

SOUS LA DIRECTION DE
DAMIEN PIRON ET ZOÉ EVRARD

LE(S) NÉOLIBÉRALISME(S) EN BELGIQUE

*Cadre macroéconomique, applications
sectorielles et formes de résistance*



Scie*n*ce 27
politi*que*

D/2023/4910/37

ISBN : 978-2-8061-3620-6

© **Éditions Academia**
10 rue du Poirier
B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

Tous droits réservés. Reproduction interdite sauf autorisation expresse.

WWW.EDITIONS-ACADEMIA.BE

L'ENRÔLEMENT DES FAMILLES DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ MENTALE. UN « TOURNANT NÉOLIBÉRAL » DES PRISES EN SOIN ?

Antoine **Printz**

(Université catholique de Louvain)

INTRODUCTION

Comme l'a souligné J. Gusfield (2012 : 116), la constitution des États sociaux repose sur un principe politique simple : la conversion « de nombreux problèmes privés et familiaux en problèmes publics »¹. Ainsi, à la faveur d'expériences politiques singulières, la compréhension d'événements comme la perte d'emploi ou la maladie n'est plus ni « tragique » ni moralisante, mais sociale – attachée à de nouvelles grammaires des responsabilités et modèles d'interprétation (Genard 1999). Par là, ces épreuves individuelles sont rendues justiciables d'actions et de mesures collectives, prises au sein de dispositifs d'intervention et de mécanismes de redistribution. Cela a eu pour conséquence de détacher (partiellement) les personnes de la nécessité de trouver de l'aide auprès de leurs proches et familles. Les mécanismes de socialisation des risques ont été des adjuvants décisifs du désencastrement (incomplet, certes) de l'existence individuelle de la vie familiale. La mise en place de mécanismes de protection

1 Ce travail a bénéficié du soutien financier du Fonds de la Recherche Scientifique (FRS-FNRS). Je tiens à remercier particulièrement Sophie Thunus et Nicolas Marquis pour leur relecture attentive et leurs commentaires avisés. Il va néanmoins de soi que le contenu de ce texte n'engage que son seul auteur.

sociale, de services publics de santé, d'équipement collectifs et d'instruments règlementaires ont constitué autant de « supports sociaux » qui permettent aux individus un accès à une vie minimalement digne et souhaitable, sans dépendre exclusivement de la propriété ou des solidarités privées (Castel, Haroche 2001).

La construction des systèmes de santé a reposé sur cette volonté d'affirmer une responsabilité sociale et publique face à certains types de problèmes, déchargeant les proches (des femmes, principalement) d'une partie de leur responsabilité dans l'organisation du soin. Il a bien sûr été montré à quel point cette (in)dépendance à l'égard du « domaine familial/privé » était corrélée à des inégalités de genre, la protection sociale des femmes restant bien plus liée à leurs rôles familiaux, même lorsqu'elle est formalisée (Siim, 2000 ; Jenson 2001 ; Heinen, Pfefferkorn 2011). Malgré cela, la mise en place de services publics de santé a permis l'externalisation (à tout le moins partielle) de la satisfaction des besoins en dehors de la famille et des réseaux de sociabilité proche.

L'intégration (lente et tardive) des systèmes psychiatriques et psycho-sociaux au système des protections² va dans ce sens. La maladie mentale est appréhendée à l'intersection des catégories administratives et des catégories cliniques, à partir du modèle des droits-créances³, fondé sur l'idée d'un sujet individuel, et non plus d'une entité familiale ou d'un réseau proximal⁴. Ceux-ci sont

2 Le parti est pris d'envisager la psychiatrie sous sa seule dimension protectionnelle. Cette hypothèse de travail, certes réductrice, est congruente avec l'enjeu même de cette contribution : comprendre les conséquences d'évolutions historiques plus ou moins récentes, dont celle de ne plus pouvoir axer uniquement le travail d'évaluation critique sur la description de la psychiatrie comme système d'exclusion.

3 Classiquement, on distingue droits-libertés, ou droits de première génération, et droits-créances, ou droits de seconde génération. Les premiers sont articulés à une conception négative de la liberté de l'individu, pensée donc comme absence de contrainte extérieure (libre association, libre expression, etc.) À l'inverse, les droits-créances sont liés au pouvoir d'exiger une intervention positive de l'État. Leur émergence coïncide avec le processus de socialisation de l'État.

4 Par souci de concision, nous parlerons dorénavant de « famille » pour désigner les personnes engagées de manière non professionnelle auprès des malades, malgré la charge idéologique de la notion (Barrett, McIntosh 1982 ; Fineman 1995). Nous nous permettons néanmoins de l'utiliser, en raison du fait qu'elle est une catégorie très largement mobilisée par les acteurs pour définir leur expérience et ses composantes

de moins en moins reconnus comme partie intégrante du système de rôle à deux entrées (patient-soignant) qui organise la relation thérapeutique. Sur le plan médical, se développe même progressivement un « modèle pathologique de la famille » (Carpentier 2001).

Au tournant des années 1980, cela commence à changer (Davtian, Collombet 2014). Dans un contexte politique marqué par la crise de 1973, il s'agit de transformer les institutions providentialistes et leur supposée prodigalité afin de les adapter aux nouveaux standards de gouvernement en termes de dépenses sociales et de compétitivité. Ces transformations ont impliqué l'incorporation grandissante de l'aide informelle, notamment en vertu d'une logique de transfert des couts sociaux vers le milieu de vie, et donc les foyers⁵. Le « *care* domestique » devient en effet un rouage central du fonctionnement des protections, présupposé « par les politiques publiques et les discours des professionnels » engagés dans le domaine des soins (Damamme, Paperman 2009 : 99).

C'est cette nouvelle dimension familiale de l'action publique en matière de santé mentale qui sera investiguée ici, à partir de l'hypothèse qu'elle peut être mise en lien avec le « tournant néolibéral » de l'action sociale et sanitaire. L'hypothèse d'une (re)familiarisation du traitement social de la question psychiatrique se déploie à l'intersection de plusieurs lignes explicatives qui constituent les parties de cette contribution. Une première présente les principes saillants de l'« idéologie de la famille » qui imprègne les systèmes d'action psychiatrique et ses conséquences dans la

normatives, en dépit de la difficulté à en préciser la valeur référentielle (Bernardes 1985a).

5 La focalisation sur les transformations de l'État et de ses modalités d'intervention tend à occulter les évolutions historiques parallèles à celle des structures étatiques, pourtant particulièrement importantes dans le champ psychiatrique. Les évolutions des discours et des pratiques des professionnels ont notamment constitué des facteurs déterminants dans l'histoire que nous reconstruisons, et ne peuvent être indexés sur la question de l'État et de la transformation de ses structures. Ainsi, la désinstitutionnalisation a été portée avant tout par des mouvements critiques qui visaient l'émancipation des personnes psychiatisées. La convergence entre ces visées émancipatrices et les objectifs, notamment budgétaires, d'une désinstitutionnalisation *par le haut* doit alors être pensée dans toute sa complexité, en termes de tension, de luttes idéologiques et d'effets d'aubaine. À ce sujet, on consultera les travaux de Bellahsen (2014), Thunus (2015), ainsi que de Walker et Thunus (2020).

direction des conduites : dans une série de situations, la « famille » est renvoyée à sa responsabilité d'administrer les problèmes psychiatriques de ses membres (1). Dans une deuxième partie, il est montré que la reconfiguration des services publics de santé mentale transforme les modalités *objectives* d'accès au soin – renvoyant les personnes malades ou vulnérables vers des situations dans lesquelles la famille paraît désignée pour organiser le soin (2). Enfin, une troisième partie montre que la transformation des cadres légaux et réglementaires aboutit à une restriction *subjective* de l'accès aux systèmes formels de soin, déportant la charge de l'aide vers des réseaux informels (3).

1. APPROCHER L'AMPLEUR DE LA « FAMILIALISATION » DES SOINS PSYCHIATRIQUES

La sphère familiale et les différents supports d'existence qu'elle pourvoit aux individus ont longtemps constitué la « boîte noire » de l'analyse des politiques sociales. Pourtant, une approche sociologique conséquente des politiques sociales ne peut négliger la question de l'aide fournie par les proches et de son incorporation dans le fonctionnement des protections. Il s'agit alors de reconnaître la nécessité d'« endogénéiser » la famille dans l'analyse des dispositifs de l'État social (Esping-Andersen 2007). Cela peut être fait à partir de la notion de « familialisation » qui définit les variations dans le degré de dépendance à l'égard des relations familiales dans l'accès à un niveau de vie satisfaisant (Lister 1994).

L'hypothèse d'une familialisation des politiques sociales et sanitaires trouve rarement écho dans les analyses classiques des trajectoires de néolibéralisation, tant elle semble associée à des forces conservatrices opposées à l'individualisation néolibérale (Cooper 2017 ; Fassin 2020). Si une approche sociologique de l'articulation entre la configuration sociale néolibérale et l'émergence de nouveaux jeux de langage (dont celui de la « santé mentale ») a permis la mise en lumière des conséquences des transformations sociales dans la fabrique du sujet⁶, la prise

6 Sur cette question, le travail d'Ehrenberg (1998) est incontournable, de même que celui de Marquis (2014).

d'importance des mécanismes de solidarité privée et des supports familiaux dans ce même contexte a souvent été négligée. Sa mise en lumière permet pourtant de documenter la question de la transformation néolibérale des manières d'assurer la sécurité des membres de la société, en montrant que lorsque la « propriété sociale » se désagrège, les individus doivent trouver des supports d'existence au sein de leur environnement social (Castel 2008). Le démantèlement des mécanismes de protection sociale et l'individualisation des risques résultent alors partiellement en une (re)familialisation des existences, (re)faisant de la famille un « centre normal des responsabilités en ce qui concerne les besoins sociaux des membres » (Esping-Andersen 2007 : 278).

C'est une dynamique que l'on voit à l'œuvre en Belgique en matière de santé. D'après l'enquête de santé menée par le centre fédéral de recherche Sciensano, en 2018, 12,2 % de la population âgée de plus de 15 ans prodiguait « de l'aide ou des soins à titre non professionnel au moins une fois par semaine » (Charafeddine, Drieskens, Berete, e.a. 2020 : 11). Certaines études considèrent que l'aide informelle fournie équivaut au travail de 150 000 équivalents temps plein (Dubois, Schell, Boland, e.a. 2020). En matière psychiatrique, les « réseaux de soutien informels familiaux » jouent un rôle central dans la continuité des soins (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, e.a. 2019 ; Printz 2023). Comme le notent M. Lewis et J. Daly (2000), la répartition de la charge de travail qui compose le « *social care* » n'est pas équitable, ni au sein des familles, ni du point de vue macrosocial : le fait d'être une femme ou d'être pauvre accroît largement la probabilité de venir en aide à un proche, et d'y passer plus de temps (Braekman, Charafeddine, Drieskens 2019), ce qui renforce les inégalités sociales et financières.

À en croire ces études, la familialisation des soins, c'est-à-dire la part de l'aide familiale dans les systèmes de santé, croît au fil des années (Demarest 2015). Cette situation n'a pas été engagée par des politiques volontaristes de déport de la charge de la vulnérabilité des personnes vers les proches. Elle semble avoir plutôt suivi une logique par défaut, au gré des recompositions de l'organisation sociale du soin et de l'accompagnement, émergeant dans les interstices laissés par les dénégations de responsabilité politique et remplissant les nouveaux vides protectionnels. C'est par des chemins détournés que l'implication des familles n'a cessé de grandir au cours des dernières années. Ces chemins

sont notamment ceux de la promotion des droits individuels et des réformes visant à la désinstitutionnalisation du soin psychiatrique. La reconfiguration des pratiques psychiatriques sur ces axes a favorisé l'émergence de conditions déterminantes de la préférence pour un soutien informel. En d'autres termes, les transformations des conditions de prise en charge de la maladie mentale ont créé des incapacités publiques à se saisir de certaines situations, dont la charitable solidarité familiale (poussée dans le dos par une douce morale familialiste) ne demandait qu'à se saisir.

2. IDÉOLOGIE DE LA FAMILLE, OBLIGATION MORALE ET RESPONSABILITÉ

2.1. *Une idéologie sectorielle de la famille*

Il ressort de mes recherches doctorales en cours⁷ que certaines images et représentations de la « famille » sont prégnantes dans les discours tant des professionnels que des proches. Une certaine conception normative des liens et des engagements « familiaux » prévaut, face à laquelle les acteurs doivent nécessairement situer leurs conduites, et dont la centralité est perceptible à travers un jeu des sanctions morales face aux transgressions. En ce sens, il m'apparaît que l'on a affaire à une version sectorielle de ce que Bernardes (1985b) qualifie d'« idéologie de la famille ». Il s'agit d'un ensemble de croyances, de valeurs et d'attitudes relatives à la « famille », stabilisées et plus ou moins partagées dans les systèmes d'action psychiatrique. Cette version sectorielle de l'« idéologie de la famille » semble pouvoir être résumée en deux segments axiomatiques saillants, à partir de nos observations de terrain :

⁷ Cette contribution est basée sur deux types de données empiriques récoltées au cours de ces recherches : des entretiens effectués avec les proches de personnes hospitalisées et des observations ethnographiques des audiences de justice de paix dans le cadre de la loi du 26 juin 1990. Les corpus de données ont été traités de manière systématique, dans le cadre de mon travail doctoral. Je m'appuie ici sur certains des résultats dégagés.

1. la « famille » constitue un milieu d'accueil « préférable » à l'hospitalisation qui est, *en soi*, plutôt une « solution de dernier recours ». Cette structure logique d'opposition entre « solution préférée = famille » et « solution de dernier recours = hospitalisation » est constitutive de la plupart des décisions d'hospitalisation observées, qu'elles aient lieu dans des arènes instituées ou dans des contextes « micropolitiques » plus informels⁸.

2. La « famille » est un lieu naturel de la solidarité. Lorsqu'un membre est dans une position de vulnérabilité ou de dépendance, il est normal que sa famille lui vienne en aide. Les liens « familiaux » impliquent l'entraide et le soutien, et cela de manière quasiment inconditionnelle.

Cette idéologie sectorielle de la famille est sans cesse (ré)activée dans les discours qui accompagnent les soins et les prises en charge. Ainsi, elle apparaît très largement dans les comptes-rendus d'expérience des personnes qui vivent avec un proche malade, vécue sous la forme de l'assignation à un rôle et de l'injonction morale. Si on remarque évidemment des résistances vis-à-vis de ces manières de concevoir ce que devrait être la « famille » face à des problèmes psychiatriques, cette normativité est néanmoins saillante, constituant un ensemble de repères structurant dans l'élaboration des conduites. C'est particulièrement manifeste dans le discours de Maria F., lorsqu'elle rend compte de la cohabitation avec son fils, diagnostiqué schizophrène. Le lien familial est conçu comme une contrainte morale incontournable, dont elle souhaiterait pourtant pouvoir se détacher.

Au jour le jour, je suis dans la fuite. Je quitte la maison. Comme il dort la matinée, je peux rester chez moi, je fais la machine à laver, la cuisine, je range, *etc.* Mais dès qu'il se réveille, je sors. [...] La seule porte de sortie que je vois, c'est qu'à un moment je disparaîsse. Que je prenne un avion et que je parte. Un peu comme les femmes qui subissent des violences. [...] Parce qu'en tant que mère, peut-être un jour arriverai-je à le voir à la rue ou à vivre avec l'idée qu'il se tue. Un jour peut-être j'arriverai à ce détachement. Mais j'en suis loin ! Et je paie un prix horrible pour ça !⁹

Il faudrait faire la généalogie de cette idéologie sectorielle de la famille, constituée au moyen d'une série d'instruments juridiques,

8 Pour approfondissement, on se référera aux travaux d'Emerson (1981) et de Holstein (1988).

9 Entretien n° 1, Marie F., mère, 10 décembre 2020.

de savoirs médicaux, de médiations institutionnelles et de textes qui ont fait progressivement de la « famille » un partenaire de soin, voire un véritable auxiliaire psychiatrique. Il ressortirait alors sans doute qu'un des instruments majeurs de sa force obligatoire et de son alignement tient dans l'idée de la « responsabilité familiale » à l'égard des membres vulnérables, dans certaines situations. S'il est impossible de retracer ici les coordonnées historiques de l'émergence d'une telle notion, on peut en revanche tenter d'en dessiner les contours et le champ matériel d'application¹⁰.

2.2. *Le champ matériel de la responsabilité familiale : la « zone de risque moyen »*

Cette « idéologie sectorielle de la famille » est centrale dans le cadre d'une répartition du travail, de la responsabilité et des coûts du soin entre familles, marché et État. Elle permet de déléguer une partie des coûts du travail de soin socialement nécessaire sur la sphère privée, par la « familialisation » de la responsabilité de la prise en charge. La responsabilité familiale en matière de prise en charge se construit en effet comme donnée « naturelle » à l'intersection des deux dimensions constitutives de l'idéologie sectorielle de la famille – la hiérarchie morale des modalités de traitement et la *naturalité* de la solidarité familiale.

Le « champ matériel » d'application de cette responsabilité familiale recoupe ce que Rose (1998) appelle la « zone de risque moyen ». Le sociologue britannique situe cet ensemble de situations matérielles entre une « zone de haut risque », indexée sur des critères de dangerosité et concentrant l'attention des pouvoirs publics, et une « zone de risque faible » dont l'administration est articulée à la responsabilité individuelle à se prendre en charge. Entre la défaillance partielle de l'autonomie individuelle et le seuil sécuritaire, le traitement et l'administration des situations de « moyen risque » n'est soluble ni dans le mythe de la responsabilité individuelle, ni dans l'affirmation d'une responsabilité publique. Nathalie S., dont le fils de 35 ans est en incapacité de travail des suites d'un diagnostic de schizophrénie, pointe ces situations dans lesquelles la famille apparaît comme bénéficiaire de la charge principale de l'aide au malade.

¹⁰ Sur la notion de « champ matériel d'application », voir Lafore (2010).

C'est vrai que moi à un moment donné, je disais : « Nous sommes la roue de secours ». La roue de secours, c'est celle qu'on essaie d'utiliser le moins possible mais c'est celle qui est quand même indispensable quand il y a un pépin ! [...] La famille reste une nécessité¹¹.

« La famille reste une nécessité » en cas de « pépin », c'est-à-dire lorsque l'incapacité de la personne vulnérable à jouer le jeu de l'individualisation ne trouve pas de réponse collective et publique, sous la forme d'une prise en charge par une agence spécialisée. Autrement dit, la responsabilité « familiale » est activée face à des situations individuelles particulières lorsque l'accès aux systèmes de soins formalisés est difficile ou empêché. Il convient donc de sonder les réformes entreprises dans le champ de la santé mentale à partir de ce prisme de l'accès au soin, afin de mesurer l'ampleur de l'enrôlement des « familles ».

3. LA LIMITATION DE L'ACCÈS AUX SYSTÈMES DE SOIN ET LA FAMILIALISATION

3.1. *Les réformes dans l'organisation des soins : une limitation objective de l'accès aux soins ?*

Un premier vecteur de limitation de l'accès aux soins tient à l'organisation du système de santé mentale, impactée par une série de réformes depuis une cinquantaine d'années. Après la crise de 1973, le climat politique est à la réduction des coûts et à la remise en question de « la logique expansionniste de l'État social et, en particulier, la logique d'expansion de l'hôpital comme mode principal de gestion étatique des droits créances » (De Munck, Genard, Kutty, e.a. 2003 : 55). À cette période, une série de politiques volontaristes, entre autres justifiées par la nécessité d'assainir les finances publiques, vont initier le basculement de l'offre des soins depuis une « écologie résidentielle » vers des écologies plus « communautaires » ou axées sur la « réhabilitation » (Thunus 2015 : 24).

11 Entretien n° 2, Nathalie S., mère, 12 novembre 2020.

Dès 1976, l'arrêté royal fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers visait explicitement « à éviter un accroissement injustifié de la capacité d'accueil des services hospitaliers psychiatriques ». Dix ans plus tard, en 1986, le ministre des Affaires sociales, Jean-Luc Dehaene (CVP), institue un premier moratoire sur la programmation hospitalière psychiatrique¹². En juillet 1990, son successeur, Philippe Busquin (PS), entame une grande réforme de l'organisation des soins psychiatriques qui vise la reconversion de plus de six mille lits hospitaliers en capacités d'accueil extrahospitalières. Des nouveaux dispositifs institutionnels sont mis en place, comme les initiatives d'habitation protégée ou les maisons de soins psychiatriques dont les normes d'encadrement sont bien moindres qu'en contexte hospitalier.

L'hospitalisation de longue durée étant jugée extrêmement coûteuse autant que peu satisfaisante sur le plan thérapeutique, les réformes successives visent la réallocation d'une partie des moyens financiers vers le secteur ambulatoire¹³. Cette logique sera encore à l'œuvre dans la séquence récente de désinstitutionnalisation psychiatrique. Lancée en 2009, la réforme s'appuie sur l'article 107 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins pour financer des initiatives expérimentales visant « le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés » (Psy107.be :

12 Sur le rôle de l'aile gauche des partis sociaux-chrétiens dans la propagation du néolibéralisme en Belgique, voir dans cet ouvrage les contributions de Zoé Evrard, « La "crise" du "modèle belge" (1979-1981) : révolution silencieuse au pays du syndicaliste, du capitaliste et du banquier » (chapitre 1^{er}) et de Tom Duterme, « "Il faut sauver la Bourse belge !" : le cabinet Maystadt à la barre de la libéralisation financière (1988-1991) » (chapitre 2).

13 On retrouve dans le mouvement de désinstitutionnalisation toute la conflictualité inhérente au néolibéralisme, dont rend bien compte l'approche généalogique de Stiegler (2019). Les politiques volontaristes de déshospitalisation des patients peuvent en ce sens être vues comme relevant d'un assujettissement des publics à des formes de gouvernement d'experts, soucieux de réformer l'hôpital en vue de son adaptation à une série de standards sanitaires et, plus largement, à un environnement économique compétitif. Dans le même temps, il est indéniable que le fait de sortir les patients des murs qui les enfermaient fait écho aux espoirs d'émancipation et aux revendications de participation démocratique de ces mêmes publics. Sur ces questions, on se référera également à Bellahsen et Bellahsen (2020).

10). C'est désormais le soin dans le milieu de vie du patient qui est le modèle, « le traitement et l'encadrement résidentiel ou des soins en milieu hospitalier resteront nécessaires [dans des cas et circonstances spécifiques] mais seront marqués par un caractère plus intense » (*ibid.* : 6). Les données relatives aux durées d'hospitalisation parlent d'elles-mêmes : si en 1970, la durée moyenne d'un séjour psychiatrique était de 200 jours (Delvaux 1986), elle a ensuite diminué de manière constante, au cours des décennies suivantes (Verhaegen 1991). Ainsi, sur la période 2008-2012, elle n'était plus que de 49 jours (Umbach, Vanrillaer 2014). Certes, les réadmissions au cours de la même année sont de plus en plus fréquentes, ce qui doit nous mener à une certaine nuance dans l'interprétation de ces données (Auwers 2021). Néanmoins, il est établi que les patients passent de plus en plus de temps hors établissement. La famille est donc mobilisée entre les temps plus courts d'hospitalisation, consacrés à des soins plus intensifs. Comme l'exprime plus prosaïquement Guillaume M., à propos de son expérience avec son ex-compagne, diagnostiquée schizophrène : « L'hôpital s'en foutait complètement, ils l'avaient relâchée dans la nature et puis voilà démerdez-vous ! »¹⁴

L'accès objectif aux soins est limité, dans un contexte général de saturation des structures de prises en charge, imputé par les acteurs du champ au sous-financement de la santé mentale¹⁵. À cela s'ajoutent des modes de tarification à l'acte¹⁶ et des mécanismes de recrutement des patients laissés à l'appréciation des services. En outre, l'évaluation négative de nombreux proches sur ces « centres psychiatriques sordides »¹⁷, ces lieux des soins « à la chaîne »¹⁸ où on se « fout »¹⁹ du patient et de sa famille, accroît la

14 Entretien n° 3, Guillaume M., conjoint, 12 mars 2020.

15 Voir notamment la note de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale adressée au Parlement bruxellois : « Éléments d'attention sur les besoins en santé mentale – Note de recommandations présentée au Parlement bruxellois, février-mars 2021 ». Pour une autre application sectorielle des conséquences du sous-financement, voir dans cet ouvrage la contribution d'Anne-Sophie Bouvy, François-Xavier Lievens, Olivier Malay, e.a., « Un demi-siècle de néolibéralisme dans le rail » (chapitre 8).

16 Sur les conséquences de la tarification à l'acte dans le contexte français, on renverra aux travaux de Juven (2016).

17 Entretien n° 4, Susan L., épouse, 23 mars 2020.

18 Entretien n° 5, Carmen A., mère, 12 novembre 2021.

19 Entretien n° 3, Guillaume M., conjoint, 12 mars 2020.

difficulté à envisager une hospitalisation pour un proche, quand bien même celle-ci permettrait de « souffler un petit peu »²⁰ ou de « calmer l'angoisse »²¹. Ainsi, Susan L. exprime cette ambivalence vis-à-vis de l'hospitalisation de son mari, qui souffre d'une dépression sévère.

D'un côté, je me sens rassurée qu'il soit à l'hôpital et d'un autre côté, je ne me sens pas bien par rapport à ça ! Je ne me sens pas bien, je me dis que c'est pas vraiment le milieu qui lui convient²².

Ce raisonnement du coût le plus faible est accompagné d'un nouvel imaginaire axé sur l'individualisation des soins et orientés vers la réinsertion. Comme le notent Marquis et Susswein (2020), elle porte un « idéal mobilitaire » qui promeut une certaine conception de la personne, dont il est attendu qu'elle joue un rôle actif dans son parcours de soin et, plus largement, dans son insertion sociale. À mesure que les sémantiques du « réseau de soins » et des « trajectoires de soins » s'imposent, l'accessibilité objective des systèmes de soins s'impose comme enjeu central. La prise en charge n'étant plus conçue sous la forme unique de l'enfermement thérapeutique, la médiation entre l'offre de soin et les personnes malades (*outreaching*) devient une nouvelle nécessité : « le service doit pouvoir être mobile et aller vers le patient » (INAMI, Médecins du Monde 2019 : 13). Dans les faits, la mobilité et la proactivité des prestataires de soins est difficile. On note une tendance lourde à la diminution de l'offre de soins ambulatoires relativement aux besoins identifiés sur le terrain, qui empêche les intervenants d'adopter la posture de mobilité nécessitée par des politiques de santé mentale hors établissement. Si la responsabilité d'être proactif et mobile ne peut venir des intervenants, elle est nécessairement déportée sur les personnes malades et leur entourage. L'une des « priorités » dans l'organisation des systèmes de santé mentale est alors de « responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille » (SPF Santé publique 2011 : 5).

20 Entretien n° 4, Susan L., épouse, 23 mars 2020.

21 Entretien n° 6, Jeroen V., père, 17 mai 2021.

22 Entretien n° 4, Susan L., épouse, 23 mars 2020.

3.2. *La montée en puissance du « logiciel » des droits de la personne : une limitation subjective de l'accès aux soins ?*

Une seconde transformation historique, peut-être moins évidente, est déterminante dans les conditions de l'accès aux soins pour les personnes malades mentales : l'intrication grandissante entre la psychiatrie et le(s) droit(s). En effet, à la dynamique de désinstitutionnalisation sous contrainte budgétaire vient se coupler celle de la montée en puissance du « logiciel » des droits de la personne.

Au tournant des années 1980, dans un climat international propice à la promotion des droits des personnes atteintes de maladie mentale²³, s'est initié le processus historique de juridicisation des pratiques psychiatriques, c'est-à-dire l'accroissement de la contrainte juridique sur le champ de la santé mentale. Signe d'une nouvelle attitude à l'égard des personnes malades mentales, l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) dans l'affaire *Winterwerp c. Pays-Bas* (1979) en est un jalon essentiel sur la scène européenne : la privation de liberté à des fins thérapeutiques est considérée comme ne pouvant être prise qu'à titre exceptionnel en raison de son atteinte aux droits fondamentaux et devant dès lors être contrôlée par le pouvoir judiciaire.

En Belgique, c'est *via* la loi du 26 juin 1991 relative à la protection de la personne des malades mentaux (PPMM) que le législateur inscrit finalement clairement les politiques de santé mentale dans une rhétorique des droits. Il est désormais prévu qu'en dehors des cas exceptionnels prévus légalement, « les mesures de protection ne peuvent être prises »²⁴ de manière contrainte. En-dehors de ces situations, la personne malade se « fait librement admettre dans un service psychiatrique » et « peut le quitter à tout moment »²⁵. C'est dorénavant un modèle de citoyenneté libérale qui organise les pratiques de soin et définit les personnes, conçues à partir de présomptions d'autonomie, de capacité et de responsabilité. Mis à part en cas de mise en danger immédiate, la personne est instituée légalement comme seule propriétaire de soi, et donc finalement

23 Pour un aperçu, on se référera aux articles de Van de Kerchove (1994) et Gillardin (1994).

24 Article 2 de la loi PPMM.

25 Article 3 de la loi PPMM.

responsable des demandes relatives à sa santé. Comme le notent E. Bernheim et J. Commaille (2012 : 288), « la reconnaissance strictement formelle de droits constitue *de facto* un transfert de responsabilité : ce qui était autrefois pris en charge collectivement est soudainement transmis à l'individu, sous forme de trajectoire personnelle, voire de liberté ».

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient va encore un pas plus loin dans cette direction. Elle rassemble en un texte unique les droits attachés aux personnes qui reçoivent des soins, n'établissant aucune distinction entre les patients psychiatriques et les autres. L'autonomie et la souveraineté individuelle du patient sont réaffirmées par cette loi, notamment à travers la nécessité pour le soignant, sauf cas exceptionnel, d'obtenir le « consentement [...] donné expressément ». En creux, la loi prévoit donc l'impossibilité de donner des soins dans le cas d'un refus express de la part du (non-)patient. Si l'importance donnée à ce droit au consentement libre et éclairé témoigne de la valeur accordée au respect de l'intégrité de la personne, elle ne vient pas sans difficulté en matière psychiatrique. De fait, la question de l'aptitude à exercer ce droit pose un problème, en tout cas sans mesure d'exception ou de compensation : « comment des personnes, dont la maladie est parfois décrite comme une pathologie de la relation ou de la liberté, pourraient-elles valablement poser des choix conformes à leur intérêt ? » (Meurisse 2011 : 23).

Aussi nécessaire qu'ait été ce souci de préservation des libertés fondamentales dans le champ psychiatrique, ses instruments ont constitué les vecteurs décisifs d'une manière d'aborder les problématiques psychiatriques ancrée dans l'individualisme impersonnel du droit libéral et l'abstraction des conditions concrètes d'existence des personnes²⁶. Un droit absolu à disposer de soi, lorsqu'il n'est que formel au regard des conditions réelles de son exercice, appelle nécessairement des compensations et un accompagnement. Sans cela, ce sont les familles qui assurent le soutien et le soin dans les « coulisses », maintenant sur la scène publique le mythe de l'individu propriétaire de soi.

 26 En ce sens, C. R. Hunsworth (1988) rappelle que dans l'Angleterre thatchérienne, la juridicisation a été un instrument majeur de la contre-offensive néolibérale menée contre les théories du déterminisme social, et donc contre une action sociale large qui ne soit réduite à l'application de la règle de droit.

CONCLUSION

On le voit, ces lignes de transformation (désinstitutionnalisation et juridicisation) ont induit les conditions objectives (institutionnelles, structurales) et subjectives (personnelles, interpersonnelles) d'un dessaisissement de la capacité d'agir des intervenants face à certains types de souffrance psychique ou de maladie mentale. Dès lors que les manifestations de ces dernières ne dépassent pas les seuils critiques de la dangerosité immédiate (hétéro- ou auto-agressive), la responsabilité publique du soin et de l'accompagnement se désagrège progressivement²⁷. L'accessibilité des systèmes de soin est objectivement détériorée dans le même temps que la présupposition de l'autonomie subjective est renforcée. La charge des problèmes est privatisée, rabattue sur l'individu et donc incidemment sur son entourage familial. En ce sens, la famille en vient à réacquérir le rôle naturel de pourvoyeur de soins et de supports d'existence que l'État social lui avait « usurpé » (Alary 2018).

Les analyses classiques sur les trajectoires de néolibéralisation tendent à mettre en avant la marchandisation croissante des soins et de l'accompagnement psychiatrique et psychosocial (Moth, McKeown, 2016 ; Croft, 2017). Or, il faut voir que le transfert de responsabilité depuis des acteurs publics vers des acteurs privés ne repose pas uniquement sur la prise d'importance des dimensions marchandes dans les réponses apportées à ce type de trouble : le dessaisissement de l'État repose également sur une prise en charge du travail reproductif non-rémunéré au sein de la famille²⁸, et donc la nécessité d'un enrôlement des proches dans la participation au travail de soin (Carney 2008 ; Giraud, Outin, Rist 2019).

Ces évolutions peuvent-elles être décrites à partir de l'hypothèse d'une néolibéralisation, et sous quelles conditions ? Il semble

27 J'ai tenté de montrer les enjeux de cette réduction sécuritaire dans les réponses sociales apportées aux troubles émergeant sur des scènes publiques, et non familiales (Printz 2021).

28 La privatisation des mécanismes de protection est donc en vérité double : marchandisation certes, mais aussi familialisation, comme l'ont montré certains travaux féministes de grande importance (Orloff 1993 ; Sainsbury 1994). La néolibéralisation consisterait en ce sens dans la transition d'une série d'opérations depuis la sphère publique vers la sphère privée, qu'elle soit marchande ou relationnelle.

en tout cas que l'investissement dans la famille, dont il faudrait retracer plus systématiquement les origines et les vecteurs, constitue l'instrument idéologique de la privatisation partielle du travail de reproduction sociale, notamment par le report d'une série de coûts sociaux vers les foyers. À partir d'une approche d'inspiration plutôt foucaldienne, optant pour une conception culturelle et morale du néolibéralisme²⁹, on pourrait souligner l'importance de certaines valeurs morales et de certains discours (idéologie sectorielle de la famille) qui permettent le report croissant vers les malades et leur entourage familial de prestations auparavant fournies par les institutions publiques. Comme le souligne É. Fassin (2020 : 86), « loin d'être amoral, le programme des néolibéraux a toujours inclus une dimension morale. La raison en est simple : si l'État providence est appelé à disparaître, les familles doivent prendre le relais ». Il conviendrait alors sans doute d'évaluer l'ensemble des moyens et des instruments, mais aussi des valeurs, qui participent du renforcement de la famille dans ce rôle de pourvoyeur de soin, sachant que ceux-ci peuvent avoir des significations et des résultats pratiques équivoques. En effet, comme le montre B. Stiegler (2019 : 281) à propos des programmes d'éducation thérapeutique des patients, mais on pourrait faire la même démonstration à propos de ceux destinés aux familles (dits « *profamille* ») ceux-ci ont un « sens profondément ambivalent ». D'une part, ils constituent un moyen particulièrement opérant de sommer les individus « de devenir acteurs de santé publique à part entière, en intériorisant les objectifs de performance et d'optimisation du système de soin » (*ibid.*). D'autre part, ils constituent une modalité de consolidation des capacités d'action et de participation des personnes, éventuellement l'opportunité d'un « reprise en main collective, démocratique et éclairée du gouvernement de la vie et des vivants » (*ibid.* : 284).

En ce sens, la récente loi de reconnaissance des aidants proches, entrée en application le 8 septembre 2020 est également intéressante. Celle-ci constitue un premier jalon dans la reconnaissance du rôle de soutien apporté par les proches et prévoit, sous certaines conditions, suspension ou une réduction des prestations professionnelles dans le cadre d'un congé thématique

29 Voir dans cet ouvrage la contribution de Damien Piron et Zoé Evrard, « La Belgique à l'épreuve du néolibéralisme : controverses, approches théoriques et dimensions d'analyse » (introduction).

(revenu de remplacement sur une période circonscrite). Pourtant, dans le même temps, la loi consacre une certaine vision de l'aide et du soin, et des acteurs censés la prendre en charge. Ainsi, si celle-ci a été plutôt saluée par les associations de proches, constituant un accomplissement important dans la lutte pour la reconnaissance du travail réalisé dans la famille, elle porte néanmoins les risques d'un accroissement de la privatisation de l'aide et de l'accompagnement, et d'une naturalisation du rôle d'aidant familial.

BIBLIOGRAPHIE

- Alary A., « Melinda Cooper, Family Values. Between Neoliberalism and the New Social Conservatism », *Lectures*, 2018, disponible sur <http://journals.openedition.org/lectures/24073>.
- Barrett M., McIntosh M., *The anti-social family*, London, NLB, 1982.
- Bellahsen M., *La santé mentale : vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.
- Bellahsen L., Bellahsen M., « L'expertise contre l'expérience », *Savoir/Agir*, vol. 52, n° 2, 2020, pp. 53-62.
- Bernardes J., « Do We Really Know What "The Family" Is? », in Close P., Collins R., *Family and Economy in Modern Society*, London, Palgrave Macmillan UK, 1985a, pp. 192-211.
- Bernardes J., « "Family Ideology": Identification and Exploration », *The Sociological Review*, vol. 33, n° 2, 1985b, pp. 275-297.
- Bernheim E., Commaille J., « Quand la justice fait système avec la remise en question de l'État social », *Droit et société*, vol. 81, n° 2, 2012, pp. 281-298.
- Bouvy A.-S., Lievens F.-X., Malay O., Strale M., « Un demi-siècle de néolibéralisme dans le rail », in Piron D., Evrard Z. (dir.), *Le(s) néolibéralisme(s) en Belgique*, Louvain-la-Neuve, Academia, 2023.
- Braekman E., Charafeddine R., Drieskens S., *Enquête de santé 2018 - Aide informelle*, Bruxelles, Sciensano, 2019.
- Carney T., « The mental health service crisis of neoliberalism - An antipodean perspective », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 31, n° 2, 2008, pp. 101-115.
- Carpentier N., « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du xx^e siècle », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, n° 1, 2001, pp. 79-106.
- Castel R., « La propriété sociale : émergence, transformations et remise en cause », *Esprit*, n° 8, 2008, pp. 171-190.
- Castel R., Haroche, C., *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi : entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard, 2001.

- Charafeddine R., Drieskens S., Berete F., Braekman E., Demarest S., Gisle L., Hermans L., Van der Heyden J., *Enquête de santé 2018 – Santé et société. Résumé des résultats*, Bruxelles, Sciensano, 2020.
- Cooper M., *Family values: between neoliberalism and the new social conservatism*, New York, Zone Books, 2017.
- Croft H., « Pour une approche politique de la santé mentale », *Contretemps. Revue de critique communiste*, 2017, disponible sur <http://www.contretemps.eu/approche-politique-sante-mentale/>.
- Daly M., Lewis J., « The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States », *The British Journal of Sociology*, vol. 51, n° 2, 2000, pp. 281-298.
- Damamme A., Paperman P., « Care domestique : des histoires sans début, sans milieu et sans fin », *Multitudes*, vol. 37-38, n°s 2-3, 2009, pp. 98-105.
- Davtian H., Collombet É., « Aidant familial en psychiatrie, une place “naturelle” ? », *Empan*, vol. 94, n° 2, 2014, pp. 4752.
- De Munck J., Genard J.-L., Kuty O., Vrancken D., *Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent, Academia Press, 2003.
- Delvaux B., « Les hôpitaux en Belgique – Évolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, vol. 1140-1141, n°s 35-36, 1986, pp. 1-67.
- Demarest S., « Aide informelle », in Charafeddine R., Demarest S., *Enquête de santé 2013. Rapport 4 : Environnement physique et social*, Bruxelles, WIV-ISP, 2015.
- Dubois A.-C., Schell M., Boland M., Gerrienne H., Javaux A., Aujoulat I., « L'éducation thérapeutique des proches aidants : une réponse émergente aux besoins de répit des parents d'un enfant malade ou en situation de handicap. Résultats d'une recherche participative en Région wallonne (Belgique) », *Education Thérapeutique du Patient – Therapeutic Patient Education*, vol. 12, n° 1, 2020.
- Duterme T., « “Il faut sauver la Bourse belge !” : le cabinet Maystadt à la barre de la libéralisation financière (1988-1991) », in Piron D., Evrard Z. (dir.), *Le(s) néolibéralisme(s) en Belgique*, Louvain-la-Neuve, Academia, 2023.
- Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- Emerson R.M., « On Last Resorts », *American Journal of Sociology*, vol. 87, n° 1, 1981, pp. 122.
- Esping-Andersen G., *Les trois mondes de l'État-Providence : essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF, 2007.
- Evrard Z., « La “crise” du “modèle belge” (1979-1981) : révolution silencieuse au pays du syndicaliste, du capitaliste et du banquier », in Piron D., Evrard Z. (dir.), *Le(s) néolibéralisme(s) en Belgique*, Louvain-la-Neuve, Academia, 2023.

- Fassin É., « Campagnes anti-genre, populisme et néolibéralisme en Europe et en Amérique latine », *Revue internationale et stratégique*, vol. 119, n° 3, 2020, pp. 7987.
- Fineman M., « Masking Dependency: The Political Role of Family Rhetoric », *Virginia Law Review*, vol. 81, n° 8, 1995, pp. 2181-2215.
- Genard J.-L., *La grammaire de la responsabilité*, Paris, Cerf, 1999.
- Giraud O., Outin J.-L., Rist B., « Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, 2019, pp. 716.
- Gusfield J., « Significations disputées. Contester la propriété et l'autorité des problèmes sociaux », in Cefaï D., Terzi C., *L'expérience des problèmes publics*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2012, pp. 113-132.
- Heinen J., Pfefferkorn R., « Genre, citoyenneté, politiques sociales : apports et apories des comparaisons internationales », *Cahiers du Genre*, vol. 2, n° 3, 2011, pp. 179-197.
- Holstein J., « Studying Family Usage: Family Image and Discourse in Mental Hospitalization Decisions », *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 17, n° 3, 1988, pp. 261-284.
- Hunsworth C. R., « Law and Society: un regard sur l'Angleterre de Thatcher », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 21, n° 2, 1988, pp. 85-99.
- INAMI et Médecins du Monde, « Livre blanc sur l'accès des soins en Belgique, Bruxelles », 2014, disponible sur <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>.
- Jenson J., « D'un régime de citoyenneté à un autre : la rémunération des soins », *Travail, genre et sociétés* vol. 6, n° 2, 2001, pp. 43-58.
- Juven P.-A., *Une santé qui compte ?*, Paris, PUF, 2016.
- Lafore R., « La juridicisation des problèmes sociaux : la construction juridique de la protection sociale », *Informations sociales*, vol. 157, n° 1, 2010, pp. 18-27.
- Lister R., « She has other duties. Women, citizenship and social security », in Baldwin S., Falkingham J., *Social security and social change: new challenges to the Beveridge model*, New York, Harvester Wheatsheaf, 1994, pp. 31-44.
- Marquis N., *Du bien-être au marché du malaise : la société du développement personnel*, Paris, PUF, 2014.
- Marquis N., Susswein R., « "Rétablir par le réseau". Enjeux et tensions issus de la Réforme des soins de santé mentale "Psy107" (Belgique) », *SociologieS*, 2020, disponible sur <https://doi.org/10.4000/sociologies.13711>.
- Meurisse M.-F., « Les droits du patient », in Benoît G., *La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et justice*, Bruxelles, la Charte, 2011, pp. 131.
- Mistiaen P., Cornelis J., Detollenaere J., Devriese S., Ricour C., *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse*, Bruxelles, KCE, 2019.

- Moth R., McKeown M., « Realising Sedgwick's Vision: Theorising Strategies of Resistance to Neoliberal Mental Health and Welfare Policy », *Critical and Radical Social Work*, vol. 4, n° 3, 2016, pp. 375-390.
- Orloff A., « Gender and the Social Rights of Citizenship: The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States », *American Sociological Review*, vol. 58, n° 3, 1993, pp. 303-328.
- Piron D., Evrard Z., « La Belgique à l'épreuve du néolibéralisme : controverses, approches théoriques et dimensions d'analyse », in Piron D., Evrard Z. (dir.), *Le(s) néolibéralisme(s) en Belgique*, Louvain-la-Neuve, Academia, 2023.
- Printz A., « Psychiatrie hors les murs et signalement des citoyens », *Les Politiques Sociales*, vol. 1-2, n° 1, 2021, pp. 128-139.
- Printz A., « La familialisation de l'accompagnement et du soin en matière psychiatrique en Belgique : les proches aidants et la requête d'hospitalisation contrainte », *Louvain Papers on Democracy and Society – CRIDIS Working Papers*, n° 83, 2023, disponible sur <https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-cridis/WP-Printz%2001-2023.pdf>
- Psy 107.be, « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins », s.d., disponible sur www.psy107.be.
- Siim B., *Gender and Citizenship: Politics and Agency in France, Britain and Denmark*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.
- Susswein R., « Recommandations issues du colloque "Gouverner le soin, soigner à contrecourant" », in Ligue bruxelloise pour la santé mentale, *Actes du colloque du 9 décembre 2019. « Gouverner le soin, soigner à contrecourant. De la contradiction à la réalisation... »*, Bruxelles, LBSM, 2020, pp. 634.
- Rose N., « Governing Risky Individuals: The Role of Psychiatry in New Regimes of Control », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 5, n° 2, 1998, pp. 177-195.
- Sainsbury D., *Gendering Welfare States*, London, Sage, 1994.
- SPF Santé publique, *Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique*, Bruxelles, novembre 2011.
- SPF Santé publique, *Données phares dans les soins de santé. Soins en santé mentale*, Bruxelles, 2021.
- Stiegler B., « *Il faut s'adapter* » : sur un nouvel impératif politique, Paris, Gallimard, 2019.
- Thunus S., *The System for Addressing Personal Problems. From Medicalisation to Socialisation: Shifts in Belgian Mental Health and Psychiatric Institutions*, Université de Liège, 2015.
- Umbach I., Vanrillaer V., *Séjours en milieu psychiatrique*, Mutualités Libres, 2014, disponible sur <https://www.mloz.be/fr/publications/etudes-et-analyses/sejours-en-milieu-psychiatrique>.

- Verhaegen L., *Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale*, Bruxelles, LBSM, 1991.
- Walker C., Thunus S., « Meeting Boundaries: Exploring the Faces of Social Inclusion beyond Mental Health Systems », *Social Inclusion*, vol. 8, n° 1, 2020, pp. 214-224.

ANNEXE – LISTE DES ENTRETIENS CITÉS

Référence	Entretiens	Date
Entretien n° 1	Marie F., mère	10 décembre 2020
Entretien n° 2	Nathalie S., mère	12 novembre 2020
Entretien n° 3	Guillaume M., conjoint	12 mars 2020
Entretien n° 4	Susan L., épouse	23 mars 2020
Entretien n° 5	Carmen A., mère	12 novembre 2021
Entretien n° 6	Jeroen V., père	17 mai 2021