

Histoire du traitement familial à Geel

André Leduc

Volume 12, Number 1, June 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030384ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030384ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Leduc, A. (1987). Histoire du traitement familial à Geel. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 156–161. <https://doi.org/10.7202/030384ar>

HISTOIRE DU TRAITEMENT FAMILIAL À GEEL

Ce texte est le compte rendu d'une mission effectuée à Geel, Belgique en octobre 1986. Cette mission était parrainée par le Service de Coopération Internationale du M.S.S.S.

Les buts de la mission étaient :

- d'observer le processus de réinsertion sociale de la clientèle
- de connaître les réactions de la population à côtoyer des malades mentaux
- de connaître les ressources utilisées pour favoriser la réinsertion sociale des malades.

J'avais appris l'existence de Geel par des lectures et une visite touristique précédente. Étant impliqué dans la désinstitutionnalisation de la clientèle psychiatrique par le biais de mes fonctions de responsable des ressources dans mon milieu de travail, un séjour dans la commune de Geel ne pouvait qu'enrichir mes connaissances dans le domaine.

GEEL

D'abord situons Geel : Geel est une commune de Belgique située dans la province d'Anvers, soit dans

la partie flamande du «plat pays». Geel est à 50 km d'Anvers, facilement accessible par train. La ville compte actuellement plus de 30 000 habitants. La commune est semi-rurale. Geel est un centre d'éducation de niveau secondaire et technique pour la région, des industries de pointe s'y sont établies depuis les vingt dernières années comme I.T.T., Bell Telephone, Janssen (produits pharmaceutiques); toutefois une grande partie de la population vit encore de l'exploitation agricole. Geel s'étend sur une superficie d'environ 100 km², c'est la plus étendue des communes de Belgique, une des plus grandes d'Europe. La commune est séparée en dix paroisses aux noms chantants : Bel, Larum, Olen, Kievermont, Stelen, Ten Aarde, St-Amands, Ste-Dympne. Dans le Michelin sur la Belgique, on décrit Geel : «renommée pour sa colonie d'aliénés inoffensifs hébergés dans des familles». Cette pratique est issue du culte rendu à Sainte Dympne.

LA LÉGENDE DE STE-DYMPNE

La légende a été transmise à la postérité par Pe-

ter Van Kamerijk vers l'an 1250. Dympne était une princesse irlandaise, qui a dû fuir les desseins incestueux d'un père veuf. Ce dernier reconnaissait en elle les traits de sa défunte épouse. Dympne, aidée d'un moine du nom de Gereberne, traversa la mer du Nord pour aboutir dans la région de Geel. Le père n'écoulant que son instinct démoniaque se mit à sa poursuite, la trouva et la décapita. On raconte qu'après avoir accompli son fait, le père fut guéri de sa possession et depuis ce temps on invoque la sainte pour la guérison des maux de tête, des «maladies mentales» et de la «faiblesse d'esprit».

Le culte de la sainte date de l'époque médiévale. On venait faire pèlerinage à Geel pour se guérir de la maladie mentale. Les pèlerins devaient faire neuvaine. Comme lieu de séjour durant cette neuvaine, les pèlerins occupaient la «Chambre des Malades». Celle-ci ne pouvant accueillir tous les suppliants, on songea alors à les loger chez des familles de Geel. Il en était de même pour ceux qui, non guéris après la neuvaine, s'installèrent chez les gens de Geel. De là origine le traitement familial. Contrôlé au début, vers 1500, par un chapitre de chanoines, il fut repris trois siècles plus tard par la commune et en 1850 par l'État belge. Différentes lois et règlements furent promulgués tant pour protéger les malades de la communauté, que la communauté des malades mentaux. Le traitement familial fut reconnu par un décret royal de sorte que les «malades colloqués»¹ peuvent être placés dans des familles d'accueil. L'hôpital psychiatrique de l'État à Geel existe depuis 1862. Il a dû s'adapter à ce qui existait déjà dans la communauté. Ce qui rend Geel unique, c'est que la commune accepte ouvertement les malades mentaux comme faisant partie de la collectivité. Le traitement familial vise à réintégrer le plus rapidement possible le malade à la société et à améliorer son état mental. L'hôpital psychiatrique de Geel n'a donc pas été comme en d'autres milieux le lieu de l'enfermement pour devenir ensuite un lieu d'où on décrète une désinstitutionnalisation. C'est ce que nous allons voir par la façon dont s'actualise le traitement familial. Aujourd'hui l'hôpital psychiatrique de l'État est divisé en deux grandes sections, soit la Sanokliniek — unité comprenant 50 lits pour une population de 250,000 âmes; et le Traitement familial, comptant 130 patients à l'Établissement et 830 dans les familles.

LE TRAITEMENT FAMILIAL

Le principe de base du traitement familial est le même que le traitement psychiatrique : rétablir l'équilibre entre le patient et son environnement. Le patient est vu comme une entité, non seulement comme ayant un organe ou un système déficient. À Geel, on a fait le pari que la communauté pouvait contribuer au rétablissement du patient. À cette fin, on a institué le placement en famille d'accueil (*pleeggezin*²). On demande tant à la famille d'accueil qu'à la communauté une ouverture d'esprit et de cœur, et ce sans limite de temps. Le patient adopte son nouveau milieu pour la vie, s'il le désire. La famille d'accueil devient son milieu d'appartenance. Ce modèle de traitement s'est adapté au progrès technologique en psychiatrie, nouvelles médications, traitements ergothérapeutiques, etc. Toutefois il ne peut répondre aux besoins de tous les patients, on en est très conscient là-bas. Le nombre de patients en traitement familial s'établit actuellement à 830. En 1970, il était de 1386; en 1960, de 1934; en 1945, de 2408; en 1937, de 3700.

On intègre le traitement familial de la façon suivante. Le patient est d'abord vu à l'hôpital où l'on observe sa capacité de réadaptation. Un comité de placement formé du psychiatre, de l'infirmier de secteur, de la travailleuse sociale et du psychologue, décide de l'orientation du patient. On peut faire un essai dans une *pleeggezin* et si l'essai est satisfaisant pour les deux parties (famille et patient), on procède au placement définitif. On agit en équipe pour éviter autant que possible le favoritisme à l'égard de certaines familles. Il est arrivé dans le passé que certaines familles aient versé de généreux pourboires à l'infirmier de secteur afin d'obtenir «un bon patient». Quand la responsabilité revient à une équipe, «l'hommerie» devrait moins se manifester³. Le patient, même placé à l'extérieur, demeure sous la responsabilité de l'hôpital. L'infirmier de secteur assure le lien entre l'institution, la famille et le patient. La personne clé dans le traitement demeure l'infirmier de secteur. J'ai pu observer le travail de l'un d'eux. L'infirmier visite les familles (et donc le patient), il apporte la médication, s'enquiert de l'état de santé physique et mental du patient, se charge avec la famille de vêtir le patient, obtient les autorisations pour dépenser les sommes nécessaires à l'entretien du patient, s'occupe des loisirs du patient tant par sa présence au club social qu'en ac-

compagnateur durant les vacances. L'infirmier est chargé de tenir le «boek» du patient, c'est-à-dire l'information quant aux visites effectuées, la médication donnée, les autorisations de sorties, les dépenses extraordinaires. Le patient peut toujours être réadmis à l'hôpital.

Le patient dans la famille participe aux travaux dans la mesure de ses capacités. Certains s'occupent du jardinage, d'autres aux travaux plus lourds sur la ferme, certaines femmes sont affectées au nettoyage des légumes, d'autres vont dans les ateliers protégés. Seuls les patients très âgés sont exemptés des travaux en raison de leur incapacité physique. Lorsqu'il n'y a pas assez de travail à l'intérieur de la famille, le patient est intégré à divers ateliers protégés dans la commune.

Les postulants comme famille d'accueil doivent se soumettre à quatre formalités avant d'être reconnue :

- 1) rencontre de l'infirmier de secteur
- 2) évaluation du service social
- 3) contrôle par le département d'hygiène publique
- 4) vérification par le bureau du procureur général.

Chaque patient doit avoir sa propre chambre dans la famille. Il ne peut y avoir plus de trois patients dans une même famille. Les familles n'ont le droit d'accueillir que des patients du même sexe. La famille est rétribuée en fonction des services offerts et de la difficulté représentée par le client, et ce trimestriellement ; elle reçoit donc une bonne somme, ce qui est en général apprécié. Le prix de la journée se compare à ce qui est payé aux familles d'accueil québécoises pour des services semblables. Ce qu'on demande à la famille, c'est d'agir avec le patient comme s'il était un membre de la famille. On mise beaucoup sur le «gros bon sens» des responsables. On ne tient pas à ce qu'ils se mêlent de «diagnostiquer» le patient. Du gros bon sens et du cœur, sont les instruments privilégiés dans la relation avec le patient. On se fie beaucoup au sens de la débrouillardise. Les *pleeggezinnen* travaillent sur l'aspect «santé du malade», ils renforcent son côté sain, laissant aux spécialistes l'aspect maladie. Un exemple : une famille avait un patient exhibitionniste. Celui-ci se masturbait dans le champ, ce qui provoqua des plaintes du voisinage. La famille chercha une solution à ce problème, il n'était pas question ni de retourner le patient à l'Établissement, ni de l'empê-

cher «chimiquement» de se satisfaire. Le responsable construisit un enclos où le patient pouvait aller, tout en lui expliquant qu'il n'avait pas à s'exhiber devant le monde. On ne donne pas formellement des cours aux familles d'accueil. La famille discute avec l'infirmier de secteur de son mode de relation avec le patient. Il n'existe pas non plus d'association de familles d'accueil.

En visitant les *pleeggezinnen*, j'ai pu observer des différences qualitatives entre elles. Certaines offrent un cadre général très confortable — j'ai visité deux maisons bourgeoises dans le centre de Geel — des dames retraitées gardaient chacune un patient depuis plus de 15 ans. Dans la campagne environnante, j'ai vu différents milieux paysans du plus riche au plus rudimentaire. Partout toutefois «j'ai senti» que les patients faisaient partie de la famille, on parlait ouvertement devant eux, il n'y avait pas de cachette. À un endroit, on a même offert de la bière au patient comme aux invités et «ça n'avait pas l'air d'un spécial pour la visite».

Les patients demeurent longtemps dans la même famille, on parle de 23 ans en moyenne de durée de séjour. Ils ont comme moyenne d'âge 59 ans. Ils font partie intégrante de la famille. J'ai noté chez plusieurs patients une crainte de retourner à l'Établissement⁴.

On préfère le milieu familial d'où on peut sortir pour aller au café, à la pêche ou simplement se promener dans la ville, ou encore encourager l'équipe de football de Geel.

Souvent quand on parle de désinstitutionnalisation réussie, on objecte que la clientèle est «légère», qu'elle n'est pas vraiment psychiatrique, qu'elle souffrirait «d'une forme d'iatrogénie institutionnelle». Serait-ce la même chose à Geel? Aurait-on seulement choisi «les beaux cas» dans le traitement familial? Finalement ne m'auraient-ils montré que l'aspect réussite de leur programme?

S'il en était ainsi je me serais attendu à retrouver en institution plus de patients qu'à l'extérieur, or seulement 130 patients vivent continuellement à l'intérieur. Dans ce nombre, on retrouve les cas de psycho-gériatrie (les patients trop âgés et en même temps trop handicapés pour demeurer dans les familles). On retrouve aussi les patients temporairement trop perturbateurs pour retourner en foyer. Donc 130 sur 1000 patients (environ). Les diagnostics des patients en foyer vont de la schizophrénie,

à l'oligophrénie, à la psychose maniaco-dépressive. Les patients sont considérés par la psychiatrie comme des malades chroniques. En visitant tant les familles, que le club social, les ateliers et le «sanitaire», j'ai rencontré les patients, qu'on peut comparer sans crainte de se tromper à la population vivant dans un centre d'accueil psychiatrique. Il y a deux hommes patients pour une femme patiente. Il y avait 800 familles d'accueil reconnues en décembre 1984 sur le territoire de Geel. Avant la Guerre de 1939-45, une famille sur deux à Geel accueillait des patients; maintenant la proportion est de une sur onze. Le nombre de *pleeggezin* diminue, il est de plus en plus difficile d'en recruter.

LA COMMUNAUTÉ ET LES MALADES MENTAUX

Les patients, pour un observateur averti, sont reconnaissables dans la ville. Reconnaissables non pas par la «couleur ou la coupe de leur habit», mais bien par leur complexion générale. Je les ai vus circuler à vélo, aller au football, à leur club social (le Van Dissel Huis), à la piscine communautaire, à la sortie du travail à l'Établissement. Ils ne sont pas montrés du doigt. Ils font leur affaire comme le commun des mortels. La communauté, là comme ailleurs, ne pose pas de problème parce qu'elle sait qu'il y a quelqu'un qui s'en occupe. Le patient peut circuler à sa guise sur le territoire de la commune. Il peut également obtenir la permission d'aller à l'extérieur, par exemple au cinéma à Herentals (village voisin) ou d'aller dans sa famille à Schaarbeek (banlieue de Bruxelles). Des loisirs et vacances sont organisés par l'Établissement pour les patients. Certains m'ont raconté avoir été à la mer, d'autres en Espagne. J'ai lu *Des fous dans la Ville* et on m'a raconté que la population entretenait à l'égard des patients une forme de «joke relationship». On ne prend pas au sérieux ce que le patient peut dire (surtout lorsqu'il délire) mais on s'adresse à lui sérieusement, le respectant comme un être humain. Il peut arriver que certaines personnes abusent des patients mais c'est loin d'être la règle générale. Selon les responsables, le taux de criminalité des patients est nettement plus bas que celui des habitants de Geel. Ils reçoivent nettement moins de procès-verbaux (c'est-à-dire des contraventions pour avoir troublé la paix — avoir fait de l'exhibitionnisme). L'édu-

cation donnée aux patients vise à ce qu'ils se comportent normalement avec la société «normale». On leur inculque le respect des règles sociales. Je n'ai pu observer comment ils étaient reçus dans les cafés, mais j'ai appris de la part d'une tenancière qu'ils payaient leur écot tout en cherchant parfois à demander la charité. Ils ne fréquentent pas les «endroits chics de Geel» mais plutôt les cafés près de leur entourage. J'ai par ailleurs visité le Van Dissel Huis, club social des patients. Situé au centre de Geel, on y retrouve plusieurs patients demeurant à proximité. Ils y vont pour jaser entre eux, jouer aux cartes, au billard, au baby foot. Un infirmier de secteur ainsi qu'un préposé assurent la surveillance de l'endroit. À noter qu'on n'y sert aucune boisson alcoolique. Ils se retrouvent entre eux, recréant à leur niveau une petite société.

D'après les lectures que j'ai faites, les patients ne sont pas mêlés aux organisations de la commune (par exemple, les organisations paroissiales-les clubs sociaux). Jadis ils pouvaient être membres d'organisations religieuses (Ligue du Sacré-Coeur-Enfants de Marie) mais comme la ferveur religieuse a diminué, ces organisations ont disparu. J'ai lu qu'un patient avait déjà été le chef de la fanfare de Geel mais c'est un cas exceptionnel. Lors de la fête de Sainte Dymphne, une procession était organisée et des patients figuraient dans le défilé. Ce culte a cessé depuis Vatican II.

On retient que les patients ont leur organisation parallèle aux organisations sociales. Je fais l'hypothèse qu'il doit en être mieux ainsi pour eux, parce que les patients peuvent difficilement être membres d'organisations économiques (par exemple chambre de commerce, syndicat) n'étant pas impliqués dans ce monde productif. D'ailleurs plusieurs, à cause de leur état de santé mentale, n'arriveraient pas à suivre les débats de ces organisations.

LES PATIENTS ET LE TRAVAIL

Comme je l'ai noté antérieurement, plusieurs patients travaillent dans les fermes. Auparavant, dans les années 40-50, la plupart des patients étaient ainsi employés. Mais avec le déclin de l'agriculture, on a dû penser à d'autres activités pour les patients. Se sont développés de cette façon des ateliers thérapeutiques visant à revaloriser les talents des patients. Au Central j'ai visité des ateliers d'impri-

merie, de reliure, de cordonnerie. Ces ateliers s'adressent à des patients plus habiles. Sans être concurrentiels au marché libre, les ateliers produisent un travail de qualité dont les patients peuvent être fiers à juste titre. Dans les autres ateliers, celui de Larum et de Holven, on insiste moins sur la productivité, les travaux demandant en général moins d'habiletés. J'ai pu observer la fabrication de cages à pigeons. On enfila aussi des bricoles dans des sacs de plastique. Certains font des céramiques, des tapis de laine au crochet.

Enfin d'autres patients travaillent au vestiaire situé dans l'hôpital central. Ils sont occupés à classer et vendre le linge aux autres patients.

CE QU'ON PEUT RETENIR DE GEEL OU COMMENT APPLIQUER CE MODÈLE À LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE

Les dirigeants du Traitement familial reconnaissent que leur modèle de traitement est menacé. Le nombre de patients ne cesse de diminuer. Auparavant Geel recevait des patients de toute la Belgique, maintenant l'ailleurs a développé d'autres types de traitement extra-hospitalier. On a recours à Geel en dernier ressort. Sur le plan du financement étatique, les dirigeants se plaignent du fait que l'État ne reconnaît pas pleinement le modèle. L'État veut réduire le nombre de lits dans les hôpitaux tout en favorisant le développement d'alternatives à l'hospitalisation. Or à Geel, on a suivi en pratique ce modèle depuis longtemps sans toutefois recevoir les crédits nécessaires à son renforcement. L'image de Geel en Belgique n'est pas très bonne, pour employer une expression québécoise : «Geel c'est un peu le bout de ligne». «Bout de ligne», peut-être mais «bout de ligne» nécessaire et combien humanitaire. À mon avis le Traitement familial, tel que pratiqué à Geel, relève d'un modèle «communautaire», le moins professionnalisé possible. Ce modèle est contesté par les professionnels (tant à Geel qu'ailleurs) parce que non performant. Les patients sont à Geel pour y rester, où iraient-ils si le modèle n'existait pas? Le modèle fonctionne parce que ses dirigeants et la population y croient et qu'ils y mettent l'énergie nécessaire pour le maintenir. C'est un modèle humaniste qui a sa raison d'être parce qu'il est bien ancré dans une réalité sociale. Le modèle existait

avant l'apparition des techniques psychiatriques modernes et il survit à la compétition apportée par ces techniques.

Peu d'études ont été publiées sur Geel. Dans les années 60-70, une équipe de Columbia University (N.Y.) a voulu systématiser les connaissances sur le modèle, mais rien encore n'a été publié. Questionné à ce sujet, le responsable de l'hôpital m'a dit qu'il est très difficile sinon impossible de quantifier un modèle humanitaire. D'après le même responsable, le coût d'un modèle social comme celui de Geel est moindre que celui d'un modèle professionnel. Dans cette commune, on privilégie le «savoir-être» au savoir-faire. Mais encore là, comme nous l'avons vu, le patient n'est pas abandonné à la communauté mais bien gardé sous la responsabilité en dernier ressort de l'institution.

Cette dernière affirmation rejoindrait une préoccupation toute québécoise. Peut-on désinstitutionnaliser une clientèle psychiatrique? C'est possible mais à certaines conditions. Nous avons nos «petits Geel» ici au Québec. Qu'on pense à l'Annonciation, à l'Est de Montréal, par exemple. Ce qu'on peut reprocher à notre modèle, c'est qu'il est «trop industriel pour être humain», qu'il relève d'impératifs économiques à courte vue. Il produit le «revolving door syndrom». On inonde certains quartiers de patients sans apprivoiser la population. Celle-ci réagit souvent fortement, et avec raison. La réinsertion sociale doit se faire plus en douceur, en respectant les populations, en ne se déchargeant pas auprès de la communauté de nos responsabilités institutionnelles. Geel nous donne une leçon à ce niveau. Il faut revenir à des approches personnalisées respectant le rythme de nos patients si l'on veut que le processus de désinstitutionnalisation soit un succès.

Une solution à explorer : le développement de petites unités pour des patients chroniques, c'est-à-dire des patients qui faute de se trouver une place à eux en dehors hantent nos «hôpitaux de courte durée». Des unités où les responsables pourraient non seulement recevoir support mais aussi répit pour prévenir le «burn out». Le tout coûterait certes plus cher qu'une famille d'accueil régulière mais certainement moins qu'un per diem hospitalier, et j'ose faire le pari de la réussite d'une telle entreprise. Il ne faudrait pas cependant prendre cette amorce de solution pour une panacée. À l'ère de la désinstitution-

nalisation, on peut s'interroger sur ce qui arrivera aux patients chroniques réfractaires aux divers programmes de réadaptation; nos cas lourds dont on ne sait que faire et qui hantent nos murs. Je tire de ma visite à Geel la leçon que le développement de petites unités valorisantes pourrait être une voie de solution. Ces unités devraient être supportées par les institutions référentes, comme mentionné précédemment.

Si je me fie à mes propres expériences, le nombre de clients dit «lourds» est loin d'être en régression; au contraire, il a tendance à augmenter. De sorte que les développements futurs en terme de ressources devraient tendre à répondre aux besoins de cette clientèle. Le développement de ressources mieux équipées pour combler les besoins visera à combattre le «revolving door syndrom» et paradoxalement à diminuer les coûts sociaux de ce phénomène.

NOTES

1. Sans entrer dans les détails, la collocation en Belgique est l'équivalent de l'ordre d'examen psychiatrique. La collocation signifie le placement d'un malade mental dans un établissement psychiatrique, pour une durée illimitée. Le malade perd également le contrôle de la gestion de ses biens. Celle-ci est remise à un curateur. Le patient peut être décol-

loqué si un psychiatre l'estime guéri, ou encore si la personne qui a demandé la collocation le retire de l'hôpital et ce même sans avis médical.

2. *Pleeggezin* : mot flamand désignant les familles d'accueil ou les «nourrices», comme on dit là-bas.
3. L'information à ce sujet est tirée du livre *Des fous dans la ville*, écrit par le professeur Eugène Rossens, publié chez P.V.F., 1979. C'est une étude anthropologique sur la communauté de Geel, menée par l'université de Louvain.
4. Le mot Établissement désigne l'hôpital psychiatrique. On emploie ce mot plutôt qu'hôpital ou asile. On parle aussi dans la population de «colonie» ou de «maison derrière les grands arbres».

RÉFÉRENCES

- MATHEUSSEN, H., MORREN, P., SEGERS, J., 1975, *L'hôpital psychiatrique de l'état : Centre de traitement familial*, Geel, Ministère de la santé publique et de la famille.
- MATHEUSSEN, H., 1981, *Foster family care in Geel (Belgium)*, Foster Family Care, Geel, Osaka.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschaap, 1984, *Openbaar Psychiatrisch Centrum Geel, Jaarverslag*, (rapport annuel de l'Institut Psychiatrique de Geel).
- REVERZY, J.F., DAMÉRON, J.F., 1979, Guérison, soins, appartements thérapeutiques et structures intermédiaires, *l'Information psychiatrique*, 55, no.4.
- ROSSEN, E., 1979, *Des fous dans la ville*, P.U.F., Paris.
- SROLE, L., *Geel (Belgium), the natural therapeutic community, 1475-1475*, paper to fourth international symposium of kittay scientific foundation on «a critical appraisal of community psychiatry».

André Leduc
Agent de relations humaines