

D'une réunion à l'autre, à la recherche de la santé mentale

Sophie Thunus et Carole Walker

Dans cet article, nous racontons une histoire relative au lancement et à l'installation d'une politique belge de santé mentale lancée en 2010. L'histoire s'articule autour de trois réunions partiellement fictives et reconstituées, dans une logique d'idéaltype, à partir de l'observation directe de plus de septante réunions dont elles résument les caractéristiques principales. Ces trois réunions se déroulent dans le monde politique, le monde professionnel et organisationnel, et le monde sensible représenté par les « lieux du lien ». L'histoire vise à reconnecter ces mondes qui, dans la réalité, sont séparés par des divisions fonctionnelles et culturelles.

C'est en tissant des relations entre ces mondes, ou « d'une réunion à l'autre », que la nouvelle politique se transforme : en partant d'une description abstraite et théorique dans une salle de conférences, en passant par d'innombrables controverses entre professionnels, et en se réalisant au cœur des rencontres informelles, autour d'un café dans un lieu du lien. Guidée par l'allégorie de la caverne de Platon, l'histoire que vous allez lire met en lumière l'écart qui subsiste entre les rencontres qui se trament dans le monde sensible, celui des pratiques et des interactions entre professionnels et entre citoyens ; et la réflexion organisationnelle qui tente de rendre ce monde intelligible, sans en faire l'expérience directe. Elle suggère que le monde sensible qui s'exprime dans les lieux du lien pourrait constituer une source d'inspiration, dans le champ de la santé mentale et au-delà,

pour les professionnels et les experts qui se trouvent prisonniers de réunions dont ils déplorent le fonctionnement.

Au début de l'histoire : la santé mentale est l'affaire de tous et toutes

Mai 2021. Les médias évoquent la santé mentale de citoyens belges. Un vendredi matin, je¹ lis que le confinement « fait des ravages » : la santé mentale des enfants et des adolescents inquiète fortement, les violences conjugales et intrafamiliales augmentent et 90 % des violences masculines faites aux

1 | « Je » renvoie à la première auteure qui a participé aux deux recherches sur lesquelles repose l'histoire racontée ici, et mentionnée comme « Recherche 1 » – R1 (Thunus, 2015) et « Recherche 2 » – R2 (Walker, Nicaise et Thunus, 2019). « Ma collègue » apparaît plus tard dans le texte et renvoie à la seconde auteure qui a participé à la seconde recherche. Le choix de raconter une histoire portant sur la politique de santé mentale est expliqué au terme de cet article.

femmes sont associés à l'alcool². Une surconsommation d'alcool est d'ailleurs avérée au sein de la population en général. Et ces constats ne concernent *pas seulement* « les marginaux », nous dit le journaliste, mais aussi « monsieur et madame Tout-le-Monde » ; c'est sa manière de dire que *la santé mentale est l'affaire de tous et toutes*.

Mai 2010. Il y a plus de dix ans, cette phrase est sur toutes les lèvres. Enfin, surtout dans les discours des experts et des hommes et femmes politiques. Pas moins de sept ministres, en fait : celles et ceux qui sont responsables des différents aspects de la politique de santé mentale, comme la promotion, la prévention et les soins, aux niveaux fédéral, régional et communautaire. Or, en 2010, ces ministres veulent lancer une nouvelle politique de santé mentale afin de réorganiser les soins selon « une conception globale ».

Ce que ça signifie ? C'est que la santé mentale n'est *pas seulement* l'affaire des soins de santé. Elle concerne tous les domaines de la vie, pour l'ensemble des citoyens, à chaque moment de leur vie. Elle se fait et se défait dans et par nos relations sociales et familiales, mais aussi au travail. Prendre soin de la santé mentale c'est décidément l'affaire de tous et toutes, partout et tout le temps.

Ça ne vous rappelle rien ? Prenez soin de vous ! Le mot d'ordre du gouvernement belge face au coronavirus. Je pense qu'en 2010, quand la conférence interministérielle (CIM) Santé a lancé la nouvelle politique, elle aurait dû y penser : faire en sorte que la population belge clôture toutes ses interactions par « prenez soin de votre santé mentale », et le tour était joué ! Mais ce n'est pas si simple, car la politique implique qu'une multitude d'institutions et des services

de soins travaillent ensemble, alors qu'ils sont séparés par des barrières administratives et des cultures professionnelles, organisationnelles et sectorielles différentes. Plus qu'un mot d'ordre, il faut des réunions, beaucoup de réunions.

Le moment d'information national : conférence et caverne

21 mai 2010. Plus de huit-cents personnes se sont déplacées à Bruxelles pour découvrir la nouvelle politique de santé mentale, ses objectifs, et la manière dont elle allait être mise en œuvre. Ces personnes sont celles qu'on appelle « les acteurs » du secteur de la santé mentale. C'est-à-dire de nombreux professionnels comme des psychologues, des psychiatres et des ergothérapeutes, mais aussi des directeurs de services de santé mentale et d'hôpitaux psychiatriques, les responsables des administrations fédérales, régionales et locales, des représentants des usagers, et des chercheurs, comme moi.

À l'accueil de la conférence, une longue table est couverte de petits fascicules, bleus, intitulés *Guides vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins*. Des centaines d'exemplaires sont disponibles en trois langues et dans quatre versions destinées à la Flandre, la Wallonie, la Communauté germanophone et Bruxelles.

Dans le grand hall où les acteurs sont rassemblés, l'ambiance est légèrement électrique : ils échafaudent des hypothèses sur ce que « le politique » va encore leur demander. Puis, quand les portes de la salle de conférences s'ouvrent enfin, ils y pénètrent lentement, attentifs à ce qui les entoure.

J'évoque alors la disposition de la salle avec le collègue qui m'accompagne. Il me dit : « c'est comme dans l'allégorie de la caverne ! » C'est juste : des acteurs s'assoient dans l'obscurité d'une salle. Ils ont en commun leur ignorance, ou,

2|Bosseler J., « Alcool : le confinement a fait des ravages », *Le Soir*, 7 mai 2021 <https://cutt.ly/Kmz3paD>.

à tout le moins, leur incertitude par rapport à une nouvelle conception de la santé mentale qu'ils vont tenter de comprendre, dans l'ombre d'un modèle de soins projetée par un PowerPoint, sur le grand mur qui leur fait face.

« Le politique » est installé sur une estrade commune, dans la lumière des projecteurs. Et ils et elles, sept ministres, se félicitent de lancer ensemble une politique ambitieuse, en pleine crise gouvernementale — en plus ! Leur confiance dans la conception globale de la santé mentale, qu'un expert-orateur s'apprête à présenter, les emplit d'espoir : l'espoir que cette politique-ci ait raison de la résistance que le système des soins a opposée aux précédentes³.

Assise parmi les acteurs, je repense à plusieurs discussions avec celles et ceux qui sont sur l'estrade. Un expert m'a parlé de projets européens, d'équipes mobiles dans les montagnes grecques, de fermetures d'hôpitaux psychiatriques en Italie : autant d'expériences qui lui ont « permis de comprendre que notre manière de faire n'était pas la meilleure, et qui ont renforcé sa croyance dans l'efficacité de la psychiatrie communautaire⁴ ». Un autre a évoqué un voyage à Birmingham, durant lequel les ministres « ont vu qu'il y avait une autre façon de faire de la psychiatrie, et que ça marchait⁵ ! » Je pense que la confiance qu'ils placent dans le concept est liée aux expériences qu'ils en ont. Mais qu'en est-il des acteurs qui assistent passivement à la projection d'un PowerPoint ?

Les acteurs, il faut les convaincre. Comment ? En créant un contexte dans lequel le changement est inévitable. C'est ici que les statistiques entrent en scène. Le PowerPoint le montre

bien : le taux de suicides et le nombre de lits psychiatriques par habitant sont trop élevés. La Belgique est parmi les plus mauvais élèves en Europe.

Il faut donc faire quelque chose, mais que faire, se demande l'assemblée, ou tout du moins la partie d'assemblée qui n'est pas occupée à ruminer les raisons à l'origine de ces chiffres : comme des statistiques biaisées par les données sur lesquelles elles se basent, qui ne sont pas collectées de manière uniforme dans les différents pays ; un problème récurrent pour l'Organisation mondiale de la santé. Mais ça importe peu, au fond. Car sur la nécessité de changer, à peu près tout le monde est d'accord.

Il est donc temps de passer aux solutions. Comment réorganiser nos soins de santé mentale ? Et c'est au tour des objectifs de la nouvelle politique d'apparaître, dans la lumière des projecteurs : la *désinstitutionnalisation*, ou la diminution et le raccourcissement des séjours hospitaliers et l'augmentation des soins dans la communauté ; l'*inclusion sociale* ; la *dé-catégorisation*, ou l'intensification de collaborations réelles — l'expert-orateur insiste, pour dépasser les frontières sectorielles et professionnelles ; l'*intensification* des soins hospitaliers, qui doivent être plus spécialisés et plus courts ; et la *consolidation* des projets pilotes développés au cours des années précédentes.

Pour atteindre ces objectifs, cinq ensembles de fonctions doivent être réalisés. Il s'agit, premièrement, de la prévention, la promotion, la détection précoce, le dépistage et la pose d'un diagnostic ; deuxièmement, du traitement ambulatoire intensif pour les problèmes aigus et chroniques ; troisièmement, de la réhabilitation, l'insertion et l'inclusion sociale ; quatrièmement, des traitements résidentiels pour les problèmes aigus et chroniques ; et cinquièmement, des alternatives résidentielles lorsque le suivi à domicile n'est pas possible.

3 | Une analyse des réformes de la psychiatrie et de la santé mentale, en Belgique, depuis les années 1960 jusqu'à aujourd'hui est proposée dans (Thunus, 2015).

4 | Entretien avec un expert fédéral (a), janvier 2012 (R1).

5 | Entretien avec un expert fédéral (b), janvier 2012 (R1).

Dans l'assemblée, quelques murmures... C'est ambitieux. Mais c'est vers là qu'on va, tout le monde le sait. Comme le martèle l'expert-orateur : « cette réforme c'est vous, acteurs de terrain, qui l'avez voulue ». Ils et elles en voulaient une, c'est vrai. « Alors, poursuit-il, vous allez la construire ! » Comment ? Comment les acteurs, rassemblés dans l'ombre d'une salle de conférences, peuvent-ils accéder à une connaissance pratique de cette nouvelle façon de voir et d'organiser les soins de santé mentale ? En faisant des réunions ! Pour transformer les contours théoriques de la politique, projetés sur le mur de la salle de conférences, en pratique et en collaborations professionnelles concrètes. Cette transformation est décrite par le terme d'« opérationnalisation ». Et cette opérationnalisation, au niveau local, est la mission confiée à deux types de comités que les acteurs de terrain doivent mettre en place : les comités de fonctions qui vont concevoir les nouvelles procédures permettant d'articuler les services existants pour réaliser les cinq fonctions citées plus haut ; et les comités stratégiques, chargés de veiller à la cohérence des décisions prises par les comités de fonctions. Ces comités ont une base de travail : le modèle est détaillé dans le petit guide bleu avec lequel plus de huit-cents acteurs s'apprêtent à quitter la salle de conférences.

Le Guide précise aussi comment la réalisation de la politique sera évaluée, financée, etc. Le financement, justement ! Les acteurs ont des questions : il n'y a pas de moyens supplémentaires pour les services ambulatoires qui interviennent dans la communauté... Plusieurs aspects des nouvelles fonctions correspondent à leurs missions... Or, « le politique » décide d'octroyer les budgets complémentaires aux hôpitaux... Ce sont donc les hôpitaux qui sont responsables de créer des équipes mobiles ? N'est-ce pas plutôt le rôle des services ambulatoires ?

Mais il est trop tôt pour répondre à ces questions, explique l'expert-orateur : le financement est conçu en fonction de ce que le cadre légal permet. Ce dernier devrait être modifié au terme de projets « d'exploration », d'une durée de cinq ans environ, et dans le cadre desquels les comités de fonctions et stratégiques vont essayer d'opérationnaliser la politique qui vient d'être exposée. Sortir de la caverne ?

Des comités en réunion – prisonniers de la caverne ?

Les murs, c'est du fil barbelé. L'angoisse ou la peur d'un côté du mur est là parce qu'on ne sait pas ce qui se passe de l'autre côté du mur⁶.

Huit ans ont passé depuis cette conférence de présentation de mai 2010, vingt-et-un projets d'exploration sont en cours en Belgique, et le cadre légal n'est pas modifié. Par contre, les comités de fonctions et stratégiques organisent d'innombrables réunions. Aujourd'hui, j'observe une de ces réunions, dans une ville de taille moyenne, en Wallonie.

Avant le début de la réunion, les participants échangent autour d'un plateau de sandwiches. Une médecin généraliste les considère avec un léger étonnement. J'en profite pour m'adresser à elle : « Les sandwiches sont bons aujourd'hui, auraient-ils changé de fournisseur ? » Elle me répond, un peu sèchement : « C'est une bonne chose, vous ne trouvez pas ? » Elle semble dire que ça témoigne d'un peu de considération et m'explique : « Ce n'est pas toujours évident de savoir à quelle réunion je dois être, là où je peux signifier quelque chose quoi ! Ces derniers temps... [sourir], je n'avais pas l'impression que ce soit pertinent que j'y sois...⁸ »

6 | Entretien avec un directeur médical, service psychiatrique d'un hôpital général, R2, 2018.

7 | Cet échange est inspiré de notes d'observation, Wallonie, 2014, R1.

8 | Entretien avec une médecin généraliste travaillant en maison médicale, Bruxelles, 2018, R2.

Mais nous allons commencer. La coordinatrice, qui anime la réunion, parcourt l'ordre du jour : nous devons parler des équipes mobiles, car il faut augmenter leur capacité. Ce sont les hôpitaux psychiatriques qui négocient avec « le fédéral », précise-t-elle afin de souligner l'importance de la question. Ensuite, il y a la question de leur mandat : où le travail des équipes mobiles commence-t-il ? Et où s'arrête-t-il ?

À ce moment précis, c'est elle qui doit s'arrêter ! Il y a trop de sujets très controversés dans cet énoncé, et les acteurs veulent se positionner. Ils contestent le rôle des hôpitaux dans le déploiement des équipes mobiles, et questionnent d'autres aspects de la nouvelle politique. Ce qu'ils disent ce jour-là, c'est en substance ce que d'autres acteurs ont dit, dans d'autres villes, en Wallonie et à Bruxelles : « La première chose c'est la question de la santé mentale... C'est quelque chose d'extrêmement large... Et on ne sait pas très bien où ça commence et où ça s'arrête [...] on met dans ce gros paquet aussi bien des grosses questions de schizophrénie que des difficultés professionnelles [...] et il y a un processus maintenant qui vise à ouvrir, à gommer les frontières, mais aussi avec une difficulté de savoir de quoi on parle exactement⁹. »

Ensuite, « l'idée de l'OMS : soigner le patient le plus proche dans son milieu de vie [...] C'est une très belle idée, mais alors il faut, pour accueillir ces gens dans leur milieu de vie, mettre des moyens et c'est là que le transfert ne se fait pas¹⁰. »

Enfin, la politique de santé mentale ne peut pas prétendre être neutre. Elle porte « une idéologie du rétablissement¹¹, de la guérison, de la

remise au travail, on est dans [...] une ère de normalisation [...] Il y a une certaine vision de l'homme et de l'humain qui devrait être sans symptôme, avec une logique de projet¹². »

La discussion s'enlise, on n'en sort pas vraiment. La réunion se termine et j'ai une petite heure à ma disposition avant de prendre le train, puis le métro, pour aller à une autre réunion, à Bruxelles. Le temps de partager un café avec la coordinatrice, énervée. Elle me dit :

« Pour eux, quand on vient avec ce truc de rétablissement... la plupart des acteurs réagissent sans avoir jamais rien lu sur le rétablissement, le *recovery*... Alors ils critiquent évidemment¹³. »

Et, ajoute-t-elle, ils en ont marre de parler d'organisationnel, c'est trop administratif, pas assez pratique. D'ailleurs, un de ses collègues a décidé de remplacer les comités de fonctions, tels que définis dans le guide bleu, par des groupes thématiques. Ses propos me rappellent une conversation avec un psychiatre. Il se plaignait d'avoir trop « de réunions de coordination : on ne fait pas assez de clinique, on parle beaucoup d'organisation, et d'ailleurs les gens sont un peu tristes de ça¹⁴. »

J'ai l'impression de mieux comprendre ce que la médecin généraliste voulait exprimer un peu plus tôt, quand elle s'interrogeait sur sa participation aux réunions. Mais pour ma part, il est temps que je me dirige vers mon rendez-vous suivant : un autre type de réunion. En chemin, je pense à la conférence de présentation, en 2010. Je constate que huit ans plus tard, prisonniers des réunions, les acteurs se battent encore à mains nues avec les ombres d'une conception globale de la santé mentale qu'ils cherchent à connaître, à défaut

9 | Psychiatre, responsable d'une équipe mobile, Bruxelles, 2018, R2.

10 | Extrait d'un focus group, médecin généraliste, maison médicale, Bruxelles, 2018, R2.

11 | Sur le concept de rétablissement, voir l'article de Fr. Wyngaerden et M. Allart, dans ce même dossier.

12 | Psychologue, directeur de service de santé mentale, Bruxelles, 2018, R2.

13 | Entretien avec un coordinateur de réseau, R2, 2018.

14 | Directeur médical, service psychiatrique d'un hôpital général, R2, 2018.

d'en avoir fait l'expérience pratique. Pourtant, ils font des expériences. En réunion, ils se rencontrent. La politique les a *mobilisés* — les sociologues M. Callon et B. Latour insisteraient : *mobiliser, rendre mobile*. Même prisonniers de toutes sortes d'opinions et de barrières administratives, en réunion, les acteurs sortent des murs de leurs services, échangent, et estiment que c'est important : « La collaboration avec le réseau, elle doit être toujours travaillée et retravaillée¹⁵ », disent-ils souvent. De plus, la politique a permis de créer ou de renforcer de nombreuses équipes mobiles en Belgique. Ces dernières réalisent différents objectifs de la politique, dont la détection, la pose d'un diagnostic, les soins dans le milieu de vie, etc. Par exemple, à Bruxelles, un acteur explique qu'il ne s'attendait pas à ce que les équipes mobiles rencontrent autant de « gens qui ne vont pas bien, qui sont "maintenus" dans la maison familiale, plus ou moins séquestrés, plus ou moins médiqués avec le médicament de la grand-mère. Mais qui n'ont jamais consulté... que ce soit un médecin généraliste ou un service spécialisé¹⁶. »

La politique de santé mentale semble donc améliorer l'accès aux soins. Mais pas pour tous et toutes (Walker, Nicaise et Thunus, 2019). Lors d'une récente recherche, nous avons rencontré, ma collègue et moi-même, de nombreux acteurs préoccupés par l'exclusion des soins des personnes dont les situations sont les plus compliquées : « quand on cumule santé mentale et assuétude, ou quand on cumule santé mentale au sens large et handicap, par exemple, ça devient très compliqué de trouver des structures ou ces structures sont d'office submergées. Après, il y a des zones où il n'existe juste pas de solution¹⁷. »

Une formalisation accrue des critères d'admission dans les services de santé mentale, qui fixent les conditions auxquelles une personne peut être prise en charge, expliquerait cette exclusion des soins. Mais l'exclusion des soins est-elle synonyme d'exclusion sociale, alors même que la politique vise à favoriser l'inclusion sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ? Et existe-t-il des services qui n'utilisent pas tous ces critères — des services à « bas seuil », selon les termes consacrés ?

Quand ces questions se sont posées, j'ai envisagé de contacter des associations qui représentent les usagers des soins de santé mentale. Mais ma collègue a suggéré que les personnes exclues des soins ne fréquentaient peut-être pas ces associations. De fait. Et c'est la raison pour laquelle, exclus des soins, ils sont aussi souvent exclus de la recherche. Alors comment faire ? Peut-être en visitant un de ces lieux « à bas seuil », un lieu de lien.

Le train, le métro, et la sortie (de la caverne ?)

À la surface : *people tuner* et lieux du lien

L'entrée principale est grande ouverte. Le lieu se trouve au centre de Bruxelles. Quelques visiteurs sont assis sur la terrasse ensoleillée. Ils discutent, comme sur les terrasses des autres cafés aux alentours. Mais il y a plus de monde à l'intérieur. Ils écoutent une pianiste amateur. Attiré par le son de l'instrument, un jeune couple entre dans le café et commande deux bières. La barmaid les sert. Mais son comportement les interpelle. Elle fait quelques allers-retours entre le bar et le mur, marmonne, verse doucement les bières dans les deux verres, et un peu sur le bar, aussi. En tendant les bières au couple, elle dit que le prix est libre. Un peu surprise, la jeune femme se

15 | Médecin chef, hôpital psychiatrique, R2, 2018.

16 | Entretien avec un coordinateur de réseau, R2, 2018.

17 | Entretien avec la directrice administrative, maison d'accueil pour personnes précarisées, R2, 2018.

Sur ce point, voir également l'article d'H. Çakir, M. De Backer et M. Gonçalves dans ce même dossier.

retourne vers son partenaire : « Dunno, I think this place is the association I heard about, something to do with mental health or the homeless. » Le couple quitte le bar, s'approche de la joueuse de piano et s'émerveille de son talent¹⁸.

Je rejoins ma collègue à la sortie de la bouche de métro, en plein centre-ville, à Bruxelles. Il y a le bruit du trafic, l'allure des passants, une place baignée par le soleil, des terrasses dont s'échappent des conversations, et au milieu de tout cela : la porte ouverte de ce lieu. Tout le monde peut s'y arrêter, problèmes de santé mentale ou pas. Ici ce n'est pas la question, c'est même hors de question, car les problèmes médicaux sont volontairement mis entre parenthèses. Dans ce lieu aussi, il y a une réunion. Mais ce n'est pas un comité de fonctions. C'est une réunion sans sujet, seulement le café pour prétexte. Il n'y a pas non plus de rôles prédéfinis. « Tout le monde est membre », rappelle la personne qui nous accueille. Elle l'avait expliqué à ma collègue au téléphone. L'idée, c'est justement de changer de rôle, voir ce qu'on veut et ce qui marche : « ça aide à développer des aspects alternatifs de l'identité. Les personnes qui ont fréquenté les services de santé pendant longtemps ne veulent plus jouer le rôle de patient. Nous leur proposons de raconter une histoire : que voulez-vous faire¹⁹ ? »

Je pense que c'est peut-être ce qu'il faudrait aux professionnels ! Des réunions qui ressemblent à des rencontres, dont ils définissent le sujet, et dans lesquelles ils jouent un rôle qui a du sens pour eux. Qu'en pensez-vous ?

En attendant le café est servi et un membre m'interpelle. Il trouve que je ressemble à Sandra Kim — *J'aime la vie* (même si c'est une folie). Nous évoquons le clip. La chanteuse y descend un

escalier qui ressemble à celui de la Montagne de Bueren à Liège, dont il est originaire. Nous parlons de Liège, les rues, et les quartiers. Un jeune homme nous rejoint, il a vécu onze mois à Liège. Puis une dame intervient : elle vit à Bruxelles. Elle y est née. Elle vient des Marolles et ça lui fait toujours quelque chose quand elle y passe. Elle a dû déménager. Elle aime bien son appartement même si le chauffage est très cher. Nous parlons alors du coût de la vie, des supermarchés, d'autres petits magasins, près de la gare du Nord, derrière la rue d'Aarschot — « là au moins ils sont sympas », lance un membre. « Parce que dans les autres magasins, à Bruxelles [ce n'est pas le cas] », suggère-t-il. Une dame réagit, elle n'est pas d'accord : elle adore aller au marché des Tanneurs. D'ailleurs, elle pense y avoir déjà vu ma collègue — qui acquiesce, c'est tout à fait possible !

Liège, la gare du Nord, la rue d'Aarschot, les Marolles, les Tanneurs... Tiens ! Est-ce que tout le monde serait là ? Tous et toutes, celles et ceux qui sont également concerné·e·s par la santé mentale ? Monsieur et madame Tout-le-Monde et tous les autres ?

Mais revenons à la conversation, car elle s'oriente vers le prochain événement qui aura lieu dans cet endroit. Tout le monde s'en réjouit. On nous explique pourquoi c'est important. La personne qui nous a accueillies nous invite à venir, et insiste, car « ce n'est pas toujours facile d'attirer tout le monde », vous voyez ? Oui, nous voyons : bien que « monsieur et madame Tout-le-Monde » puissent se retrouver ici, et contribuer ainsi à un objectif important de la politique de santé mentale — la déstigmatisation... — ça n'arrive pas assez souvent.

La réunion-café va se terminer. Nous lavons la vaisselle. Ma collègue est en grande conversation avec un autre membre, un peu plus loin. Il lui explique comment il se voit : « people tuner ».

¹⁸ Compte rendu d'observation, R2, 2018.

¹⁹ Entretien avec le coordinateur d'un Lieu du lien, R2, 2018.

Pour lui, c'est être « quelqu'un qui essaie de faire monter la température sentimentale dans notre société, afin qu'il y ait beaucoup moins de gens qui aient besoin de contacter un professionnel de la santé mentale parce qu'ils ne se sentent pas bien dans leur peau ». Un autre membre réagit : « Tuner, pour moi c'est une radio, non ? » Le premier répond : « Oui, mais les gens, on peut aussi les tuners sur la fréquence de résonance de leur cœur et alors ils se comprennent mieux. Il n'y a pas de méfiance et de peur qui mènent à la haine ».

Aujourd'hui j'ai assisté à deux réunions très différentes. La première était formelle et structurée de manière à atteindre des objectifs prédéfinis. Mais ça n'a pas fonctionné. La seconde s'apparentait plus à une rencontre, informelle et organique. Elle a participé à la réalisation de différents objectifs de la politique, dont l'inclusion sociale, mais sans que personne n'y pense : les membres du lieu se sont réunis pour partager un café qui soutient l'inclusion sociale — qui constitue par ailleurs un objectif de la politique de santé mentale dont la plupart des membres ignorent l'existence.

Cette réunion « à la surface » semble donc nous dire que la politique de santé mentale se réalise dans une grande toile de liens : des liens structurés ou en cours de structuration entre les services qui participent aux comités mis en place pour opérationnaliser la politique ; et des liens lâches et incertains avec des services qui réalisent les objectifs de la politique sans y être structurellement connectés. *Globale*, la politique peut abriter des initiatives préexistantes, comme les lieux du lien dont certains ont été créés bien avant la nouvelle politique, bien avant 2010. *Performative*, via les rencontres et les réflexions qu'elle soulève, la politique peut aussi susciter de nouvelles initiatives, qui s'y connectent plus ou moins explicitement.

C'est ainsi que de nouveaux lieux du lien, dont certains sont portés par des acteurs impliqués dans la nouvelle politique, ont été créés dans le cadre de plans de relance à la suite de la crise du coronavirus.

Alors, en 2021, la santé mentale sera-t-elle un peu plus l'affaire de toutes et tous ?

À la recherche de la santé mentale : quelle histoire ! ?

L'histoire que vous avez lue est une fiction qui relie des morceaux d'histoires vraies, selon une trame temporelle et dans des lieux inventés ou, plus précisément, recomposés. Ainsi, la réunion entre professionnels est une réunion-fiction construite comme un idéaltype, à partir des éléments caractéristiques de plus de septante réunions observées par les auteures au cours de deux recherches (Thunus, 2015 ; Walker, Thunus et Nicaise, 2019). De même, la réunion dans un lieu du lien rassemble, dans un espace-temps fictif, des interactions auxquelles les auteures ont réellement participé, à différents moments et dans des espaces différents. Les observations et les extraits d'entretiens cités sont donc bien « réels » : il s'agit de données empiriques, qualitatives.

Nous avons choisi de raconter une histoire pour être en mesure de mettre en relation, ou *créer une association* (Latour, 2007), entre des éléments et des événements qui, dans la réalité, ne sont pas reliés. Or, Bruno Latour nous l'a appris, l'innovation réside dans les nouvelles associations.

D'un projet de recherche à l'autre, toujours au sujet de la politique de santé mentale, nous avons été interpellées par la *complémentarité*, mais aussi par la *séparation* qui existe entre le monde politique, qui incarne la face la plus formelle et institutionnelle du secteur de la santé mentale, et d'autres endroits comme les lieux du lien. Nous avons raconté une histoire pour les relier. De

plus, habituellement, les lieux du lien constituent plutôt l'envers du décor, car seule une partie d'entre eux est formellement associée au secteur de la santé mentale. Dans cette histoire, nous avons délibérément choisi de mettre les lieux du lien à « la surface » et la politique dans « la caverne », afin de faire ressortir ce que les premiers pouvaient apprendre à la seconde.

Le rôle des réunions : quelles réunions ?

Les réunions des comités de fonctions et stratégiques sont le socle des projets d'exploration au travers desquels la nouvelle politique doit, selon le petit guide bleu, être intégrée au niveau local. À ce titre, elles mobilisent les professionnels qui mettent leur temps et leur énergie au profit de ces rencontres qui permettent de travailler, selon leurs termes, « les collaborations avec le réseau ».

Ces réunions consacrent la *rencontre* entre des acteurs professionnels qui, en retour, permet l'*observation*, par les participants, de conceptions de la santé mentale et de cultures professionnelles différentes. Or, dans un système social et professionnel, l'observation d'une différence crée une ouverture, premier pas vers le changement (Abbott, 1995 ; Luhmann, 2006). C'est une bonne nouvelle ! Cependant, ces réunions ne satisfont pas, ou plus suffisamment, les professionnels qui y participent. Notre histoire suggère que les lieux du lien pourraient nous aider à réfléchir au *sujet* et à la *forme* des réunions des comités, ainsi qu'au *rôle* que les professionnels y jouent.

Le sujet des réunions entre professionnels est prédéfini et de nature organisationnelle : il s'agit de discuter de procédures ou de mécanismes permettant d'opérationnaliser la réforme, par exemple en créant des équipes mobiles, des outils de communication ou des accords de collaboration.

Concernant le rôle, la participation aux réunions est encadrée par un mandat de représentation qui pèse sur les rôles que les professionnels y jouent : le rôle de représentant d'un service, d'une profession ou d'une fonction. Ni le sujet ni le rôle ne correspondent, ou ne correspondent que partiellement, au travail pratique, souvent clinique, des participants. De plus, les services et les professions que représentent les participants se sont développés dans et avec un système social fondé sur l'offre de soins et concurrentiel ; à la différence de la politique lancée en 2010 qui défend la mise en place d'un système collaboratif et orienté par la demande des personnes (Thunus, 2015). Ce qui est en jeu, pour les réunions, serait donc de permettre aux participants de se distancier d'un système dans lequel on joue son rôle *contre* les autres et *pour* son service ou sa profession, pour explorer d'autres rôles *avec* les autres et *au bénéfice des personnes* — incarnant la demande. Or, le mandat de représentation ne soutient pas cette distanciation.

Enfin, concernant la forme — une salle de réunion avec ses murs et sa table —, elle ne favorise pas non plus l'exploration de rôles nouveaux. À cet égard, les acteurs professionnels rencontrés sont favorables à davantage d'intervision autour de problèmes concrets et de visites ou d'immersion interservices, en alternance avec des réunions organisationnelles (Walker, Nicaise et Thunus, 2019).

À la lumière de l'histoire racontée, nous suggérons donc que le sujet, le mandat et la forme des réunions encadrent un jeu de *reproduction* du système de soins de santé mentale que la politique vise à changer. Au contraire, des réunions au *prétexte* d'un café ou d'un problème identifié par les professionnels permettraient la délibération d'un sujet de réunion (Wedeen, 2007). De la confusion initiale créée par la rencontre de l'autre (culture, profession, etc.), une

forme d'apprentissage peut alors émerger (Freeman, 2008) : le *sujet délibéré* constitue une scène, même imaginaire, sur laquelle d'autres rôles peuvent être testés — comme dans les lieux du lien.

En conclusion, nous aurions souhaité donner à notre histoire un autre fil conducteur que notre propre recherche. Le fait que nous n'en n'ayons pas trouvé est une observation qui interpelle, tant elle met en évidence la séparation entre les différents mondes évoqués. Des raisons fonctionnelles ont induit la séparation entre les mondes politiques, professionnels et sensibles : des objectifs spécifiques y sont en jeu, ils nécessitent des espaces, des aménagements et des systèmes de connaissances différents. Mais leur développement et leur professionnalisation ont, au cours des décennies précédentes, accentué cette séparation qui est aujourd'hui telle qu'elle semble nourrir une méconnaissance ou une incompréhension réciproque, comme l'allégorie de la caverne permettait de le souligner. Or, cette incompréhension est à l'origine d'un paradoxe troublant : un secteur qui « bouge » autant que celui de la santé mentale, où on ne cesse de parler, de se réunir et d'inventer des solutions à des problèmes qui semblent toujours plus compliqués, met des décennies à changer, aux niveaux institutionnel et légal (Abbott, 2014). L'histoire racontée dans cet article porte donc une invitation à multiplier les connexions entre les mondes, à favoriser l'émergence de nouvelles associations, notamment, mais pas seulement, en inventant de nouvelles façons de se réunir.

Bibliographie

- Abbott A. (1995), « Things of boundaries », *Social Research*, 62(4), 857-882.
- Abbott A. (2014), *The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*.
- Freeman R. (2008), « Learning by meeting », *Critical Policy Studies*, 2(1), 1-24.
- Latour B. (2007), *Changer de société, refaire de la sociologie*, La Découverte, 406 p.
- Luhmann N. (2006), « System as Difference », *Organization*, 13(1), 37-57.
- Thunus S. (2015), *The System for Addressing Personal Problems-From medicalisation to Socialisation : Shifts in Belgian Psychiatric and Mental Health Institutions*, ULiège.
- Walker C. H., Nicaise P. et Thunus S. (2019), *Parcours. Bruxelles : Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles Capitale*, Bruxelles.
- Walker C. H. et Thunus S. (2020), « Meeting Boundaries: Exploring the Faces of Social Inclusion beyond Mental Health Systems », *Social Inclusion*, 8(1), 214-224.
- Wedeen L. (2007), « The Politics of Deliberation: Qat Chews as Public Spheres in Yemen », *Public Culture*, 19(1), 59-84.