Le champ de la santé mentale en Belgique à l'épreuve de la concertation : entre participation politique et politique de la participation

Sophie Thunus

Aspirant FNRS
Université de Liège - Institut des Sciences Humaines et Sociales
Centre de Recherche et d'Interventions sociologiques (CRIS)
Boulevard du Rectorat, 7 - Bât. B31
4000 Liège - Belgique
Sophie.thunus@ulg.ac.be

Résumé

Dès le début des années 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) invite les gouvernements à promouvoir la santé mentale de leurs citoyens, et en propose une conception spécifique ainsi que des solutions thérapeutiques et politiques, parmi lesquelles la participation des usagers.
Progressivement, les recommandations de l'OMS intègrent le discours politique belge. Il faut pourtant attendre 2005 pour qu'elles trouvent une expression tangible, au sein d'un dispositif d'action publique. Celui-ci comprend deux niveaux. D'une part, des projets locaux au sein desquels professionnels et usagers expérimentent les conditions de travail en réseaux de soins. D'autre part, un volet transversal où les représentants des projets partagent les enseignements issus de pratiques novatrices, afin de les inscrire au sein de recommandations destinées aux décideurs politiques.
Au travers d'une étude de cas portant sur le volet transversal, nous nous proposons de confronter cette conception de la santé mentale, ainsi que le discours sur la participation qui l'accompagne, aux pratiques qui se déploient dans leur sillon. Combinant analyse documentaire, entretiens semi-directifs et observations, cette étude de cas nous autorise effectivement à décortiquer les ressorts d'un processus de participation, et à interroger le recours aux savoirs d'expérience, son utilité, et son utilisation (?).

Abstract

Since the beginning of the 2000th, the World Health Organization invites governments to promote mental health and suggests an original conception of it, as well as therapeutic and political solutions, among other the involvement of users.
The WHO's recommendations integrate progressively the Belgian policy discourse. In 2005, they find a concrete expression within a specific public action instrument. This one is composed of two levels. On the one hand, local projects through which both professionals and users have experimented work conditions in mental health networks. On the other hand, a transversal part where the projects' representatives have shared the learning arising from their new practices, in order to inscribe it within policy recommendations.
We suggest mobilizing a case study relating to the transversal part with the aim of confronting this conception of mental health and the associated discourse about participation with the practices they have provoked.
Indeed, by combining documentary analysis, semi-structured interviews and observations, this case study allows us to dissect the mechanisms of the participation process, and to question the resort to experience-based knowledge, its utility, and its utilization (?).

Introduction

Il existe de nombreux travaux pour traiter des politiques publiques actuelles. La plupart du temps, ces travaux soulignent qu'elles ont quelque chose de différent de celles qu'ont façonnées les gouvernements de l'après seconde guerre mondiale. Dans le domaine de la santé, les politiques actuelles prônant le *care* et l'*empowerment* sont ainsi distinguées des politiques de l'Etat-Providence, que caractérisent « le développement de la médecine curative, […] la réduction des inégalités d'accès aux soins et […] l'extension de la couverture solidaire de la population contre le risque maladie » (Bergeron 2010 :79).

Pour appréhender ces politiques publiques dans toutes leurs dimensions traditionnelles, quoiqu'aujourd'hui différentes, le recourt au préfixe « post » s'impose fréquemment. Le projet de recherche européen[1] dans lequel s'enracine notre réflexion illustre bien ce propos : une des principales hypothèses théoriques dont il se réclame est celle de la post-bureaucratie. Selon cette hypothèse, le caractère linéaire et centralisé de l'action de l'Etat s'estomperait au profit d'une hiérarchie brouillée entre décideurs politiques et acteurs de terrain, et entre les niveaux international, national et local. Une multiplicité d'acteurs, professionnels ou profanes, provenant de mondes aussi divers, associatif, public ou privé, interviendraient au sein de politiques publiques décentralisées, multipolaires, et multi-niveaux. Afin d'appréhender ces changements, le concept d'action publique serait d'ailleurs plus approprié que celui de politique publique. En effet, il invite l'observateur à s'intéresser au processus politique, de la prise de décision à l'implémentation, et à considérer l'ensemble des acteurs qui y interviennent et en modifient le cours.

Mais qu'est-ce que cette perspective nous permet de comprendre au-delà du constat d'un changement, d'un élargissement, ou d'une ramification de l'action étatique ? Et que se cache derrière ce préfixe « post », derrière « ce mot magique de la perplexité engoncée dans le monde » (Beck 2001 : 19)? Quels sont les discours qui le rendent nécessaire, quels types de dispositifs en justifient l'utilisation, et quelles sont les pratiques dont il peut rendre compte ?

[1] This article has been published thanks to the support of the European Union's Sixth Framework Programme for Research – socio-economic sciences and humanities theme (contract no. 028848-2 – project KNOWandPOL). The information and views set out in this article are those of the authors only and do not necessarily reflect the official opinion of the European Union.

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations, nous nous sommes intéressés aux évolutions du secteur de la santé mentale en Belgique. Une expérimentation politique y débutait effectivement alors que s'entamait le projet européen, et celle-ci présentait de nombreux traits de la post-bureaucratie. Dans le cadre de ce papier, nous nous focalisons sur un de ces traits: celui qui consiste à organiser, au sein de l'action publique, des espaces de délibération entre les parties prenantes, et dont l'objectif est de permettre à ces dernières de participer à la formulation de la politique. Pour interroger ce dispositif participatif, nous nous saisissons d'une étude de cas réalisée dans le cadre du projet européen. Celle-ci porte sur la concertation transversale: un dispositif participatif mis en œuvre entre 2005 et 2010 dans le champ de la santé mentale en Belgique.

L'approche que nous proposons de ce dispositif se veut élargie, au sens où elle postule le caractère indissociable de sa structure, de son fonctionnement, et de ses effets. Ainsi, bien que cette question des effets de la participation constitue notre interrogation centrale, nous nous efforçons dans un premier temps de contextualiser la concertation transversale. A cette occasion, nous décrivons la constitution d'un risque autour de l'absence « d'une bonne santé mentale pour tous », et nous nous appliquons à souligner ses implications en termes de dispositifs et de pratiques politiques.

Dans une seconde partie, nous nous focalisons sur le *design* du dispositif : nous présentons ses acteurs, ses principales caractéristiques structurelles, et les objectifs qui y sont associés. Nous nous intéressons dans un troisième temps à l'existence du dispositif, en ce compris les activités des participants, les controverses qui les mobilisent, et les apprentissages qu'ils y réalisent. La concertation transversale, en tant que phénomène d'action collective en contexte sciemment désorganisé, est effectivement le lieu d'âpres négociations d'acteurs, certes soucieux de mener à bien le mandat qui leur est alloué dans ce cadre participatif, mais également préoccupés par la défense des intérêts et de l'identité des parties qu'ils représentent. Or, ces négociations ne vont pas sans distorsions du cadre participatif et de ses règles, en dépit, peut-être, de ses finalités.

Pour cette raison, nous prenons un peu de recul dans notre quatrième partie, en interrogeant l'action publique qui succède à la concertation transversale, à la recherche d'indices de son influence qui nous autoriseraient à envisager à de nouveaux frais l'atteinte de ses objectifs. Finalement, en posant la question de l'utilité, ou de l'utilisation de la concertation transversale, notre dernière partie est l'occasion d'extraire de ce cas quelques observations relatives aux effets des dispositifs participatifs sur l'action publique.

Une bonne santé mentale pour tous

Au début des années 1970, la santé mentale est une préoccupation réelle de l'organisation mondiale de la santé, mais elle n'en constitue pas encore une préoccupation spécifique: si l'Organisation s'intéresse à la santé mentale, c'est que celle-ci fait sens dans son agenda relatif à la santé en général. Par contre, à partir des années 2000, l'Organisation développe une stratégie spécifique à la santé mentale (Freeman et al. 2009). Dans cette perspective, deux documents doivent retenir notre attention : le rapport sur la santé mentale dans le monde « *La santé mentale : nouvelle conception, nouveau espoirs* » (2001) et la « *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : relever des défis, trouver des solutions* » (2005).

Dans le rapport de 2001, l'OMS propose une conception spécifique de la santé mentale, en vertu de laquelle un certain nombre de causes et de risques sont associés à l'absence d'une « bonne santé mentale pour tous ». Cette conception entend marquer une rupture par rapport à l'étiologie qui a prévalu jusque-là. De l'avis de l'Organisation, « la dissociation artificielle entre ; d'une part, les facteurs biologiques et, d'autre part, les facteurs psychologiques et sociaux » a effectivement constitué « un redoutable obstacle à la bonne compréhension des troubles mentaux et du comportement » (OMS 2001 : 10). En l'occurrence, il convient de reconnaître que ces troubles « sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux » (Ibidem : 1), parmi lesquels on compte notamment la race, le sexe et la vie relationnelle, mais également des phénomènes tels que « l'urbanisation, la pauvreté ou les progrès technologiques » (Ibidem : 13).
Par ailleurs, étant donné l'universalité des troubles de santé mentale et leurs conséquences socioéconomiques, l'OMS prévoit que « la santé mentale soit considérée comme un problème de santé publique urgent » (Ibidem : 10). Et finalement, si les troubles de santé mentale sont un risque important et complexe, il convient d'y apporter des réponses adéquates, c'est-à-dire respectueuses de leur étiologie multiple. C'est ainsi que l'Organisation préconise une prise en charge communautaire, qui permet aux personnes de « prendre leur destin en main » (OMS 2001 :50), contrairement aux « grandes structures d'internement » (Ibidem : 49).

Cette problématisation que propose l'OMS de la santé mentale soulève trois constats. Premièrement, l'activité relative à la santé mentale de l'Organisation consiste à construire un problème de santé publique : le lecteur du rapport sur la santé mentale dans le monde est aussi le spectateur d'une « activité culturelle par laquelle un fait biologique […] est construit

comme un fait social […] avec ses chiffres et ses images, ses caractéristiques économiques et ethniques, ses modèles étiologiques et ses réponses pratiques. (Fassin 2008 : 59-60).
Deuxièmement, ce problème de santé publique se distingue par sa modernité (Beck 2001), particulièrement lorsqu'il est confronté à la conception de la problématique santé mentale qu'il entend supplanter. En opposant une étiologie bio-psycho-sociale à une conception qui a isolé les dimensions biologiques des troubles, au profit de leur confinement à l'écart d'une société réputée saine, l'OMS interroge effectivement ce caractère a-pathologique, et invite la société à se confronter à ces problématiques complexes car partiellement issues de son propre fonctionnement (Beck 2001).
Troisièmement, plus que d'engager les gouvernements à prendre soin de la santé mentale de leurs citoyens, l'Organisation propose des solutions. Une direction est [alors] clairement indiquée pour des interventions » (Fassin 2008 : 61), et parallèlement au discours dans le sillon duquel un risque se construit, on voit se constituer un idéal normatif. Dès lors, nous pouvons postuler que ce risque de « l'absence d'une bonne santé mentale pour tous » puisse acquérir une portée non seulement descriptive, mais également performative, et saisissable dans l'action.

En 2005, la « *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe* » pose ouvertement la question de l'opérationnalisation des recommandations contenues dans le rapport de 2001. Les ministres de la Santé des Etats membres de la région européenne de l'OMS s'y engagent effectivement à veiller à la bonne santé mentale de tous, et à travailler dans le sens des recommandations. La question de la nature de l'influence de ces recommandations sur l'action se pose donc avec une acuité nouvelle, puisqu'elle vacille dorénavant entre une portée performative et une portée obligatoire.

Une bonne santé mentale en Belgique ?

Qu'observe-t-on en Belgique ? Comme nous l'avons montré dans un rapport de recherche consacré à l'influence des recommandations de l'OMS sur les politiques belges de santé mentale (Vrancken et al. 2009), cet impact ne doit en aucun cas être rapporté à une contrainte quelconque de la part de l'OMS, dont les recommandations n'ont pas de force obligatoire. Il ne doit pas non plus être interprété dans l'optique d'une causalité directe et unilinéaire.
D'une part, le processus par lequel une offre de soins à dominante hospitalière évolue progressivement vers des soins communautaires est amorcé de longue date en Belgique. En

effet, depuis le début des années 1990, de multiples projets ont été développés afin de créer une offre de services communautaires. Pourtant, dans la mesure où ces projets étaient le fait d'initiatives politiques temporaires et isolées dans le temps et dans l'espace, cette offre est venue se juxtaposer aux soins résidentiels sans les supplanter, et sans bénéficier d'institutionnalisation. D'autre part, le processus par lequel le système pourrait être véritablement réformé, et non plus transformé au gré d'évolutions locales, successives et incrémentales (Schoenaers et al. 2011), n'a démarré qu'au printemps 2010.
Le changement du champ de la santé mentale s'inscrit donc dans un processus qui précède et déborde les recommandations de l'OMS, et c'est d'abord dans le sens d'une recherche de légitimité, et ensuite dans l'optique d'une mobilisation des ressources disponibles pour penser le changement, que l'influence de l'Organisation en Belgique peut être appréhendée (Vrancken et al. 2009).

Une expérimentation politique

«*Without mental health and a sense of wellbeing, there is no real health* »

A l'instar de ses prédécesseurs F. Vandenbroucke et M. Alvoet (2001), le ministre Demotte, en charge de la santé publique en 2005, débute sa «*Note politique relative à la santé mentale* » par une référence explicite aux recommandations de l'OMS. Il y expose ensuite les grands principes d'une expérimentation politique en santé mentale qu'il prévoit de réaliser. Il s'agit des « projets thérapeutiques » et de la « concertation transversale ». Ceux-ci consistent à expérimenter un modèle de soins, sur base locale, et à tirer de cette épreuve l'expertise propre à préparer et renseigner une future réforme nationale tendant vers le modèle des « réseaux et circuits de soins ». Le dispositif imaginé à cette fin comporte deux niveaux : un niveau local, celui des projets thérapeutiques, et un niveau national, celui de la concertation transversale.

Les projets thérapeutiques consistent à expérimenter localement la concertation autour du patient. Concrètement, tout prestataire de soins de santé mentale est invité par les autorités publiques à développer un projet consistant à mettre en rapport et à réunir régulièrement différents professionnels, afin qu'ils élaborent ensemble des réponses adéquates aux besoins d'un groupe cible défini. Le patient est invité à participer à ces « concertations thérapeutiques » au cours desquelles son plan de suivi est construit, évalué, et modifié conformément à l'évolution de ses besoins.

Dans la mesure où ils proposent un accompagnement dont bénéficie concrètement le patient, ces projets locaux sont financés dans le cadre d'une convention qui les lie à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Pour obtenir cette convention, les candidats ont soumis un dossier de candidature à l'administration, qui conditionnait son accord au respect de critères minimaux et d'un objectif général d'amélioration de la qualité et de la continuité des soins.
Cette façon de concevoir les projets en organisant « des dispositifs territoriaux destinés à assurer des interactions cadrées, des modes de travail en commun et la formulation d'accords collectifs » (Lascoumes, Le Bourhis 1998 : 40), témoigne d'une logique procédurale, et évoque le caractère expérimental du dispositif : « dans le cadre de la concertation autour du patient, il a été décidé de donner la possibilité aux acteurs de terrain d'explorer et d'expérimenter de nouvelles modalités de prise en charge, basées sur un travail en réseau. » (CNEH 2007 : 4). Par contre, afin de conserver cette convention, les partenaires du projet doivent respecter de critères stricts. Par exemple, ils sont contraints de diagnostiquer les patients en recourant aux catégories du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) 4 avant de les inclure dans le projet, et de réaliser pour chaque patient un nombre déterminé de réunions, à intervalles définis, et avec des partenaires précis. L'administration exerce donc une régulation bureaucratique sur le processus, en dépit de son caractère expérimental.

La concertation transversale est le second niveau du dispositif. Elle s'inscrit dans une réflexion de santé publique. En l'occurrence, elle placée sous la responsabilité d'une autre administration fédérale : le Service Public Fédéral Santé Publique (SPF SP).
La concertation transversale comprend trois volets : le volet empirique, le projet participation, et le volet scientifique.
Le volet empirique est organisé par les plates-formes de concertation de santé mentale. Les plates-formes sont des associations qui représentent les prestataires de soins de santé mentale, résidentiels et ambulatoires, pour un territoire déterminé. Leur mission consiste à veiller à la complémentarité entre les services proposés par ces prestataires, et à leur adéquation avec les besoins de la population concernée. En outre, les plates-formes peuvent être invitées à prendre part à des projets politiques relatifs au secteur, pour récolter des données ou coordonner les actions. Le rôle qui leur est confié dans la concertation transversale s'inscrit donc dans cette partie de leur mandat.

En effet, le volet empirique de la concertation consiste à réunir régulièrement les représentants des 78 projets locaux répartis sur le territoire belge, afin qu'ils partagent les enseignements issus de leurs expériences respectives. Il est organisé par cluster. Les différents clusters correspondent aux groupes cibles auxquels sont adressés les projets thérapeutiques, et la responsabilité de chaque cluster est confiée à une plate-forme de concertation, qui engage un « coordinateur transversal » pour en assurer l'organisation concrète. Ce denier est donc simultanément en lien avec la plate-forme responsable du cluster, avec les représentants des projets locaux qui en ressortissent, et avec les autorités politiques et administratives auxquelles il est chargé de proposer des recommandations empiriques, c'est-à-dire basées sur les apprentissages réalisés par les acteurs de terrain.

Le « projet participation » est confié aux associations d'usagers et de proches. Il consiste à récolter de bonnes pratiques en matière de participation des usagers aux soins. A cette fin, les associations sont chargées de collecter les bonnes pratiques au niveau international, mais également de former des (ex-) usagers, qui participeront aux concertations locales et transversales en tant qu'« experts par le vécu », dans le but d'y observer les pratiques novatrices en termes de participation.

Enfin, le volet scientifique est confié au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Il s'agit d'un centre indépendant créé en 2002 afin de soutenir et de conseiller le gouvernement dans le sens d'une politique efficiente de soins de santé de qualité. Le KCE doit mener de front une enquête qualitative et une enquête quantitative, respectivement destinées à collecter les nouveaux modèles organisationnels mis en œuvre dans les projets thérapeutiques, et à évaluer leur impact sur l'évolution des patients qui bénéficient de l'expérimentation.

Une politique de l'expérimentation et de la participation

Les aspects pratiques du dispositif étant posés, et avant de rendre compte son existence, il est utile de le situer dans le foisonnement conceptuel que recèle la littérature relative à la participation.

Littérature qui se fait d'ailleurs un devoir de nous mettre en garde face à une diversité de termes qui ne serait pas étrangère à la capacité du phénomène à épouser des causes multiples (Blatrix 2010). Cette mise en garde nous semble essentielle, particulièrement quand on se propose d'interroger les effets d'un dispositif participatif. Pour autant que l'on s'assigne à

confronter ces effets à de justes questions, la clarification de la nature du dispositif semble effectivement constituer un préalable nécessaire.

La concertation se présente comme un moyen par lequel « […] tant les autorités que le secteur de la santé mentale pourront acquérir une expertise utile avant que ces concepts soient généralisés comme modèles d'organisation pour les soins de santé mentale de demain. » (CNEH 1997 : 8). Le dispositif évoque en l'occurrence une expérimentation politique destinée à ce qu'une « réforme soit mise à l'épreuve, testée sur le réel » (Chevallier 2005 : 390), avant d'être adoptée. A ce titre, il doit servir la cause des autorités publiques, lesquelles associent à leur cause, par l'intermédiaire du dispositif, les acteurs de terrain : professionnels ou profanes, ils se voient mobilisés par l'expérimentation, c'est-à-dire mobilisés dans « la mise en débat de l'action publique, au sens de la possibilité donnée au(x) public(s) de participer à la formulation et à la mise en œuvre de la décision publique » (Blatrix 2010 : 215). Mais à ce titre seulement. Il convient effectivement de souligner que ce « détour participatif » (Idem : 215) ne s'inscrit pas dans une initiative citoyenne, pas plus qu'il ne résulte d'une volonté politique de consulter le public concerné par une décision. Précisément, il s'agit d'un « lieu institutionnalisé de négociation de l'action publique» (Idem : 216-217), et c'est en vertu de cette nature seulement qu'il conviendra d'en interroger les effets.

Or, si l'on se réfère aux effets fréquemment associés à ces forums, y compris leurs objectifs annoncés et leurs éventuelles manipulations, il est possible de distinguer trois types d'observations. D'une part, des tels forums engrangent des apprentissages individuels qui pourront être activés dans l'action publique à venir (Freeman, Smith-Merry, Sturdy 2009). D'autre part, ces forums produisent des informations qui pourront renseigner l'action publique : ils en éclairent la formulation. Finalement, ces forums servent à légitimer l'action publique, ou à tout la moins à préparer son implémentation en dissipant les premières résistances qu'elle est susceptible de rencontrer (Callon, Lascoumes, Barthes 2001).

Le seul énoncé de ces propositions laisse entrevoir des phénomènes distincts. D'abord, parce qu'ils supposent tantôt la production d'une information qui peut être transmise du forum à ses promoteurs, tantôt l'implication personnelle des participants au forum dans l'action publique à venir. Ensuite, parce qu'ils impliquent des temporalités distinctes selon les cas. Et finalement, parce qu'ils associent au dispositif des rationalités très différentes.

Alors que nous nous proposons d'interroger les effets de ce lieu de négociation de l'action publique dans un cadre contextuel relativement large, nous retiendrons donc les trois observations précédentes, mais également les nuances que nous venons formuler, afin de questionner leur pertinence par rapport à la perception des effets de la participation.

La concertation transversale : un dispositif complexe pour une expertise complète ?

Le dispositif de concertation transversale comprend trois volets. L'étude de cas que nous mobilisons concerne le volet empirique. Elle est consacrée à un cluster de la concertation : le cluster « adultes : psychiatrie générale ». Pourtant, le fait de porter notre attention à ce volet de la concertation n'implique aucunement de négliger les autres parties prenantes, dont les actions viennent sans cesse alimenter les débats qui ponctuent la vie du cluster. Au gré du compte-rendu succinct que nous en proposons, nous nous efforcerons donc de mettre en lumière tous les facteurs, acteurs ou agents, qui impactent le travail de concertation.

La concertation transversale : vie d'un cluster

Le cluster « adultes : psychiatrie générale » réunit en moyenne tous les trois mois les représentants des dix projets thérapeutiques adressés à ce groupe cible en région francophone. Au départ de l'expérience, le coordinateur du cluster explique le mandat de la concertation aux représentants des projets locaux ou « coordinateurs thérapeutiques ». En vertu de celui-ci, ils sont invités à partager les enseignements qu'ils tirent de leurs projets respectifs, en compagnie du coordinateur transversal qui médiatise les débats, et en présence d'experts par le vécu susceptibles de les interpeller à tout moment. Le coordinateur transversal rappelle en outre l'importance de ce mandat qui s'inscrit dans une volonté de collecter leurs expériences afin d'alimenter les recommandations finales, elles-mêmes destinées à éclairer la future réforme des soins de santé mentale.
Cette démarche par laquelle le responsable du cluster s'attache à intéresser (Callon 1986) les participants doit initier le processus. Pourtant, dans la mesure où le processus transversal accuse plusieurs mois de retard sur le processus local, les coordinateurs thérapeutiques entendent avant tout communiquer les difficultés rencontrées durant l'implémentation, et le partage d'expériences se mue en un partage de remontrances relatives à la régulation de l'expérimentation, à la distribution et à la délimitation des rôles au sein de celle-ci, et enfin, à la définition de ses objectifs.

Concrètement, trois controverses principales vont occuper les acteurs du cluster durant la première moitié de l'expérimentation.
La première oppose les logiques administrative et professionnelle. Elle porte principalement sur la régulation qu'exerce l'INAMI sur les projets locaux. Les coordinateurs thérapeutiques

dénoncent effectivement la rigidité de ces règles, mais également des problèmes de communication avec l'administration quant à leur application. Par exemple, l'obligation de réunir au moins trois partenaires signataires de la convention lors de chaque concertation thérapeutique est fortement contestée, car elle est en contradiction avec la flexibilité que nécessite l'établissement de plans de suivis adéquats aux besoins spécifiques de patients particuliers. En outre, des malentendus relatifs à la notion de partenaires signataires –que recouvre-t-elle ?- conduisent les coordinateurs thérapeutiques à interpréter différemment cette règle, voire à la contourner délibérément, pour assurer la pérennité de leur projet. Dans ce dernier cas, ils mentionnent la présence de partenaires absents sur le procès-verbal de réunion, et ces derniers le signent ultérieurement. Cette stratégie témoigne de l'inadéquation ressentie par les coordinateurs entre la régulation bureaucratique exercée par l'INAMI, et la flexibilité que requiert la pratique thérapeutique, à fortiori dans un cadre expérimental.

La seconde controverse oppose pensées professionnelle et profane. Bien que les coordinateurs reconnaissent les usagers comme partenaires incontournables de soins de qualité, ils s'opposent à leur participation systématique à la concertation transversale. Ils estiment que cette participation est nécessaire, mais la conçoivent sous un statut distinct. Effectivement, les experts par le vécu ne sont à leur sens pas concernés par tous les aspects du partage d'informations, notamment lorsque celui-ci dépasse des thématiques strictement organisationnelles et implique des considérations médicales.
Pourtant, conscientes de l'opportunité unique que leur confère l'expérimentation dans l'optique d'une institutionnalisation de leur participation, les associations ont fait valoir leur mandat auprès des autorités publiques qui l'ont réaffirmé, consacrant la participation systématique des experts par le vécu à la concertation.

La troisième controverse oppose les logiques d'expérimentation et d'évaluation. L'analyse scientifique que réalise le KCE est épinglée en raison de sa nature, de son objet, et des instruments sur lesquels elle s'appuie. Les coordinateurs thérapeutiques dénoncent un fossé entre les objectifs annoncés du travail du KCE, est ses objectif perçus. Effectivement, les échelles employées pour mesurer l'évolution des patients, outre qu'elles contiennent des questions qui constituent d'intolérables intrusions dans la vie privée de ceux-ci, évoquent une volonté d'éprouver la performance des projets, et non d'analyser et d'évaluer de nouveaux modèles organisationnels.

Au total, la controverse relative au travail du KCE cristallise bien des ambigüités qui parasitent l'expérimentation. D'abord, en contraignant les projets locaux à soumettre ces questionnaires aux patients, le travail du KCE accentue leur impression d'être étranglés par un étau administratif. Ensuite, en créant un second canal d'évaluation, parallèle à la dimension empirique, il donne aux acteurs de terrain le sentiment d'être doublés, et délégitimés en matière d'action publique. Enfin, en s'appareillant d'instruments de mesure, l'entreprise du KCE évoque une démarche d'évaluation et vient se joint à la régulation bureaucratique exercée par l'INAMI pour mettre en doute la logique expérimentale supposée prévaloir aux projets.

Les trois controverses se cristallisent progressivement autour d'une opposition entre les acteurs participant du volet empirique de la concertation, et dont l'identité revendiquée combine logique expérimentale et bon sens professionnel, et l'ensemble des autres acteurs intervenant dans l'expérimentation, qu'ils participent de sa régulation ou de son évaluation. Cette opposition ne cessera de ponctuer la concertation transversale. Pourtant, parvenus à la moitié du processus et conscients de sa dérive, les coordinateurs transversaux s'efforcent de stabiliser les éléments problématiques par l'intermédiaire d'une lettre destinée aux décideurs politiques et administratifs. Si cette initiative n'a pas raison des controverses, tout du moins est-elle l'occasion pour les coordinateurs transversaux de presser les représentants des projets locaux de se concentrer sur leurs apprentissages.

Au temps des controverses succède ainsi celui des histoires de projets thérapeutiques, c'est-à-dire des récits que proposent les coordinateurs du déroulement de leurs expériences locales. En quoi consistent les concertations thérapeutiques ? Le patient est-il souvent présent et comment participe-t-il ? Quelles difficultés rencontrent-ils à rassembler des professionnels d'horizons différents, et quelles innovations organisationnelles majeures constatent-ils… ? Autant de questions, et presqu'autant de réponses différentes selon les projets, selon le contexte dans lequel ils se déploient, et selon la façon dont les coordinateurs ont traduit le dispositif, ses règles et ses objectifs, pour parvenir à le pérenniser. Or, confrontés à cette diversité, les coordinateurs font le choix de la promouvoir, de valoriser les acquis locaux, au risque de compromettre leur généralisation, et donc de mettre en péril les recommandations.

Le troisième temps de la concertation s'articule autour de son terme : il s'agit du temps des regrets. Depuis la stabilisation des controverses, les histoires de projets thérapeutiques se sont succédées, ponctuellement interrompues par une controverse résurgente, et les coordinateurs transversaux ont collectés ces expériences multiples, tout en s'efforçant d'en modéliser certains aspects, à l'image de la fonction de coordinateur thérapeutique. Pourtant, le terme de l'expérimentation, qui correspond à son terme réglementaire, laisse apparaître une insatisfaction générale. En effet, la décision d'interrompre le financement de la concertation à l'issue des trois années prévues défie la logique même du dispositif. Celui-ci est composé de deux niveaux, des projets locaux et des projets transversaux ; les premiers servant en quelque sorte de laboratoire aux coordinateurs-chercheurs réunis au sein des seconds afin de rédiger un rapport qu'ils destinent aux commanditaires, politiques, de la recherche. Or, l'administration qui est responsable de la gestion des premiers –l'INAMI- a décidé de poursuivre l'expérience une année supplémentaire. Dès lors, il semble probable que l'administration responsable de l'organisation des seconds –le SPF SP- prolonge en conséquence son effort. Il n'en n'est rien puisque les autorités font part aux coordinateurs transversaux de leur décision d'interrompre le financement de la concertation au terme prévu. Seule une courte prolongation est envisageable, mais elle serait inférieure à la prolongation dont bénéficient les projets locaux, et elle est conditionnée à un changement de méthodologie. Cette décision, et plus encore la condition posée à une éventuelle prolongation, laissent présager une certaine insatisfaction des autorités politiques et administratives quant au travail du cluster. En outre, cette insatisfaction est partagée par les coordinateurs transversaux, qui affirment « qu'on est resté au niveau des projets thérapeutiques, on s'est demandé ce que c'était, quelles étaient les règles, comment on allait avancer ... Mais il n'y avait pas suffisamment de hauteur, pas vraiment de projet qui permette de donner de véritables recommandations politiques. »

Psy 107 : entre rupture et continuité

La présentation de Psy107 intervient simultanément au terme de la concertation, et vient renforcer l'insatisfaction des acteurs de terrain. L'acronyme « Psy 107 » désigne un projet de réforme des soins de santé mentale en Belgique qui dispose déjà de ses guides et de sa philosophie. Il manque encore de substance, mais aux dires de la Ministre Onkelinx en charge de la santé au printemps 2010, c'est aux acteurs de terrain qu'il revient de la construire: « Notre approche est unique car on veut aborder la réforme comme progressive. Le terrain, vous

avez voulu la réforme, vous allez la conduire ! C'est vous, qui par ce que vous mettrez dans vos projets, dessinerez les contours de la grande réforme de santé mentale. »

D'où vient cette réforme dont le lancement se superpose au terme de l'expérimentation, sans en attendre les recommandations ? Assistons-nous au début d'une réforme basée sur un processus également participatif, mais qui n'attend ni la fin, ni les conclusions du processus précédent ? Les décideurs politiques sont-ils tellement insatisfaits de l'expérimentation qu'ils en ignorent les conclusions ?

L'acronyme psy 107 évoque un article de la loi sur les hôpitaux. Celui-ci est destiné à leur permettre d'affecter une partie de leurs budgets, traditionnellement allouée au financement de litées, au développement de réseaux de soins. L'acronyme désigne donc un arrangement institutionnel qui contient à lui seul la finalité de la réforme et le moyen, financier, de la réaliser. Quant au dispositif sociotechnique au moyen duquel l'implémenter, il a fait l'objet d'une réflexion associant les élites professionnelles et politiques. En effet, c'est au gré de plusieurs voyages voués à la découverte des bonnes pratiques étrangères que le modèle de la réforme s'est développé, sous le pilotage conjoint de décideurs politiques, d'experts scientifiques et d'associations professionnelles. Finalement, parmi les modèles de Lille, de Lausanne et de Birmingham, c'est le modèle britannique qui domine dans Psy107. Pourtant, pas question d'isomorphisme irréfléchi. Le système des soins de santé belge est spécifique et il convient de tenir compte du pouvoir important que détiennent certains acteurs institutionnels, ainsi que de la diversité des services existants et des projets expérimentaux persistants, à l'image des projets thérapeutiques.

C'est la raison pour laquelle le guide de la réforme (« *Guide vers de meilleurs soins de santé mentale* » 2010) demeure assez ouvert. Il débute par une série d'arguments destinés à rendre cette réforme légitime et à l'inscrire dans la continuité politique. C'est ainsi qu'on y retrouve d'abord les recommandations de l'OMS, et ensuite les projets thérapeutiques.

Le cadre dans lequel Psy107 doit se réaliser est exposé dans un second temps. Il s'agit d'un modèle de soins en réseaux qui s'articule autour de cinq fonctions principales, dans lesquelles et entre lesquelles les prestataires existants devront exercer. Ces fonctions vont de la prévention au traitement en unités de soins intensives, en passant par la réinsertion. En outre, elles sont destinées à répondre aux besoins de l'ensemble de la population d'un territoire déterminé en matière de santé mentale.

Psy107 matérialise donc le passage de la maladie mentale à la santé mentale. A ce titre, il symbolise un renversement dans la philosophie à la base de l'offre de soins de santé mentale en Belgique. Il ne s'agit effectivement plus seulement d'améliorer la qualité et la continuité des soins, comme c'était le cas avec les projets thérapeutiques, mais de définir une offre de soins de santé mentale à proprement parler, c'est-à-dire adressée à 100% de la population, et non à la portion de la population souffrant de maladies mentales. Ce que la politique publique vise désormais, c'est une bonne santé mentale pour tous !

A première vue, Psy 107 est apparu assez déconnecté de l'expérimentation des projets thérapeutiques et de la concertation transversale. Pourtant, ce sentiment de rupture s'est progressivement estompé, et à l'exaspération que suscitent des décisions politiques qui se suivent sans qu'aucune cohérence apparente ne les lie, succède progressivement un « discours raisonné », s'efforçant de connecter les processus.
Dans le discours des acteurs de terrain, cette connexion entre les deux processus s'est principalement construite autour de trois types d'éléments, et avec des temporalités distinctes selon les éléments connectés.
Dans un premier temps, ces derniers ont évoqué une continuité générale au niveau de la philosophie de la réforme : les projets thérapeutiques et la concertation transversale constituaient une étape du processus de désinstitutionalisation de l'offre de soins de santé mentale que cette réforme vient consacrer. En l'occurrence, et malgré le sentiment fort de s'être investis à perte dans l'expérimentation, les acteurs soucieux d'une telle évolution du champ ont pris le parti de prendre part à la réforme, quoiqu'il en soit des projets thérapeutiques.
Dans un second temps seulement, des éléments plus spécifiques, témoignant d'une certaine prise en compte de l'expérimentation, ont été mis en évidence par les acteurs qui y ont pris part. La fonction de concertation thérapeutique, ou encore celle de coordinateur, constituent les meilleurs exemples. En effet, alors que la fonction de coordination, que les derniers rapports de concertation transversale qualifient de « pièces maîtresse des réseaux et circuits de soins », se voit réserver une place centrale dans le guide de la réforme ; l'INAMI modifie progressivement ses nomenclatures, afin de continuer à financer la concertation autour du patient dans le cadre de la nouvelle réforme. Ces éléments témoignent donc de la prise en compte d'apprentissages « substantiels » de l'expérimentation.
Dans un troisième temps, les éléments par lesquels les acteurs connectent l'expérimentation et la réforme portent davantage sur le processus politique d'implémentation, et renvoient à un

constat de rupture plus que de continuité. Ces éléments que nous qualifions de « processuels », par opposition aux précédents éléments substantiels, portent effectivement sur la façon de piloter la réforme. Ils pointent une différence en termes de centralisation de la prise de décision et de standardisation de l'information. Cette différence est fondamentale. D'une part, elle est si nette qu'elle peut difficilement être étrangère aux difficultés rencontrées lors de l'expérimentation. D'autre part, cette façon de faire la politique dans le champ ne tranche pas uniquement par rapport à l'expérimentation ; elle marque aussi une rupture par rapport à l'action publique qui y est menée depuis le début des années 1990.
Ces apprentissages relatifs au processus sont en l'occurrence fondamentaux. Dans le même temps, ce sont les plus longs et les plus difficiles à saisir. En effet, plus que de requérir le temps nécessaire à la perception, leur perception requiert une boucle supplémentaire de réflexivité. N'est-il pas effectivement nécessaire de s'interroger sur ce qui a posé problème dans l'expérimentation pour s'apercevoir que la décentralisation de la prise de décision a généré des incompréhensions majeures entre les parties prenantes, et que le processus de réforme actuel se caractérise justement par une centralisation importante de la prise de décision ? Ou, au contraire, faut-il éprouver cette prise de décision fortement centralisée dans le processus auquel on participe pour constater qu'il s'agit peut-être d'une leçon tirée de l'expérimentation ?

Discussion

Nous avons vu dans un premier temps qu'un sentiment d'insatisfaction dominait à l'issue de l'expérimentation. Ce sentiment doit être rapporté aux controverses qui ont pris le pas sur le mandat de la concertation. Pour comprendre cet état de fait, il est indispensable de convoquer des éléments contextuels qui préexistent à l'expérimentation et des éléments structurels qui la caractérisent.

En échafaudant un dispositif destiné à produire une expertise complète, il semble effectivement que les autorités aient généré un instrument compétitif et trop complexe. D'une part, en organisant la concertation en trois volets impliquant respectivement des acteurs véhiculant des intérêts institutionnels et professionnels historiques, les autorités ont généré un dispositif compétitif. En l'occurrence, ce sont des légitimités –professionnelles et profanes, basées sur l'expérience ou fondées sur l'évidence- que nous avons vu se débattre pour obtenir

une consécration politique, c'est-à-dire un gage supplémentaire d'avoir son mot à dire dans les soins de santé mentale de demain.
D'autre part, la structure même du dispositif, ses comités multiples et ses différents niveaux de coordination et de communication, ne semblent pas avoir favorisé une mise en œuvre optimale. En effet, si chaque nouveau niveau comporte le risque d'une perte « naturelle » d'information, c'est-à-dire de détails ou de nuances, il présente aussi un risque que cette information soit un peu détournée, même en étant simplement « rendue différemment », particulièrement dans ce contexte compétitif. Ces deux aspects du dispositif, sa compétitivité et sa complexité, se sont donc combinés pour aboutir à une insatisfaction générale. Cette insatisfaction n'est pourtant pas synonyme d'inutilité.
En effet, dans un deuxième temps, nous avons distingué trois types d'influences de l'expérimentation sur la réforme qui lui succède. Mais nous avons également vu que la perception de cette influence nécessite d'analyser une période postérieure au laps de temps dans lequel il est prévu que l'expérimentation produise ses effets. Deux éléments nous semblent particulièrement pertinents pour comprendre ce recul nécessaire.

Le premier est relatif aux grandeurs respectives de l'expérimentation et de la réforme. En effet, les éléments substantiels nous invitent à souligner que la différence d'échelles qui caractérisent les deux processus rend le recul indispensable à la perception de leur connexion. Leur envergure est effectivement si différente que le sens pris par les mêmes éléments se modifie au point de compromettre toute équivalence entre eux. Par exemple, où la concertation autour du patient était l'élément central des projets thérapeutiques, elle devient un élément périphérique de la réforme Psy107. Il faut donc que les acteurs « ajustent » leur perception au cadre de Psy107 pour percevoir que cette fonction se trouve pérennisée, et pour faire sens de l'Aberration du terme de l'expérimentation ; c'est-à-dire des décisions de l'INAMI et du SPF de poursuivre le financement de la concertation autour du patient et de stopper le volet transversal destiné à l'évaluer.

Le second élément est relatif aux types d'effets de l'expérimentation. Plus précisément, dans la mesure où ces effets se manifestent au sein de connaissances, qu'elles soient relatives à une nouvelle manière de dispenser des soins de santé mentale ou de faire de la politique, il

convient de souligner que la forme[2] de ces connaissances n'est pas sans conséquence sur l'aisance relative de leur perception. En effet, en vertu de leurs véhicules respectifs, des acteurs individuels ou collectifs ou des supports matériels comme les recommandations, ces connaissances sont plus ou moins tangibles, plus ou moins rapidement.

D'une part, les éléments qui ont fait l'objet d'une modélisation ont été inscrits au sein des recommandations, et celles-ci leur confèrent un caractère stable et communicable. Or, il est vraisemblable qu'un tel savoir acquière plus rapidement et plus certainement une portée politique, précisément parce qu'il est mobilisable dans une action déconnectée du contexte qui l'a vu naître.

Au contraire, les éléments intériorisés par les participants à la concertation constituent des savoirs difficilement communicables. De fait, ils ne deviennent perceptibles qu'au moment où ils sont mis en acte. Mais dans le cas qui nous occupe, cette indispensable mise en acte se réalise dans un contexte nouveau, et pour les finalités qui lui sont associées. Ainsi, ces connaissances difficilement généralisables au départ car indissociables du contexte qui les a vu naître, ressurgissent-elles dans un premier temps dissociées de celui-ci. Qu'elles soient processuelles ou substantielles, ces connaissances personnelles acquises en participant à l'expérimentation ne seront effectivement activées que moyennant l'implication des acteurs de la concertation dans la réforme, et pour le besoin d'une cause nouvelle. Par exemple, si l'actuel coordinateur de la réforme évoque la nécessité de standardiser l'information communiquée aux acteurs de terrain, c'est en l'associant à son besoin de faire fonctionner cette réforme, et non aux dysfonctionnements de l'expérimentation précédente.

De même, si un professionnel réactive une solution ou une partie de solution contingente, car liée à un problème spécifique survenu dans le contexte local de son projet thérapeutique, il est vraisemblable que ce soit pour le besoin d'une cause nouvelle, mais également contingente.

Politiques ou professionnels, les acteurs de la concertation et de la réforme sont orientés vers l'action, et pour rendre justice, de façon toutefois critique, aux effets de la participation, il est nécessaire que l'observateur extérieur connecte leurs actions. Or, la connexion des processus qui s'imbriquent pour générer du changement dans le champ de la santé mentale en Belgique, y compris le dispositif participatif présenté, nécessite de les contextualiser de manière très large.

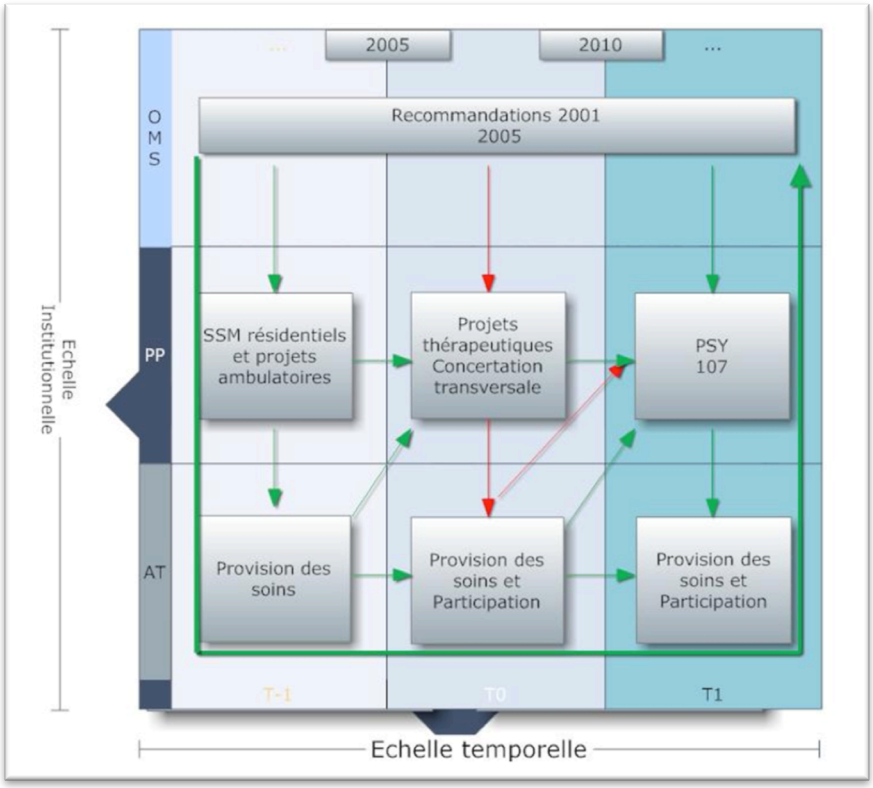
[2] Cette présentation des formes de connaissances est fortement inspirée d'une typologie des connaissances en politique développée dans le projet européen Knowledge&Policy, par l'équipe écossaise (Freeman R., Smith-Merry J., Sturdy S.) travaillant sur le secteur de la santé mentale.

Conclusion

Il est nécessaire d'inscrire le dispositif participatif dans son contexte pour en saisir la portée, qu'elle renvoie à des effets individuels ou à des effets sur l'action publique, d'autant plus que ses effets sur l'action publique sont indissociables de ses effets individuels.
La contextualisation du dispositif auquel nous avons posé la question des effets de la participation nous a conduits à ce constat, et dans le cadre de cette conclusion, nous aimerions revenir sur la façon dont a fonctionné cette conceptualisation, et sur les raisons qui ont rendu cette démarche nécessaire.

Afin de répondre à cette ambition, rappelons d'abord les éléments centraux de l'exposé empirique. Premièrement, nous avons vu une Organisation Mondiale de la Santé qui participe à la construction d'un problème de santé publique dans ses dimensions descriptives et prescriptives, et qui l'instaure comme ressource cognitive dans différents pays par le biais d'une convention. Deuxièmement, nous nous sommes penchés sur des politiques belges de santé mentale qui se réfèrent massivement à l'OMS, pour soutenir le changement du champ, rendu nécessaire par une composante hospitalière qui demeure centrale institutionnellement, au-delà d'une multitude de projets épars qui ont permis, depuis les années 1990, de développer des services ambulatoires. Troisièmement, nous avons observé la vie d'un lieu au sein duquel des acteurs supposés négocier l'action publique –un bien commun-, sont davantage occupés à négocier leurs intérêts et leurs identités, ce qui semble expliquer l'échec apparent du dispositif. Finalement, nous avons découvert dans la réforme Psy107 les signes d'une influence de la concertation.
En l'occurrence, nous avons contextualisé le processus dans ses dimensions institutionnelle et temporelle (v. figure ci-dessous), et cette démarche nous a permis de saisir plus justement son impact. En effet, si nous avions isolé le temps de la concertation transversale (T0) de son contexte, nous aurions perçu un gouvernement qui inscrit son action dans les recommandations de l'OMS, à la recherche de légitimité sur la scène internationale et par rapport au terrain sur lequel doit s'implémenter la concertation. En outre, sur l'axe temporel, nous aurions observé un lieu de négociation de l'action publique qui ne remplit pas son cahier des charges, et dont l'issue est l'annonce d'une réforme négociée par ailleurs. Aussi, nous aurions été tentés de constater une double instrumentalisation de la part des pouvoirs publics : des recommandations pour faire participer les acteurs de terrain, et de leur participation pour

légitimer la réforme. Par contre, si l'on envisage l'ensemble du contexte que délimitent les deux axes, il est possible de restituer l'action du dispositif dans la fabrique de l'action publique.



Cette possibilité de percevoir l'impact de la concertation à condition de la considérer au sein de son contexte institutionnel et temporel est intimement liée à la manière dont ce dispositif produit du changement.

En effet, si la concertation transversale contribue au changement des pratiques dans le champ de la santé mentale, c'est moins par la réalisation de son mandat formel qu'en multipliant les opportunités de confrontation et de négociation des intérêts et des savoirs en présence, et en accélérant leur rythme. Pour cette raison, elle nous invite à nous demander si l'une des particularités d'un tel dispositif participatif ne consiste pas à multiplier les espaces formels et informels de rencontre et de débat dans l'espace et dans le temps. En conséquence, les chaines de micro événements nécessaires à la survenance d'un événement s'intensifieraient et se complexifieraient d'une façon telle qu'au terme du processus, la survenance de l'événement en question peut paraître simultanément aberrante et évidente, ou d'abord aberrante et puis évidente. En effet, on peut faire l'hypothèse selon laquelle le caractère évident et le « discours raisonné » qui l'accompagne l'emportent sur le caractère aberrant, en vertu notamment de l'implication des parties dans un processus qui n'épargne finalement personne, tant il est

inscrit dans la durée et se déploie dans et au-delà d'espaces nombreux et organisés à tous les niveaux structurants d'un champ.

Dans ce cas, le défi qui se pose aux concepteurs et aux observateurs de dispositifs participatifs pourrait porter sur la façon de délimiter un « contexte pertinent », dans les limites duquel il est possible d'apprécier la vie et les effets de ces dispositifs, sans tomber dans une dénonciation systématique de leur instrumentalisation.

Bibliographie

Abbott A. (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, The University of Chicago Press, Chicago-London.

Blatrix C. (2010), « Concertation et débat public », dans Borraz O., Guiraudon V., *Politique publique 2. Changer la société*, Presses de Sciences po, Paris.

Beck U. (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité,* Flammarion, Paris.

Bergeron H. (2010), « Les politiques de santé publique », dans Borraz O., Guiraudon V., Politique publique 2. Changer la société, Presses de Sciences po, Paris.

Borraz O., Guiraudon V. (2010), *Politique publique 2. Changer la société*, Presses de Sciences po, Paris.

Callon M. (1986), « Eléments 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*, Vol.36, pp. 169-20.

Callon M., Lascoumes P., Barthes Y. (2001), Agir dans un monde incertain : Essai sur la démocratie technique, Seuil, Paris.

Chevallier J. (2005), « Politiques publiques et changement social », *Revue française d'administration publique*, n°115, pp. 383-390.

CNEH (06/1997), « Avis (deuxième partie) concernant l'organisation et le développement futurs des soins en santé mentale », www.health.fgov.be, consulté en juillet 2009.

CNEH, (02/2007), « Avis partiel 2 et 3 concertation transversale : Vers la définition de nouvelles modalités d'organisation des soins de santé mentale », www.health.fgov.be, consulté en juillet 2009.

Crozier M., Friedberg E. (1992), *L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective*, Le Seuil, Coll. Points Essais, Paris, Seuil.

Demotte R., (05/2005), « Note politique relative à la santé mentale », http://inami.fgov.be/care/fr/mentalhealth/therapeuticProjects/pdf/demotte.pdf, consulté en juillet 2009.

De Munck J., Genard J.-L., Kuty O. et al. (2003), *Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique*, Academia Press, Gent.

Fassin D. (2008), *Faire de la santé publique,* EHESP, Paris.

Friedberg E. (1997), Le pouvoir et la règle, Paris, Seuil, coll. « Points ».

Freeman R., Smith-Merry J., Sturdy S. (2009) “WHO, Mental Health, Europe”, *Know&Pol,* Orientation 3 Supra-national instruments, WP11.
Conférence Interministérielle Santé publique, « Guide vers de meilleurs soins de santé mentale » (2010), consultable sur http://www.psy107.be.
Hassenteufel P. (2008), *Sociologie politique : l’action publique*, Paris, Armand Collin.
INAMI (03/2006), « Expérimentation des conditions de travail en réseaux et circuits de soins en santé mentale. Les projets thérapeutiques », http://inami.fgov.be/care/fr/mentalhealth/Therapeutic Projects/pdf/basicnote.pdf.
Lascoumes P., Le Bourhis J.-P. (1998), « Le bien commun comme construit territorial. Identités d’action et procédures », Politix, n°42, pp. 37-66.
OMS (2001), « Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs », http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_fr.pdf, consulté en juillet 2009.
OMS (2005), « Déclaration sur la santé mentale pour l’Europe. Relever les défis, trouver des solutions », consultable sur http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf.
Schoenaers F., Thunus S., Cerfontaine G. (2011). La santé mentale en Belgique: l’hôpital renégocié, *Sociologie et Santé*, n°34, pp. 55-73.
Smith-Merry J. (2010), “Consultation as Education: practitioner involvement in policy development”, *5th Interpretive Policy Analysis Conference*, Grenoble.
Thunus S. (2010), “Belgian Mental Health On-Stage”, *5th International Conference Interpretive Policy Analysis*, Grenoble.
Vandenbroucke F., Alvoet M. (2001), « Note politique relative aux soins de santé mentale : le psyché, le cadet de mes soucis ».
Vrancken D., Schoenaers F., Cerfontaine G. (2009). The WHO in Belgium : cross-level networking, Rapport de recherche “Knowledge&Policy”, Orientation 3, Public action 1.
Vrancken D., Schoenaers F., Cerfontaine G., Thunus S. (2010), Le champ de la santé mentale en Belgique. De l’Asile aux Réseaux et Circuits de Soins, Rapport de recherche intermédiaire.
Vrancken D., Schoenaers F., Thunus S. (2010), « Le champ de la santé mentale en Belgique à l’épreuve de la concertation. De l’innovation politique à la politique de l’innovation», Rapport de recherche Knowledge&Policy, Orientation 2, Public action 2.
Vrancken D., Schoenaers F., Cerfontaine G., (2010), « The organization of mental healthcare in laboratory. Life and death of an assessment tool» Rapport de recherche Knowledge&Policy, Orientation 3, Public action 2.