

Université d'Ottawa

Qu'est que Geel peut nous dire sur le traitement et la gestion de la folie en occident?
Une analyse documentaire du livre *Des fous dans la ville* (Roosens, 1979)

Mémoire
Présenté
Comme exigence partielle
De la maîtrise en service social

Par Joëlle Moncrieff
Sous la direction du Professeur Nicolas Moreau

24 Juillet 2020

Remerciements

Un grand merci à Nicolas Moreau, mon directeur de mémoire, qui fut le premier à m'encourager à continuer à la maîtrise. J'ai eu la chance de travailler avec un directeur extrêmement patient, qui croit en ses étudiants, qui est attentif, et surtout, toujours disponible. Son cours portant sur la santé mentale a été un grand point d'inspiration pour la réalisation de ce projet. Merci à la communauté de l'Arche de m'avoir accueillie en 2014, et de m'avoir inspirée tout au long de mon parcours universitaire. J'aimerais aussi remercier mon partenaire de vie, Emmanuel, pour sa douceur et son soutien lors de ces dernières cinq années. Tu es un homme en or! À mes parents, merci infiniment pour toutes les belles expériences de vie qui m'ont menée vers le travail social. Enfin, un merci spécial à notre belle cohorte! Quel plaisir ce fut de partager cette expérience avec vous.

Résumé

Ce mémoire s'intéresse à la communauté de Geel, petit village de 30 000 habitants situé dans la province belge d'Anvers, qui accueille *autrement* la « folie » depuis le début du 13^e siècle. Considérant l'originalité du modèle de Geel, nous nous sommes intéressés à savoir si le personnage du « fou » dans cette communauté occupe un statut similaire à celui retrouvé dans la quasi-totalité des pays occidentaux capitalistes. Pour ce faire, nous avons analysé le contenu du livre *Des fous dans la ville* de Roosens (1979) à partir d'une grille de lecture foucauldienne, et plus précisément celle issue de sa théorie sur le statut ethnologique de la folie (Foucault, 2001). Selon l'auteur, il existerait un statut ethnologique immuable du fou, présent dans toutes les sociétés, fondé sur l'exclusion simultanée des sphères du discours, de la famille, de la production et du jeu. Nos résultats de recherche ont montré que, malgré son approche alternative, le village de Geel n'a pas réussi à échapper au statut ethnologique du fou développé par Foucault. Ainsi, nous proposons que la communauté de Geel valide la théorie du statut ethnologique de la folie. Cela étant dit, nous explorons dans la section discussion en quoi l'exemple de Geel illustre également la pertinence d'interpréter la théorie de Foucault au-delà de sa conception binaire, en faveur d'une approche plus dimensionnelle. En fin d'analyse, nous soulevons les éléments clés à tenir compte si nous cherchons à créer des espaces tels que celui de Geel ailleurs en occident.

Mots clés : Geel, folie, santé mentale, occident, vivre ensemble, communauté, statut ethnologique, Michel Foucault

Table des Matières

Introduction	6
Chapitre 1	10
Problématique	10
1.1 Le traitement et la gestion de la folie en occident	10
1.1.1 Le grand renfermement	10
1.1.2 Période asilaire	12
1.1.3 Désinstitutionnalisation	16
1.1.4 Conclusion	19
1.2 La tradition de Geel	20
1.2.1 Le mythe de la sainte Dymphne	21
1.2.3 La perception de Geel selon le monde occidental : entre enthousiasme et critique	22
1.2.4 La fonction de l'hôpital psychiatrique de Geel	24
1.2.5 Qu'en est-il de Geel aujourd'hui?	26
1.3 Question de recherche	27
1.4 Conclusion	28
Chapitre 2	29
Cadre théorique	29
2.1 Le statut ethnologique de la folie comme cadre théorique	29
2.1.1 Brève biographie de Foucault	29
2.1.2 Résumé analytique du texte « La folie et la société »	29
2.2 Conclusion	32
Chapitre 3	34
Méthodologie	34
3.1 Présentation du dispositif méthodologique	34
3.1.1 L'analyse documentaire	34
3.1.2 Le choix du document	34
3.1.3 Analyse de contenu du livre <i>Des fous dans la ville</i>	36
3.2 Les avantages et les limites de notre choix méthodologique	37
3.2.1 Avantages	37
3.2.2 Limites	38
Chapitre 4	39
Présentation des résultats	39
4.1 L'analyse du livre : <i>Des fous dans la ville</i> par Roosens (1979)	39
4.1.1 Discours	39
4.1.2 Famille	41
4.1.3 Production	42
4.1.4 Loisir	44
4.2 Conclusion	46

Chapitre 5	47
Discussion	47
5.1 L'expérience de Geel à la lumière de l'hypothèse foucauldienne	47
5.1.1 Discours	47
5.1.2 Famille	48
5.1.3 Production	49
5.1.4 Loisir	50
5.1.5 Conclusion	50
5.2 L'implication de Geel pour la théorie du statut ethnologique de la folie	51
5.3 Geel : un modèle exemplaire du care?	53
5.4 La mise en place d'un modèle connexe ailleurs en occident	58
Conclusion	60
Bibliographie	64

Liste des tableaux

Tableau 1: Démographie des pensionnaires de Geel	26
Tableau 2: Explication des catégories excluant le fou	36

Introduction

Trois phases marquent l'histoire de la santé mentale en occident : le grand renfermement, la période asilaire et la désinstitutionalisation. Du moyen âge au 17^{ème} siècle, ceux que l'on qualifiait de « fous » étaient largement tolérés (Foucault, 1972). Ce n'est qu'au 17^{ème} siècle que certaines formes de marginalité, telles que l'oisiveté, ont commencé à être interprétées comme quelque chose à écarter, à cacher (*ibid*). C'est dans ce contexte que l'hôpital général fut conçu, avec l'objectif d'enfermer tous ceux qui dérangent l'ordre de la société (*ibid*). Ensuite, à partir du 18^e siècle, la folie commença à être perçue comme allant à l'encontre du progrès social escompté par le capitalisme industriel qui faisait ces débuts (*ibid*). Cette période économique fut caractérisée par un désir de créer une « armée de réserve » (Marx, 1887) afin d'avoir des « corps » disponibles au travail. Ainsi, on cherchait à avoir une armée de réserve de non-travailleurs prêts à intégrer le monde du travail afin d'exercer une pression aux travailleurs réellement employés (Foucault, 2001). C'est à la lumière de l'évolution de ces conditions socio-économiques que l'asile est devenu une pratique réservée aux fous; tandis que les autres « déviants » furent libérés afin de répondre à la « demande » de main d'œuvre (*ibid*). Enfin, depuis les années 1960, le traitement et la gestion de la santé mentale sont marqués par une diffusion des interventions à l'extérieur de murs de l'asile (Dorvil, 1997).

Cette période de désinstitutionalisation s'est faite dans le but « [d'] inverser les influences déshumanisantes considérées comme étant partie intégrante de l'organisation traditionnelle des soins de santé mentale » (Garant, 1985, p.6). Cependant, contrairement à la façon dont l'histoire de la désinstitutionnalisation est souvent racontée, ce processus est loin d'avoir été humaniste. Cette transition des soins en communauté, qui s'est produit de façon chaotique (notamment à cause de l'absence de filet social), a eu plusieurs conséquences qui persistent toujours.

En retraçant l’histoire de la folie, il est possible de constater que les phases mentionnées ci-haut, soit celles du grand renfermement, la période asilaire et de la désinstitutionnalisation, ont été traversées par la quasi-totalité des pays occidentaux capitalistes. Cependant, le village belge de Geel, communauté qui se situe au cœur de notre projet, semble avoir échappé au processus d’enfermement et de désenfermement.

Deux raisons expliquent notre intérêt pour cette communauté. Premièrement, Geel offre une vie familiale à des individus présentant des problèmes de santé mentale sévères et persistant. Le modèle de Geel se démarque par son approche alternative, et nous considérons que cette communauté a le potentiel d’éclairer la discipline du travail social sur des façons nouvelles d’intervenir auprès des personnes en proie à des troubles mentaux. En deuxième lieu, notre intérêt pour le thème du vivre ensemble (central à Geel) est venu de notre travail auprès de l’Arche¹.

Ce mémoire a donc comme intention de répondre à la question de recherche suivante : Qu’est-ce que Geel peut nous dire sur le traitement et la gestion de la folie en occident? Plus précisément, nous cherchons à savoir si le statut ethnologique de la folie (Foucault, 2001) s’appliquait aux pensionnaires de Geel autant qu’aux « malades » des autres pays occidentaux.

Afin de répondre à notre question de recherche, nous nous sommes intéressées à l’étude de Roosens (1979) *Des fous dans la ville*, portant sur les interactions entre les pensionnaires et les habitants de Geel. À la lumière de notre source documentaire, et selon la théorie de Foucault (2001), nous avons conclu que le village de Geel, malgré son modèle alternatif, ne réussit que partiellement à inclure les pensionnaires au sein du tissu social.

¹ L’Arche est une communauté où des personnes avec et sans déficience intellectuelle vivent ensemble (L’Arche Canada, 2020).

Le premier chapitre de ce mémoire propose une revue de la littérature de la problématique étudiée, à savoir l'histoire de la gestion et le traitement de la « folie » en occident. Dans le deuxième chapitre, nous avons défini le cadre théorique à partir duquel nous avons mené nos analyses. Le chapitre trois s'est intéressé au dispositif méthodologique de notre projet (analyse de source documentaire). Dans le quatrième chapitre, nous avons présenté nos résultats de recherche. Ensuite, dans le cinquième et dernier chapitre, nous avons interprété les résultats à la lumière de notre cadre théorique et avons conclu que la folie à Geel occupe le même statut qu'ailleurs en occident. Enfin, en guise de conclusion, nous avons fait un bref retour sur les limites de notre projet, puis nous terminons en proposant quelques pistes de recherche future en ce qui a trait à la communauté de Geel.

Chapitre 1

Problématique

1.1 Le traitement et la gestion de la folie en occident

Dans le cadre de ce chapitre, nous présenterons une première revue de littérature sur la gestion et du traitement de la « folie » en occident, pour ensuite situer Geel au sein de cette histoire. Enfin, nous développerons notre question de recherche, et nous terminerons en introduisant le cadre d'analyse qui nous a permis de répondre à cette dernière.

1.1.1 Le grand renfermement

Nous avons tendance à croire qu'avant les années 1800, la religion occupait une place centrale dans l'identification et le traitement de ce que nous appelons désormais la maladie mentale (Boudreau, 2003). Cependant, pour les historiens d'aujourd'hui, l'ampleur de la religion a été exagérée dans notre façon de raconter l'histoire (*ibid*). En effet, même s'il existait sûrement un code de conduite fondé sur des principes religieux, les « désobéissants » n'étaient pas forcément réprimandés (*ibid*). En effet, selon Boudreau (2003), au Moyen Âge, le fou² était reclus, mais toléré et pouvait circuler librement. Au fil des années, cette possibilité de déplacement s'est cependant progressivement estompée.

Ce n'est qu'au 17^e siècle que des mesures furent prises à l'égard des « fous » en occident (*ibid*). Dès le 17^e siècle, tout ceux qui dérangent l'ordre de la société (par exemple les sans-abris, les chômeurs, les criminels et les « fous »), furent enfermés au sein de l'hôpital général (*ibid*). Cette période, que Foucault appela « le grand renfermement » (Foucault, 1972), avait

² Notons que dans le cadre de cette recherche, nous allons employer le mot « fou ». Pour Foucault (2001), le terme « fou » est moins péjoratif que celui de « malade mental » étant donné que le concept de « fou » n'appartient pas encore au giron psychiatrique.

comme mission d'interner l'ensemble des marginaux et des excentriques « afin d'éviter que le fou ne contamine la société des gens bien » (Boudreau, 2003, p. 23). Mais au-delà de la peur de « contamination », l'internement avait aussi des motifs économiques. Dans le contexte où le capitalisme était à ses balbutiments, ce sont les gens qui ne travaillaient pas, et qui posaient obstacle à l'ordre de la société, qui furent enfermés (Foucault, 2001). Autrement dit, le capitalisme, pour naître, a dû cacher la « folie », la rendre problématique (au même titre que les autres comportements déviants), car elle se situait en porte à faux face aux nouvelles normes de la société, notamment celle de la productivité (*ibid*). Foucault souligne ainsi, et de façon explicite, que l'hôpital n'était pas un lieu de charité, mais bien un lieu où l'oisiveté était condamnée (1972, p. 63). Dès le 17^e siècle, l'expérience de la folie fut donc intimement liée à l'obligation sociale d'occuper un travail. Contrairement à ce que son nom prétend, l'hôpital général n'était pas un lieu de guérison, mais bien un lieu qui s'est développé pour des considérations principalement économiques et non de guérison.

Au sein de l'hôpital général, les internés étaient donc considérés comme des personnes qui ne méritaient pas d'être protégées (Boudreau, 2003). C'était un lieu « où les maniaques, comme on les appelait, étaient isolés et confinés jour et nuit dans des conditions sordides (Boudreau, 2003, p. 24). En effet, au sein de l'asile, le traitement des internés relevait de l'incarcération, et non de la thérapie (*ibid*). C'est dans ce contexte que Philippe Pinel et Samuel Tuke, deux « héros de la psychiatrie » sont arrivés sur la scène (Dorvil 1988; Boudreau 2003; Klein et al 2019). Ils sont reconnus pour avoir dénoncé les conditions de vie atroces au sein de l'hôpital général, et d'avoir, entre autres, libéré les « fous » (*ibid*). Les noms de Pinel et Tuke sont également associés au système asilaire pour y avoir apporté, pour la première fois, une vision thérapeutique (*ibid*). Dans la section suivante, nous développerons ce point, car Foucault (1972) nous met on garde contre

l'héroïsation naïve de ces personnages. Pour résumer, on peut dire qu'avant la création de l'asile, la folie après avoir été tolérée, fut considérée une menace à l'édification du capitalisme et « enfermé » au sein de l'hôpital général au même titre que les autres comportements dits déviants.

1.1.2 Période asilaire

L'histoire veut que ce soit à partir des années 1800, par le biais de Philippe Pinel en France et de William Tuke en Angleterre, qu'on commença à considérer pour la première fois que la « folie » était une condition à part, différente des autres comportements considérés dérangeants (*ibid*). C'est alors que Pinel et Tuke auraient conçu l'asile, avec l'intention de guérir la folie. L'asile était ainsi censé être un lieu où les aliénés pouvaient « retrouver la raison dans un environnement sain et salubre, loin des tensions familiales de la ville et de son influence malsaine » (*ibid*, p. 27). Le mythe des bienfaits de la nature fonctionnait ici à plein régime.

Bien que l'histoire fût largement racontée de cette façon (naissance de l'asile pour traiter et guérir les malades mentaux), Foucault (1972) propose une lecture alternative. Pour lui, l'asile n'est pas le fruit d'un humanisme, mais de l'évolution de certaines conditions socio-économiques. Effectivement, c'est en lien avec l'industrialisation, et notamment le capitalisme industriel, que l'enfermement au sein de l'hôpital général a cessé d'être perçu comme une pratique avantageuse (Foucault, 2001). Autrement dit, la deuxième phase du capitalisme (ou capitalisme industriel), apparu à la fin du 18^e siècle, a rendu visible les méfaits de l'internement sur l'économie. Pour Foucault, cette période économique fut caractérisée par un désir de créer une « armée de réserve » (Marx, 1867) afin d'avoir des « corps » disponibles au travail. Ainsi, on cherchait à avoir une armée de réserve de non-travailleurs prêts à intégrer le monde du travail afin d'exercer une pression aux travailleurs réellement employés (Foucault, 2001). Après avoir discipliné les corps lors de la naissance du capitalisme (par le biais de l'enfermement), il s'agissait à présent de les libérer pour

faire peur aux travailleurs. Ces derniers se devaient d'être productifs et disciplinés sous peine d'être remplacé par une main d'œuvre immédiatement disponible. C'est donc dans ce contexte économique que l'internement est devenu une pratique exclusivement réservée aux fous; les autres « déviants » furent libérés afin de répondre à la « demande » de main-d'œuvre (Foucault, 2001). Autrement dit, tous ceux qui étaient internés pour des raisons morales retournèrent en communauté (*ibid*). Pour résumé, Foucault (1972) mentionne que ce n'est pas pour des raisons humanitaires, mais plutôt à partir de l'expérience du capitalisme industriel que la folie fut considérée pour la première fois comme une condition à part, une expérience singulière.

Dès lors, dans l'hôpital général, il ne restait que les « fous » et les criminels condamnés (Foucault, 1972). Cependant, il était considéré que « la présence des fous donn[ait] aux maisons de force un style dégradant, et risqu[ait] de réduire les internés à un statut indigne de l'humanité » (Foucault, 1972, p. 441). Autrement dit, la croyance était que les fous allaient contaminer les criminels (Foucault, 1972). Il était donc nécessaire de les séparer, mais un défi se posait : il n'existait aucun lieu pour héberger les personnes malades (*ibid*). Finalement, à Paris, les fous furent envoyés à l'hôpital général de Bicêtre devenu asile en 1793, par le biais du réformateur et médecin Philippe Pinel. En bref, il est possible de constater, selon les écrits de Foucault (1972), que le désenfermement s'est opéré en deux phases. Dans la première, tous furent libérés, sauf les criminels condamnés et les fous. Dans la seconde, seuls les fous furent enfermés au sein de l'hôpital général.

Au sein de l'hôpital général de Bicêtre, Pinel inséra une mission thérapeutique (Boudreau, 2003). Dans son traité médico-philosophique, il proposa une approche d'intervention « scientifique », une « sorte de thérapie des moeurs qui avait pour but de permettre aux patients de se comporter à nouveau selon la norme » (Cellard et Nadon, 1986, p.347). Ce « traitement moral »

comprenait plusieurs composantes, soit la mise à l'écart du patient du monde extérieur, la création d'un climat de confiance et le renforcement de la relation d'autorité entre le patient et le psychiatre (Shorter, 1997). Cette forme d'intervention, par contre, n'a pas eu les effets escomptés. En effet, avant le 20^e siècle, il était très rare pour un interné d'être « guéri » au sein de l'asile.

Pinel et Tuke auraient ainsi « ouvert l'asile à la connaissance médicale » (Foucault, 1972, p. 525). Cependant, Foucault souligne que, à ces débuts, le médecin à l'asile n'avait pas de connaissance particulière en psychiatrie (*ibid*). En conséquence de l'inexistence de moyens efficaces de guérison, les asiles furent progressivement saturés (Cellard et Nadon, 1996). C'est alors que le traitement moral cessa progressivement d'être prodigué, et que « l'asile devint un immense réceptacle où [étaient] contenus et gardés, dans l'espoir que certains d'entre eux guérissent d'eux-mêmes » (*ibid*, p.361). Dès lors, l'expérience au sein de l'asile fut loin d'être thérapeutique. Les conditions sanitaires étaient également problématiques. Par exemple, dans les asiles en France, au-delà de 45 000 malades internés sont mors de sous-alimentation (Voldman, 2007). Ce n'est que dans les années 1940, en lien avec les avancées dans le domaine de la pharmacologie, que certains changements furent observés dans la condition de vie des internés (Perrault et Guilbert, 2014). Les thérapies de l'époque comprenaient les chocs insuliques, les électrochocs, les psychochirurgies et les lobotomies (Boudreau, 2003). Ces procédures, considérées inhumaines aujourd'hui, réussissaient rarement à guérir la « folie », mais ils avaient néanmoins l'effet d'atténuer l'agitation des patients et de les rendre plus « dociles » (Perrault et Guilbert, 2014). Il est cependant possible de constater que, malgré ces « avancées », la condition des patients ne s'est pas améliorée significativement.

Dès les années 1960, plusieurs études furent publiées sur les limites du système psychiatrique de l'époque. En 1968, le sociologue Ervin Goffman publia l'ouvrage « *Asile* », dans

lequel il offre au lecteur une description de la condition asilaire selon la perspective des internés. Il introduit le terme d'institution totalitaire, qu'il illustre à partir de l'hôpital psychiatrique et la prison. Il décrit l'institution totalitaire comme un lieu où « un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur [...], mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1968, p. 41). En bref, il propose que ce qui caractérise l'institution totalitaire, c'est la prise en charge totale de l'individu, et l'obligation chez l'interné de se plier aux exigences d'un traitement collectif.

En 1961, Goffman développa le concept de carrière morale, afin de retracer l'expérience de ce qu'il appelle les reclus au sein de l'institution totalitaire. Cependant, avant de commencer, il importe de noter que Goffman ne fut pas le premier à théoriser ce terme. C'est plutôt à Hughes (1937) que nous devons la première définition du concept de carrière. Selon lui, la carrière se compose

de suites typiques de positions, de réalisations, de responsabilités et même d'aventures. Dans sa dimension subjective, une carrière est faite de changements dans la perspective selon laquelle la personne perçoit son existence [...] et interprète la signification de ses diverses caractéristiques et actions, ainsi que tout ce qui lui arrive (Hughes, 1937, p.408).

Tandis que Hughes (1996) se concentrait sur l'étude des trajectoires professionnelles, Goffman (1961) a plutôt développé le concept de carrière morale afin de retracer ce que l'individu psychiatisé traversait au sein de l'asile. Pour Goffman, l'expérience de l'institutionnalisation participe à changer la façon dont l'individu se conçoit; l'individu psychiatisé finit ainsi par perdre son identité pour en développer une nouvelle qui s'aligne avec celle de l'ordre institutionnel (*ibid*).

Ce ne fut pas uniquement les intellectuels qui représentèrent l'asile de façon très négative. En effet, en 1962, Ken Kesey publia le livre *Vol au-dessus d'un nid de coucou*. Aujourd'hui considéré un classique de la littérature nord-américaine, ce livre décrit sous forme fictionnelle les

réalités quotidiennes vécues au sein de l'asile. Le livre fut suivi par un film dans les années 1975 (Domino, 1983). Ce dernier fut reçu comme une représentation véridique de la vie au sein de l'asile, ce qui fit en sorte que plusieurs furent confrontés pour la première fois aux méthodes répressives utilisées à l'égard des patients (*ibid*). Ce livre reflète une petite partie du courant antipsychiatrique qui faisait ses débuts dès les années 1960, et qui a mené à la première étape de la désinstitutionnalisation.

1.1.3 Désinstitutionnalisation

Notons, avant de commencer, que nous parlerons de désinstitutionnalisation et non de déshospitalisation. Selon Klein et al (2019), la désinstitutionnalisation (dont l'objectif était la reconfiguration des soins de santé et l'intégration en communauté des ex-psychiatisés), a « souvent été plus théorique que concrète » (p.17). Autrement dit, aujourd'hui, l'institutionnalisation demeure centrale à l'expérience des ex-psychiatisés. L'auteur est donc d'avis que le terme de déshospitalisation est plus précis(*ibid*). Cependant, Dorvil et al (1997) proposent à leur tour que la déshospitalisation n'est qu'une des trois composantes du processus plus large de la désinstitutionnalisation. Selon Dorvil (1997), la désinstitutionnalisation, soit la « sortie des hôpitaux psychiatriques des personnes diagnostiquées » (p.112), a été suivie par deux autres phases, soit celles de la non-institutionnalisation et de la réorganisation du système de soins. Dans le cadre de ce projet, nous utiliserons le terme désinstitutionnalisation, étant donné que nous souhaitons faire un survol du processus en son entièreté, et puisque c'est le terme le plus couramment utilisé dans la littérature.

La première vague de la désinstitutionnalisation fut caractérisé par le renvoi en communauté des patients qui se retrouvaient en milieu psychiatrique (*ibid*). Le modèle d'intervention asilaire fut progressivement abandonné, et la responsabilité de prendre soin des

patients fut mise sur les épaules des familles et des communautés (*ibid*). Par contre, la responsabilisation accrue ces dernières n'a pas été suivie d'une augmentation de soutien de la part de l'État (Doré, 1987). Conséquemment, le filet social étant absent, les communautés et les familles ne furent en mesure de répondre aux besoins des personnes désinstitutionnalisés (Dorvil, 1996). Les effets de cette transition, qui s'est produite de façon chaotique, ont été largement documentés. D'un côté, elle a permis de libérer plusieurs individus des conditions répressives de l'asile (*ibid*). Cependant, de l'autre, nous observons dès le milieu des années 1960 le phénomène du syndrome de la porte tournante, défini par un « va-et-vient incessant des patients psychiatriques entre l'hôpital [...] et la communauté » (Dorvil et Carpentier, 1996, p. 4).

La deuxième vague de la désinstitutionnalisation, soit entre les années 1970 et 1990, a été influencé par le courant néolibéral, qui favorise le libre marché et la privatisation des services, qui faisait ses débuts à l'époque (Harvey, 2007). Cette vague de la désinstitutionnalisation s'intéressait à la création d'un système de soins économiquement avantageux (Dorvil, 1997). À cette époque, il y a eu certains avancés dans le développement de services externes, notamment les Équipes Communautaires de Traitement Intensif. Malgré tout, ces services n'étaient pas suffisants pour réellement assurer la continuité des soins en communauté (*ibid*). Bref, ce qui caractérise les deux vagues de la désinstitutionnalisation, c'est le manque de filet social pour intégrer les personnes désinstitutionnalisées dans leur milieu de vie. D'ailleurs, ce problème ne s'est pas réglé au fil des années.

Cette période de désinstitutionnalisation s'inscrit dans ce Castel a appelé le « grand désenfermement » (1973). Comme mentionné précédemment, le « grand enfermement », théorisé par Foucault (1972), fut caractérisé par un désir d'interner tous ceux qui risquaient, par leur réticence au monde du travail, de fragiliser l'ordre de la société. De son côté, le « grand

désenfermement » signifie le retour en communauté de l'ensemble des comportements considérés problématiques en ce qui a trait aux normes sociales.

Selon Bergeron-Leclerc et al (2019), il existerait une troisième vague de la désinstitutionalisation, catalysé par la Politique de Santé mentale, publiée à Québec dans les années 1989. Dans le cadre de cette politique, les failles du processus de désinstitutionalisation sont largement discutées. C'est à la lumière de ces lacunes que le document souligne l'intérêt d'offrir des services individualisés, et de recentrer les services de santé mentale sur la personne. Depuis, trois politiques importantes furent publiés par le gouvernement du Québec, soit le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998), le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* (2005), et le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement* (2015). Ayant analysée les discours gouvernementaux au sujet des interventions en santé mentale, s'appuyant particulièrement sur les documents cités ci-haut, Courtemanche (2018) propose qu'une nouvelle tendance s'actualise depuis les années 1980.

Entre autres, l'auteur propose que, depuis les années 1980, l'autonomie est devenue un vecteur central dans notre façon de concevoir et de traiter la maladie mentale. En effet, d'un côté, nous considérons que la capacité de vivre de façon *autonome* caractérise l'individu en bonne santé mentale, et de l'autre, *l'autonomie* de l'individu est la finalité souhaitée par nos formes d'intervention psychosociale (Ehrenberg, 2014). Selon Ehrenberg (2014), avoir une « bonne » santé mentale, c'est « d'être capable d'agir par soi-même de façon appropriée » (Ehrenberg, 2014, p.107). Actuellement, les formes d'intervention privilégiées consistent à « aider les gens à s'aider eux-mêmes par des *accompagnements* dont la finalité est d'en faire des *agents de leurs propres changements* » (*ibid*, p.105). L'empowerment, pratique qui s'intéresse à l'activation des usagers (Bartholomé et Vrancken, 2004), illustre cette tendance. Bien que l'empowerment soit un terme

qui se distingue par le fait qu'il privilégie l'émancipation et le changement social, Capocci (2015, p.2) propose qu'actuellement, cette pratique est souvent dépouillée de sa racine émancipatrice :

Le discours de l'État est dirigé vers des objectifs d'empowerment des citoyens, afin de les rendre autonomes et indépendants. [Autrement dit], on met en avant l'image d'un citoyen exemplaire qui se gère de façon autonome, individuellement responsable de sa vie et de ses choix et qui n'a pas (ou peu) besoin de l'intervention de l'État.

Cette valorisation de l'autonomie s'inscrit dans un contexte particulier, notamment celui du déclin de l'État providence (Courtemanche, 2018). Bien sûr, seul, ce contexte ne peut pas expliquer cette tendance (*ibid*). Cependant, cette nouvelle norme d'autonomie ne peut pas être dissociée du néolibéralisme, notamment la « diminution de la solidarité [l']augmentation de l'individualisme [et l']individualisation des problèmes sociaux » (Courtemanche, 2018, p.32.).

1.1.4 Conclusion

Ce bref survol sociohistorique fait ressortir les tournants importants de l'histoire de la gestion et le traitement de la folie en occident. Avant la création de l'hôpital général, les comportements « déviants » étaient largement tolérés. Cependant, de façon progressive, la société a commencé à exiger la protection des gens « bien » de ceux qui désobéissaient aux normes sociales. L'internement de tous ceux qui présentaient des comportements « dérangeants » face l'édification du monde capitaliste fut alors ordonné. La période du grand renfermement fut caractérisée par un désir d'interner tous ceux qui risquaient, par leur réticence au monde du travail, de fragiliser l'ordre de la société. Ce n'est que dans les années 1700, en parallèle avec le deuxième stade du capitalisme, que l'internement a cessé d'être perçu comme une pratique économiquement avantageuse. Afin de pouvoir exercer un contrôle accru sur les employés (et surtout leur faire peur), on créa de façon artificielle une masse de chômeurs prêts à intégrer dans le monde du travail en relâchant un grand nombre d'internés. La création de l'asile et sa volonté de guérir la « folie » ne

peuvent être compris en dehors de ce contexte social et économique. L'asile n'est donc pas le simple fruit de l'émergence d'un savoir scientifique. De plus, il est à noter que l'asile fut rapidement saturé, et ses objectifs thérapeutiques ont été limités. Depuis les années 1970, nous sommes dans la période de la désinstitutionnalisation, phase qui a traversé plusieurs transformations au cours des années. La première vague fut caractérisée par une remise en question des institutions, et un désir de gérer ce que nous appelons aujourd'hui la *maladie mentale*, en dehors des murs de l'asile. La deuxième vague, soit entre les années 1970 et 1990, fut largement influencé par les valeurs de l'idéologie néolibérale. Ensuite, depuis la publication de la Politique de Santé Mentale à la fin des 1980 à Québec, nous nous situons dans ce que nous pouvons appeler la troisième vague de la désinstitutionnalisation, caractérisé par une emphase de plus en plus importante placée sur l'autonomie des usagers.

Enfin, toute question qui s'intéresse à la maladie mentale dans le contexte occidental s'inscrit, d'une façon ou d'une autre, au sein de cette histoire qui oscille entre enfermement, asile et désenfermement. La communauté de Geel en Belgique, par contre, fait exception. Geel est un petit village dans la province belge d'Anvers, située dans la région flamande du pays. La communauté abrite actuellement près de 40,000 habitants majoritairement néerlandophones. Geel couvre environ 25,000 acres, ce qui fait d'elle une des plus grandes villes en Belgique (Roosens et Van de Walle, 2007). Cette campine est reconnue à travers le monde, car depuis le 13^e siècle, elle offre une vie familiale à des individus présentant des problèmes de santé mentale sévères et persistants. Dans les sections suivantes, nous allons illustrer comment ce village a réussi à échapper à certains moments marquants dans l'histoire de la folie en occident et notamment au découpage évoqué précédemment.

1.2 La tradition de Geel

1.2.1 Le mythe de la sainte Dymphne

Notons que lorsque nous parlons de la situation « actuelle » à Geel, nous nous référons majoritairement au livre de Roosens publié en 1979. Bien que Roosens publia une version actualisée de son œuvre en 2007, la pandémie de COVID-19 du printemps 2020 nous a empêché de pouvoir emprunter cette nouvelle version. Conséquemment, il est possible que certaines informations soient obsolètes. Nous avons néanmoins fait notre possible afin de trouver les ressources les plus précises et pertinentes.

L'histoire de Geel remonte à la fin du VI^e siècle (Fauvel et Dupont, 2019). La légende veut que Dymphne, une princesse irlandaise, se soit enfuie de son pays et rendue à Geel dans l'espoir d'échapper à son père incestueux qui l'aurait cependant retrouvée et tué (Roosens, 1979). Dymphne fut ainsi enterrée à Geel. Au fil du temps, les habitants de la commune se sont rendu compte que la tombe de cette dernière avait potentiellement l'effet de rééquilibrer la pensée des « dérangés ». C'est alors que Dymphne fut nommée la « patronne » des fous (*ibid*). Dès le 13^e siècle, on disait que la « folie » pouvait être guérie à Geel. La légende était née et de plus en plus de personnes ont commencé à converger vers Geel (*ibid*).

Ceux qui furent « guéris » retournèrent chez eux. En cas d'échec, les pèlerins étaient encouragés à recommencer le processus (*ibid*). Ainsi, avec l'augmentation des personnes qui se rendaient à Geel, et un nombre croissant d'entre eux qui ne guérissaient pas, les familles de la commune furent appelées à les héberger afin de décharger les paroisses (Roosens 1979; Sans 1991). Progressivement, cette visite de la tombe (que l'on pourrait qualifier de rite de guérison) fut abandonnée et l'accueil des pensionnaires chez les familles nourricières a commencé à être perçu comme un traitement en soi (Sans, 1991).

Notons qu'à cette époque, les pèlerinages thérapeutiques pour les « fous » étaient une pratique courante (Sans, 1997). Au 13^e siècle, il existait trois grands sanctuaires de guérisons : deux en France (Larchand en Gâtinais et Haspres dans le nord) et un en Belgique (Geel en Flandre) (*ibid*). C'est l'implication des familles et des communautés dans la prise en charge des pèlerins, par contre, qui a fait de Geel un lieu unique. Ainsi, depuis le 16^e siècle, Geel offre aux « fous » la chance de vivre à l'extérieur des murs de l'asile. Cela étant dit, il faut éviter d'idéaliser Geel comme étant une communauté humaniste qui a simplement ouvert ses portes et son cœur à « l'étranger » : l'histoire de Geel est beaucoup plus complexe que la légende le prétend.

En effet, bien que l'histoire de Geel soit souvent racontée à partir du mythe de la sainte Dymphne, ce n'est pas le motif principal pour lequel les pensionnaires se rendaient à Geel. Dès le début du 17^e, les « fous » étaient plutôt envoyés³ à Geel puisque l'hébergement en milieu familial était une pratique moins dispendieuse que l'institutionnalisation (Roosens, 1979). Les pensionnaires étaient ainsi souvent reçus avec l'espoir qu'ils allaient fournir une main-d'œuvre à bon marché, notamment en travaillant sur les fermes (Roosens 1979, Leduc 1987, Jay 2015, Carty et Breault 1967). En effet, les familles qui hébergeaient des pensionnaires avaient, pour la plupart, un statut socioéconomique modeste. En 1979, Roosens a mené au-delà de 2,400 entrevues avec les habitants de Geel, dans lesquelles une seule famille a mentionné accueillir un pensionnaire pour des raisons d'amour (Roosens et Van de Walle, 2007). En bref, Roosens (1979) soulève que, entre le 17^e siècle et aujourd'hui, l'accueil familial a surtout été fondé sur des principes économiques. Geel n'est donc pas la ville de la compassion et s'inscrit dans une logique utilitariste dans son accueil des fous.

1.2.3 La perception de Geel selon le monde occidental : entre enthousiasme et critique

³ Selon les lectures que j'ai pu faire, je n'ai pas été en mesure de savoir si les « fous » allaient à Geel de leur plein gré ou s'ils étaient envoyés par leur famille, une autorité religieuse, voir une institution médicale.

Avant la fin du 18^e siècle, la ville de Geel s'organisait sans règlements précis. Tandis que certaines familles, laissées à eux même, utilisaient des méthodes répressives afin de maintenir un ordre au sein de leur foyer, d'autres considéraient leurs pensionnaires comme « les meilleurs enfants du monde » (Sans, 1991, p.39). Bien que le fonctionnement de la commune à l'époque ne fut que peu documenté, nous savons que les pensionnaires étaient nourris, hébergés, et contraints de travailler (*ibid*).

Avant l'arrivée de Pinel en France, aucune attention particulière n'était accordée à Geel. Cependant, à la lumière des valeurs révolutionnaires des années 1790, Geel a commencé à être réinterprétée par la nouvelle façon de penser du monde occidental (*ibid*). Elle fut ainsi conçue par certains comme un modèle exemplaire de la « thérapie sociale », un endroit où les « fous jouissent [...] de la même liberté que les autres citoyens » (p.40). Dès lors, plusieurs des psychiatres les plus connus de l'époque se sont aventurés à Geel. Esquirol, psychiatre français du 19^e siècle, s'y rend en 1821 et se dit « émerveillé des possibilités qu'offre ce type de thérapie sociale » (p.40). Il propose néanmoins que la commune devrait construire un « asile où seraient reçus les aliénés qui, par leur agitation, leur violence, leur saleté sont les plus exposés aux mauvais traitements de leurs hôtes; tandis qu'on laisserait chez les [familles nourricières] les aliénés paisibles et propres » (p.40). Autrement dit, il établit une classification entre ce qu'on pourrait qualifier de « bons » aliénés et de « mauvais » aliénés. En 1843, Moreau de Tours fut le premier à introduire Geel aux aliénistes de France. Il dit :

Les fous ne sont pas seulement élevés à la dignité de malades [...], mais ils n'y ont pas perdu leur dignité ni la raison d'être, car ils n'ont point rompu avec la société; ils y trouvent des jouissances de toutes sortes. Leur horizon n'est pas borné de murs infranchissables. Ils vivent au milieu d'hommes raisonnables, prennent part à leurs travaux, partagent leurs distractions (Moreau de Tours 1845, cité dans Pierre Sans, 1991, p.40).

Inspiré par les belles paroles d'Esquirol et de Moreau, Brière de Boismont s'y rend à son tour dans les années 1840. Contrairement à Esquirol et Moreau, il n'est pas du tout inspiré par le modèle. Il avoue que les pensionnaires jouissent d'un certain « bien-être », mais il critique le système d'être négligeant, d'offrir une surveillance inadéquate et d'utiliser des moyens de coercition trop faibles (*ibid*). Les opposants du modèle de Geel pensent que la folie, bien qu'elle ait le droit d'exister, doit être circonscrite au sein d'une place particulière : l'asile (*ibid*). À titre d'exemple, en 1861, Guillaume Ferrus, l'étudiant de Pinel, écrit :

Il est impossible de faire quelque-chose d'aussi détestable. Pour les aliénés, traitement et liberté ne peuvent aller ensemble. C'est une institution très mauvaise sous le rapport médical et sous le rapport moral. Mieux vaut cent fois pour les aliénés une liberté restreinte, réfléchie, scientifique. [...] Le malade est, je le répète, mal nourri, mal logé; souvent il est battu; dans chaque maison se trouvent, en cas de besoin, des menottes et des fers (Cité dans Pierre Sans, 1991, p.42).

Ces critiques ont mené, en 1862, à la création d'un hôpital œuvré par quelques médecins (Roosens 1979; Sans 1991). Ces derniers se déplaçaient chez les familles pour offrir leurs soins. Ce suivi au sein de la communauté offrait non seulement un soutien médical aux pensionnaires, mais « [assurait] aussi une surveillance des placements » (Sans, 1991, p. 42). Cette surveillance était considérée unanimement nécessaire, puisque malgré la « liberté » des pensionnaires, certains d'entre eux étaient [...] exploités pour leur force de travail » (*ibid*, p.42).

1.2.4 La fonction de l'hôpital psychiatrique de Geel

Avant les années 1840, les placements étaient organisés de façon informelle entre les familles nourricières et les prêtres de la communauté (Goldstein et Godemount, 2003). Cependant, dès les années 1850, le gouvernement belge a pris en charge le contrôle de la communauté, appelée la *colonie d'état* (*ibid*). Pendant cette période (de 1850 à 1991), l'hôpital psychiatrique n'avait pas de pouvoir décisionnel à proprement parler, car il était sous le contrôle du gouvernement national

(Arnold, 2014). Ainsi, chaque décision devait être déférée à l'hôpital de Bruxelles (Goldstein et Godemont, 2003). Ce n'est que récemment, en 1991, que le gouvernement a rendu à l'hôpital psychiatrique de Geel ses pleins pouvoirs (*ibid*). Grosso modo, ce statut a permis à l'institution de prendre ses propres décisions (*ibid*). Depuis, l'hôpital est appelé l'OPZ (Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis) et l'ensemble du système de santé mentale à Geel est désormais sous son contrôle (Arnold, 2014). Cela étant dit, bien l'hôpital psychiatrique de Geel fut contrôlé par différentes instances à travers les siècles, son rôle demeure inchangé depuis sa conception (Roosens, 1979). L'hôpital psychiatrique de Geel, aujourd'hui appelé l'OPZ, a ainsi toujours été un lieu où les patients sont évalués afin de déterminer leur compatibilité au modèle familial de Geel (Goldstein et Godemont, 2003).

Bien que certains patients soient nés à Geel, la grande majorité des pensionnaires viennent d'ailleurs (*ibid*). Lorsque ces derniers arrivent à Geel, ils sont accueillis à l'OPZ et sont obligés de participer à un programme d'observation qui dure généralement quelques mois afin d'évaluer leurs habiletés générales et trouver une famille adaptée à leurs besoins (*ibid*). Grosso modo, ce que l'institution cherche à savoir, c'est que le patient n'est pas violent, et qu'il est minimalement en mesure de prendre soin de lui-même (*ibid*). En ce qui trait aux familles nourricières, aucune compétence dans le domaine de la santé mentale n'est exigée. Les seuls critères demandés aux familles afin d'accueillir des pensionnaires sont : a) l'absence de maladie contagieuse, b) de ne pas vivre à l'extérieur de Geel et 3) de présenter un milieu de vie stable (Roosens & Van de Walle, 2007).

Tandis que la forme asilaire entre le 19^e et le 20^e siècle, et notamment le désir de guérir la folie, constituait la pensée dominante au sein des pays occidentaux, Geel n'a jamais eu l'objectif de guérir les pensionnaires. En effet, depuis les années 1860, il est remarquable que l'emphase

n'ait jamais été placée sur le changement des comportements des pensionnaires (Roosens et Van de Walle, 2007). Alors même que le monde occidental était balayé par les progrès pharmacologiques, les psychiatres de Geel évitaient à tout prix la prescription de médicaments (*ibid*). Ainsi, lorsqu'un traitement était prescrit, les familles et les pensionnaires avaient le droit de le refuser, sans répercussion négative (Roosens, 1979). Ce n'est d'ailleurs qu'au début du 21^e siècle que Geel commença à renforcer davantage l'utilisation de médicaments (Roosens et Van de Walle, 2007).

Historiquement, Geel tolère les comportements peu orthodoxes des pensionnaires, et considère que le rétablissement est facilité lorsque ces derniers ont la chance de vivre dans un milieu dit « normal » (*ibid*). Ainsi, il n'y a jamais eu à Geel la création d'une institution asilaire ayant comme but d'isoler et de guérir la folie. C'est pour cette raison que Fauvel et Dupont (2019, p. 13) qualifient Geel de « contre modèle » du système asilaire.

1.2.5 Qu'en est-il de Geel aujourd'hui?

Aujourd'hui, Geel est divisé en 12 quartiers (Roosens & Van de Walle, 2007). Dans chacun d'entre eux, il y a une infirmière qui travaille auprès des familles, les visitant au minimum une fois par mois (*ibid*). Dans le tableau suivant, nous proposons un bref survol démographique des pensionnaires de Geel.

TABLEAU 1: DÉMOGRAPHIE DES PENSIONNAIRES DE GEEL⁴

Diagnostic	Pourcentage
Schizophrénie, troubles schizoaffectifs	20%
Problèmes cognitifs (Ex. : démence)	15%
Autres problèmes (Ex. : Trouble d'anxiété, trouble de personnalité)	10% - 21.5%
Déficiences intellectuelle	43.5%

⁴ Adapté de Goldstein et Godemont, 2003

Malgré son succès, le nombre de pensionnaires et de familles nourricières dans la communauté diminue de façon importante depuis le début des années 1900 (Roosens, 1979). En 1938, la communauté de Geel comptait au-delà de 3,736 pensionnaires (*ibid*). Aujourd'hui, c'est seulement 516 pensionnaires qui sont placés chez 423 familles nourricières (Goldstein & Godemont, 2003). Le déclin du modèle peut être expliqué par quelques facteurs. Premièrement, historiquement, les familles étaient fières d'accueillir des pensionnaires, notamment car cette responsabilité était confiée aux familles de bonne réputation (Roosens, 1979). Cependant, au fil du temps, cette image s'est dégradée puisque comme les familles avec un faible revenu avaient l'habitude d'accueillir des pensionnaires, le rôle de « nourricier » a commencé à être stigmatisé par les habitants (Arnold, 2014), ce qui explique en partie le déclin de l'attrait pour le modèle des familles nourricières (Roosens et Van de Walle, 2007). Deuxièmement, le système est menacé par le déclin du milieu agricole, qui fait en sorte qu'il y a moins de travail possible pour les pensionnaires (Roosens, 1979). Enfin, les auteurs s'accordent sur le fait que le sous-financement de la part de l'État, notamment le fait que l'accueil n'est pas financièrement avantageux pour les familles, serait la raison principale pour laquelle le modèle disparaît (Leduc, 1987).

1.3 Question de recherche

Ce mémoire tentera de répondre à la question suivante : qu'est-ce que Geel peut nous dire sur le traitement et la gestion de la folie en occident? Plus spécifiquement, c'est en analysant l'intégration et l'exclusion des pensionnaires à Geel que nous souhaitons découvrir si, malgré sa façon alternative de traiter et gérer la « folie », le statut qu'occupe le pensionnaire de cette ville belge est similaire à celui des autres pays occidentaux. Nous proposons comme hypothèse que, malgré son approche alternative, le village de Geel n'a que partiellement réussi à inclure le pensionnaire au sein du tissu social.

1.4 Conclusion

À la lumière de ce qui a été mentionné précédemment, la pertinence d'étudier la question le modèle de Geel est une évidence. La revue de littérature nous a permis de situer Geel dans l'histoire du traitement et de la gestion de la « folie » en occident, et de comprendre en quoi cette communauté belge se différencie des prises en charge classiques de la folie. En effet, partout en occident, entrer dans la folie au 19^e siècle consistait à « [expérimenter] l'institutionnalisation [notamment d'être] extrait de son milieu familial et social pour intégrer l'hôpital (Fauvel et Dupont, 2019, p. 23). À Geel, l'expérience fut différente puisque les « fous » et les habitants cohabitent ensemble depuis le 16^e siècle (Roosens 1979; Dorvil 1988). En bref, nous avons montré que Geel a échappé à ce jeu d'enfermement / désenfermement de la « folie », un phénomène qui a caractérisé la quasi-totalité des pays en occident. Il est important d'étudier cette communauté, notamment dans un contexte où l'intégration et la participation sociale des individus aux prises avec un trouble de santé mentale sont des enjeux essentiels. Dans le chapitre suivant, nous présenterons notre cadre théorique, et plus spécifiquement, la théorie du statut ethnologique de la folie proposée par Foucault.

Chapitre 2

Cadre théorique

2.1 Le statut ethnologique de la folie comme cadre théorique

2.1.1 Brève biographie de Foucault

Michel Foucault est un philosophe et historien français du 20^e siècle. Selon ses propres mots, il est un historien des systèmes de la pensée. Comme penseur, Foucault a fortement influencé plusieurs domaines, particulièrement celui de la sociologie (Smart, 2002). En 1961, Foucault publia un texte sur la folie, ce qui lui mérita son doctorat et sa réputation comme chercheur (*ibid*). Dans cette œuvre, il s'est concentré sur « l'âge de la raison », période entre 1656 (référant à la création de l'hôpital général) et 1794 (représentant la « révolution » de Pinel) (*ibid*). Foucault n'avait pas l'intention d'illustrer l'histoire de ce qui a été dit « sur » la folie, mais bien de retracer ce qui se retrouve derrière cette histoire (*ibid*). À travers son dispositif méthodologique de l'archéologie, il a réussi à retracer les expériences et les discours concernant la folie en occident (Foucault, 2001). Aujourd'hui les écrits de Foucault jouissent toujours d'une importance centrale dans le domaine de la santé mentale.

2.1.2 Résumé analytique du texte « La folie et la société »

Dans cette section, nous présenterons un résumé analytique du texte « La folie et la société » écrit par Foucault en 1978, paru dans le livre *Dits et écrits II, 1976-1988* en 2001. Dans ce texte, Foucault remet en question certains éléments, souvent présentés comme évidents, qui ont été dits sur l'histoire de la folie en occident. L'auteur nous présente également sa théorie sur le « statut ethnologique » de l'individu considéré fou. Ce statut, selon Foucault, s'explique par l'exclusion concomitante au sein de quatre sphères spécifiques, notamment celles de la production, de la famille, du discours et du jeu. Tandis que les trois premières sphères sont décrites très

clairement par Foucault, celle du « jeu » l'est moins, ce qui nous permettra de laisser libre cours à notre interprétation de ce que l'auteur voulait dire. Enfin, le texte se termine avec un survol historique de la folie en occident mis en parallèle avec les différents stades d'avancement du capitalisme.

Le texte de Foucault (2001), « La folie et la société », s'intéresse aux liens qui peuvent être établis entre l'expérience de la maladie mentale, ce qui a été appelé à travers les âges la « folie », et la vie en société. L'histoire veut que Pinel soit arrivé dans les années 1790, et a « enlevé les chaînes des fous » (*ibid*). Dans ce contexte, Pinel est connu pour avoir transformé, dans une perspective « humaniste », l'hôpital en Asile. Pour ce faire, il aurait libéré un certain nombre de personnes, notamment les « déviants » non malades. Cependant, en soulevant les préjugés qui découlent de ce discours, Foucault nous met en garde contre cette façon de raconter l'histoire. Premièrement, selon l'auteur, il est faux de supposer qu'avant l'arrivée de Pinel, les « fous » étaient toujours traités de façon inhumaine (*ibid*). Deuxièmement, il rejette l'idée que c'est à partir de la révolution de Pinel que la conception moderne de la maladie mentale a été développée (*ibid*).

L'auteur présuppose l'existence d'un « statut ethnologique » de l'individu considéré fou qui serait inchangé depuis le Moyen Âge (*ibid*). Selon l'auteur, le statut ethnologique du fou est caractérisé par l'exclusion au sein de quatre sphères : celles de la production, de la famille, du discours et du jeu (*ibid*). Bien sûr, n'importe qui porte le risque d'être exclu d'une de ses catégories. L'auteur donne l'exemple d'un prêtre, qui lui est parfois exclu de la sphère de production et de la famille. Cependant, ce n'est que l'individu considéré fou qui est exclu de façon simultanée de ses quatre sphères (*ibid*).

En premier lieu, le fou est exclu de la sphère de la production dans le sens qu'il est défini, depuis le Moyen Âge, à partir de son incapacité de participer de façon productive à l'économie

(Foucault, 2001). C'est en effet cette caractéristique, notamment l'inactivité, qui détermina dans les années 1650 ceux qui devaient être internés. En deuxième lieu, le fou a historiquement été exclu de la sphère familiale. L'auteur soulève que, jusqu'à la fin du 18^e siècle, c'était seulement la famille qui avait le pouvoir de faire interner un « fou » (*ibid*). À cette époque, ce fut en grande partie à partir du système familial que le fou était exclu. Aussi, le fou se retrouve dans les marges de ce système puisqu'il n'arrive pas à s'adapter aux règles de la reproduction sociale, notamment en ayant une vie sexuelle considérée normale (*ibid*). Notons que Foucault parle particulièrement de l'homosexualité, qui à cette époque, était présentée comme une déviance familiale. En troisième lieu, en ce qui a trait au discours, les propos du fou ne sont pas reconnus à leur juste valeur; ces derniers sont marginalisés. Foucault (2001) utilise l'exemple du théâtre du 18^e siècle, dans lequel le fou est souvent représenté comme celui qui n'est pas écouté, malgré qu'il dise la vérité. Finalement, Foucault considère que le fou est exclu de la sphère du jeu. Nous faisons l'hypothèse que la participation au jeu demande de se conformer à certaines règles. Ainsi, comme le fou est généralement considéré comme incapable de se plier aux normes, il serait exclu de cette sphère. Notons que, comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, nous prenons une certaine liberté dans l'interprétation des propos de l'auteur lorsqu'il parlait de l'exclusion par rapport au jeu. Dans le cadre de cette recherche, nous parlerons plutôt de l'exclusion de la sphère du loisir. C'est à dire que, au-delà du jeu, le fou serait exclu dans un sens plus large aux activités de récréation, telles que d'aller à un café, au cinéma, à des dances orgainés, et ainsi de suite. En bref, selon Foucault (2001), le statut ethnologique de la folie occidentale est défini par l'exclusion concomitante de ces quatre systèmes (*ibid*).

Bien que Foucault (2001) questionne l'impact qu'a eu la libération des internés, il ne nie pas pour autant que cet évènement fait partie de l'histoire de la gestion de la folie. L'auteur retrace

cette histoire, commençant au Moyen Âge où la folie était acceptée et le fou était libre de circuler. En effet, seuls ceux qui dérangeaient trop étaient isolés à dans des maisonnettes situées dans les marges des villages (*ibid*). Ce n'est que dans les années 1500, avec l'avancement de la première phase de capitalisme, que l'inactivité du fou a commencé à poser problème. C'est dans ce contexte économique et social que l'enfermement prend tout son sens. Nous observons dès le 17^e siècle la création d'établissements afin d'interner (et non de guérir) tous ceux qui posaient obstacle à l'ordre de la société, donc tous ceux qui ne se pliaient pas aux normes du travail (*ibid*). Autrement dit, il s'agissait d'enfermer les corps non dociles.

Cependant, avec l'avancement du deuxième stade du capitalisme, notamment le capitalisme industriel, l'enfermement n'était plus une pratique économiquement avantageuse. Le deuxième stade du capitalisme consiste à créer un chômage artificiel, afin de rendre possible l'exploitation des ouvriers. Autrement dit, la société cherche à avoir une « masse d'individus qui sont chômeurs et qui vont servir de régulation à la politique salariale des employeurs » (Foucault, 2001, p. 497). C'est alors que la libération de tous ceux qui étaient enfermés pour des raisons morales furent libérés; la pratique de l'enfermement étant maintenant réservé aux fous (*ibid*).

Foucault (2001) a établi des liens entre l'évolution du caractère du fou et les différents stades d'avancement du capitalisme, même si nous pensons que l'évolution du traitement de la folie s'explique par de multiples facteurs (religieux, médicales, philosophique, etc.). Le génie de Foucault a été de montrer que, contrairement à ce que l'histoire de Pinel suppose, le statut de la folie n'a pas été radicalement reconfiguré dans les années 1790. Il s'agit ni plus ni moins d'un mythe. Foucault propose ainsi l'existence d'un « statut ethnologique » de l'individu considéré fou, statut qui persisterait de façon inchangée depuis le Moyen Âge (*ibid*).

2.2 Conclusion

C'est sous l'angle du statut ethnologique de la folie décrit par Foucault que nous allons tenter de répondre à notre question de recherche. Pour ce faire, nous aurons recours à un ouvrage intitulé « Les fous dans la ville? » publié en 1979 par le sociologue Eugene Roosens. Nous essayerons de découvrir ce que le village de Geel peut nous dire que la gestion et le traitement de la folie en occident. Comme nous l'avons illustré dans le chapitre précédent, Geel a effectivement réussi à échapper à la forme asilaire. Cependant, la permanence du statut ethnologique du fou nous amène à penser l'histoire de la folie au-delà du couple enfermement et désenfermement. Selon l'hypothèse foucauldienne, le fou en occident a été, et continue à être, exclu de façon simultanée des systèmes de la production, de la famille, du discours et du jeu. Le cadre théorique choisi nous permet de focaliser notre attention sur ces quatre dimensions spécifiques de l'inclusion et de l'exclusion des pensionnaires à Geel. Dans le prochain chapitre, nous présenterons notre dispositif méthodologique.

Chapitre 3

Méthodologie

3.1 Présentation du dispositif méthodologique

Dans cette section, nous présenterons le choix méthodologique au cœur de notre recherche. Rappelons-nous que ce mémoire vise à répondre à la question suivante : qu'est-ce que le village de Geel peut nous dire sur la gestion et le traitement de la folie en occident? En premier lieu, nous proposons de faire un survol de notre méthode de recherche, notamment l'analyse documentaire. Nous présenterons ensuite notre méthode d'analyse, et nous terminerons en exposant les avantages et les limites de notre choix méthodologique.

3.1.1 L'analyse documentaire

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons décidé d'entreprendre une recherche sur document (Cellard, 1997). C'est précisément à ce document que le chercheur « pose » sa question, et c'est à partir de celui-ci qu'il réussit à y répondre (*ibid*). En premier lieu, soulignons qu'il est important de soigneusement choisir sa source documentaire. Notre sélection - l'œuvre de Roosens (1979) « Des fous dans la ville? » - répond à cette exigence de rigueur. Pour justifier ce choix, nous nous inspirons de Cellard (1997) qui nous rappelle de tenir compte de cinq dimensions essentielles lorsqu'on travaille avec des sources documentaires. Ainsi, il convient de situer le texte dans son contexte social, de repérer l'auteur et ses affiliations, de déterminer la qualité de l'information partagée, d'explicitier la provenance du document, et enfin d'extraire les concepts clés proposés par le texte (*ibid*). Dans la section suivante, nous avons donc évalué notre source documentaire, inspirée par les critères susnommés.

3.1.2 Le choix du document

Eugene Roosens était un anthropologue et professeur de l'Université catholique de Louvain. Il publia sa thèse doctorale en 1996, portant sur l'identité ethnonationale japonaise⁵. Comme chercheur, il s'intéressait à la question de la culture et de l'immigration. Ce que nous savons, cependant, c'est que dans les années 1973, il fut invité à participer au « Projet Geel » (Fauvel et Dupont, 2019). Ce projet, dirigé alors par la professeure Léa Strole de l'Université de Louvain, comptait au-delà de 100 chercheurs belges et américains (*ibid*). Le premier critère en ce qui a trait à l'affiliation de l'auteur est donc connu : il s'agit d'un universitaire travaillant dans une équipe de recherche. En effet, ce groupe, composé de psychologues, de sociologues, de psychiatres et d'anthropologues, a dédié plusieurs centaines d'heures à observer et à mener des entretiens avec les habitants de Geel (*ibid*). 50 ans plus tard, le seul ouvrage publié par ce de projet fut celui de Roosens, « Des fous dans la ville? ».

D'abord, le livre de Roosens fut publié dans les années 80, contexte dans lequel le curant antipsychiatrique était déjà sur scène depuis les derniers 10 ans. Voilà ce qui répond à notre premier critère, soit de situer le document dans son contexte social. Ensuite, en ce qui a trait aux concepts clés avancés, le livre offre au lecteur un résumé anthropologique de l'interaction entre les habitants de Geel dans le contexte social de la vie quotidienne. Le document de Roosens est le résultat d'un travail de recherche à base empirique. Le troisième critère (qualité de l'information partagée) est connu puisque le document de Roosens est le résultat d'un travail de recherche à base empirique. Enfin, en ce qui a trait à la provenance du document, ce dernier fut publié dans les Presses Universitaires de France, une maison d'édition reconnue mondialement.

Curieusement, bien que ce texte fût un succès, il ne fut pas suivi par d'autres publications (*ibid*). Lorsqu'en 1993, la directrice du projet Léa Strole décéda, « les milliers de notes produites

⁵ Considérant le contexte actuel de la pandémie COVID-19, nous n'avons pas été en mesure d'accéder aux œuvres antérieures de Roosens.

sous son égide furent définitivement remisées dans des placards où elles dorment toujours » (*ibid*, p.34). Autre que le « projet Gheel », qui lui-même n'a pas été un grand succès, « aucune étude d'ampleur n'a [...] été entreprise depuis les années 1970 » (*ibid*, p.35). Depuis sa publication, c'est à partir de ce livre que de nombreux chercheurs construisent leurs propos et se positionnent sur la question de Geel (Leduc 1987, Goldstein et Godemont 2003, Fauvel et Dupont 2019). Étant donné que l'étude de Roosens représente la seule étude longitudinale publiée sur la communauté de Geel, ce dernier nous semble comme le meilleur choix afin de répondre à notre question de recherche.

3.1.3 Analyse de contenu du livre *Des fous dans la ville*

Notre démarche fut déductive, étant donné que nous avons fondé notre analyse sur les quatre thèmes d'exclusion proposés par Foucault (la production, le travail, la famille et le jeu). Lors de la lecture, nous avons donc regroupé les sections du livre correspondant aux catégories préétablies, pour ensuite dégager un portrait d'ensemble (Paillé et Muchielli, 2012).

Sous forme de tableau, nous avons précisé les propriétés qui caractérisent les différentes sections de notre grille d'analyse (Tableau 2). Selon Paillé et Muchielli (2012) ceci est une étape importante afin d'assurer une analyse sensible et bien pensée. Les auteurs proposent de « [spécifier ses propriétés des catégories, et d'identifier ses conditions d'existence] » (*ibid*, p.240). Donc, en premier lieu, de façon très concise, nous avons « [extrait] du phénomène les éléments qui lui sont les plus caractéristiques » (*ibid*, p.241). Ensuite, nous avons fait ressortir les « situations, évènements ou expériences en l'absence desquelles le phénomène ne se matérialiserait pas » (*ibid*, p.234).

TABLEAU 2: EXPLICITATION DES CATÉGORIES EXCLUANT LE FOU

LA PRODUCTION
<i>Éléments caractéristiques</i>
<ul style="list-style-type: none">• Place occupée au sein de la communauté

-
- Activités quotidiennes de l'individu
 - Enjeux liés à l'occupation/au travail

Condition d'existence

- Expériences se situant sur un continuum d'inclusion et d'exclusion
-

LA FAMILLE

Éléments caractéristiques

- Place occupée au sein du milieu familial
- Enjeux liés aux relations familiales

Condition d'existence

- Expériences se situant sur un continuum d'inclusion et d'exclusion
-

LE DISCOURS

Éléments caractéristiques

- Place occupée au sein de la sphère politique, sociale et communautaire
- Enjeux liés à la « voix » /la possibilité de s'exprimer
- Enjeux liés aux relations interpersonnelles

Condition d'existence

- Expériences se situant sur un continuum d'inclusion et d'exclusion
-

LE JEU

Éléments caractéristiques

- Place occupée au sein du tissu social
- Participation aux activités de loisirs

Condition d'existence

- Expériences se situant sur un continuum d'inclusion et d'exclusion
-

3.2 Les avantages et les limites de notre choix méthodologique

3.2.1 Avantages

D'abord, effectuer une recherche sur document nous a permis de mener notre projet sans avoir à produire des nouvelles données. Ensuite, ce choix méthodologique nous a permis d'éviter plusieurs biais qui émergent lorsque nous avons à intervenir avec des sujets. Selon le phénomène de la « désirabilité sociale » (Allaire, 1988), le désir d'être perçue positivement risque d'inciter les

participants à répondre de façon qui s’aligne avec ce que l’interlocuteur souhaite entendre. Aussi, notons que l’entrevue est un processus situationnel et conditionnel (Savoie-Zajc, 2009). C’est-à-dire que les propos partagés par les participants d’une entrevue dépendent de plusieurs facteurs, et peuvent, conséquemment, changer d’une journée à l’autre (Savoie-Zajc, 2009). Enfin, en ce qui trait aux à notre corpus de données, celui-ci a été facilement accessible, déjà traduit en français, et doté d’un langage simple et cohérent. Aussi, ce document avait comme avantage de nous fournir une perspective longitudinale, étant donné que Roosens (1979) a effectué au-delà de 2 400 entrevues avec les habitants de Geel sur une période de 10 ans.

3.2.2 Limites

Notre recherche demandait une analyse approfondie de notre corpus de données, et cela dans un temps précis. Conséquemment, nous avons dû limiter notre nombre de documents à un seul, l’œuvre de Roosens (1979). Étant donné que ce texte fut publié il y a 40 ans, il est fort possible que certaines informations soient obsolètes. Aussi, compte tenu du fait que le texte fut écrit avec l’intention que celui-ci soit une introduction à la question de Geel, plusieurs sujets ne sont pas développés en profondeur. En ce qui a trait à l’analyse du document, ce processus fut plus lourd, étant donné que le document n’était pas disponible en version électronique, et que nous ne pouvions pas utiliser un logiciel d’analyse de données. Enfin, nous n’avons pas pu interroger les familles de Geel, et donc possiblement approfondir certains points. Malgré ces limites, nous avons néanmoins pu identifier des pistes de réflexion quant à la communauté de Geel et ce que celle-ci peut nous dire sur le traitement et la gestion de la « folie » en occident.

Chapitre 4

Présentation des résultats

4.1 L'analyse du livre : *Des fous dans la ville* par Roosens (1979)

Selon Foucault, il existerait un statut ethnologique immuable du fou, présent dans toutes les sociétés, fondé sur l'exclusion simultanée des sphères du discours, de la famille, de la production et du jeu. À partir de cette grille d'analyse, nous avons fait une lecture du livre *Des fous dans la ville* (Roosens, 1979) afin de regrouper les sections correspondant à ce statut ethnologique. Le chapitre qui suit se découpe en quatre parties, soit une pour chacune des formes d'exclusion proposées par Foucault.

4.1.1 Discours

Avant de commencer, notons que l'habitude de communiquer verbalement varie d'un pensionnaire à l'autre : 64 (4.7%) des pensionnaires ne disent rien du tout, 289 (21.2%) d'entre eux répondent lorsqu'on leur parle, mais ne disent presque jamais rien de leur propre initiative [et] 838 pensionnaires (61.5%) engagent eux-mêmes la conversation (*ibid*, p.59). Bref, selon les observations de Roosens (1979), seulement deux tiers des pensionnaires sont enclins à la communication verbale (en tant que norme sociale).

Par rapport à la question du discours, Roosens (1979) s'est posé une question que nous résumons comme suit : quelles sont les opportunités offertes aux pensionnaires de prendre contact avec les gens considérés « normaux », et quelle est la nature de ces interactions? Afin de répondre à la première partie, Roosens s'est spécifiquement intéressé aux interactions qui se produisaient au sein des cafés.

Au cours d'une période de six semaines, du 7 décembre 1971 au 16 janvier 1972, sur les 143 cafés repris dans la liste officielle de la commune, 93 furent observés

de l'extérieur afin de constater s'il s'y trouvait des patients et afin de se faire une idée globale sur l'établissement. De ces 93, 43 furent ensuite visités, dont certains à plusieurs reprises. [L'équipe] fit au total 106 visites qui durèrent entre un quart d'heure et plusieurs heures. L'ensemble des visites occupa environ 4, 680 minutes, soit 78 heures (p.92).

À partir des observations de Roosens (1979), nous avons fait ressortir trois grandes catégories de cafés, soit ceux « fréquentés par les jeunes » (p.95), les cafés « démocratiques [...] fréquentés par la classe ouvrière » (p.102), et finalement, les cafés prestigieux fréquentés par la « haute société » (p.119). Dans les cafés pour les jeunes, les pensionnaires sont rarement approchés. Lorsqu'une conversation s'engage, celle-ci « se contente d'un salut « bonjour », ou « comment ça va? » (p.89). Si une conversation dépasse les salutations, le jeune reste habituellement « passif » (p.98) tout au long de la relation. En effet, selon Roosens (1979), dans les cafés pour les jeunes, les pensionnaires occupent le statut d'un « personnage » qui en est venu « à faire partie du décor » (p.98). Dans les cafés sélects, l'expérience est très similaire : les pensionnaires s'y rendent très peu, sachant que « l'on s'efforce [dans ce genre de cafés] d'éviter les contacts entre les malades et les gens « normaux » » (p.119). C'est plutôt dans les cafés démocratiques que les pensionnaires préfèrent se tenir, car « la limite entre les malades et les gens sains se marque de manière plus subtile » (p.120). Nous y reviendrons plus loin.

À partir des interactions observées, Roosens (1979) a réussi à répondre à la deuxième partie de sa question, à savoir : quelle est la nature des interactions entre les pensionnaires et les habitants de Geel? Sa conclusion est que lorsque les personnes s'engagent à discuter avec les pensionnaires, « c'est [soit] sur le ton de la plaisanterie, ou bien sur le mode bienveillance-condescendance » (p.120). En effet, les habitants de Geel « suivent [les pensionnaires] dans [leur] univers mental imaginaire en [leur] « donnant raison » [...], mais ce petit jeu est [rarement] pris au sérieux » (p. 120). Bien que les pensionnaires se voient accorder une certaine attention, on ne considère pas

pour autant qu'il soit possible de « nouer des relations interpersonnelles [avec eux] » (p.178). Voilà pourquoi, généralement, les habitants ne s'efforcent pas à communiquer avec les pensionnaires. Lorsqu'une conversation a lieu, « c'est presque toujours [le pensionnaire] qui [l']engage » (p.104). En bref, dans les cafés (surtout les cafés démocratiques), les pensionnaires sont écoutés, mais leurs paroles sont toujours considérées dérisoires.

4.1.2 Famille

En 1975, F. Cuvelier, psychologue belge, publia une étude sur l'interaction des pensionnaires et des familles nourricières. Une de ses conclusions fut que l'hébergement des pensionnaires chez les familles nourricières avait un impact positif sur la santé mentale des patients (1975). Cet auteur alla même jusqu'à dire que l'interaction entre les membres des familles nourricières et des pensionnaires avait une portée thérapeutique (Cuvelier, 1974). Étant donné que cette étude fut publiée quelques années avant l'œuvre de Roosens (1979), ce dernier s'est limité à l'étude des interactions entre les pensionnaires et les habitants de Geel dans la communauté et n'a donc pas traité les liens entre pensionnaires et familles nourricières. Autrement dit, Roosens s'est plutôt intéressé aux interactions qui se développaient hors du contexte familial. Voilà peut-être un angle mort de notre source documentaire : les rapports familiaux sont très peu explorés.

Néanmoins, Roosens (1979) a tout de même mis en évidence que l'expérience au sein de la famille nourricière variait d'un milieu à l'autre : « Dans certains cas, les pensionnaires ne sont qu'un 'domestique peu couteux'. Pourtant, il est des cas où les pensionnaires sont vraiment les enfants de la maison et participent, selon leurs aptitudes, à toutes les activités familiales » (p. 54). Cela étant dit, les familles nourricières ne sont pas libres de traiter leurs pensionnaires comme bon leur semble. Juridiquement, le pensionnaire doit pouvoir manger à la table avec l'ensemble de la famille et doit être « log[é] dans une chambre conforme aux conditions stipulées par un règlement

officiel [...] et doit pouvoir être présent lorsqu'il y a des visiteurs [et de] participer aux fêtes de la famille » (p. 52). En reprenant l'étude de F. Cuvelier, Roosens (1979) avance que les droits de type familial sont presque toujours respectés, même s'ils varient en fonction des capacités économiques des familles nourricières. Là où les droits des pensionnaires deviennent plus ambigus, c'est en ce qui a trait à leur appartenance familiale. En effet, selon la tradition, lorsque les parents nourriciers prennent de l'âge ou tombent malades, c'est aux enfants d'accueillir, à leur tour, les pensionnaires :

un patient qui a passé des années dans une même famille doit appartenir à cette famille, sinon c'est que quelque chose cloche. On ne peut briser, sans raison grave, le lien personnel qui s'est formé entre le malade et la famille (p.51).

Cependant, juridiquement, les enfants n'ont aucune obligation envers les pensionnaires, c'est-à-dire que, si ces derniers refusent de prendre la relève, les pensionnaires seront renvoyés à l'OPZ jusqu'à ce qu'on leur trouve une nouvelle famille. Autrement dit, tous les pensionnaires portent le risque d'être catégoriquement « exclu » de leur famille nourricière à un moment ou un autre selon le bon vouloir des enfants. Enfin, de façon anecdotique, soulignons que 52 %, soit un pensionnaire sur deux, n'a aucun contact avec sa famille biologique.

4.1.3 Production

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'hébergement des pensionnaires à Geel aussi été une question d'ordre économique. En effet,

au cours de plus de 2400 interviews avec des familles d'hôtes et d'autres habitants de Geel, à l'occasion d'innombrable rencontre s'échelonnant sur une période de trois ou quatre ans et pendant plus de six mois d'observations, les membres de l'équipe n'ont recueilli qu'une seule expression spontanée de charité chrétienne pouvant être considérée comme motivation principale (p.42)

Voilà ce qui explique en grande partie les raisons pour lesquelles l'hébergement est pratiqué presque exclusivement à Geel par des familles à faible revenu. Aujourd'hui, Roosens souligne que cette pratique est « devenu signe d'un besoin, [voir] d'une nécessité » (p.49). Bref, il est de notoriété publique que la dimension utilitaire des pensionnaires est importante. Autrement dit, les familles hébergent les pensionnaires par intérêt. Comme l'a mentionné un des participants, « le système [de Geel] continuera à exister aussi longtemps qu'il sera *rentable* (c'est nous qui soulignons) pour les familles 'nourricières'; sans cela, il disparaîtra » (Roosens, 1979, p.47).

Les pensionnaires occupent différents statuts occupationnels en fonction des besoins de leurs familles nourricières. Très peu de pensionnaires passent leurs journées à ne rien faire. En effet, selon leurs habiletés, ces derniers se rendent aux magasins, achètent l'épicerie, travaillent sur les fermes et accompagnent les enfants à l'école. Certains pensionnaires, surtout ceux qui sont incapables de travailler sur les fermes, passent leurs journées dans ce que l'on pourrait qualifier de « centre de jour », où ils participent à différents ateliers thérapeutiques (Roosens, 1979). Dans le cas où les pensionnaires sont incapables de se livrer à des activités quotidiennes considérées productives, ces derniers sont considérés « doublement improductif [car eux-mêmes] ne [font] rien et, par ailleurs, ils [exigent] un investissement en temps » (p.48). Selon Roosens (1979), la sphère du travail a été source d'exploitation à Geel. En effet, le « bon » pensionnaire est celui qui « ne fait pas trop d'histoire [et qui est] économiquement rentable parce qu'il apporte un volume de travail abondant ou paie une pension assez élevée » (p.44). Selon un des participants, « les agriculteurs, surtout profitent de leurs patients. Plusieurs grandes exploitations ont dû leur prospérité au travail des malades, si bien que le paysan ne faisait plus rien, car les malades [travaillaient] gratis » (p.46). En effet, Roosens confirme qu'il a « recueilli un peu partout des récits du genre sur le système de Geel » (p.46). Une question reste posée : depuis le déclin et

l'industrialisation du milieu agricole, ces abus ont-ils disparu, ou prennent-ils simplement une forme différente ?

4.1.4 Loisir

L'OPZ de Geel organise plusieurs activités de loisirs pour les pensionnaires : on trouve des clubs sportifs, un club de pêche, des excursions et des voyages organisés. Cependant, bien que certains pensionnaires jouissent de ces activités, Roosens (1979) note que les pensionnaires préfèrent se tenir là où les gens « normaux » se retrouvent. Voilà une des raisons pourquoi, comme nous l'avons mentionné précédemment, les pensionnaires aiment, dans leurs temps libres, fréquenter différents cafés. Nous avons déjà évoqué l'expérience des cafés à Geel : théoriquement, les pensionnaires sont libres de s'arrêter dans n'importe quel café. Cependant, bien qu'il soit « très rare que l'on interdise *ouvertement* l'accès d'un café à un patient [...], certains patrons recourent à des moyens indirects pour [les] écarter » (p.94). En effet, certains [pensionnaires] se font dévisager de manière si offensante qu'ils s'en vont » (p.95). C'est plutôt dans les cafés fréquentés par la classe ouvrière que les pensionnaires peuvent se sentir à l'aise. Ils

ont l'occasion d'entrer en interactions avec des gens sains d'esprit, et ce, à plus d'un titre [...]. Au café, [...] le patient peut apporter des nouvelles, dire du mal de son « nourricier », se lier d'amitié avec les tenanciers, le personnel ou d'autres visiteurs. Il peut entrer en contact avec des gens apparentant à d'autres familles et diversifier ainsi ses relations. Il peut jouer au billard, regarder les couples qui dansent et même éventuellement danser. [...] Dans un grand nombre de cafés, il peut même boire un coup de trop [...]. [En effet], un certain nombre de patients trouvent dans leurs cafés habituels un deuxième [...] milieu de vie alternatif, ou ils [jouissent] d'un certain nombre de droits acquis (p.123).

Les pensionnaires préfèrent donc les cafés « démocratiques », dans lesquels ils ont l'opportunité de créer des liens, de jouer, de danser, et même de prendre quelques verres. Malgré l'existence dans ces endroits d'une démarcation claire entre le « normal » et « l'anormal », Roosens (1979)

fait l'hypothèse qu'au sein de la classe ouvrière, cette barrière se cristallise de façon plus subtile (par exemple avec l'utilisation d'un ton de bienveillance-condescendance).

Une deuxième activité de loisir très populaire parmi les pensionnaires de Geel, c'est le cinéma. Le cinéma, activité qui regroupe au-delà de 250 pensionnaires de façon régulière, signifie pour eux une opportunité de sortir et de participer à une « réunion chaleureuse et bruyante » (p.61). Cela étant dit, les pensionnaires ne sont pas libres d'aller au cinéma quand bon leur semble. En effet, puisque les pensionnaires sont considérés « incapables de juste mesure » (p.171), et que le film « implique un certain degré de développement mental et de maîtrise de soi » (p.85), ces derniers n'ont pas accès aux salles de cinéma, comme le reste de la population. Officiellement, les pensionnaires n'ont qu'accès « aux séances pour enfants, le dimanche après-midi; et même là, il leur faut l'autorisation de l'Établissement » (p.84).

Ajoutons que ce n'est pas seulement au cinéma que les pensionnaires partagent leur statut avec celui des enfants. Une fois par année, pendant la fête des Rois, les habitants et les pensionnaires de Geel se croisent, « qu'ils le veuillent ou non » (p. 62). Pendant cette fête, où le nouvel an est célébré, les enfants se promènent d'une maison à l'autre, chantent pour les habitants, et reçoivent quelques sous en retour. De « [nombreux] patients (soit 61%) en font autant et y voient une source de revenus » (p.62).

Enfin, de façon plus anecdotique, nous souhaitons aborder la participation des pensionnaires aux associations dites formelles. Ici, Roosens (1979) s'intéresse aux regroupements politiques, religieux et juridiques. Bien que ces regroupements ne tombent pas sous la catégorie des « loisirs », il est intéressant de les évoquer, puisque les pensionnaires y sont exclus. En effet, à Geel, Roosens (1979) conclut que les pensionnaires « ne sont pas admis à participer à la vie sociale formelle » (p.64). Dans ces cercles, « on insiste fortement sur l'apport personnel des

membres et sur le sens des responsabilités. On recherche surtout les échanges, la réciprocité, la communication et le travail d'équipe » (p.135). Les pensionnaires, considérés incapables de se plier à ces règles, y sont exclus. Intéressé par cette forme de « non-intégration » (p.64), Roosens (1979) s'est mis à interroger les habitants à ce sujet. Sa conclusion est que, selon les membres de ces associations, accepter la participation des pensionnaires contribuerait à « dévaluer l'organisation aux yeux des autres » (p.139). Les habitants ajoutent que les pensionnaires « n'ont pas d'intérêt à être membre » (p.139) et que, même s'ils souhaitaient y participer, cela ne serait pas possible car « l'Établissement [l'OPZ] impose une série de conditions limitatives : il faut rentrer à heure fixe et on n'est pas libre d'aller n'importe où » (p.139). En bref, l'établissement (l'OPZ) ni les habitants ne semblent souhaiter ou encourager la participation des pensionnaires aux associations formelles. Ils demeurent à la marge de ce type de regroupement puisque renvoyés à leur statut d'enfant.

4.2 Conclusion

La section ci-haut a permis d'établir un portrait des expériences d'inclusion et d'exclusion à Geel. Dans la section suivante, nous proposons d'analyser les résultats présentés de façon plus précise au regard de notre cadre théorique, à savoir le statut ethnologique de la folie développé par Foucault. Nous expliquerons notamment pourquoi, à la lumière de notre analyse, nous suggérons d'interpréter la théorie de Foucault au-delà de sa conception binaire. Inspiré par mon parcours personnel, nous discuterons également de l'intérêt de Geel en ce qui a trait à la discipline du travail social. Enfin, nous aborderons, de façon plus pointillée, l'expérience de Geel (et de ses enjeux) pour l'intervention contemporaine en santé mentale.

Chapitre 5

Discussion

5.1 L'expérience de Geel à la lumière de l'hypothèse foucauldienne

En commençant, rappelons ce que Foucault (2001) voulait dire lorsqu'il parlait d'un statut ethnologique général de la folie. Au-delà des grands moments marquants dans l'histoire de la folie, tels que le grand renfermement et la période asilaire, Foucault (2001) retrace l'histoire en examinant la transformation du personnage du fou à travers les siècles. Son hypothèse est que malgré l'industrialisation de nos sociétés, et peu importe l'évolution dans notre façon de concevoir la maladie mentale, le fou en occident occupe le même statut marginal qu'à l'époque de l'hôpital général. Autrement dit, Foucault montre que le statut du fou n'a pas fondamentalement changé dans nos sociétés modernes. Ce statut ethnologique immuable serait fondé sur l'exclusion simultanée de la sphère du discours, de la famille, de la production et du jeu.

5.1.1 Discours

Afin d'illustrer le fait que le fou a été l'objet d'exclusion par rapport à la sphère du discours, Foucault (2001) prend l'exemple du « bouffon », personnage qui a émergé au Moyen Âge. Le bouffon avait comme rôle de dire à voix haute au roi les choses qui ne pouvaient être dites par les gens raisonnés (*ibid*). Ainsi, le bouffon mettait en circulation une certaine « parole marginale » (p.488), qui était écoutée, mais qui n'avait pas pour autant la même portée que la parole des gens ordinaires (*ibid*). Le bouffon vivait « au milieu des formes de la raison, un peu en marge sans doute puisqu'il [n'était] point comme les autres, mais intégré pourtant puisqu'il [était] là comme une chose, à la disposition des gens raisonnables » (Foucault, 1972, p. 365).

Ce statut rejoint quelque part celui qu'occupent les pensionnaires de Geel aujourd'hui. En effet, bien que les pensionnaires aient plusieurs occasions d'entrer en interaction avec les gens

« ordinaires », les observations de Roosens le confirment : leurs propos ne sont pas pris au sérieux. Dans la sphère sociale formelle, le discours des pensionnaires est explicitement exclu : il n'a donc aucun poids dans les sphères de la politique, de la religion et de la loi.

Ainsi, nous affirmons que les pensionnaires de Geel sont plus ou moins exclus de la sphère du discours. Certes, ils sont intégrés, dans le sens qu'ils interagissent et communiquent avec les habitants « sains d'esprit ». Cependant, leurs paroles sont toujours considérées inférieures. Autrement dit, il est possible d'avancer que leurs paroles sont intégrées, reconnues, mais de façon discriminatoire. Il existe une hiérarchie des discours à Geel et celui des pensionnaires se situent au bas de l'échelle.

5.1.2 Famille

Selon l'hypothèse foucauldienne, le personnage du fou occupe, depuis la fin du Moyen Âge, un statut familial juridique particulier. Comme nous l'avons mentionné précédemment, jusqu'à la fin du 18^{ème} siècle, c'était la famille (et elle seule), qui avait le pouvoir d'interner un membre de la famille. Autrement dit, à cette époque, c'était à partir du système familial que le fou risquait d'être exclu. Bien que les familles d'aujourd'hui ne possèdent plus ce pouvoir, Foucault considère que le fou est toujours familialement exclu. En effet, Foucault explique qu'aujourd'hui⁶, le fou est encore juridiquement dépouillé de certains droits familiaux. Il utilise l'exemple des procédures de divorce qui ne sont pas accessibles au « malade mental » dans la même mesure qu'elles le sont pour le citoyen lambda (*ibid*). De plus, il note que le droit de disposer et de gérer ses propres biens n'est pas à la disposition du fou comme il l'est chez quelqu'un considéré sain d'esprit. À la lecture du texte de Roosens (1979), nous pouvons constater que les pensionnaires de Geel sont plus ou moins exclus de la sphère familiale.

⁶ Aujourd'hui correspond à la période où Foucault écrivait ses ouvrages, soit au milieu des années 1970.

Certes, les pensionnaires de Geel vivent certaines expériences d'inclusion. Premièrement, ils jouissent d'une vie familiale quasiment « normale » : ils ont leur propre chambre, ils ont une place à la table de dîner, et ils participent aux activités familiales. On est loin ici de l'institution asilaire décrit par Goffman (1961). Les pensionnaires sont également, et le plus souvent, considérés comme « les enfants » de la famille. Autrement dit, comme les enfants, ils reçoivent un traitement attentionné. Cependant, ce statut d'enfant empêche une pleine inclusion puisque les pensionnaires de Geel ne sont jamais considérés comme des adultes à part entière. De plus, tout comme le propose Foucault (2001), les droits familiaux des pensionnaires sont fragiles : en effet, ils ne font qu'officiellement partie de la famille dans la mesure où leurs parents nourriciers sont présents et aptes à s'occuper d'eux. En bref, il est évident que les pensionnaires « ne bénéficient pas [d'un] statut familial plein et entier » (p.497).

5.1.3 Production

Pour Foucault, depuis la fin du Moyen-Âge / milieu de la renaissance, le fou a été « celui qui s'éprouve lui-même, ou qui est éprouvé par les autres, comme incapable [...] ou exclu du travail » (Foucault, 2001, p.485). En situant les expériences soulevées par Roosens (1979) sur un continuum d'inclusion et d'exclusion, nous pouvons constater que cette forme d'exclusion se retrouve, dans une certaine mesure, à Geel. À Geel, les pensionnaires ne sont pas « dispensés » (p.485), ni considérés « incapables » (p.485) de participer au circuit de la production économique. Cependant, leur exclusion de cette sphère s'illustre par le fait qu'ils travaillent essentiellement de façon bénévole, et ce en raison des possibles bienfaits thérapeutiques. En effet, un des interviewés exprime de façon ironique qu' : « un bon malade est celui qui donne 25 litres de lait, pond 2 œufs par jour et ne demande aucun salaire au bout de la semaine » (p.44). En bref, les pensionnaires sont exclus de la sphère productive classique, qui est caractérisé par une certaine rémunération

(Tremblay et Alberio, 2014). Ainsi, on peut dire que les pensionnaires sont plus ou moins exclus de cette sphère : ils sont intégrés, dans le sens où ils ont l'opportunité, à plus d'un titre, de se livrer à des activités considérées comme productives. Cependant, leur travail n'est pas valorisé au même titre que celui des gens ordinaires : il possède une valeur symbolique puisque dépourvu de toute rémunération.

5.1.4 Loisir

Rappelons au lecteur que nous prenons une certaine liberté dans notre façon d'interpréter la sphère du jeu (Foucault, 2001). Au-delà du « jeu », les fous à Geel sont partiellement exclus de la sphère du loisir. Ainsi, ils peuvent jouir des activités dites de loisirs, mais pas au même titre que les habitants considérés sains d'esprit. Comme mentionné précédemment, ils ont le droit d'aller au cinéma, mais pas n'importe quand : un horaire spécifique leur sont réservés. Ils peuvent se promener dans les cafés, mais pas sans le risque d'être « [écarté] par des moyens indirects » (Roosens, 1979, p. 94). Dans la sphère du loisir, il est évident que les pensionnaires appartiennent à une catégorie à part. À titre d'exemple, les pensionnaires participent au cinéma et aux grandes fêtes au même titre que celui des enfants. Ceci fait directement référence à l'interprétation de Foucault (2001), qui mentionne que

dans toutes les sociétés, il existe quelque chose qui est de l'ordre du jeu ou de la fête, et il y a toujours des individus qui n'occupent pas, par rapport au jeu, la même position que les autres : ils en sont exclus, ou ils sont incapables de jouer, ou ils ont, par rapport au jeu, une situation particulière (p. 483).

5.1.5 Conclusion

En retraçant les expériences d'inclusion et d'exclusion des pensionnaires à la lumière de l'hypothèse de Foucault (2001), il est possible de constater que la folie à Geel occupe le même statut qu'ailleurs en occident. En effet, le discours des pensionnaires est considéré comme ayant

une valeur moindre, ces derniers ne jouissent pas des mêmes droits familiaux, ils sont explicitement exclus de la sphère productive classique, et enfin, ils occupent une position marginale dans toutes les activités qui relèvent du loisir. Nous considérons ainsi que la communauté de Geel « valide » la théorie du statut ethnologique de la folie de Foucault (2001). Dans la section suivante, nous proposons d'explorer cette proposition, tout en présentant une façon « autre » d'interpréter la théorie de Foucault.

5.2 L'implication de Geel pour la théorie du statut ethnologique de la folie

Afin de retracer l'histoire de la folie, Foucault s'est spécifiquement intéressé à la question de l'exclusion. Au lieu d'analyser ce qui était « admis, reconnu [et] valorisé par une société », il s'est plutôt intéressé à ce qui était « rejeté et exclu » (p. 478). De sa théorie sur les quatre systèmes d'exclusions, Foucault (2001) propose que le personnage du « fou » est explicitement et simultanément exclu des systèmes de la parole, de la production, du jeu et de la famille, tandis que les « autres » ne le sont pas. Autrement dit, Foucault comprend le statut ethnologique de la folie de façon binaire : un individu est exclu d'un système ou ne l'est pas. Nous avançons que, si la communauté de Geel permet de valider la théorie du statut ethnologique de la folie, elle permet aussi d'illustrer l'intérêt d'interpréter ce statut au-delà de la conception binaire proposé par Foucault.

Il est, en effet, indéniable que Geel a traité et géré « autrement » la folie. Pourtant, selon les observations de Roosens (1979), le personnage du « fou » à Geel est toujours exclu des quatre systèmes d'exclusion proposés par Foucault (au moins partiellement, nous y reviendrons). C'est dans ce sens que nous considérons que Geel illustre, de façon presque exemplaire, la validité de la théorie foucauldienne du statut ethnologique de la folie. Cela étant dit, les pensionnaires de Geel

jouissent également d'une forme d'inclusion exceptionnelle. Nous avançons deux exemples en particulier.

En premier lieu, les pensionnaires vivent, en moyenne, 23 ans chez leurs familles nourricières (Leduc, 1987). Bien que juridiquement, leurs droits familiaux ont une certaine fragilité, l'histoire le montre, les pensionnaires qui souhaitent vivre le reste de leur vie chez leur famille nourricière le font, et ce, sans difficulté particulière. Les familles nourricières de Geel, peu importe les raisons pour lesquelles elles ont accueilli un pensionnaire (en vue d'un profit ou non), deviennent pour ces derniers un lieu d'appartenance (Roosens, 1979).

En deuxième lieu, les pensionnaires sont certes exclus de la sphère productive classique, mais cette exclusion ne se traduit pas de la même façon que dans les autres pays occidentaux. À Geel, les pensionnaires jouissent, malgré leur non-participation au travail rémunéré, d'une certaine stabilité financière. Ils vivent dans une maison qui leur « appartient », possède une chambre privée, ont de la nourriture à leur disposition. Les pensionnaires ne sont donc pas en mode « survie » et peuvent se projeter à plus ou moins long terme. Ces expériences d'inclusion nous apportent ainsi à interpréter la théorie du statut ethnologique de la folie au-delà de la conception binaire présenté par Foucault. Le fou peut être plus ou moins exclu de chaque système individuellement. Il peut donc partiellement être exclu à la fois des quatre sphères (travail, parole, famille et jeux).

En situant le statut ethnologique de la folie sur un continuum, nous pouvons dire que le personnage du fou à Geel présente des similarités statutaires avec le reste des pays occidentaux, tout en avançant que ces derniers vivent des expériences remarquables d'inclusion. Nous convenons que, comme Foucault (2001) le propose, l'expérience de la folie en occident est caractérisée par l'exclusion simultanée de la sphère du discours, de la production, de la famille et

du jeu. Cependant, ce que Geel nous apprend, c'est que ces formes d'exclusion ne se traduisent pas de la même façon en fonction des approches privilégiées vis-à-vis la prise en charge des troubles de santé mentale. Autrement dit, si la totalité de nos sociétés occidentales font « bénéficier le fou du même vieux statut que l'on retrouvait [...] dans nos sociétés primitives » (p. 499), les façons d'accueillir la folie, elles, varient d'une société à l'autre. Nous considérons qu'en adoptant une conception binaire du statut ethnologique, aucune distinction ne peut être établie entre ces façons diverses de gérer et traiter la folie. En effet, selon une conception binaire/catégorielle de la folie, Geel serait invisibilisé dans sa façon « autre » d'aborder la question de la santé mentale. Notre hypothèse est qu'en situant la théorie du statut ethnologique de la folie sur un continuum, nous ouvrons la porte à la possibilité d'évaluer l'impact des modèles de prise en charge de la folie sur le degré d'inclusion du personnage du « fou » dans une société donnée. En bref, la communauté de Geel permet de valider la théorie du statut ethnologique de la folie, tout en illustrant la pertinence de l'interpréter au-delà de sa conception binaire. Notre mémoire constitue donc quelque part un plaidoyer en faveur d'une approche dimensionnelle du statut ethnologique de la folie.

5.3 Geel : un modèle exemplaire du care?

Au sein de mon parcours personnel, je peux nommer deux expériences ayant marqué ma perception du sujet exploré dans le cadre de ce mémoire. Je me propose de vous les partager afin ensuite d'établir des liens de façon plus large avec la discipline du travail social. Cette première expérience remonte à l'année 2004, lorsque mes parents m'ont annoncé qu'ils « étaient tombés en amour » avec une vieille maison. La maison (qui n'était pas à vendre) était habitée par un homme qui s'appelait George, âgé de 86 ans. Mes parents, pouvant tellement imaginer notre famille vivre au sein de cette maison, se sont aventurés et ont frappé à la porte. À leur surprise, George leur fit une proposition : il accepta de nous vendre sa maison, aussi longtemps que nous acceptions de

vivre avec lui. Vivant seul depuis la mort de sa femme, et étant confronté à une perte d'autonomie, George fut heureux par l'idée de vivre en compagnie d'une jeune famille. Mes parents, habitués à l'expérience du « vivre ensemble », n'ont pas pris longtemps avant d'accepter. Jusqu'à la fin de ses jours, George partagea donc sa vie avec nous. Il dinait avec nous, nous accompagnait à l'église les dimanches, et était présent lors de toutes nos célébrations familiales. Voilà, à l'âge de 7 ans, ma première expérience avec le « vivre ensemble ».

Ensuite, lors de ma première année à l'Université d'Ottawa, j'ai déménagé à *La Source*, une maison habitée par cinq « membres de cœur », soit des individus atteints d'une déficience intellectuelle. La Source est une de cinq maisons à Ottawa qui fait partie de la communauté internationale de l'Arche. Grosso modo, l'Arche est une communauté où des individus *avec* et *sans* déficiences intellectuelles vivent ensemble, partageant ainsi la vie quotidienne. Mon père, qui a travaillé à l'Arche pendant plusieurs années, m'avait souvent parlé de cette communauté et de ses valeurs fondamentales, notamment celui de l'interdépendance, soit un constat philosophique que personne n'est jamais pleinement autonome. À partir de ces valeurs, les « assistants » de l'Arche sont appelés à développer, avec les membres de cœurs, des amitiés où chacun donne et reçoit. L'Arche se différencie par son approche relationnelle : les liens qui se créent dans ces communautés reflètent une ouverture à la création de relations réciproques, l'idée étant que nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres.

Ces expériences (soit mon vécu avec George et mon appartenance à la communauté de l'Arche) ainsi que mon intérêt pour la communauté de Geel, ont une chose en commun : ce sont des exemples alternatifs du « vivre ensemble », de *se soucier d'autrui* et de *recevoir des soins*. Effectivement, face à la vulnérabilité de George, des « membres de cœurs » de l'Arche, et des pensionnaires de Geel, des réponses fondées sur la « relation » (ou lien social) ont été apportées.

Cette première conclusion nous amène directement à la section suivante, où nous aborderons la question de l'éthique du *care*. Bien que cette théorie pourrait faire l'objet d'un mémoire à lui seul, nous souhaitons l'introduire (même partiellement), puisque nous considérons qu'elle est très pertinente pour conceptualiser le système de Geel.

La théorie du *care* tient son origine d'une étude publiée par Carol Gilligan dans les années 1980 aux États-Unis. Cette auteure affirme, à partir d'une étude de psychologie morale, que les critères de décisions morale sont différents chez les hommes et les femmes. Ainsi, les hommes privilégieraient une logique de calcul alors que les femmes favoriseraient la valeur de la relation (Zielinski, 2010). C'est à partir de ce constat que Gilligan développa le paradigme du *care*, englobant tout ce qui a trait à notre « capacité de prendre soin d'autrui » (Gilligan, p. 37). La théorie de Gilligan, largement critiquée aujourd'hui, présente le *care* comme étant une disposition féminine (Zielinski, 2010).

Joan Tronto amène, par la suite, son grain de sel au débat scientifique et revendique le positionnement du *care* comme étant une aptitude naturelle dont certains ne seraient pas dotés (Zielinski, 2010). Cette auteure propose une re-définition du *care* comme étant une activité, voir une série d'expériences (*ibid*). Selon la théorisation de Tronto, l'éthique du *care* dépasse donc l'espace du féminisme (cf. théorie de Gilligan) pour se poser la question suivante : « comment prendre soin de la société et du monde dans lequel nous vivons? » (Zielinsky, 2010, p.632). Les principes fondamentaux de l'éthique du *care* sont l'interdépendance, soit le constat que personne n'est jamais pleinement autonome, et notre vulnérabilité commune, soit une reconnaissance que la fragilité est un élément caractéristique de l'existence (*ibid*). Dans ce contexte, les relations de soin, lorsqu'elles sont sous-tendues par les principes du *care*, ont le potentiel de devenir plus justes et humaines (*ibid*).

Nous considérons que la communauté de Geel reflète, par sa façon alternative de prendre en charge la maladie mentale, plusieurs des éléments de la théorie du *care*. Affirmer cela ne signifie pas pour autant que la communauté de Geel a été construite à partir d'un désir philanthropique de prendre *soin* des pensionnaires et de créer des liens avec eux. Nous avons, en effet, montré dans notre section *résultats* que cette hypothèse était fautive: c'est à partir de considérations économiques que Geel s'est développé. Ce que nous souhaitons davantage mettre en lumière ici, c'est que lorsque la « relation » est l'élément central dans notre réponse à la vulnérabilité sociale et psychologique, des modèles exemplaires de *care*, tels que celui Geel et de l'Arche, ont le potentiel d'émerger.

Au-delà des éléments plus théoriques abordés dans le cadre de cette discussion, notre étude nous a également menés à réfléchir de façon plus précise sur l'intervention en santé mentale. Dans cette section, nous présenterons certains principes qui façonnent actuellement l'intervention dans ce domaine, pour ensuite illustrer en quoi Geel présente certaines spécificités.

De façon succincte et rapide, on peut dire qu'aujourd'hui en occident, l'intervention en santé mentale vise largement l'état « d'aller mieux ». Selon Courtemanche (2018) :

« aller mieux » c'est se rapprocher des normes qui définissent ce que c'est que d'être ou de ne pas être en bonne santé mentale à une époque donnée. [Aujourd'hui], le chemin vers l'aller mieux passe par le développement et l'exercice de son autonomie (p.34)

En effet, de nos jours, l'autonomie est une norme sociale qui se situe au cœur des pratiques en travail social: d'un côté, nous considérons que la capacité d'être *autonome* caractérise l'individu en bonne santé mentale, et de l'autre, *l'autonomie* de l'individu est la finalité souhaitée par nos formes d'intervention (Ehrenberg, 2000). Cette valorisation de l'autonomie a été confirmée par certains chercheurs qui ont étudiés, de façon respectueuse, la question des troubles dépressifs (Ehrenberg, 2000; Moreau, 2009; Otero, 2012). Ces auteurs ont réussi à montrer que les

manifestations des troubles dépressifs sont considérées comme étant problématiques, car elles mettent notamment en lumière une incapacité de répondre aux exigences sociales liés à l'autonomie.

L'autonomie constitue une norme sociale extrêmement valorisée et demeure donc un vecteur central de l'intervention en santé mentale. Ainsi, on souhaite que les usagers puissent vivre dans un logement autonome (ACSM, 2014). En effet, les interventions qui, auparavant, avaient lieu au sein d'institutions (ou qui prônaient l'institutionnalisation), commencent aujourd'hui à se faire au sein du milieu de vie des personnes: voilà pourquoi, en occident, les Équipes Communautaires de Traitement Intensif sont considérés comme la « Cadillac » des services en santé mentale. Dans la quasi-totalité des pays occidentaux, vivre de façon autonome (comme pour le statut ethnologique du fou, il convient de conceptualiser l'autonomie sur un continuum) constitue une façon de montrer que nous *allons mieux* (*ibid*).

Ajoutons que, si l'état d'aller mieux passe par l'exercice de son autonomie, elle s'incarne plus précisément dans le fait de pouvoir « fonctionner » de façon autonome (*ibid*). Cette capacité de « fonctionner » s'actualise, dans les sociétés contemporaines occidentales, par l'intégration au travail (Poirel et Weiss, 2014). En effet, c'est à partir de pratiques centrées sur l'autonomie (comme l'autogestion), qu'il est espéré que l'utilisateur deviendra plus « fonctionnel », soit qu'il développera les habiletés nécessaires afin de s'intégrer au marché du travail. Aujourd'hui, en ce qui concerne le rôle des intervenants sociaux, « il s'agit d'équiper les [usagers] afin qu'ils puissent prendre soin d'eux-mêmes, [et de] devenir en quelque sorte leurs propres entrepreneurs (Dorvil, 2007, p. 3). En gros, l'intervention en santé mentale vise *l'aller mieux*, soit un processus valorisant l'accompagnement des usagers afin qu'ils puissent *fonctionner* (voir travailler) de façon plus

autonome. En adoptant cette conception de *l'aller mieux*, il est évident que nous laissons dans les marges tous ceux pour qui ces exigences sociales ne sont pas atteignables.

Nous avançons que, selon les observations de Roosens (1979), les pensionnaires de Geel sont en quelque sorte exonérés de cette exigence d'autonomie⁷. En effet, à Geel, la dépendance des pensionnaires est acceptée comme faisant partie de leur existence, et aucune intervention ne semble mise en place afin d'y mettre un terme. Cela ne veut cependant pas dire que le modèle de Geel ne croit pas en la capacité des pensionnaires se développer ou de s'émanciper. Bien au contraire. Il s'agit plutôt d'accroître certaines connaissances et habiletés sociales afin de rendre possible la vie en commun. Enfin, l'exemple de Geel illustre qu'il est possible de créer un modèle de soins à partir duquel l'état *d'aller mieux* se traduit par un meilleur sentiment d'équilibre, voire un meilleur sentiment de *bien-être*, et non un simple meilleur degré *d'autonomie* et de *fonctionnement social*.

5.4 La mise en place d'un modèle connexe ailleurs en occident

La possibilité de mettre en place une communauté comme celle de Geel ailleurs en occident est une question qui, pour nous, reste posé. Cependant, nous souhaitons tout de même nommer l'élément que nous considérons nécessaire à sa mise en place. Selon les documents recensés dans le cadre de ce projet, nous considérons que le modèle de Geel a réussi à persister à travers les années, c'est grâce au fait qu'il toujours été reconnu institutionnellement.

À Geel, les familles sont reconnues pour leur travail : elles sont rémunérées et ont communément accès à des services de répit. Cependant, cette reconnaissance institutionnelle ne

⁷ Il convient de noter que, en 1979, la norme d'autonomie n'était pas encore à son apogée. Elle ne faisait que commencer à émerger. Nous convenons que nous analysons une problématique datant de 40 ans à la lumière de normes sociales contemporaines.

s'est pas traduite en une mise en place de pratiques standardisées, basées sur des données probantes. Ainsi, les familles nourricières bénéficient d'une certaine flexibilité : elles peuvent expérimenter, trouver leur rythme, et finalement, développer ensemble (familles et pensionnaires) des connaissances et habiletés afin de rendre possible la vie en commun. Le vivre ensemble n'est pas institutionnalisé ni normé; ne le sont que les moyens pour le mettre en place.

Actuellement en occident, cette flexibilité est rarement accordée dans le domaine de l'intervention sociale. En effet, selon la Nouvelle Gestion Publique (NGP), modèle managérial qui domine aujourd'hui la gestion des services de santé et sociaux, l'intervention sociale doit pouvoir être objectivée et quantifiable (Bellot et al., 2013). Ainsi, les pratiques fondées sur les données probantes, issues du modèle biomédical, sont de plus en plus valorisées aujourd'hui en travail social (Courtier et Carrier, 2005). Selon nous, l'exemple de Geel illustre la possibilité de faire autrement. En effet, malgré l'absence de pratiques standardisées et évaluées à Geel, les familles nourricières et les pensionnaires vivent en commun, sans difficulté particulière, et ce depuis le 13^{ème} siècle. En bref, si nous cherchons à créer des espaces comme celui de Geel ailleurs en Occident, nous considérons important que le modèle soit reconnu par les institutions en place (notamment par le biais du financement), tout en laissant aux familles / groupes communautaires une certaine flexibilité dans leur façon de s'organiser et de s'approprier la pratique du vivre ensemble.

Conclusion

Notre intérêt initial était d'établir des liens entre le modèle de Geel et la façon dont nous gérons et traitons la maladie mentale en occident. Afin de trouver des pistes de réponses à cette question, nous avons effectué une revue de la littérature. Celle-ci fut divisée en deux sections. Dans la première, nous avons retracé l'histoire de la santé mentale en occident, en passant par trois périodes marquantes, soit celle du grand renfermement, de la forme asilaire, et du grand désenfermement. Ensuite, dans la deuxième section, nous avons situé la communauté de Geel au sein de cette histoire. Cette revue de la littérature (que l'on peut qualifier de socio-historique) nous a permis de décrire l'état des lieux en ce qui a trait à l'intervention auprès d'individus ayant un trouble de santé mentale en Occident et à Geel.

La spécificité de Geel, comparé à la quasi-totalité des modèles occidentaux (en tous les cas à notre connaissance), est qu'elle a réussi à échapper à la forme asilaire. De ce fait, nous sommes intéressés à savoir si le personnage du « fou » à Geel occupait le même statut qu'ailleurs en Europe et en Amérique du Nord. Autrement dit, à quel point les questions de la définition de la folie et de l'enfermement sont liées. C'est à la lumière de l'hypothèse de Foucault (2001), selon laquelle l'expérience de la folie dépasserait la question de l'enfermement et du désenfermement, que nous avons tenté de répondre à cette question.

Afin de déterminer la validité du postulat théorique de Foucault auprès de la communauté de Geel, nous avons fait le choix d'entreprendre une recherche sur documents, telle que décrite par Cellard (1997). Pour ce faire, nous avons choisi l'œuvre de Roosens (1979) *Des fous dans la ville*, étude longitudinale portant sur les interactions entre les pensionnaires et les habitants de Geel. Ensuite, nous avons conçu une grille d'analyse fondée sur les quatre catégories d'exclusion qui émergent de la théorie de Foucault. Enfin, nous avons fait une lecture du livre de Roosens (1979)

afin de regrouper les sections correspondant aux catégories préétablies, soit celles du discours, de la production, de la famille et du jeu.

Selon les résultats, nous avons pu constater que, dans la sphère du discours, de la famille, de la production et du jeu, les pensionnaires de Geel occupent une position marginale. Néanmoins, nous avons également pu analyser que les pensionnaires de Geel vivent plusieurs expériences d'inclusion. Nous considérons qu'en adoptant une conception binaire du statut ethnologique, aucune distinction ne peut être établie entre ces façons diverses de gérer et traiter la folie. En effet, selon une conception binaire/catégorielle de la folie, Geel serait invisibilisé dans sa façon « autre » d'aborder la question de la santé mentale.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes posé la question suivante : comment pouvons-nous convenir que les pensionnaires de Geel sont à la fois exclus et inclus de la sphère du discours, de la famille, de la production et du jeu ? Afin de conjuguer ces expériences d'exclusion et d'inclusion, nous avons proposé de situer la théorie de Foucault sur un continuum. Ce faisant, il serait désormais possible de distinguer l'impact qu'ont différents modèles de prise en charge de la folie sur le degré d'inclusion du personnage du « fou » dans une société donnée. En bref, à partir de l'exemple de Geel, nous avons montré que la théorie foucauldienne du statut ethnologique de la folie se devait d'être comprise de façon dimensionnelle et donc au-delà de sa conception binaire.

Enfin, à partir de nos résultats de recherche, nous avons établi des liens avec la discipline du travail social et l'intervention en santé mentale. En premier lieu, nous considérons que si le modèle de Geel a survécu au fil des années, c'est parce qu'il a été reconnu par les institutions en place. En effet, le travail des familles nourricières est reconnu et rémunéré, et ces dernières ont toujours accès à des services de répit offerts par l'OPZ. Cependant, à Geel, cette reconnaissance

institutionnelle ne s'est pas traduite par la mise en place de pratiques standardisées et basées sur des données probantes. Les familles bénéficient ainsi d'une certaine flexibilité : elles peuvent expérimenter, trouver leur rythme, et finalement, développer ensemble (familles et pensionnaires) des connaissances et habiletés afin de rendre possible la vie en commun. La création d'espaces tels que celui de Geel ailleurs en Occident doit tenir compte de cet élément. Nous avons également explicité dans notre discussion qu'un des vecteurs centraux de l'intervention en santé mentale en occident était la norme d'autonomie. Geel nous a montré qu'il était possible de créer un modèle de soins à partir duquel l'autonomie (et plus globalement le fonctionnement) n'est pas synonyme d'*aller-mieux*. Ce sont deux concepts distincts qui sont souvent hélas confondu dans de nombreuses interventions en santé mentale.

Notre recherche, tel que nous l'avons menée, comporte quelques limites. Premièrement, dû à notre dispositif méthodologique, nous n'avons pas pu interroger les familles, et donc, n'avons pas pu approfondir certains points. Aussi, dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes concentrés sur un livre publié il y a plus de 40 ans, laissant peu de place à l'expérience actuelle des pensionnaires et familles nourricières de Geel. Il aurait été intéressant d'utiliser plus qu'une source documentaire, cependant, ceci ne fut pas possible en raison des limites de temps reliées à la réalisation du mémoire et au manque de documentation sur le sujet.

En guise de conclusion, nous aimerions offrir une suggestion de piste de recherche aux futures personnes qui s'intéresseront à la communauté de Geel. Nous pensons en effet qu'il serait intéressant d'étudier la façon dont les relations entre les familles nourricières et les pensionnaires de Geel évoluent avec le temps. Parmi l'ensemble des articles recensés dans le cadre de ce projet, nous avons constaté que peu d'auteurs s'étaient attardés sur cette question. Bien qu'il soit sous-entendu que la relation se transforme au fil des années, celle-ci demeure cependant rarement

explorée. En effet, très peu d'études ont été menées à Geel depuis celle de Roosens (1979) et celle-ci s'est uniquement concentrée sur les relations des pensionnaires à l'extérieur du milieu familial. Une étude plus poussée quant aux relations entre les familles nourricières et les pensionnaires de Geel serait pertinente pour l'intervention en santé mentale.

Bibliographie

- Allaire, D. (1988). Questionnaires: mesure verbale du comportement. In M. Robert (dir.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3^e édition) (p. 229-275). Saint-Hyacinthe: Edisem.
- Association canadienne pour la santé mentale. Repéré le 13 mars 2020 à <https://cmha.ca/fr/documents/logement-pour-personnes-souffrant-de-problemes-de-sante-mentale>
- Bellot, C., Jetté, C., & Bresson, M. (2013). *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. Presses de l'Université du Québec.
- Boudreau, F. (2003). De l'asile à la santé mentale : les soins psychiatriques : histoire et institutions. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Carty, R., Breault, G. (1967). Gheel: A Comprehensive Community Mental Health Program. *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 5, no. 6, pp. 281–85. *Scholars Portal Journals*, doi:[10.1111/j.1744-6163.1967.tb01207.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1967.tb01207.x).
- Castel, R. (1973). Le grand désenfermement. Dans *Le psychanalyste* (p. 202-233). Paris: Librairie François Maspéro
- Capocci, H. (2015). Pour que la terre tourne plus juste!, p.1-9, Fédération Wallonie Bruxelles, Entraide et fraternité, repéré en ligne le 22 février 2020, https://www.entraide.be/IMG/pdf/analyse_responsabilite_individuelle_04.2015-3.pdf
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives], *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 276-296). Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur.
- Cellard, A. & Nadon, D. (1986). *Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec*.
- Cuvelier, F., (1974). De interaktie tussem Osychiatrisch Patient en GeelsPleggzin, Louverain, Faculteit der Psychologie en Pedagogische Wetenschappen
- Courtemanche, A. (2018). *Le cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux : une analyse des politiques et plans d'action québécois en santé mentale de 1989 à 2015. Mémoire*. Montreal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en travail social
- Couturier, Y. & Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent. *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 68–79.
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12 (2), 144

157. <https://doi.org/10.7202/030407ar>

- Dorvil, H. (2007). Introduction. L'intervention sociale. Dans Dorvil, H. (dir.), *Problèmes sociaux. Théories et méthodologie* (Vol. IV, p. 1-13). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Dorvil, H., Charpentier, N. (1996). Discontinuité des soins, manque de support aux familles et syndrome de la porte tournante, *Soumis, Sciences sociales et Santé*
- Dorvil, H., (1988), *Histoire de la Folie dans la communauté*, Éd. Émile Nelligan, Montréal. *Santé mentale au Québec*, 14 (1), 206–208. <https://doi.org/10.7202/031503ar>
- Dorvil, H., Guttman, H. et Cardinal, C. (1997). 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996. Dans Comité de la santé mentale du Québec (dir.), *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 109-161.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi: Dépression et société*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2014). Faire société à travers l'autonomie. *Recherche et formation. Open Edition Journals*, 76-2014, 107-118. Récupéré de <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2256>
- Fauvel et Dupond (2018). *La fin de l'asile? : Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*, Collection "Histoire", Rennes, France.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M., (2001). *La folie et la société. Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, 2001, p. 477, 499. (ISBN : 2-07-076290-4)
- Garant, L. (1985). *La désinstitutionnalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature*, Québec, Ministère des Affaires sociales.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les éditions de Minuit
- Goffman, E. (1961). *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City: Anchor Books.
- Goldstein, J. L., Godemont M. L. (2003). The legend and lessons of Geel, Belgium: A 1500-year-old legend, a 21st-century model. *Community Mental Health Journal; New York*, vol. 39, no. 5, pp. 441–58. *ProQuest*, doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1025813003347>.
- Harvey, D. (2007). *A brief history of neoliberalism*. Cary: Oxford University Press.
- Hughes, E., (1996). *Carrières, cycles et tournants de l'existence*. Dans *Le regard sociologique*:

- essais choisis, Jean-Michel Chapoulie (dir.), Paris: Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales, p. 165-73.
- Jay, H. (2015). The Geel question. *The Psychologist*.
<https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-28/september-2015/geel-question>. Accessed 26 Sept. 2019.
- Kesey, K. (1962). *One Flew Over the Cuckoo's Nest*. New York: Penguin Books.
- Klein, A., Thifault, M., & Guillemain, H. (n.d.). *La fin de l'asile? : histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*. Presses universitaires de Rennes.
- LeBreton, D. (2012). Les grands axes théoriques de l'interactionnisme. Dans : , D. Le Breton, *L'interactionnisme symbolique* (pp. 45-98). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Leduc, A. (1987). Histoire du traitement familial à Geel. *Santé mentale au Québec*, vol. 12, no. 1, p. 156. *DOI.org (Crossref)*, doi:[10.7202/030384ar](https://doi.org/10.7202/030384ar).
- The Work of Karl Marx. Vol. II, no. 16, Apr. 1887, p. 44–.
- Moreau, N. (2009). *État dépressif et temporalité : contribution à la sociologie de la santé mentale*. Montréal: Liber.
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 65–89. <https://doi.org/10.7202/1002460ar>
- Otero, M. (2012). *Ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal : Les Éditions du Boréal.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin
- Perreault, I., Guilbault, M. (2014). *Des molécules dans la fosse aux serpents: réformes institutionnelles, thérapeutiques et politiques au Québec, 1940-1970*.
- Poirel, M-L., Weiss, B, (2014). Vous avez dit intégration? Dans M.-C. Doucet et N. Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui*(p. 159-179). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Roosens, E., (1979). *Des fous dans la ville*, P.U.F, Paris.
- Roosens, E., Van de Walle, L., (2007). *Geel Revisited: After Centuries of Mental Rehabilitation*. Antwerp, Garant, Print.
- Sans, P. (1991). *Soins et placement en famille d'accueil*. Isbn 2-89022-218-7, p.1-346.

Sans, P. (1997). *Le Placement familial : ses secrets et ses paradoxes : étude anthropologique, sociologique, politique, psychopathologique et institutionnelle*. Ed. L'Harmattan.

Savoie-Zajc et Anadón, (2009). Introduction L'analyse qualitative des données. Dans *Recherches qualitatives*, volume 28, numéro 1, p.1-60. ISSN 1715-8702

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry : from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: New York : John Wiley & Sons, c1997.

Smart, B. (n.d.). *Michel Foucault* (Rev. ed.). Routledge.

Voldman, D. (2008). Isabelle Von Buelzingsloewen, *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, 508 p., *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 55-4(4), 234-234. doi:10.3917/rhmc.554.0234.

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care: Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, tome 413(12), 631-641. doi:10.3917/etu.4136.0631.