimées par les acteurs, ou inscrites dans les documents mobilisés au cours des négociations. Ensuite, quand le guide commence à circuler du niveau national au niveau local, chacune de ses « mises en acte », au cours des réunions de fonctions, donne lieu à une nouvelle interprétation.

Les illustrations suivantes portent sur des réunions au cours desquelles des intervenants de terrain tentent de s'accorder sur une façon d'implémenter le guide au niveau local. Elles mettent

particulièrement en évidence la façon dont les différentes ressources mobilisées par les acteurs s'imbriquent, pour produire une nouvelle division du travail (cas 1) et une nouvelle répartition du pouvoir (cas 2).

### CAS 1<sup>9</sup> : Reconstruire la F1 au niveau local: situation et méthodes de travail

- *R-CSM1*: « à l'exception de la prévention, les missions associées à la fonction1 correspondent au Décret qui organise nos services: détection précoce, diagnostic et suivis individuels en partenariat avec le réseau: ce sont des aspects de notre mandat »
- *R-CSM2*: « le concept de prévention a différents sens, je pense que ça ne fait pas partie de nos missions, et je préfère parler d'accessibilité effective. Nous sommes ancrés dans la communauté et nous sommes en contact avec des personnes qui ont besoin d'aide pour exprimer leur besoins de santé mentale. Je crois que l'accessibilité devrait être une ère de travail »
- *R-MaisonsMed*: « Nous avons une vision globale des patients, nous pourrions les aider à prendre la décision de se rendre au CSM »
- *R-ServicesSoc*: « Nous pourrions contribuer à la détection précoce, nos services sont situés à différents endroits dans la ville, et nous sommes en contact avec des personnes qui ne sont pas nécessairement dans le système de soins »
- *R-AideDom*: « Nos travailleurs sont basés dans l'environnement de vie et ils connaissent la vie quotidienne des personnes. Ils pourraient contribuer à la détection. Mais ils ne connaissent pas le système de soins de santé mentale, il faut les informer à ce sujet. »

### CAS 2<sup>10</sup> : de la division du travail au partage du pouvoir

- *Un psychiatre responsable des équipes mobiles (EM)*: les EM sont destinées aux patients qui ont un diagnostic psychiatrique!
- *AssocUsagers*: « les psychiatres ne sont pas les seuls à décider qui sont les patients psychiatriques! »
- *InfirmierHP*: « nous avons déjà travaillé avec des EM, le boulot consiste simplement à offrir un suivi individuel avec un traitement médical léger et en se focalisant sur la reconstruction de conditions de vie adéquates, y compris la participation à des activités collectives... »
- *Psychiatre*: « mais ce qui est nouveau avec cette réforme, ce sont les EM!!! »
- *R-CSM*: « cette réforme dépasse largement le développement des EM! Il s'agit d'une approche totalement différente des patients, et d'une organisation différente de l'ensemble du système. »
- *Infirmier HP*: « Nous sommes en train de tenter d'implémenter un modèle communautaire à partir d'une logique hospitalière... Ces débats sont inévitables car les grands pôles de la psychiatrie se rencontrent, et ces pôles ont des conceptions très différentes de ce qu'est la psychiatrie. J'ai travaillé à la fois dans le résidentiel et le communautaire, et je voudrais faciliter vos discussions... »
- *R-CSM*: « Au cours des dernières décennies, les choses ont considérablement changé, beaucoup reste à faire et c'est pour cela que nous sommes là, mais la psychiatrie résidentielle a fait de gros efforts pour s'ouvrir à la communauté »

<sup>9</sup> Réunion d'un Comité de F1, janvier 2012

<sup>10</sup> Réunion d'un Comité de F3, 2012

## CONCLUSION :

Les deux exemples précédents nous permettent de pointer comment le Guide, en circulant du niveau global au niveau local, contribue à créer un contexte dans lequel il est possible de « mettre en acte » certaines connaissances, et de leur donner une légitimité accrue.

En créant des comités de fonctions, et en faisant allusion à certaines pratiques, par exemple la détection précoce ou les équipes mobiles, *le guide suscite des échanges, voire de débats, qui ne seraient pas survenus dans un contexte « normal », c'est-à-dire en dehors de la réforme.* Ainsi, il est vraisemblable que l'infirmier psychiatrique responsable d'équipes mobiles n'ait pas eu de tels échanges avec ce psychiatre, venant d'une autre institution, en dehors de la réforme. De même, il y a fort à parier que les intervenants du premier cas n'auraient pas eu l'opportunité d'échanger leurs conceptions de la prévention en l'absence des comités de fonction 1.

De plus, *le guide stimule le partage de connaissances incorporées qui n'auraient probablement pas été « mises en acte » en dehors de la réforme.* Dans le premier cas, les intervenants dans la fonction 1 n'auraient pas nécessairement été amenés à verbaliser leur conception de la prévention en dehors des réunions du comité de fonction 1. Dans le second, l'expérience du travail en équipe mobiles n'aurait certainement pas été partagée au-delà de l'équipe, ou de l'institution qui l'abrite.

*Le contexte « projeté au niveau local » par le guide permet donc le partage de connaissances méconnues, et leur éventuelle « inscription » au sein de procédures qui pourraient, par la suite, être utilisées à l'échelle d'un réseau de soins régional.* En effet, pour rappel, les réunions de fonctions, à l'image de celles qui sont illustrées ci-dessus, ont pour objectif de s'accorder sur des procédures de travail qui soutiennent l'implémentation des 5 fonctions de soins de santé mentale.

Enfin, il semble que le guide crée un contexte dans lequel *la connaissance de pratiques alternatives, c'est-à-dire différentes des pratiques dominantes dans le champ,* constitue une *ressource particulièrement intéressante.* Dans le second cas, par exemple, la connaissance du travail avec les équipes mobiles s'avère être une ressources intéressante, qui permet à l'infirmier psychiatrique de s'imposer comme médiateur des discussions et, dans une certaine mesure, comme expert de sa fonction. Or, en dehors du contexte définis par le guide (un contexte dans lequel on explore un nouveau modèle consistant notamment à implémenter des équipes mobiles), les connaissances de l'infirmier avaient certes un portée, mais limitée à sa pratique quotidienne. De plus, dans son environnement de travail, cette pratique quotidienne constituait l'exception, plutôt que la règle. Pour cette raison, on peut avancer que *le guide stimule le changement local indirectement, en créant un contexte dans lequel des pratiques vues comme marginales dans le contexte hospitalier, ont plus d'opportunité de s'imposer comme pratiques dominantes.*

La phénoménologie des connaissances en politique permet d'observer cette portée concrète du guide. D'une part, en nous encourageant à considérer tous les types de connaissances mobilisés par

tous les acteurs, la phénoménologie permet d'observer la mise en acte de connaissances qui ne sont pas prises en compte par d'autres types de recherches (par exemple des enquêtes par questionnaires ou des entretiens directs). D'autre part, en attirant l'attention sur la transformation des connaissances, la phénoménologie permet d'observer, simultanément, des *mises en question de normes institutionnelles* (questionnement de l'autorité du psychiatre) ou *politiques* (interprétations diverses du guide au niveau local), et la *valorisation de connaissances (via la mise en acte ou l'inscription) dont la portée était préalablement limitée à un groupe restreint*.

## Références bibliographiques

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press.
- Abbott, A. (2003). Écologies liées : à propos du système des professions. In *Les sociologues et leurs professions. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions* (pp. 29–50).
- Adam, P., & Herzlich, C. (2007). *Sociologie de la maladie et de la médecine* (Armand Colin). Paris.
- Boffa, S. (2001). La parole est à l'historien Serge Boffa. In J. Vermeulen & L. Schouter-DeCroly (Eds.), *Hors les murs! Naissance de la psychiatrie extrahospitalière*.
- Bontemps, C. (2006). Clefs pour comprendre les services de santé mentale en région wallonne. *Confluences*, (14), 18–22.
- Bucher, R., & Strauss, A. (1961). Professions in Process. *American Journal of Sociology*, 66(4), 325–334.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année Sociologique*, 36(1986), 169–208.
- Castel, P., & Friedberg, E. (2010). Institutional Change as an Interactive Process: The Case of the Modernization of the French Cancer Centers. *Organization Science*, 21(2), 311–330.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research 3e*. United States of America: SAGE Publications.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Éd. du Seuil.
- De Munck, J., Genard, J.-L., Kuty, O., Vrancken, D., Delgoffe, D., Donnay, J.-Y., ... Macquet, C. (2003). *Santé Mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique. Problèmes actuels concernant la cohésion sociale*. Gent: Academia Press.
- Freeman, R. (2006). Learning in Public Policy. In M. Moran, M. Rein, & R. E. Goodin (Eds.), *The*

- Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 367–389). New York: Oxford University Press.
- Freeman, R., & Sturdy, S. (2014). *Knowledge in Policy: Embodied, Inscribed, Enacted*. Policy Press.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*. Éd. du Seuil. Hall, P. A. (1993). Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275–296.
- Hughes, E. C. (1971). *The Sociological Eye*
- Kuty, O. (2008). La Naissance de la Négociation (1933-1962): Mayo, Friedmann, Crozier et Reynaud. *SociologieS, Online*, 1–35.
- Orenbuch, J. (1981). *How to wel heterogeneous institutions into a homogeneous system of psychiatric care: the Belgian Experience . Evaluation and Mental Health*. Belgium: Commission of European Communities - Medicine.
- Schoenaers, F., Cerfontaine, G., & Thunus, S. (2011). La santé mentale en Belgique: l'hôpital renégocié. *Sociologie Santé*, 34.
- Thunus, S. (2015). *The System for Adressing Personal Problems-From medicalisation to Socialisation: Shifts in Belgian Psychiatric and Mental Health Institutionso Title*. University of Liege.
- Verhaegen, L. (1987). The Evolution of Belgian Psychiatry . *International Journal of Mental Health*, 16(1/2), 42–57.
- Vrancken, D., Schoenaers, F., Cerfontaine, G., & Thunus, S. (2010). *La santé mentale en belgique. De l'asile aux réseaux et circuits de soins*.
- Weick, K. E. (2015). Ambiguity as Grasp: The Reworking of Sense. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 23(2), 117–123.
- Wouters, P., & Poll, M. (1938). *Du régime des malades mentaux en Belgique*. E. Bruylant.