

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne
École doctorale de géographie

2010

Thèse de doctorat de géographie

Magali COLDEFY

**De l'asile à la ville : une géographie
de la prise en charge de la maladie mentale en France**



Sous la direction de Denise PUMAIN, Professeure, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Soutenance le 22 juin 2010

Membres du jury :

Michel BUSSI, Professeur, Université de Rouen

Sarah CURTIS, Professeure, Université de Durham, Royaume-Uni

Serge KANNAS, Psychiatre hospitalier, Coordinateur de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Véronique LUCAS-GABRIELLI, Maître de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Graham MOON, Professeur, Université de Southampton, Royaume-Uni

Denise PUMAIN, Professeure, Université de Paris 1

Alain VAGUET, Maître de conférences, Université de Rouen

L'Université Paris I Panthéon-Sorbonne n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions devront être considérées comme propres à leurs auteurs.

Convention CIFRE-n°351/2006

Image couverture : Berrang, *Berceau de la fantaisie*, Atelier du non-faire

Prologue

Paris, le 22 juin 2010

Bulletin de sortie de Mlle M.

Admise dans le service du Dr Pumain en septembre 2004, la patiente Mlle M. a montré une excellente compliance au traitement et est autorisée à sortir de l'établissement le 22 juin 2010. Son état est jugé stabilisé. La patiente est très reconnaissante envers l'équipe soignante qui l'a accompagnée toutes ces années et tient à retracer son itinéraire au sein du secteur 75GEO.

Mlle M. est venue rencontrer le Dr Pumain en septembre 2004, sur les conseils de différentes personnes, anciens patients du Dr Pumain et collègues. Elle avait également lu certains ouvrages de l'éminente Dr Pumain et pensait que celle-ci serait le meilleur praticien pour l'aider.

Elle obtient un rendez-vous très rapidement et présente ses problèmes. Le docteur l'écoute attentivement et bien que Mlle M. ne dépende pas de son secteur géographique (elle avait été suivie auparavant par les équipes spécialisées en santé des secteurs 92G10 et 34G03), accepte de la prendre en charge dans son service.

Mlle M. présente certains troubles de la personnalité, elle est suivie dans un service de géographie mais a du mal à accepter cette identité qu'elle a l'impression d'emprunter. Elle ne sait pas exactement ce qu'elle est : sociologue, démographe, chercheuse en santé, apprentie-géographe. Elle se revendique des sciences sociales, son seul repère identitaire.

Après quelques séances, le diagnostic du Dr Pumain est ferme, Mlle M. souffre d'un trouble doctoral (forme particulière des troubles de la personnalité anankastique caractérisés « *par un sentiment de doute, un perfectionnisme, une scrupulosité, des vérifications et des préoccupations pour les détails, un entêtement, une prudence et une rigidité excessives* » (Classification internationale des maladies, 10^e révision)). Cette pathologie dont la prévalence exacte n'est pas connue, touche essentiellement des individus jeunes, ayant un diplôme d'études supérieures. Le nombre de cas recensés est particulièrement important dans les grands centres urbains sièges d'université. Hommes et femmes peuvent être affectés de la même manière, bien que certaines sous-catégories de la maladie présentent des ratios hommes/femmes très différents. Si les premiers symptômes de la maladie apparaissent en général vers 22-23 ans, le cas de Mlle M. se distingue par le développement tardif des premiers symptômes. La pathologie s'est en effet déclenchée chez la jeune femme à l'approche de la trentaine.

Les symptômes de la maladie sont les suivants : troubles de l'humeur et cyclothymie, la patiente peut passer de phases d'enthousiasme très intenses avec une forte labilité émotionnelle lorsqu'elle évoque son sujet, à des sentiments d'angoisse, d'anxiété très prégnants quant à sa capacité à avancer. La pathologie s'accompagne également de nombreux symptômes tels que des maux de tête, une irritabilité, une diminution de la tolérance au stress, une dégradation du sommeil et une perte d'appétit accompagnée parfois de quelques accès boulimiques compulsifs. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, et fréquemment des idées de culpabilité (notamment à l'approche des soirées, des week-ends et des vacances) ou de dévalorisation du travail effectué. Nous observons également fréquemment une altération significative des modes de comportement qui étaient habituels au sujet avant la survenue de la maladie. Les personnes souffrant de trouble doctoral tendent ainsi à s'isoler socialement, restant seuls à ruminer leurs obsessions.

Dans le cas de Mlle M., la maladie s'est développée dans un milieu fortement pathogène. Diplômée en démographie et en sociologie, Mlle M. travaille dans un Observatoire Régional de la Santé. L'observation des fortes disparités territoriales de santé en région Centre lui donne envie de s'initier à la géographie de la santé. Elle rencontre alors le

Dr Picheral, spécialiste réputé exerçant à Montpellier, qui lui fait découvrir la discipline. Malheureusement, Mlle M. changera de travail en cours d'année et ne pourra finir son apprentissage. Elle travaille désormais à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé (DREES) comme chargée d'études sur l'offre de soins en psychiatrie. Elle découvre avec enthousiasme le milieu « psy », est passionnée par son sujet, aidée en cela par sa fréquentation de professionnels, médecins ou décideurs investis dans ce vaste champ. Mais là encore, les disparités territoriales d'offre de soins sont criantes et l'idée de la nécessité d'une formation complémentaire en géographie réinvestit l'esprit de la patiente. Elle en parle à la DREES qui va lui permettre de réaliser son projet. Le service du Dr Picheral a fermé et l'offre de soins en géographie de la santé est très limitée dans notre pays. Elle se tourne alors vers le service du Dr Salem à Nanterre qui, là aussi, l'accepte malgré son trouble de l'identité géographique. Le Dr Salem et son équipe vont lui permettre de finaliser sa formation en géographie de la santé et de découvrir lors de son mémoire les nombreux travaux étrangers réalisés en matière de géographie de la santé mentale. C'est là le facteur déclenchant de la maladie : « Il n'est pas possible de laisser la psychiatrie française absente de ces recherches en géographie ! ». C'est alors que la patiente rencontre le Dr Pumain pour lui expliquer son projet, son obsession, ses troubles identitaires. Le Dr Pumain diagnostique immédiatement le trouble doctoral en géographie et lui propose un suivi dans son service de pointe. Le suivi doit être intense et Mlle M. ne parvient à suivre le traitement avec son emploi à temps plein au Ministère. Elle va donc chercher les moyens de se consacrer davantage à sa prise en charge. Elle mettra deux ans à obtenir un temps partiel thérapeutique à travers une convention CIFRE de l'ANRT. Pendant les trois années qui vont suivre, Mlle M. est prise en charge en accueil familial thérapeutique à l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Elle est très bien intégrée et bénéficie de conditions d'accueil exceptionnelles. L'encadrement soignant est d'une qualité rare, veille à son état de santé, à son bien-être, à ses conditions de réalisation professionnelle et personnelle. La patiente tient à remercier toute l'équipe soignante de l'IRDES et plus particulièrement Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Dominique Goldfarb, Catherine Sermet, pour leur soutien et leurs encouragements, mais aussi leur respect du temps précieux consacré à sa thèse, à son soin. François Tonnellier a fourni de précieux conseils à la lecture des écrits de la patiente. Dans

le cadre de cette prise en charge en accueil familial thérapeutique, Mlle M. est également extrêmement reconnaissante envers les éducateurs spécialisés qui ont toujours répondu présents pour l'aider dans ses activités thérapeutiques statistiques, informatiques ou infographiques (Aurélié Pierre, Marc Perronnin, Nelly Le Guen, Franck-Séverin Clerembault, Aude Sirvain, entre autres). Les autres membres de l'équipe soignante ne sont pas cités ici car trop nombreux, mais ont tous participé à l'amélioration de l'état de santé de la patiente, que ce soit à travers les conditions de travail, le matériel informatique mis à disposition, les discussions informelles dans les couloirs, le café thérapeutique du matin, les déjeuners ensemble le midi. Et Mlle M. sait la chance qu'elle a eu d'être accueillie dans cette famille hors du commun.

Mlle M. a également été prise en charge au centre médico-psychologique (CMP) « CMP Géographie-Cités » situé rue du Four. Elle a là aussi bénéficié de personnels soignants toujours à l'écoute et disposés à l'aider, lui fournissant de précieux conseils lors d'exercices thérapeutiques cartographiques ou statistiques. La patiente remercie particulièrement Hélène Mathian, Liliane Lizzi et Timothée Giraud pour leurs réponses toujours rapides aux appels à l'aide répétés qu'elle leur a lancés. C'est au CMP qu'elle rencontre régulièrement le Dr Pumain pour faire le point sur sa maladie. Toujours encourageante, rassurante, le Dr Pumain a su redonner confiance à la patiente lorsqu'elle baissait les bras, a su l'accompagner toutes ses années, se rendre disponible malgré son emploi du temps chargé. Le docteur a également su la convaincre de l'intérêt de son sujet, de sa valeur, des progrès de son traitement et de la nécessité de s'accrocher malgré les difficultés. Mlle M. lui est extrêmement reconnaissante pour son soutien permanent. Le CMP est aussi un lieu où Mlle M. pouvait rencontrer d'autres patients suivis dans le même service. Leur fréquentation a beaucoup apporté à Mlle M., elle a pu partager avec eux ses angoisses, trouver des réponses, se sentir moins isolée face à ses difficultés et bénéficier de leur expérience de malade. Certains en étaient sortis, d'autres étaient là depuis longtemps, de nouveaux patients arrivaient chaque année et remplissaient les couloirs du CMP.

Mlle M. a également été suivie en ambulatoire par le Dr Curtis, réputée internationalement pour ses découvertes et progrès thérapeutiques en matière de géographie de la santé mentale. Le Dr Curtis a même invité la patiente lors de quelques séjours thérapeutiques

dans son service à Londres, puis à Durham. Ces séjours furent particulièrement enrichissants et bénéfiques pour la patiente qui a pu y faire d'importants progrès. La distance a cependant rendu difficile un suivi plus régulier, mais les échanges et l'accueil reçu lors de ces séjours tiennent à cœur à la patiente et lui ont ouvert de nombreuses perspectives intellectuelles. Elle est très reconnaissante envers le Dr Curtis pour la disponibilité qu'elle a su lui consacrer et le bénéfice scientifique de ces séjours thérapeutiques britanniques.

L'amélioration de l'état de santé de la patiente doit également beaucoup à sa fréquentation de clubs thérapeutiques, tels le Groupe d'entraide mutuelle (GEM) de Lisbonne. Dans ce cadre convivial et stimulant, la patiente échangeait des idées (parfois délirantes) avec d'autres patients ou ex-patients qu'elle remercie vivement et avec lesquels elle espère bien continuer l'aventure une fois passée du côté « ex-patiente ». Mlle M. a également fréquenté différents clubs thérapeutiques où elle a pu rencontrer des personnes fortement impliquées dans le champ « psy » qui ont su lui faire partager leur expérience, leur passion pour le domaine, elle pense notamment au club MNASM (et les discussions et relectures précieuses de Pierre Juhan et Serge Kannas), au club de Laragne, au club EMILIA et à tous les professionnels qu'elle a un jour croisé sur sa route...

En 2009, l'état de la patiente s'est soudainement dégradé, forme de décompensation psychique. Elle s'est mise à refuser tout traitement, voulait tout arrêter et en même temps était effrayée à l'idée de retrouver le milieu ordinaire. Une cellule de crise a été mise en place pour l'aider à traverser cette phase difficile de la maladie, pour réintégrer la patiente dans la prise en charge. Le personnel soignant de cette cellule de crise a permis à Mlle M. de se redresser, de retrouver sa combativité et son envie de guérir. Merci à Cécile Brossard, Aurore Noel, Thomas Renaud qui ont formé une équipe de choc, ainsi qu'à l'équipe de l'unité Colin qui a permis à la patiente de se ressourcer et de retrouver le chemin de la guérison.

Début 2010, la prise en charge s'est intensifiée, les prescriptions thérapeutiques ont été modifiées en vue de l'arrêt prochain du traitement : il fallait maintenant écrire, arrêter les analyses et les entretiens, et mettre en forme. A cette fin, la patiente a été suivie en atelier

thérapeutique d'écriture par Jeanine, Alain et Jérôme Guichardet. Ils lui ont appris à traquer les fautes d'orthographe ou de grammaire, les erreurs de syntaxes, les incorrections avérées, les usages et abus de la langue française. Grâce à eux, Mlle M. ne « verra » plus dans un texte, ne « se penchera » plus sur un problème, ne « dédiera » plus un chapitre à un objet.

Le Dr Pumain a ainsi vu l'état de sa patiente se stabiliser, rendant sa sortie envisageable. Elle a donc invité des experts renommés à valider son diagnostic et à juger de la pertinence de la sortie et de la fin du traitement de sa patiente. Se trouvent donc réunis le 22 juin 2010 pour valider la sortie de Mlle M., les brillants Dr Bussi, Dr Moon, Dr Vaguet, Dr Kannas, Dr Lucas-Gabrielli. La patiente les remercie vivement d'avoir accepté d'expertiser son cas. Leur confier son dossier médical est un honneur dont elle saura apprécier les qualités scientifiques et intellectuelles.

Enfin la patiente remercie sa famille et ses proches, sans qui elle ne serait pas là aujourd'hui et avec qui elle espère maintenant travailler à sa réhabilitation et sa réinsertion sociale.

Vous trouverez joint à ce bulletin de sortie, le dossier médical complet de la patiente, fruit de quatre années de prise en charge, dans lequel, nous l'espérons, vous trouverez la justification clinique de sa sortie.

Bulletin de sortie signé le 22 juin 2010 par le secrétariat médical du secteur 75GEO.

Sommaire

PROLOGUE	3
INTRODUCTION	13
CHAPITRE 1 ETAT DES CONNAISSANCES SUR LES GÉOGRAPHIES DE L’OFFRE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE	27
1.1 La géographie asilaire.....	28
1.1.1 Les recherches géographiques sur l’utilisation des services.....	29
1.1.1.1 La loi de Jarvis ou l’effet de la distance sur l’utilisation des services.....	29
1.1.1.2 Remise en cause du paradigme de E. Jarvis : d’autres facteurs explicatifs.	31
1.1.2 Les recherches géographiques sur les processus de localisation	32
1.1.2.1 Les modèles de localisation-affectation	33
1.1.2.2 Des modèles alternatifs à la localisation des hôpitaux psychiatriques.....	33
1.1.2.2.1 <i>L’interdépendance spatiale des services</i>	<i>34</i>
1.1.2.2.2 <i>L’approche historique des processus à la base des décisions politiques de localisation....</i>	<i>38</i>
1.1.2.2.3 <i>L’approche historico-herméneutique</i>	<i>42</i>
1.1.2.3 La diffusion spatiale d’une innovation thérapeutique.....	45
1.1.2.4 Urbanisation et naissance des « ghettos de services de dépendance ».....	47
1.2 La géographie post-asilaire	50
1.2.1 Les modèles nord-américains de géographies post-asilaires.....	51
1.2.2 Les modèles européens de géographies post-asilaires	56
CHAPITRE 2 LA GÉOGRAPHIE ASILAIRE FRANÇAISE	65
2.1 Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France	72
2.1.1 Avant la loi de 1838 ou la préhistoire de l’asile	72
2.1.2 Les conditions d’émergence de la loi de 1838	74

2.2	La diffusion spatio-temporelle des établissements psychiatriques français	77
2.2.1	L'asile comme une innovation	77
2.2.2	Les sources mobilisées	82
2.2.2.1	Sources disponibles pour la localisation et la datation des établissements psychiatriques français	82
2.2.2.2	Sources disponibles pour la réalisation d'une base de données temporelles des départements français et des populations associées	92
2.2.3	L'équipement français en établissements psychiatriques	93
2.2.3.1	Une diffusion lente et incomplète	96
2.2.3.2	Une couverture du territoire incomplète	100
2.2.3.3	Hypothèse de diffusion hiérarchique descendante	110
2.2.3.4	Hypothèse de diffusion par voisinage ou contagion.....	114
2.2.3.5	Hypothèse de la <i>path-dependency</i>	115
2.3	Echelle locale : écarter les fous de la ville	117
CHAPITRE 3 LA GÉOGRAPHIE POST-ASILAIRE FRANÇAISE.....		143
3.1	La désinstitutionnalisation à la française : du lieu au milieu.....	153
3.1.1	La conception clinique	153
3.1.2	La traduction administrative par le découpage en secteurs.....	157
3.1.3	La réalité du découpage des secteurs : « Petits arrangements entre amis »	163
3.1.4	Morphologie des secteurs de psychiatrie générale	166
3.2	De l'asile au secteur : une multiplication des structures de prises en charge...	181
3.2.1	La montée en charge du dispositif.....	188
3.2.2	Où localiser ces nouvelles structures ?.....	189

3.3	Dessine-moi une géographie post-asilaire française	193
3.3.1	Données pour le géoréférencement des établissements	193
3.3.2	Vers des services de proximité plus dispersés	198
3.3.3	Rôle du découpage en secteurs sur la localisation des structures	203
3.3.4	L'effet du syndrome <i>NIMBY</i> et l'existence de ghettos de services de dépendance ..	210

CHAPITRE 4 L'INTÉGRATION DANS LA VILLE DES USAGERS DES SERVICES DE PSYCHIATRIE : MYTHE OU RÉALITÉ ?

4.1	L'établissement public de santé mentale de Maison-Blanche : histoire d'une géo- psychiatrie	230
4.1.1	L'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale de Maison-Blanche.....	237
4.1.2	Formes et processus d'insertion dans le voisinage	248
4.1.2.1	La clinique Rémy de Gourmont	250
4.1.2.2	L'unité d'hospitalisation d'Avron	259
4.1.2.3	L'unité d'hospitalisation d'Hauteville	262
4.1.2.4	L'unité d'hospitalisation de Bichat	265
4.1.2.5	L'unité du Général Lassalle (en cours de construction)	267
4.1.3	Le devenir du site historique	274
4.2	L'implantation des patients dans la ville	279
4.3	Vivre en ville pour les usagers de la psychiatrie	301
4.3.1	Une démarche participative	303
4.3.2	Une approche multi-méthode	305
4.3.2.1	Les diagnostics en marchant	307
4.3.2.2	L'enquête quantitative	310

CONCLUSION.....

319

GLOSSAIRE.....

333

BIBLIOGRAPHIE

337

ANNEXES	375
Annexe 1 : Liste des personnes interrogées.....	377
Annexe 2 : Programme du séminaire « Ville et santé mentale » 2007-2008	379
Annexe 3 : Loi sur les aliénés du 30 juin 1838	381
Annexe 4 : Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales	391
Annexe 5 : Grille d'entretien	405
Annexe 6 : Chapitre V de la CIM10	407
Annexe 7 : Grille d'entretien Etablissement de Maison Blanche	485
Annexe 8 : Promenades-diagnostics	487
Annexe 9 : Questionnaire Enquête EMILIA.....	503
TABLES DES ILLUSTRATIONS	511
Les figures.....	511
Les tableaux	515
Les encadrés	516

Introduction

L'histoire française de la prise en charge par l'Etat de la maladie mentale est très marquée territorialement et a connu de profonds bouleversements spatiaux depuis la naissance de la discipline psychiatrique au XIXe siècle. Son mode d'inscription dans l'espace participe de la construction sociale de la prise en charge de la maladie mentale. Plusieurs grandes phases peuvent être distinguées dans l'histoire de cette inscription spatiale. Ces phases ont donné lieu à deux types de géographie que les auteurs étrangers ont appelé géographies asilaire et post-asilaire (Dear, 2000; Philo, 1997; Philo, 2000; Wolch & Philo, 2000).

La première phase débute au XIXe siècle, avec l'érection des grandes institutions asilaires, la loi de 1838 imposant à chaque département français de se doter d'un établissement consacré à la prise en charge des aliénés, ou à passer une convention pour l'hospitalisation des malades avec un établissement situé dans un autre département. Ce texte est doublement important car il constitue aussi la première loi d'organisation hospitalière connue dans notre pays (Mamelet, 1978).

La seconde phase intervient à la fin de la seconde Guerre mondiale avec la mise en place de la politique de sectorisation. Celle-ci marque une double rupture : d'une part, la désinstitutionnalisation (c'est-à-dire la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de nouvelles structures basées dans la communauté, au sens premier de ce terme, à savoir, au sein d'un « groupe social dont les membres vivent ensemble¹ », des structures localisées au plus près du milieu de vie des patients) ; d'autre part, la modification de la référence spatiale, qui n'est plus le département, mais le secteur, zone géo-démographique d'environ 70 000 habitants, dont on attend qu'il assure une proximité, une continuité, et une égale accessibilité des soins à un bassin de population donné. La « communauté » vient remplacer l'asile comme moyen thérapeutique, c'est l'intégration dans le milieu de vie du patient qui

1 Définition du Petit Robert

est au fondement de la prise en charge et non plus l'hôpital (Henckès, 2009; Henckès, 2007). Certains auteurs parlent à ce propos de « dé-spécification territoriale de la psychiatrie » (Rhenter, 2004), l'exercice de la psychiatrie se désolidarisant du lieu unique de l'asile pour intégrer la prise en charge du patient dans son milieu social. La politique de sectorisation a représenté pendant longtemps, dans le discours des psychiatres et des pouvoirs publics, l'aspect novateur de la psychiatrie française. Ce découpage géographique s'est accompagné d'une multiplication et d'une diversification des structures de soins psychiatriques implantées au plus proche du lieu de vie du patient. Ces structures « satellites » pour reprendre l'expression de Wolpert et al. (Wolpert, Dear & Crawford, 1975) donnent naissance à une nouvelle géographie des services de santé mentale. Nous assistons ainsi au passage d'une géographie d'un faible nombre de structures de grande taille, les asiles du XIXe siècle, à une géographie plus dispersée d'un grand nombre de services de petite taille.

Depuis quelques années, de nouveaux lieux de prise en charge psychiatrique se développent dans les centres urbains, les équipes de psychiatrie vont à la rencontre des sans abris dont une part importante (estimée entre 20 et 40 %) souffrent de troubles psychiques. Une nouvelle géographie des lieux (ou non-lieux) de prise en charge peut alors être dessinée (Quesemand-Zucca, 2007; Zeneidi & Fleuret, 2007), à travers ces espaces « interstitiels » de la ville (Lovell, 1996) tels que les parcs, espaces désaffectés, lieux publics dans le sens de « non privés ». Nous assistons alors à une dématérialisation du lieu de soin, une « mise en mouvement » de la prise en charge.

Par ailleurs, ces nouvelles géographies qui se développent depuis la fin du XXe siècle posent la question du devenir des institutions asilaires initiales qui ont longuement façonné et façonnent encore le paysage français. Si la France, contrairement à certains pays occidentaux tels que l'Angleterre, les Etats-Unis, le Canada, la Nouvelle-Zélande ou l'Italie, n'a pas fermé ses hôpitaux psychiatriques, la question de la transformation et du devenir des bâtiments aujourd'hui vides de patients soignés désormais en ville et des vastes espaces marqués par leur histoire « psychiatrique », doit également être posée (Joseph, Kearns & Moon, 2009; Joseph & Kearns, 1996; Kearns & Joseph, 2000; Moon, Kearns & Joseph, 2006).

Il est surprenant de voir la richesse et la variété d'études anglophones sur ces géographies de la santé mentale, développées depuis la fin des années 1970. Dear, en 2000, parle de « champ bien-établi, identifiable, de tradition intellectuellement respectable à l'intérieur de la géographie » (Dear, 2000, p.258) et comparativement la quasi-inexistence de recherches de ce type en France. Tout d'abord, il faut noter que la plupart des recherches dans le champ de la santé mentale sont a-spatiales. Il est vrai que l'espace a longtemps subi une disqualification par rapport au temps dans le champ des sciences sociales (Morin, 1993). Rares sont les géographes de la santé à s'être intéressés à la dimension territoriale du système français de santé mentale. Seul l'ouvrage de Dory, « Eléments de géopsychiatrie », publié en 1991 s'intéresse à ces questions (Dory, 1991). L'auteur conçoit alors la géopsychiatrie comme une spécialisation émergente « et en plein essor » au sein de la géographie de la santé, mais son ouvrage consiste en une synthèse des acquis et connaissances dans la littérature étrangère et ne présente pas d'études françaises.

Différentes raisons peuvent être avancées pour expliquer le retard de la recherche géographique dans ce domaine.

L'une est liée au caractère non épidémique, non transmissible de la maladie mentale. Smith écrivait ainsi en 1977 :

*« Si la maladie mentale était contagieuse,
les géographes auraient probablement commencé à l'étudier depuis longtemps »*

(Smith, 1977)

En effet, la géographie de la santé s'est d'abord intéressée aux maladies vectorielles, épidémiques, les espaces physiques étant étudiés en tant que milieux ou complexes pathogènes (Sorre, 1943). Aujourd'hui, la géographie de la santé n'est plus la géographie médicale, elle porte un intérêt croissant à l'égard des modèles sociaux plus larges de la santé et des soins de santé, empruntant des références et connaissances à la sociologie de la santé notamment (Moon & Kearns, 2007). Ainsi, Curtis (2004) recense plusieurs « paysages conceptuels » dans la sous-discipline, à savoir : les idées sur les attributs symboliques et sociaux des lieux « thérapeutiques » favorisant la santé et le bien-être ; l'approche

géographique des relations de pouvoir, celle des défavorisations matérielles, des consommations privées et collectives, et l'analyse des processus sociaux combinés avec les caractéristiques de l'environnement physique qui produisent des inégalités dans l'exposition aux risques environnementaux. Dans ces recherches, les liens entre territoires et santé sont fortement associés aux relations sociales et de pouvoir entre les individus et les groupes sociaux, relations qui sont influencées par, aussi bien que, créées par, les lieux sociaux (Curtis, 2007). La démarche géographique se pose comme une science sociale de l'espace, elle s'intéresse aux relations réciproques entre une société, un système social et son espace. Le territoire n'est pas simplement un paramètre dans la lecture des sociétés, il est une construction sociale (Fleuret & Thouez, 2007). L'espace est à considérer selon trois points de vue : il est à la fois support, produit et enjeu de rapports sociaux (Salem, 1998). En tant que support des rapports sociaux, il peut être contraignant ou facilitant, avoir un impact positif ou négatif sur les questions de santé. Produit historique des rapports sociaux, l'espace a sa rigidité, sa rugosité. On compose avec un espace qui n'est pas nécessairement le produit des acteurs d'aujourd'hui, entraînant des marges et des contraintes de réaménagement plus ou moins importantes. Enfin, l'espace est un enjeu de rapport social car contrôle social et territorial sont liés, la gestion de l'espace étant aussi un moyen de reproduction sociale.

Appliqué à la santé, l'espace peut être considéré comme une distribution spatiale de facteurs de risques, environnementaux, sociaux, culturels et populationnels. Le système de soins est alors un des éléments de gestion du territoire, dans une perspective d'égalité, d'équité ou d'efficacité.

Plus spécifiquement, le retard de la recherche en géographie de la santé française peut être aussi avancé comme un complément d'explication à la rareté des recherches françaises en géographie de la santé mentale. Les séparations entre disciplines scientifiques sont plus prégnantes en France que dans les pays anglophones, notamment aux Etats-Unis où la formation des géographes est davantage pluridisciplinaire qu'en France. Ils empruntent ainsi plus volontiers aux autres sciences sociales et n'hésitent pas à mobiliser des réflexions empruntées à la philosophie ou aux théories post-structuralistes (Blanc, 2002; Staszak, Collignon, Chivallon, Debarbieux, Généau de Lamarlière & Hancock, 2001). Par ailleurs,

les auteurs relèvent l'importance des intellectuels français outre-Manche, et cela est particulièrement criant pour le champ qui nous intéresse ici, les références à Derrida, Ricœur, Foucault ou Bourdieu sont plus fréquentes dans la géographie anglo-saxonne que dans la géographie française.

Enfin, ce retard de la recherche française concernant la santé mentale n'est pas spécifique à la géographie, même si cela commence à être comblé dans différentes disciplines des sciences humaines depuis quelques années, notamment en sociologie (Ehrenberg & Lovell, 2001; Henckès, 2007; Velpry, 2008). Les rapports ministériels récents sur la psychiatrie et la santé mentale (Clery-Melin, Kovess & Pascal, 2003; Couty, 2009; Milon, 2009; Piel & Roelandt, 2001) ont tous signalé la nécessité de promouvoir la recherche en santé mentale, recherche à la fois clinique et sociale, et plus récemment recherche sur les services de santé. Pour expliquer cette situation, les rapporteurs mettent en avant l'absence de lieu commun de rencontre des professionnels de différentes disciplines travaillant sur ce sujet de manière parfois isolée. La dispersion et l'accès parfois difficile aux données pourtant nombreuses sont également cités. La Mission Recherche du Ministère de la Santé faisait le sévère constat suivant à propos des réponses reçues à un appel d'offres sur la santé mentale :

« l'examen de l'ensemble des réponses, comme celui des projets sélectionnés, conduit à formuler un certain nombre de constats, et au-delà, à s'interroger sur l'existence d'un milieu de recherche dans ce domaine. (...) Très peu d'équipes ont suivi la recommandation qui leur était faite de rechercher des collaborations avec des praticiens, témoignant ainsi d'une faible familiarité avec le milieu étudié »

(Billiard, 2001)

Les arguments fréquemment avancés pour expliciter les difficultés et raisons du retard de la recherche en sciences sociales sur ce sujet, sont liés en partie à la nature des maladies mentales et de la psychiatrie.

Une première difficulté est liée à définition de la maladie mentale et des troubles mentaux.

Les manières de concevoir et de comprendre les troubles mentaux ou la santé mentale sont fondées sur des jugements de valeur et sont construites socialement et culturellement (Curtis, 2004). Le concept de santé mentale n'est pas fixe dans le temps et l'espace. Il est variable, selon les sociétés, les époques, les groupes culturels ou sociaux.

Pour Lovell (2003), la définition du trouble mental soulève plusieurs difficultés dont :

- **l'instabilité nosologique** qui génère des définitions changeantes, assujetties aux controverses d'écoles (psychodynamique *versus* cognitiviste par exemple), de spécialités médicales et de professions (psychanalystes *versus* neurologues, psychiatres *versus* psychologues), de cultures aussi (traditions française, allemande, américaine de la psychiatrie) ;
- des **différences locales** dans la définition des maladies ou des syndromes ;
- une **nosographie en expansion croissante** avec le renouvellement ou le perfectionnement des critères de diagnostic : de nouvelles catégories prennent une place importante (exemple du stress post-traumatique intégré dans le « *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder* » (DSM) en 1980 et dans la classification internationale des maladies (CIM) en 1992), d'autres disparaissent de la nosologie (exemple de l'homosexualité comme trouble psychiatrique, supprimée du DSM en 1980 et de la CIM en 1990), ou encore de nouvelles catégories apparaissent (exemple de certains troubles de la personnalité, notamment les troubles « *borderline* », l'hypersexualité et le « *binge eating* » intégrés à la version 5 du DSM soumise à consultation en 2010).

Une autre difficulté de la définition de la maladie mentale est développée par Jones et Moon (1987) et tient à sa **construction sociologique**. Sa définition reflète en effet une estimation d'un comportement individuel en relation avec les normes acceptées de la société dans laquelle l'individu vit. Quand un individu est défini comme malade mental, c'est parce qu'il transgresse les principes de normalité d'une société spécifique. En revanche, la notion de « construction sociale » ne signifie pas que la maladie n'est pas réelle, mais qu'à chaque étape dans le processus de désignation en tant que malade (ou non malade) et de l'évolution

de la maladie, des facteurs sociaux et culturels interviennent et déterminent en partie l'issue (Goffman, 1975; Hacking, 2001; Joseph, 1996; Velpy, 2008).

Les définitions de la maladie mentale oscillent ainsi entre deux modèles :

- un **modèle biomédical** dans lequel le désordre mental est diagnosticable : c'est le cas des désordres organiques comme la démence produite par la maladie d'Alzheimer, la schizophrénie, l'hyperactivité, les troubles des conduites...,
- un **modèle social** dans lequel la subjectivité est importante : un comportement diagnostiqué comme anormal dans un contexte peut être parfaitement acceptable dans une autre situation sociale. C'est le cas notamment de la dépression qui se développe dans un environnement social qui valorise à outrance le modèle social du bien-être, de la performance, de l'autonomie et de l'individualisme (Ehrenberg, 2000; Ehrenberg, 2010; Ehrenberg & Lovell, 2001).

Une deuxième difficulté est liée à la multitude et la complexité des facteurs qui interviennent dans la définition de la santé mentale par rapport à la santé physique.

En dépit de pôles d'interprétation contrastés de ce qu'est une maladie mentale, les interprétations les plus courantes estiment que les maladies mentales sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, de personnalité et environnementaux (Santé Canada, 2002). Et ceci, contrairement à la santé physique où la dimension somatique et les critères issus du modèle biomédical sont dominants. Des modifications de la fonction cérébrale peuvent se produire en réaction à des facteurs environnementaux tels la stimulation, l'expérience d'un stress traumatique ou chronique ou différents genres de privation. Autrement dit, il y a interaction entre la biologie du cerveau et l'expérience vécue. Des facteurs environnementaux comme la situation familiale, les pressions du lieu de travail et le statut socio-économique de la personne peuvent précipiter l'apparition ou la récurrence d'une maladie mentale. Les modes de vie (par exemple, la toxicomanie) et les modes de pensée et de comportement acquis peuvent entraîner l'apparition, et la progression, d'une maladie mentale et contribuer à son aboutissement. L'interaction de la maladie physique et de la maladie mentale est tout aussi complexe : les maladies mentales peuvent contribuer, découler de, ou partager une cause commune avec certaines maladies

physiques telles que les cancers ou les maladies cardio-vasculaires... En outre, des relations ont également été mises en évidence entre pauvreté et maladies mentales (Chauvin & Lebas, 1998; Declerck, Duprat, Gaslonde, Hassin & Pichon, 1996; Kovess & Mangin-Lazarus, 1996; Sicot, 2001). Plusieurs études ont montré que les maladies mentales sont plus fréquemment observées dans les populations les plus défavorisées (relation inverse entre statut socioéconomique et fréquence des troubles psychologiques). Mais plusieurs stratégies peuvent être mobilisées pour mieux comprendre les liens entre conditions sociales et maladie mentale (Lovell, 2004) et il faut pouvoir exclure les associations dues aux aléas des méthodes employées.

Plusieurs cadres ont été proposés pour expliquer cette relation (Eaton & Muntaner, 1999; Lovell, 2004; Muntaner, Eaton, Miech & O'Campo, 2004) :

- l'hypothèse de **causalité sociale** avance que les troubles mentaux résultent de situations adverses, du stress lié à des positions sociales désavantagées ou au manque de ressources,
- l'hypothèse d'une **vulnérabilité sociale** suggère que certaines personnes prédisposées à une maladie mentale ou déjà atteintes de troubles mentaux, vont avoir des attentes et des ambitions inférieures, qui, à leur tour, conduisent à des niveaux inférieurs de résultats scolaires et professionnels.
- le concept de **glissement** se réfère à la probabilité que ceux qui souffrent d'une maladie mentale puissent dériver dans la pauvreté car ils ont des difficultés à obtenir et conserver un emploi régulier et un logement.

Une troisième difficulté est liée à l'image de la maladie mentale dans les sociétés modernes : étrange mélange de peur et de fascination

Déoulant de la superstition, du manque de connaissance et d'empathie ainsi que d'une tendance à craindre et à exclure les personnes qui sont perçues comme différentes, la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles mentaux existent depuis toujours et sont ravivées par la médiatisation de faits divers mettant en scène des patients souffrant de troubles psychiques. Nous verrons d'ailleurs par la suite que cette stigmatisation s'applique également aux structures et aux professionnels exerçant dans ce

domaine. La France est d'ailleurs relativement en retard par rapport aux autres pays en matière de campagne d'information sur la santé mentale. En France, la première campagne nationale en faveur de la santé mentale a été lancée seulement en 2006 et a été portée par les associations de patients, de familles, d'élus et par les professionnels. Il s'agit de la campagne « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques ». Une campagne d'information sur la dépression a été lancée en 2007 par le Ministère de la santé. En 2009, l'association d'usagers Advocacy lance une campagne de solidarité en santé mentale, intitulée « Je suis fou, folle, et vous ? ». Elles visent toutes à déstigmatiser la pathologie mentale en la faisant mieux connaître (Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 2009; Defromont & Roelandt, 2003; Roelandt, Caria & Anguis, 2001; Surault, 2005).

Enfin, la prise en charge même de la maladie mentale, du fait de la nature de la pathologie précédemment explicitée, s'est, elle aussi, complexifiée et diversifiée pour répondre aux différentes formes et phases de la maladie. Les acteurs sont nombreux, de la médecine de ville générale ou spécialisée, à l'hôpital et ses nombreuses structures de prises en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire, jusqu'au secteur médico-social et ses structures prenant en charge les personnes souffrant de handicap psychique. Les frontières sont floues entre le champ sanitaire, social et médico-social, les patients naviguant souvent entre les différents systèmes de prise en charge.

De plus, et nous le verrons tout au long de cette recherche, les réponses apportées au traitement des troubles mentaux ou psychiques ont fortement évolué au cours du temps, du fait à la fois des connaissances scientifiques, mais aussi des représentations de la maladie mentale au sein de la société.

Ambitionnant de combler ce manque de recherches géographiques sur la prise en charge de la maladie mentale en France, la présente recherche va s'intéresser principalement à la prise en charge « institutionnelle » de la maladie mentale, depuis l'apparition de lieux de soins spécifiquement consacrés à cette maladie, les asiles du XIXe siècle aux structures implantées dans la ville, jusqu'aux espaces interstitiels de la ville où interviennent aujourd'hui les équipes mobiles de psychiatrie. Il s'agit ici de retracer l'évolution des lieux de soins en santé mentale dans une vision dynamique, du XIXe siècle à nos jours. Chaque période mériterait

en elle-même de plus amples développements, mais l'idée est bien ici de parcourir cette histoire de la psychiatrie avec les lunettes de la géographie, d'en dresser un premier aperçu et de susciter des prolongements à cette réflexion.

L'histoire de la psychiatrie s'inscrit, de par l'évolution de ses modalités de prise en charge, dans un axe spatio-temporel qui nécessite de passer d'une analyse à l'échelle interurbaine (soit de celle du système des villes (Pumain, 1992)) à une analyse à l'échelle intra-urbaine (au sein même des agglomérations (Merenne-Schoumaker, 1996)). Dans le cadre de la localisation des services de soins psychiatriques, cette double échelle d'analyse entre en résonance avec deux périodes dans l'histoire de la prise en charge de la maladie mentale. Ainsi, l'échelle interurbaine va être particulièrement pertinente pour analyser la *géographie asilaire française*. La loi de 1838 créant les établissements pour les aliénés prévoyait en effet la construction d'un établissement par département. L'échelle intra-urbaine, quant à elle, va parfaitement répondre aux problèmes de localisation qui se posent avec la *géographie post-asilaire ou de la désinstitutionnalisation*, terme sur lequel nous reviendrons par la suite. Dans les deux cas, les questions posées sont celles du rôle de l'espace dans l'organisation institutionnelle, technique et sociale des soins. Il est frappant d'observer que c'est par l'exemple de la prise en charge de la maladie mentale qu'a été définie une politique territoriale de l'équipement hospitalier en France. Il faut donc essayer de comprendre comment s'est effectuée cette mise en œuvre de la couverture du territoire par ces équipements, de voir si elle a été réalisée conformément aux prévisions, quels ajustements ont pu lui être apportés, pour des raisons techniques ou sociétales ; et d'observer ensuite comment les dysfonctionnements de ce système ont conduit à une autre forme d'utilisation des relations spatiales pour ériger un tout autre modèle d'organisation de l'accès aux soins.

Pour représenter cette géographie et expliquer les processus de structuration territoriale de l'offre de soins en psychiatrie en France, notre recherche s'appuie sur l'exploitation de données d'archives et d'entretiens, et met aussi en œuvre différentes méthodes d'analyse spatiale et statistique, en combinant des informations quantitatives et qualitatives, comme nous le précisons ci-dessous. Tout en profitant des apports de la recherche essentiellement anglo-saxonne sur le sujet, présentés dans le premier chapitre, elle contribue ainsi à combler le retard de la recherche géographique française en matière de santé mentale.

Après un premier chapitre retraçant l'état des recherches étrangères sur les géographies de l'offre de soins en santé mentale, la recherche est structurée autour de deux grandes parties faisant l'objet des chapitres 2 et 3 :

- la **géographie asilaire française** soit l'étude d'un petit nombre de services de grande taille (les grandes institutions asilaires érigées au XIXe siècle) dispersés sur le territoire national
- la **géographie post-asilaire française ou de la désinstitutionalisation** qui se penche sur l'étude d'un grand nombre de services de petite taille, concentrés dans la ville.

Le quatrième chapitre, à travers l'exemple de l'établissement de santé de Maison-Blanche à Neuilly-sur-Marne vise à illustrer localement les éléments mis en avant dans les parties précédentes et à dérouler localement l'histoire spatiale de la prise en charge de la maladie mentale.

Les sources mobilisées pour mener cette recherche sont très nombreuses et de natures diverses. Une base de données originale a été créée afin de localiser et dater les hôpitaux psychiatriques publics français depuis leur mise en place. Pour cela, plusieurs sources ont été utilisées : le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (répertoire FINESS géré par le Ministère de la Santé) a dû être complété par le recensement des établissements créés avant 1984 dans les publications de la Statistique Générale de la France pour la période 1835-1942 et dans les Statistiques des institutions d'assistance publiées par l'INSEE jusqu'en 1949. Des ouvrages, articles et sites Internet consacrés à l'histoire de la psychiatrie ont également été consultés pour identifier les créations d'établissements plus anciennes. Des données historiques sur la situation des villes et des départements, constituées par le laboratoire Géographie-Cités ont été utilisées pour permettre l'analyse de la diffusion spatio-temporelle des établissements sur le territoire français.

Pour la période plus récente, le répertoire FINESS a été principalement mobilisé afin d'identifier les structures extrahospitalières existantes. Le découpage des secteurs de psychiatrie a été réalisé en partenariat avec l'INSEE à partir des textes officiels régionaux arrêtant administrativement ces découpages.

Ces bases de données ont été géocodées à l'aide du logiciel libre Batchgéocodeur afin d'être ensuite analysées au niveau géographique fin de l'IRIS, îlot regroupé pour l'information statistique.

Les données du recensement de population 1999 de l'INSEE au niveau des IRIS ont été utilisées afin de qualifier les zones d'implantation des structures, de même que les données de la Base Permanente des Equipements (BPE) produite par l'INSEE pour l'information sur les services publics et privés.

Enfin, dans le chapitre 4, nous avons pu accéder aux données de l'établissement public de santé mentale de Maison-Blanche sur les patients pris en charge dans l'année, données issues du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-Psy).

L'ensemble de ces données a fait l'objet de diverses analyses statistiques, descriptives ou multivariées (analyses en composantes principales et classifications ascendantes hiérarchiques) détaillées dans chacun des chapitres. Les analyses ont été menées à différentes échelles (du national au local) permettant de comprendre les interactions complexes entre ces différents niveaux, et faisant apparaître certains phénomènes ne pouvant être observés qu'à l'une ou l'autre échelle.

Enfin la recherche a été complétée par la réalisation d'entretiens qualitatifs avec différents acteurs de la discipline : patients, psychiatres, directeurs d'établissements, infirmiers, administratifs. Cette démarche vient enrichir la recherche géographique conduite sur des informations factuelles. La liste des personnes interrogées est présentée en annexe 1. Je les remercie vivement pour l'attention portée à ce projet et le temps qu'elles ont pu et bien voulu me consacrer. D'autre part, la rencontre avec d'autres chercheurs en sciences sociales travaillant dans le champ de la santé mentale autour de l'organisation d'un séminaire pluridisciplinaire intitulé « Ville et santé mentale » a été riche d'enseignements et de discussions qui ont alimenté notre recherche. Je tiens à remercier ici particulièrement les cinq autres membres de ce réseau émergent, pour nos échanges profitables et stimulants entre chercheurs croisant des regards disciplinaires différents sur un champ de recherche

commun². Le séminaire, mis en place au sein du Pôle Science de la Ville de l'Université Paris 7, avec l'appui de la Délégation Interministérielle à la Ville et du Groupe de Recherche en Epistémologie Politique et Historique de l'Université de Lyon 1, s'est déroulé en 2007-2008 sur six séances thématiques. L'objectif était de construire des cadres communs d'analyse et de problématisation des liens entre ville et santé mentale. Le séminaire était ouvert à la communauté scientifique ainsi qu'aux mondes professionnels (sociologues, historiens, géographes, architectes, urbanistes, psychiatres, psychologues, élus, patients y ont participé), dont les travaux et expériences ont contribué à enrichir le débat et la présente recherche³. Quatre axes de recherche avaient ainsi été privilégiés pour construire les séances : les histoires croisées de l'urbanisme et de la psychiatrie, les normes d'occupation de l'espace, la territorialisation des politiques publiques, et la pragmatique du vécu des troubles. Ce séminaire a en outre donné lieu à la réalisation d'une recherche participative avec un groupe d'usagers des services de santé mentale dont certains éléments sont présentés dans le chapitre 4.

Ce décentrement par plusieurs perspectives disciplinaires a fortement enrichi la démarche géographique, l'appropriation des acquis des différentes sciences sociales dans le domaine de la maladie mentale, ayant permis de mieux appréhender les réalisations spatiales de l'offre de soins en santé mentale.

Enfin, cette recherche a bénéficié de mon expérience de six années comme chargée d'études sur l'offre de soins en psychiatrie à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé. C'est d'ailleurs cette position qui m'a amenée à m'intéresser aux aspects spatiaux de l'offre de soins en psychiatrie et, par la suite, à entreprendre cette recherche. Cette expérience m'a ainsi permis de me familiariser avec les données disponibles dans le champ de la santé mentale, plus généralement avec l'ensemble de ce sujet vaste et complexe qui m'était jusqu'alors

2 Membres du comité d'organisation du séminaire : Benoît Eyraud, sociologue (CEMS-IMM-EHESS), Aurélia Michel, historienne (Pôle Sciences de la Ville – Université Diderot Paris 7), Delphine Moreau, sociologue (GSPM-IMM-EHESS), Pauline Rhenter, politologue (GREPH-LEPS- Université Lyon 1 – Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), Livia Velpry, sociologue (CESAMES, Université Paris 5 – INSERM-CNRS, Université Paris 8).

3 Le programme des séances du séminaire « Ville et santé mentale » 2007-2008 ainsi que la liste des intervenants sont présentés en annexe 2.

inconnu, et enfin de rencontrer différents partenaires institutionnels ou professionnels qui m'ont beaucoup appris tout au long de mon parcours⁴. Cette recherche n'aurait ensuite jamais pu aboutir sans la possibilité de mon recrutement en contrat CIFRE à l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) qui m'a offert les conditions idéales de réalisation de ce projet (conditions matérielles et techniques, mais surtout respect du temps nécessaire à l'avancement de la recherche).

4 Je ne peux tous les citer ici mais remercie plus particulièrement : à la DREES, Mireille Elbaum et Philippe Cuneo, Chantal Casès, Mylène Chaleix, Emmanuelle Salines, Claudine Parayre et l'ensemble des membres du Bureau Etablissements de Santé ; à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins, Christine Bronnec, Marie-Laure Lafargue, Evelyne Bonnafous et Michel Gentile ; à la Direction Générale de la Santé : Nadine Richard, à la Direction Générale des Affaires Sociales : Martine Barrès ; à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière : Françoise Lapierre et Véronique Bourrachot. Enfin, un remerciement tout particulier va aux différents membres de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale qui ont su m'accueillir, être à l'écoute des mes questions et me faire découvrir le monde de la psychiatrie, à savoir plus spécifiquement Serge Kannas, Pierre Juhan, Gérard Massé et Carole Festa. Enfin, la liste est encore longue, mais au sein des établissements de santé, je remercie Dominique Testard, Jean-Luc Roelandt, Tim Greacen, pour leur stimulation intellectuelle.

Chapitre 1

Etat des connaissances sur les géographies de l'offre de soins en santé mentale

Parmi les possibilités de présentation des travaux réalisés en matière de géographies de l'offre de soins en santé mentale, nous avons choisi celle qui les replace dans une chronologie retraçant l'histoire même de la prise en charge de la maladie mentale, plutôt que de suivre chronologiquement les évolutions de la recherche « géopsychiatrique » et ses enrichissements successifs. Il s'agit de montrer comment les différentes phases de l'histoire de la psychiatrie ont été traitées par les géographes de la santé. En effet, les contenus des recherches sont très fortement dépendants du contexte social et des représentations politiques et culturelles du moment qu'elles étudient.

Deux types de géographies peuvent être distingués parmi les recherches majoritairement anglaises et américaines :

- la **géographie asilaire** portant sur un petit nombre d'établissements de grande taille dispersés sur les territoires nationaux, en place jusqu'à la seconde moitié du XXe siècle ;
- et la **géographie post-asilaire** ou de la désinstitutionalisation suivant la réforme des soins de santé mentale des années 1960-70 en Europe et aux Etats-Unis.

1.1 La géographie asilaire

La géographie des dispositifs de soins, apparue essentiellement en Amérique du Nord autour des années 1960, s'est ouverte très tôt à la problématique de la localisation, de l'utilisation et de l'accessibilité des services psychiatriques. Ainsi, Pyle (1983), dans un article retraçant la géographie médicale américaine des années 1950 aux années 1980, décrivait les « aspects spatiaux de l'utilisation des services de santé mentale comme une spécialité émergente dans la géographie médicale ».

En Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord, une attention particulière a été portée au développement des asiles ou hôpitaux psychiatriques, institutions de grande taille placées à la périphérie des villes ou à la campagne pour héberger le « fou », le « lunatique », l'« idiot », le « simple d'esprit » et le mettre à l'abri du « tumulte du monde ».

Pourtant, seule une poignée de géographes s'est intéressée directement à ces asiles, menant leurs recherches à partir de données d'archives. La plupart ont simplement fait référence à l'ère asilaire comme un prélude à la discussion sur les développements plus récents de la désinstitutionalisation.

En outre, il peut paraître étonnant que si peu de chercheurs aient concentré leur approche géographique sur les processus mêmes de localisation des établissements, la plupart ayant en effet centré leurs études sur l'utilisation et l'accessibilité des services.

Notre recherche s'attachera, quant à elle, justement à analyser la localisation proprement dite de ces établissements, les processus en amont des décisions de localisation.

1.1.1 Les recherches géographiques sur l'utilisation des services

1.1.1.1 La loi de Jarvis ou l'effet de la distance sur l'utilisation des services

La raison principale de cette ouverture précoce à la problématique de l'utilisation des services psychiatriques semble être d'ordre historique, dans la mesure où les chercheurs américains intéressés par ce domaine n'ont pas tardé à découvrir chez un médecin aliéniste du milieu du XIX^e siècle, Jarvis, des intuitions et une problématique rejoignant leurs propres préoccupations. L'idée principale de Jarvis était la suivante : « la distance de la résidence d'une personne à un service de santé mentale est inversement proportionnelle à la probabilité d'utiliser ou d'être admis dans le service, suggérant que ceux qui vivent proches d'un asile pourraient le « sur-utiliser » et qu'une sous-utilisation serait croissante avec l'éloignement de l'asile » (Hunter, Shannon & Sambrook, 1986). On parlera de « loi de Jarvis », inspirée de la loi newtonienne de gravitation, de laquelle découle notamment la définition d'aires d'attraction théorique des services telles que les polygones de Thiessen ou les aires de Reilly. Les premières observations de Jarvis ont été faites sur l'hôpital psychiatrique de Worcester dans le Massachusetts et les admissions recensées entre 1832 et 1849. Il calculait un ratio de patients admis par comté. Selon lui, les taux d'admission par comté déclinant avec la distance étaient la preuve d'un effet significatif de la distance sur l'utilisation des services. Il réalisa les mêmes observations dans onze autres états.

Les analyses proposées dans ce cadre sont quantitatives et utilisent des modélisations spatiales. Plusieurs chercheurs ont cherché à vérifier cette loi, et les mêmes observations ont été retrouvées dans de nombreux pays tels que le Danemark (Bille, 1963a; Bille, 1963b), la Pologne (Slupczynska, 1975), la Zambie (Haworth, 1980), le Canada (Joseph, 1979; Smith, Wright & Day, 2007) ou encore l'Etat du Mississippi (Prue, Keane, Cornell & Foy, 1979).

Pour appuyer ces hypothèses, Jarvis avait collecté un nombre important de données statistiques, que plusieurs géographes ont ensuite analysées.

Les travaux de Hunter et Shannon à partir des données d'admission à l'hôpital d'Etat du Massachusetts en 1850 en font partie (Hunter & Shannon, 1984; Hunter & Shannon, 1985). Les taux d'admission calculés par Jarvis ont été transformés en taux standardisés pour 100 000 habitants. La structure des taux d'admission a confirmé les observations de Jarvis. Le comté de Worcester, lieu d'implantation de l'hôpital avait le plus fort taux, suivi des comtés de Norfolk et Hampshire, adjacents à Worcester. Certains comtés plus éloignés, comme Hampden présentaient des taux d'admission supérieurs à des comtés plus proches comme Franklin, mais ces exceptions s'expliquaient en grande partie par le développement différencié des transports dans ces zones et des liaisons plus ou moins directes avec Worcester. Bien que Jarvis ne l'ait pas reconnu, spécifiquement, pour l'Etat du Massachusetts, il avait émis l'hypothèse selon laquelle « les infrastructures de transports, voies navigables, canaux, voies ferrées et autoroutes..., rendent les communications plus faciles et diminuent virtuellement la distance à l'hôpital » (Jarvis, 1850), augmentant ainsi le ratio de patients envoyés par les comtés reliés de la sorte.

Dans l'analyse de Hunter et Shannon, la distance est mesurée du centre géographique de chaque comté à l'hôpital ; une analyse de régression en fonction de la distance est ensuite réalisée sur les taux d'admission (Hunter & Shannon, 1984; Hunter & Shannon, 1985). Ils montrent ainsi que l'ampleur de l'effet de la distance sur les taux d'admission est la plus importante pour les zones situées de 40 à 60 miles autour de l'hôpital. Au-delà, l'effet de la distance est plus faible et décrit une « zone d'indifférence » où l'effet de la distance sur l'utilisation des services apparaît minimisé. Ce constat vient renforcer l'argument de Jarvis selon lequel les hôpitaux devraient être considérés comme des institutions locales ou régionales et que de plus petits hôpitaux devraient être construits pour desservir des zones dans des rayons de 50 miles.

La loi de Jarvis avait ainsi le mérite de montrer que les patients hospitalisés n'étaient pas représentatifs de la véritable nature de la distribution des problèmes de santé. Il a été, par là même, l'un des premiers chercheurs à démontrer l'influence de l'accessibilité et de l'usage des soins de santé mentale sur les manifestations spatiales des problèmes sanitaires.

1.1.1.2 Remise en cause du paradigme de E. Jarvis : d'autres facteurs explicatifs

Cependant, des objections, nuances ou compléments à l'universalité de cette loi ont été avancés par plusieurs chercheurs, à travers l'analyse des taux de réadmission, la non prise en compte des caractéristiques différenciées des services et usagers (à la fois socio-démographiques et symptomatologiques), ou de l'intervention des acteurs orientant les patients vers ces services.

Ainsi, Smith (1976) conclut de ses propres recherches que les patients déficients mentaux n'ont pas plus de risque d'avoir un recours plus fréquent s'ils vivent près d'un service de santé mentale que s'ils en vivent loin. Philo et Wolch (Wolch & Philo, 2000) insistent sur le fait que la nature des services fournis n'est pas problématisée dans l'argumentation de Jarvis : les usagers des services de santé mentale sont considérés comme des atomes obéissant aux lois mécaniques du mouvement, ou collectivement constitués comme des surfaces de demandes sur lesquelles les géométries de l'offre de soins (actuelle et idéale) pourraient se superposer. Dans la même perspective, Dear, dans un article de 1977, met en évidence le fait que les patients n'utiliseront pas toujours le service qui est le plus proche de leur domicile ; dans la mesure où ces derniers pensent parfois qu'un service plus éloigné sera meilleur ou sera plus propice à sauvegarder la confidentialité sur leurs difficultés psychiques (Dear, 1977a). Pour cet auteur, la demande de soins de santé mentale est fonction des caractéristiques du service fourni (politique de recrutement des patients, qualité et type, cadre physique, capacité et taille, coût des services fournis), des caractéristiques des usagers (caractéristiques démographiques, niveau de ressources, niveau d'éducation, religion, appartenance ethnique, type de symptomatologie) et de la localisation des services (distance physique, localisation par aire de desserte, distance sociale, localisation relative). L'étude canadienne de Joseph et Boeckh (1981) vise justement, à préciser le rôle de la distance en matière d'utilisation de soins de santé mentale selon les **diagnostics** des patients. Les résultats font apparaître une très faible décroissance du recours aux soins en fonction de la distance pour les patients du groupe des cas les plus graves (schizophrénies, psychoses maniaco-dépressives, états paranoïdes et autres psychoses), une plus grande sensibilité à ce facteur pour le groupe de gravité moyenne (névroses, alcoolisme, autres

troubles non psychotiques) et une nette diminution de la demande de soins liée à l'éloignement pour les patients non hospitalisés. Une autre étude canadienne de Joseph (1979) va s'attacher, quant à elle, à isoler, dans la fréquentation d'un hôpital canadien, l'effet de la distance de l'effet des acteurs intervenant dans l'orientation des patients (médecins généralistes, services sociaux, familles...) vers le dispositif psychiatrique spécialisé (prise en considération par ces agents de l'éloignement du lieu de traitement psychiatrique). En 2007, une nouvelle étude canadienne (Smith et al., 2007) s'est intéressée aux données d'admission de l'hôpital d'Hamilton sur la période 1876-1902. Les auteurs confirment l'effet de la distance sur le taux d'admissions à l'hôpital (corrélation négative), mais ils ajoutent trois dimensions à la littérature sur la loi de Jarvis. Ainsi, leur étude démontre que les prisons avaient une plus forte probabilité d'être utilisées pour accueillir temporairement les aliénés dans les villes éloignées de l'hôpital psychiatrique. Ils démontrent également que la durée de séjour à l'asile était corrélée positivement avec la distance parcourue ; enfin ils trouvent une relation inverse entre la distance à l'établissement et la probabilité d'être réadmis dans la même institution.

Si l'utilisation des services psychiatriques a été abondamment explorée par les géographes, les recherches sur les processus de localisation des services sont plus rares. Après cet état des lieux de la recherche géographique sur l'utilisation des services de santé mentale, sont présentées maintenant plusieurs études géographiques centrées plus spécifiquement sur le processus de localisation de ces grandes institutions sanitaires du XIXe siècle.

1.1.2 Les recherches géographiques sur les processus de localisation

Les études d'utilisation des services présentées précédemment font allusion à la manière dont les planificateurs vont localiser les équipements à des intervalles spatiaux convenables de façon à ne pas empiéter sur les zones desservies par les établissements voisins. C'est ce que fait Jarvis quand il argumente qu'un petit nombre d'asiles dispersés géographiquement, servent de relativement discrètes aires de recrutement. Selon Philo (1997), cette forme de pensée spatiale scientifique a provoqué un nombre de déclarations normatives sur les localisations que les équipements devraient avoir les uns par rapport aux autres.

Dans les années 1970-1980, impulsées par la révolution quantitative au sein de la discipline géographique au sens large, de premières études ont utilisé des méthodes quantitatives et des modélisations spatiales afin de proposer une localisation optimale de ces équipements.

1.1.2.1 Les modèles de localisation-affectation

Beaumont et Sixsmith (Beaumont & Sixsmith, 1984; Sixsmith, 1988) ont ainsi cherché à utiliser des modèles de localisation-affectation⁵, spécifiant les possibles distributions d'équipements étant données les populations pré-existantes et les contraintes de taille institutionnelle et de coût. Shannon et Dever (1974) ont commenté les implications en termes de planification de la loi de Jarvis, en les reliant à la théorie des lieux centraux⁶ lors de la conceptualisation fonctionnelle spatiale du système de soins de santé. Cette position a cependant été rapidement critiquée par Mayhew (1986), argumentant que les conditions requises dans la théorie des lieux centraux n'étaient pas respectées ici du fait du faible débit hospitalier.

Ces déclarations normatives ne peuvent constituer la seule explication des localisations observées et toutes ces études s'accordent à démontrer que les critères d'accessibilité ne sont pas suffisants pour expliquer la localisation des établissements psychiatriques. Différentes études vont s'attacher à montrer quels sont les autres facteurs entrant en compte dans le processus de localisation des institutions psychiatriques du XIXe siècle.

1.1.2.2 Des modèles alternatifs à la localisation des hôpitaux psychiatriques

Une sélection d'études et de méthodologies analysant spécifiquement ce processus est présentée ici. A défaut d'être exhaustive, l'objectif de cette sélection est de présenter les

5 Les modèles de localisation-affectation s'intéressent à la localisation optimale des activités, ils reposent sur la théorie de Weber qui associe la localisation optimale d'une activité à celle qui minimise le coût total de transport. Ces modèles déterminent à la fois la localisation optimale du service et l'aire de recrutement (Merenne-Schoumaker, 1996)

6 La théorie des lieux centraux, formalisée par Christaller (1933) et Lösch (Lösch, 1954), cherche à expliquer le nombre, la taille et l'espacement des villes. Elle s'appuie sur une définition de la ville qui en fait essentiellement un centre de distribution de biens et de services pour une population dispersée, et sur des principes d'optimisation (Merenne-Schoumaker, 1996; Pumain & Saint Julien, 2001).

différentes orientations et méthodologies utilisées par les géographes pour analyser les processus de localisation des institutions asilaires.

1.1.2.2.1 *L'interdépendance spatiale des services*

La première étude présentée ici est américaine, elle a été réalisée par White en 1979, et infirme que la localisation des services publics répond uniquement à des critères d'accessibilité pour la population et privilégie l'hypothèse de la recherche d'une interdépendance fonctionnelle et spatiale (*locational*) des services (White, 1979). White part du principe qu'exceptés les services d'urgence, la majorité des services publics de santé nécessitent le déplacement des individus vers l'équipement pour utiliser les services disponibles (Teitz, 1968). A partir de là, l'utilisation des services peut être traitée comme un problème d'interaction spatiale, l'individu évaluant son besoin et le nombre de voyages qu'il est prêt à faire en fonction à la fois de la valeur et de l'attractivité du service, mais aussi des coûts de déplacement engendrés (Morrill & Kelley, 1970). Pour une catégorie de service simple, les bénéfices associés à un modèle de localisation sont donc fonction du nombre d'individus susceptibles de consommer les services proposés. Les critères d'évaluation pour la localisation se résument alors à l'estimation de l'effet de la distance sur le niveau d'utilisation du service (Shannon, Bashshur & Metzner, 1969). Dans beaucoup de cas, cette mesure est simplement une transformation linéaire de la distance du temps de trajet nécessaire, dans d'autres cas, des efforts sont faits pour mesurer les coûts directs ou indirects du trajet et leurs interactions (Revelle & Swain, 1970). C'est une approche du critère d'accessibilité, entendue ici comme la facilité avec laquelle l'interaction se fait entre demandeurs ou utilisateurs et un ou plusieurs équipements (Ingram, 1971). Les services sont souvent examinés indépendamment des autres. Cette démarche était peut-être valable à une époque où l'offre était limitée, en termes de nombre et de diversité des structures proposées, mais à la fin des années 1970, avec le développement des secteurs privés, associatifs, mais aussi médico-sociaux, ce discours n'est plus valide. White va donc centrer son analyse sur l'interdépendance des différents services (services sanitaires et sociaux, services de santé mentale et services somatiques...). Selon lui, l'interdépendance fonctionnelle des services trouve souvent une expression spatiale, qu'il appelle « *locational interdependence* ». Celle-ci va produire des modèles spatiaux de concentration ou de

groupement de services, cette proximité géographique renforçant d'autant leur proximité fonctionnelle.

White utilise plusieurs techniques d'analyse spatiale pour tester l'influence relative de l'accessibilité sur le critère de localisation des services et déterminer les degrés de dispersion et de concentration des services. La notion selon laquelle les équipements publics sont localisés conformément au critère d'accessibilité des usagers peut être testée en déterminant si les modèles de localisation sont dispersés sous la même forme que la demande, c'est à dire montrent des aménagements uniformes ou aléatoires en accord avec la distribution de la demande. Ces analyses doivent être resituées dans le contexte de l'époque, c'est à dire, en tenant compte des difficultés à obtenir ou estimer les distributions de la demande ; de l'incapacité des techniques du moment à bien différencier les modèles spatiaux ou de localisation ou encore à produire des mesures qui caractérisent les distributions non-uniformes de la demande. Etant données ces contraintes, les analyses spatiales ont été définies relativement à la population totale des zones d'étude et ont supposé une distribution uniforme de la demande.

L'analyse du semis de points (ou du plus proche voisin) et l'analyse en quadrats ont été utilisées pour déterminer le degré de concentration ou de dispersion dans les distributions des équipements. L'étude de White a porté sur les services de santé, de santé mentale et les services sociaux.

L'analyse du semis de points

L'analyse de la forme du semis de points (par la méthode du plus proche voisin) utilise une démarche probabiliste et compare la distribution des points (ici les équipements) observés avec une distribution de référence, ici aléatoire. La distance moyenne entre les points observés et leurs plus proches voisins est calculée, cette valeur est ensuite comparée avec la distance moyenne calculée entre les points générés aléatoirement par la distribution théorique (en général une distribution de Poisson où chaque lieu a la même probabilité de recevoir une localisation). Le résultat est un indice R de plus proche voisin, mesurant le rapport entre la mesure observée et la mesure théorique aléatoire. Ces valeurs sont

comprises entre 0 (distribution parfaitement regroupée) et 2,1491 (distribution parfaitement uniforme ou régulière), un indice proche de 1 signifie que la distribution est aléatoirement répartie. La significativité du modèle peut être testée statistiquement avec les tests de Student ou z (loi normale centrée réduite) selon la taille de la population. Cette méthode, accompagnée des hypothèses adéquates, peut être utilisée pour tester l'hypothèse nulle d'une distribution régulière ou aléatoire des équipements, comme critère d'accessibilité dans une région bien délimitée, cette technique étant dépendante de la densité de population de la zone.

L'analyse quadrat

L'analyse en quadrats (ou carroyage) peut être utilisée pour vérifier les résultats de l'analyse précédente en indiquant quelle forme fonctionnelle de distribution des fréquences représente un modèle donné de points. L'analyse de carroyage nécessite une partition de l'aire d'étude en unités échantillonnées dont les tailles et formes spécifiques sont déterminées par le type de distribution qui est testé. Pour tester une distribution aléatoire (correspondant dans le cas présent à la notion de critère d'accessibilité), on utilisera la loi de Poisson, pour tester une distribution fortement concentrée, on utilisera une loi binomiale négative (Saporta, 1990). Les analyses menées par White montrent souvent que la meilleure représentation de la distribution des équipements observée se trouve être une loi Polya-Aeppli. Une grille de mailles est donc posée sur le semis de points. Les points observés sont transformés en fréquences du nombre de mailles ayant un nombre donné de points par maille. Cette distribution des fréquences observées peut être directement examinée pour son degré de dispersion à travers son ratio variance-moyenne. Si le ratio est inférieur à 1, on parlera de distribution uniforme ou régulière, s'il est égal à 1, de distribution aléatoire, et s'il est supérieur à 1 de concentration géographique. Une méthode plus robuste d'analyse est également proposée avec le Khi-deux pour tester si la distribution observée des fréquences est proche ou non d'une distribution théorique correspondant à divers degrés de dispersion ou de concentration.

Une conclusion raisonnable peut être tirée de ces analyses : l'accessibilité des services publics aux usagers ne peut pas être considérée comme le seul critère expliquant la

localisation des services. Les deux types d'analyse ont montré que les services de santé et ceux de santé mentale en particulier suivent très souvent des modèles plus concentrés que dispersés.

Il reste cependant difficile de déterminer la nature de l'interdépendance spatiale entre les systèmes de services. Une des pistes d'investigation connues pour montrer l'interdépendance fonctionnelle des services est d'examiner l'ordonnance spatiale des services dans le système. Il s'agit de prendre pour mesure du degré d'interdépendance le degré auquel un type d'équipement peut tendre à se localiser à proximité d'un équipement de même nature ou d'un autre équipement. Les analyses de co-localisation sont alors utilisées.

Les analyses de co-localisation

Les analyses de co-localisation (Pumain & Saint-Julien, 1997) supposent que le lien entre deux phénomènes est de nature à engendrer des co-localisations, les contraintes de proximité étant maximales. La démarche consiste à repérer les covariations spatiales de deux ou plusieurs phénomènes et à s'interroger sur l'antériorité de l'un (ou des uns) par rapport à l'autre, et sur la possible influence de l'un sur l'apparition de l'autre. L'hypothèse de base est que le voisinage immédiat d'un phénomène a pu intervenir dans l'apparition d'un autre phénomène (ici la proximité d'un autre service de santé ou d'un service d'une autre nature). White a ainsi montré des co-localisations entre services de santé mentale entre eux, mais aussi avec les services sociaux. Les équipements de santé mentale et d'aide sociale apparaissent localisés dans des modèles non-centraux et regroupés.

White infirme donc que les services sont localisés en fonction de quelques critères de maximisation de l'accessibilité pour le patient. Il argumente, à la place, que les distributions existantes, généralement plus concentrées que dispersées, surviennent en raison de la tendance des établissements à s'installer les uns à côté des autres, dans l'espoir de capitaliser une chaîne d'interactions économiques, sociales et organisationnelles rendues possibles par la « co-localisation ». L'approche de White touche pour une fois une perspective « comportementale » de la décision de localisation, incluant les déclarations qualitatives des

planificateurs sur les liens administratifs rendus possibles par des sites particuliers plutôt que d'autres. Mais il en dit peu sur le contenu précis de ces décisions particulières. En fait, sa recherche porte une attention insuffisante aux sources primaires, comme les rapports de débats publics, documents consultatifs, comptes-rendus de séminaires, notes de service, lettres ou articles de journaux locaux, qui pourraient éclairer plus précisément la pensée des décideurs quant à leur choix de localiser les services dans tels ou tels lieux et de les y concentrer. White n'a jamais traité du contenu substantiel de ces pensées officielles et non officielles, ce qu'a fait Philo dans sa géographie historique du « business de la folie⁷ » du XIXe siècle en Angleterre (Philo, 1987).

1.1.2.2.2 *L'approche historique des processus à la base des décisions politiques de localisation*

Philo cherche à interroger les processus qui fondent les décisions politiques de localisation des services psychiatriques, à travers la lecture détaillée des quarante premiers numéros de *The Asylum Journal* (soit de 1853 à 1862). Pendant les premières années de son existence, les « mad-doctors », futurs psychiatres, ont utilisé *The Asylum Journal* pour élaborer un discours médico-moral qui a eu d'importantes conséquences sur la géographie asilaire du XIXe siècle. Philo extrait de ces articles les arguments avancés en faveur d'une séparation spatiale du « fou » du reste de la société.

Philo part du principe qu'il n'y a rien de naturel à isoler les malades mentaux du cercle « normal » des gens et lieux d'une société ni de les placer à part dans des maisons désignées pour servir différents objectifs de contrainte, d'abri et de traitement. Quelque que soit l'époque ou le lieu, ce processus de séparation, à la fois social et spatial, a été informé par des représentations sociales, culturelles et professionnelles spécifiques de la maladie mentale. Philo va donc s'appliquer à détecter, dans ces représentations, les raisons conceptuelles précises qui ont amené, par le passé, certains groupes sociaux à choisir d'isoler les « fous ».

7 Par « business de la folie », Philo cherche à identifier la grande diversité des institutions qui ont accueilli le « fou », le « malade mental » à différentes époques et dans différents lieux.

Ainsi, dans un des articles, le Dr Conolly explique le besoin de séparer les cas récents de folie des influences « dérangeantes » de la maison, de la famille et des amis. Selon lui, « *toutes les associations et influences en lien avec le foyer sont perverties, la consternation et même l'affection de l'entourage amènent à une indulgence ou des concessions blessantes, à la perte de tout contrôle et à une irritation de l'esprit, rendant l'éventuelle guérison plus difficile, voire impossible* » (Conolly, 1859, p.412). Garder les patients à domicile était donc clairement vu comme une erreur, mais la solution n'était pas, à cette époque, de les envoyer à l'hôpital général, principalement en raison des difficultés et nuisances qu'ils auraient pu causer à l'équipe soignante et aux résidents physiquement malades de l'établissement.

D'autres auteurs plaidaient en faveur de la séparation des malades mentaux et des pauvres⁸. Bucknill appelait cela le principe d'isolement et suggérait que celui-ci pouvait être étendu à la détention du « fou » dans des espaces spéciaux pour l'isolement occasionnel de patients particulièrement agités à l'intérieur des asiles : « *Ayant isolé les internés de l'asile du tumulte de la société au sens large, sur quel principe pourrait-il être soutenu qu'aucun d'entre eux a besoin, à un moment, d'être écarté du tumulte de la société fondée dans l'asile même...* » (Bucknill, 1855, p.185).

Certains auteurs incitaient aussi à la construction d'établissements spécialisés dans la prise en charge de certains types de patients, en fonction de leur statut social, de leur dangerosité, de leur curabilité ou chronicité.

Un autre médecin, Mundy, anticipant les plus récentes suggestions de soins dans la communauté, proposait un système de petites maisons ou pavillons (« *cottage system* ») fondé sur le modèle de la colonie de Gheel en Belgique (Mundy, 1861), plutôt que ces grandes institutions asilaires, mais ses idées n'ont pas été acceptées à l'époque.

8 Du reste, la population des « pauvres » ou des « errants » a pendant très longtemps été englobée dans celle des malades mentaux (Farge, Lae, Cingolani & Magloire, 2004). En témoigne également la veine d'études reposant sur la psychologie qui a porté sur les « errants » et « les clochards » dans la première partie du XXe siècle : de l'eugénétique prônée en vertu d'une faiblesse psychologique innée et transmissible, aux déterminants psychiatriques multiformes de l'errance – neurasthénie, dromomanie, schizophrénie, perversion... – en passant par d'hypothétiques stratégies de vie fondées sur l'immaturation ou la paresse (Vexliard, 1957).

Parallèlement aux arguments avancés pour la séparation spatiale des « fous », Philo relève de nombreuses opinions concernant les lieux ou régions spécifiques et les types d'environnement dans lesquels les maisons pour les « fous » devraient être localisées. Une fois de plus, ces opinions doivent être replacées dans le contexte particulier des représentations sociales, culturelles et professionnelles de la folie de l'époque. Globalement, les éléments « moraux » du journal plaident pour une séparation spatiale du « fou », pas simplement pour le sortir des influences néfastes de la maison, de la famille et des amis, mais pour l'éloigner de toutes les stimulations sensorielles disparates et déséquilibrantes présentes dans l'environnement local de la personne souffrante.

Ces arguments plaidaient pour la construction d'établissements à la campagne, dans un environnement calme et serein. Mais ce point de vue n'était pas répandu à la fin du XVIIIe et au début du XIXe siècle. Nombre d'asiles avaient été construits dans des localisations urbaines qui allaient à l'encontre des enseignements du discours « médico-moral ». Certains auteurs du journal suggéraient de débattre à propos de « ces hôpitaux situés malencontreusement au cœur des villes et dans lesquels le système moderne du traitement moral était impraticable » (Anonymous, 1855, p.194) du fait de l'absence d'isolement, de terrain de loisirs et d'exercices journaliers, et du recours continuels aux camisoles, sangles et liens de la « contrainte mécanique » (Conolly, 1854, p.164). La seule façon de dépasser ces difficultés semblait alors d'abandonner les anciennes constructions et d'en ériger de nouvelles dans des sites convenables. Certains établissements ont ainsi été relocalisés, au moins pour une partie de leurs activités, dans des champs verts, spacieux, en dehors des limites de la ville. C'est le cas notamment des hôpitaux de Birmingham, Liverpool, Manchester, Nottingham et Stafford.

Une vision consensuelle de la localisation idéale de l'asile hors de la ville pouvait être lue dans les articles de l'*Asylum Journal* : le site devait être « parfaitement sain », capable de fournir une atmosphère favorable, un bon système d'évacuation et une alimentation en eau adéquate. La géographie physique sur laquelle l'établissement devait être érigé a aussi pris une importance considérable dans les articles qui débattaient des questions de climat, sol, type de roche, topographie, altitude, exposition et végétation.

Au delà de ces dimensions hygiénistes et médicales de la localisation de l'asile, il est nécessaire de considérer les dimensions manifestement plus « morales », en particulier celles associées à la possession de terrains étendus. Ces propriétés étaient considérées comme bénéfiques, permettant aux patients de se promener. Mais ces terres répondaient aussi à un objectif économique, devant permettre l'emploi agricole et horticole de nombreux internés de l'hôpital : « *Dans tous les cas, il apparaît désirable, d'un point de vue économique, que le terrain soit suffisant pour la production de végétaux, de lait et d'une partie du beurre, nécessaire à l'usage de l'établissement* » (Thurnam, 1853, p.7). Certaines critiques apparaissent, par ailleurs, envers certains établissements ayant privilégié l'entreprise agricole au détriment du traitement « médico-moral ». Nous pouvons constater que nous retrouvons ici, comme dans la majorité des institutions totales (au sens Goffmanien, (Amouros & Blanc, 2001)), l'importance de la continuité d'une forme de production économique (voir par exemple, pour les prisons, (Wacquant, 1999)).

Si, dans l'ensemble, la plupart des auteurs voient la ruralisation comme bénéfique pour le malade mental, et ce, pour de nombreuses raisons « morales » et médicales entrant en interaction et se renforçant mutuellement, deux objections ont cependant été perçues dans les archives de l'*Asylum Journal*.

La première était liée au manque d'attrait pour les étudiants en médecine de ces hôpitaux ruraux, la seconde aux coûts de transport que certains patients ne seraient pas capables de supporter.

La lecture attentive des différents articles de l'*Asylum Journal* révèle donc comment les débats à l'origine du discours médico-moral – sur le remplacement de la « contrainte mécanique » par la « non-contrainte », sur le fait de garder les malades dans les asiles, sur la crainte de la population générale des internements abusifs, sur les problèmes posés par la sur-accumulation de patients chroniques, sur le besoin d'un rôle médical accru dans les établissements privés, ou sur les mérites relatifs des différents idéaux architecturaux – étaient tous reliés de différentes façons aux arguments et propositions cadrant la géographie institutionnelle du « business de la folie ».

Philo insiste ici sur la nécessité pour les chercheurs de se plonger dans ces documents d'archives, dans le contenu des débats de l'époque pour comprendre les géographies dessinées par ces institutions.

Ce que nous essaierons de faire, à travers l'analyse des discussions de l'Assemblée Nationale lors de la préparation de la loi de 1838, des rapports produits par les aliénistes de l'époque, ainsi qu'à travers l'analyse des revues françaises équivalentes à l'*Asylum Journal* britannique, à savoir, les *Annales médico-psychologiques* et l'*Aliéniste*.

Ces géographies ne sont donc pas produites par des logiques autonomes d'organisation spatiale, telle la théorie des lieux centraux avancée par Shannon et Dever (1974). Pour Philo, ces géographies sont produites par des « actions de localisation créatives » profondément ancrées dans une toile mêlée de préjugés, intuitions, convictions, espoirs et craintes qui peuvent être discernées à travers une lecture attentive des publications de l'époque.

1.1.2.2.3 L'approche historico-herméneutique

Une approche critique de White a été faite par Dear, autre géographe américain, qui privilégie, quant à lui, une approche historico-herméneutique.

Dear rejette l'approche « empirico-analytique » de White qui réussit seulement, selon lui, à décrire le niveau superficiel d'apparition des processus de localisation (Dear, 1978). Dear va prôner une approche « historico-herméneutique⁹ » qui interroge les relations entre la réalité empirique de la localisation des services publics et la structure sociale sous-jacente. La structure spatiale est interprétée comme une expression du processus social. Pour Dear, la localisation des services est toujours ancrée dans le récit des structures socio-économiques du capitalisme occidental. D'où son insistance sur les dimensions politiques de la localisation et sur les manœuvres complexes entre administrateurs, planificateurs, politiques, leaders communautaires, professionnels de la santé mentale et usagers pour

⁹ Ces deux approches, « empirico-analytique » et « historico-herméneutique » font référence aux travaux d'Habermas (1990). L'herméneutique peut être définie comme l'étude de l'interprétation et de la signification.

résoudre les conflits de localisation, qui sont généralement résolus au profit des intérêts des banlieues puissantes et favorisées. Dear ne néglige pas pour autant les autres facteurs possibles de la ghettoïsation des services dans les centres-villes, tels que la disponibilité de terrains bon marché, la présence de propriétés reconvertibles, la « réserve » d'usagers vivant déjà dans le centre-ville, ou tout autre bénéfice interactionnel pouvant être gagné par la co-localisation. Il les considère comme des « éléments superficiels », eux-mêmes constitués par une plus profonde sélection des politiques de banlieue.

L'approche de Dear reste cependant consignée dans une interrogation « structurelle » des intérêts croisés entretenus par les différents participants comme un résultat de positions différentes dans la matrice de la structuration des classes (Dear, 1981). Les agents humains pensants, actifs et créatifs, sont convertis en de simples « porteurs des transformations structurelles » qui répondent sans bruit à la logique d'acier de la formation socio-économique prévalente.

L'isolement et l'exclusion : deux principes universels

Accompagné de Taylor, Dear va ensuite orienter ses recherches vers une étude de l'isolement et de l'exclusion. Pour ces deux auteurs, « toutes les cultures semblent avoir eu leur « folie » et avoir trouvé des méthodes pour isoler la maladie mentale. Ces méthodes ont parfois été brutales (quand les malades étaient forcés à vivre enfermés dans des villes médiévales) et souvent bien intentionnées (comme le développement de l'asile, un lieu de refuge). Dans toutes les situations cependant, la réponse a été d'isoler et d'exclure » (Dear & Taylor, 1982).

Cette perspective se retrouve dans les travaux de Boeckh qui affirme que « les soins ont été historiquement caractérisés pas tant comme un processus de traitement et de réhabilitation mais plutôt comme un processus d'isolement et d'exclusion » (Boeckh, Dear & Taylor, 1980).

L'isolement et l'exclusion : deux principes construits socialement

Philo n'est pas totalement d'accord avec cette théorie. En effet, selon lui, les « fous » ont aussi expérimenté la tolérance et les tentatives d'inclusion dans les scènes quotidiennes de vie et de travail. Des attitudes positives envers les malades mentaux ont souvent été manifestées au Moyen-Age, des propositions variées ont vu le jour dans la désinstitutionnalisation : placements en familles ordinaires, séjours au bord de la mer...

Pour Philo, Dear et Taylor n'auraient pas dû traiter de l'isolement et de l'exclusion comme s'ils étaient deux universaux qui opposeraient la folie à la non folie, comme s'il n'y avait rien de naturel et de pré-ordonné dans la ségrégation socio-spatiale de la folie. Cette ségrégation est davantage un accomplissement humain indélébile, mené par des groupes humains sur la base d'une représentation particulière de la folie comme une différence, parfois mauvaise, dangereuse et dérangeante, parfois comme illusion, blasphème et hérésie, parfois encore comme maladie, incapacité et détérioration. Les pratiques excluantes doivent être opposées à la manière dont une société ségrégationniste pense la folie. On retrouve ici le message de Foucault qui cherche à clarifier les traitements passés de la folie en les situant dans le contexte des structures contemporaines de la perception (Foucault, 1961). « Un fait est devenu, depuis longtemps, de la sociologie et de la pathologie mentale : la maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intérieur d'une culture qui la reconnaît comme telle » (Foucault, 2002).

Une sensibilité similaire pour les connexions entre évolutions de la pensée et évolutions des traitements apparaît chez Wolpert. Il montre comment l'« étrange », l'« handicapé », le « déviant » a été exclu de la société dans le courant du XIXe siècle, avec le développement du « traitement moral » qui voyait la folie comme un phénomène essentiellement psychologique demandant un régime spécifique de soins à travers l'asile (Wolpert, 1975). Cette nouvelle philosophie a encouragé une rationalisation de la dichotomie « nous/eux » et le développement de la distinction entre lieux normaux et lieux déviants. Par rapport à Dear et Taylor, Wolpert inscrit ici les caractères conjoncturels et humains de l'exclusion (plutôt que naturels et universels), appréciant le rôle des discours intellectuels tels que le « traitement moral », plus que les aversions et peurs floues de la société.

Toujours dans cette même perspective historico-herméneutique, deux études, américaines et canadiennes, peuvent encore être présentées. Elles abordent chacune deux phénomènes spatiaux, non évoqués dans les études précédentes et rarement retrouvés dans les recherches réalisées sur les institutions asilaires du XIX^e siècle.

La première étude, réalisée par Hunter, Shannon et Sambrook considère l'asile comme une innovation thérapeutique et analyse sa diffusion spatiale sur le territoire américain (Hunter et al., 1986). La seconde étude, réalisée par Dear et Wolch, se concentre davantage sur les liens entre localisation et urbanisation, à travers l'absorption des hôpitaux psychiatriques par la croissance démographique des villes, avec pour conséquence la création de « ghettos de services de dépendance » (Dear & Wolch, 1987).

1.1.2.3 La diffusion spatiale d'une innovation thérapeutique

Le milieu du XIX^e siècle a vu aux Etats-Unis, l'émergence d'une innovation médicale majeure, à savoir la croissance des asiles d'Etat pour malades mentaux. Commencant dans le nord-est du pays, le phénomène s'est rapidement répandu vers l'ouest. Bien que leur analyse spatiale reste assez rudimentaire, Hunter, Shannon et Sambrook font partie des rares auteurs à envisager la diffusion spatiale des hôpitaux psychiatriques comme innovation thérapeutique.

Cette diffusion spatiale est d'abord à replacer dans son contexte historique.

Le premier hôpital aux Etats-Unis, l'hôpital de Philadelphie a été construit en 1752 et a fourni un accueil temporaire aux malades mentaux dans ses sous-sols. Cependant, le premier hôpital exclusivement consacré à la prise en charge des malades mentaux a ouvert en 1773 à l'est de la Virginie (Williamsburg). Dans le quart de siècle suivant, les hôpitaux psychiatriques sont restés un phénomène circonscrit au nord-est du pays.

Au départ, les hôpitaux psychiatriques de petite taille étaient payants et donc assez sélectifs. Ils se situaient dans ou à proximité des centres villes. Les traitements proposés étaient donc réservés à quelques patients favorisés.

Dans la première moitié du XIX^e siècle, a émergé un mouvement réformiste qui promouvait la construction et la maintenance des hôpitaux psychiatriques publics, en utilisant les financements de l'Etat. L'intention déclarée des réformistes était d'assurer un service public dans chaque état pour répondre aux besoins de chaque zone géographique, mais il s'agissait surtout de fonder le soin sur le déplacement des malades, de leur famille et de la société vers une institution isolée à la campagne.

Des consignes de localisation ont été données par la nouvellement formée Association des directeurs médicaux d'hôpitaux en 1851 : « *les hôpitaux psychiatriques devaient être placés à la campagne, pas à moins de deux miles d'une grande ville et situés près de routes principales pour faciliter la fourniture de biens et de services. S'il était construit à proximité d'une voie de chemin de fer, cependant, une localisation de l'asile à environ 10-12 miles d'une grande ville n'aurait pas pu être contestée* » (Kirkbride, 1854).

Le processus entier a duré une décennie. Les hôpitaux étaient vus avec fierté comme « une classe de structures nobles qui avaient crû à travers le pays » (Kirkbride, 1854). Plus tard, avec la taille croissante et les façades chargées, spécialement dans le nord-est des Etats-Unis, ils ont été connus pour être des « palaces de la pauvreté » et des « cathédrales de la folie » (Deutsch, 1937). Ces extérieurs grandioses dissimulaient en fait des intérieurs ternes et dénudés.

En moyenne, un hôpital psychiatrique a été construit par an entre 1835 et 1839, 2,2 par an entre 1855 et 1859, et 2,6 par an entre 1870 et 1875. La guerre civile entre 1861 et 1865 a causé une baisse dans les taux de construction.

L'analyse spatiale de la diffusion de l'innovation thérapeutique constituée par l'asile reste ici très rudimentaire et ne fait pas appel aux modèles de diffusion développés par Hägerstrand (1953) dans les années 1950 (diffusion par contagion ou par migration, hiérarchique ascendante ou descendante), cet aspect spatio-temporel de la diffusion des hôpitaux psychiatriques mérite un approfondissement plus important et sera abordé ultérieurement dans notre recherche.

1.1.2.4 Urbanisation et naissance des « ghettos de services de dépendance »

La dernière étude présentée sur la géographie « asilaire » aborde, quant à elle, les effets de l'urbanisation sur la localisation initiale des établissements psychiatriques et la création de ghettos de services de dépendance¹⁰. Elle montre également comment interfèrent, dans le choix de site pour la construction d'un nouvel établissement, des considérations externes au champ sanitaire : considérations financières mais aussi militaires...

A défaut de pouvoir documenter précisément la distribution spatiale des institutions de la fin du XIXe siècle, Dear et Wolch rappellent les principes développés par les administrateurs institutionnels pour installer les services, dans la première partie du siècle dans la province d'Ontario au Canada (Dear & Wolch, 1987). Leurs écrits suggèrent ainsi que trois facteurs ont guidé l'implantation des principaux services comme les asiles, prisons et hospices : les localisations devaient être séparées de la société urbaine, offrir un environnement de travail thérapeutique et productif et permettre aux institutions d'être auto-suffisantes grâce à des activités industrielles ou agricoles sur le site, d'où une localisation en dehors des villes.

« L'appel d'une retraite calme à la campagne », le besoin de s'échapper des scènes de vie dérangeantes et agitées des grandes villes, sont les valeurs des asiles qui restent adjacents aux aires urbaines de sorte que les coûts de transport des patients, équipes et fournisseurs de produits ne deviennent pas exorbitants.

La première prise en charge de la folie au Canada a été réalisée par les ordres religieux de Nouvelle France (actuelle province du Québec). Avant cela, les « fous » étaient généralement placés en prison. Sous la direction de la France, l'Hôtel Dieu de Québec a ouvert en 1639, pour le soin des indigents, des infirmes et des idiots. Le premier établissement de la province pour la prise en charge de la folie a été établi à New Brunswick, en 1835, en transformant un hôpital converti à la prise en charge du choléra. La Province d'Ontario a suivi, en 1841, avec la construction de l'asile de Toronto dans une

10 Cette notion sera davantage développée dans la seconde partie sur la géographie post-asilaire.

prison abandonnée de la ville. Cette localisation temporaire venait répondre à l'urgence des besoins et aux retards dans la sélection du site. La vieille prison, qui accueillait moins de 100 patients s'est vite trouvée inadéquate pour répondre à la demande des admissions. En 1846, l'aile est de l'ancien parlement à l'intérieur de la ville a été convertie en asile. A la même époque, ont été construits des asiles à la périphérie ouest de la ville. Quatre ans après son ouverture, l'établissement dépassait déjà ses capacités d'hospitalisation avec 376 patients présents pour 250 places. Afin de soulager cet encombrement de l'asile de Toronto, des succursales ont été ouvertes rapidement, à la fois dans la ville et en dehors. Une des caractéristiques de l'histoire des asiles en Ontario est la mesure dans laquelle les « succursales » asilaires ont proliféré, généralement en réponse à la surpopulation dans les institutions existantes. Des mesures ont été adoptées pour séparer les curables des incurables, certaines antennes se spécialisant dans la prise en charge des « fous criminels ou dangereux », des « patients chroniques ». Mais ce système dual a été vivement critiqué et ne dura pas longtemps.

Les pratiques canadiennes dans la localisation des asiles tendaient à suivre celles déjà bien établies par les américains et les britanniques. Bien que l'asile temporaire de Toronto et ses extensions aient été localisés dans la ville, le premier véritable asile était situé sur 25 hectares de terre à la périphérie ouest de la ville. L'Assemblée du Canada Supérieur avait conseillé que le site « soit élevé, disposant d'une perspective étendue des paysages environnants, à partir duquel les patients pouvaient regarder la campagne sans être trop près, de façon à ne pas être incommodés par les trop fréquentes approches de visiteurs ou d'étrangers imprudents ou manquant de considération. Il devrait contenir un terrain suffisant pour employer la totalité des malades dans quelques intéressantes et profitables occupations ». En résumé, l'asile devait être à la campagne, mais pas trop éloigné d'un centre urbain ; disposer d'une vue plaisante et avoir des terrains suffisants pour le travail et les loisirs. Le site de l'asile de Toronto, situé à trois miles à l'ouest du centre ville a finalement été retenu pour des raisons stratégiques militaires. Sa localisation sur une colline déversante en faisait un point fort pour défendre la ville. La plupart des succursales asilaires qui ont suivi Toronto ont observé de plus en plus un ensemble familier d'indicateurs de localisation.

Les questions d'accessibilité étaient aussi prises en compte dans la localisation des asiles. Les structures, voulues comme des services pour l'ensemble de la province, étaient localisées de manière centrale.

Il n'a pas fallu longtemps pour que les asiles d'Ontario, initialement situés bien prudemment à la périphérie des villes, soient absorbés par l'expansion urbaine. La rapide urbanisation de Toronto a englobé quasi immédiatement l'asile. Construit en 1850 à trois miles à l'ouest de la ville, l'asile, en 1870, était dépassé par la limite ouest de la ville de Toronto. En 1906, son terrain de 25 hectares avait été réduit à 17. A la fin du XIXe siècle, l'asile, en tant qu'institution de prise en charge et de gardiennage du « fou » se retrouvait situé dans les aires peuplées du sud de l'Ontario.

Dear et Wolch affirment finalement que cet englobement des sites par l'expansion des villes a fait que les établissements ont eu un recrutement plus local que celui pour lequel ils étaient initialement désignés, les asiles ayant tendance à attirer les populations directement adjacentes. C'est la notion de « ghetto de services de dépendance » développée par les auteurs, associant dans une même zone une concentration spatiale de populations « dépendantes » et des équipements désignés pour les prendre en charge, cette ghettoïsation se poursuivant avec la désinstitutionnalisation.

1.2 La géographie post-asilaire

Avec le passage dans les années 1970 de la fermeture d'asiles vers des lieux de soins basés dans la communauté, et ce, dans le sillage de la désinstitutionnalisation, les géographes se sont tournés vers les services « basés dans la communauté ».

La désinstitutionnalisation est définie par Bachrach (1996) comme le remplacement des hôpitaux psychiatriques de long séjour par des services alternatifs de plus petite taille, moins isolés et basés dans la communauté. Elle consiste en trois mesures :

- la sortie des patients de l'hôpital psychiatrique vers des structures alternatives dans la communauté ;
- la déviation d'un potentiel de nouvelles admissions vers les équipements alternatifs ;
- et le développement de programmes spéciaux basés dans la communauté, combinant services psychiatriques et d'assistance, pour la prise en charge de la population non institutionnalisée.

La définition de la notion de désinstitutionnalisation est discutée. Dans la définition de Bachrach, la notion d'institution est introduite non pas comme lieu, au sens où l'asile psychiatrique est une institution, mais plutôt comme une figure (Rhodes, 1991). C'est l'usage du terme dans cette dernière acception qui permet à certains de distinguer la « déshospitalisation », qui aurait peu à peu eu lieu de la « désinstitutionnalisation » qui, elle, ne se serait pas produite¹¹ (Velpry, 2006). Nous reviendrons sur cette nuance dans le chapitre 3 à propos de la situation française.

Comme le souligne Drury (1983), la désinstitutionnalisation est un processus qui a beaucoup d'implications géographiques. Les chercheurs géographes se sont interrogés sur les facteurs sous-tendant cette nouvelle géographie de services de petite échelle, plus dispersée, et sur ce que cela signifiait pour la communauté et les patients (Wolpert & Wolpert, 1976). Jusqu'à

¹¹ Voir (Estroff, 1998) pour une approche ethnographique de cette question

la fin des années 1990, la littérature géographique sur les aspects spatiaux de la désinstitutionnalisation a été dominée par les études conduites aux Etats-Unis et au Canada.

1.2.1 Les modèles nord-américains de géographies post-asilaires

La première vague de ces travaux a été réalisée aux Etats-Unis à un moment où le processus de désinstitutionnalisation des malades mentaux rencontrait de sérieuses difficultés et aboutissait à maints effets pervers (Dory, 1991).

Le point majeur sur lequel toutes ces études convergent est en fait l'extrême difficulté de réaliser les ambitions initiales du mouvement de désinstitutionnalisation. La condition première de son succès était justement que les communautés locales jouent un rôle thérapeutique à l'égard des malades mentaux. Or, la conclusion centrale des études américaines et canadiennes est que les services de santé mentale se sont concentrés géographiquement dans les communautés défavorisées « plus acceptantes » des centres-villes des principales villes nord-américaines. Ces études ont suggéré qu'une ghettoïsation à la fois des personnes souffrant de troubles mentaux et des services chargés de les prendre en charge, s'est développée dans ces lieux et que l'isolement de l'asile risque d'être remplacé par un « asile sans mur ».

Le développement des « ghettos de services de dépendance »

Dear et Wolch (1987) ont ainsi montré comment ces ghettos de services de dépendance étaient apparus dès le XIXe, du fait de la conjonction de plusieurs phénomènes :

- d'une part, la recherche de co-localisation fonctionnelle par certains services sociaux et sanitaires (dans des zones où les loyers sont bas), reprenant la thèse de White (1979) sur la tendance des établissements à s'installer les uns à côté des autres dans l'espoir de capitaliser une chaîne d'interactions économiques, sociales et organisationnelles ;
- d'autre part, le recrutement finalement local de ces asiles à vocation pourtant régionale (Jarvis, 1850) ;

- enfin, ces deux phénomènes ont été accentués par la tendance à l'urbanisation et l'engloutissement inexorable de ces anciens asiles ruraux par l'avancée de la frange urbaine.

Avec l'addition de nouvelles structures de soins dans la communauté, la désinstitutionnalisation n'a finalement fait qu'accroître cette concentration des services et des patients. Mais si ces éléments ont fourni les conditions préliminaires à la ghettoïsation, ils ne sont pas suffisants pour expliquer les regroupements spatiaux de patients et de services dans ces ghettos modernes de services de dépendance.

Un filtrage spatial informel des patients atteints de troubles mentaux

Dear et Wolch argumentent que les demandes de logement ou de travail des ex-patients psychiatriques ont amené à un filtre spatial informel de ces individus au cœur de la ville. Ces contraintes du marché encourageant la ghettoïsation sont renforcées par deux autres facteurs : une apparente augmentation de l'opposition de la communauté qui a exclu les ex-patients des banlieues résidentielles et le développement de stratégies de planification qui tendent à éviter les conflits communautaires à propos des décisions de localisation en cherchant des sites non contestés par le voisinage.

C'est de cette réalité que rendent compte Wolpert, Dear et Crawford (1975) à partir de l'expérience californienne. Là comme ailleurs, l'implantation des structures extra-hospitalières présente des régularités frappantes. En effet, ces établissements (dispensaires, foyers de post-cure, hôpitaux de jour...) constituent des services publics non souhaités par la majorité des habitants du lieu d'implantation, et suscitent donc des actions de rejet. Il en résulte une concentration de ces services dans les zones habitées par les groupes urbains les plus démunis à la fois de pouvoir de protestation efficace et de ressources. Or, on sait également que les malades chroniques désinstitutionnalisés montrent une tendance très nette à se retrouver dans ces mêmes zones après des trajets plus ou moins compliqués. C'est là, dans le contexte urbain étudié, qu'ils trouveront les seuls logements bon marché auxquels ils peuvent prétendre, ainsi que l'indifférence de l'environnement social face à leurs éventuelles bizarreries (Goffman, 1975). En outre, la proximité de divers services médico-

sociaux, fortement implantés dans ces quartiers, pourrait avoir pour effet d'y attirer encore davantage de patients dans une sorte de cercle vicieux dont l'aboutissement est la constitution d'un « asile sans murs » en remplacement de l'ancien hôpital psychiatrique.

Cette concentration et ce filtrage spatial informel des patients et des services sont également observés dans l'Etat du Kansas par l'ethno-anthropologue américaine Floersch qui analyse les pratiques des travailleurs sociaux dans le cadre des services de soutien en milieu ouvert des personnes souffrant de troubles psychiques (Floersch, 2002).

L'opposition de la communauté à l'implantation des services

Plusieurs études se sont concentrées sur l'analyse des réactions locales aux implantations de services psychiatriques décentralisés.

Dans les pays anglo-saxons, des procédures de concertation préalables à l'implantation d'un service dans la communauté ont été mises en place pour accompagner la désinstitutionnalisation. La connaissance des déterminants de ces réactions hostiles de la part de certaines unités de voisinage était, au cours des années 1970, d'une importance vitale pour les autorités sanitaires ayant en charge le processus de désinstitutionnalisation. En outre, ce phénomène était très largement à la base des localisations en grappe des services décentralisés pour les malades mentaux dans certaines zones du tissu urbain, ainsi que de leur quasi-absence dans d'autres. Ces procédures de concertation préalable n'existant pas en France, nous pourrions nous demander si ce modèle de ghetto se reproduit en France, et si oui, sous l'influence de quels facteurs ?

Les chercheurs ont commencé à s'interroger sur les impacts de ces installations sur le voisinage environnant, explorant à la fois les impacts en valeurs propres et les effets perçus sur la vie sociale. La littérature géographique en la matière est abondante, nous en citerons simplement quelques exemples. Les voisinages « acceptants » étaient plus souvent situés dans le centre-ville, occupé par des groupes plus pauvres, alors que les voisinages « rejetants » étaient plus souvent situés dans des banlieues familiales, plus riches, où les résidents étaient méfiants à l'égard des comportements non-conformistes (Moon, 1988).

Une des conséquences a été que les localisations des services de santé mentale ont été mises en relation avec les géographies des impacts sur le voisinage et des attitudes de la communauté (concept du NIMBY : « *Not in my backyard* »). L'existence d'une opposition des groupes de protestation des banlieues bien organisées possédant une connaissance de la législation sur l'usage des terres a été un facteur important dans les décisions.

L'étude réalisée par Hall et Joseph (1988) sur la ville de Toronto en est un bon exemple. A partir d'une analyse des corrélations écologiques entre les distributions des équipements publics (services pour enfants ou adultes handicapés, services psychiatriques) et les caractéristiques socio-démographiques des quartiers, les auteurs ont montré que ces différents services étaient en général plus abondants dans les quartiers ayant un pourcentage élevé de ménages isolés et/ou un fort taux de chômage masculin. Les corrélations sont plus importantes pour les services pour handicapés adultes que pour ceux consacrés aux enfants ou aux personnes souffrant de troubles psychiques. Ainsi, les services pour adultes handicapés apparaissent plus nombreux dans les quartiers ayant une ou plusieurs de ces caractéristiques : faible nombre d'enfants, forte proportion d'adultes mariés, davantage de locataires, fort taux de chômage et forte mobilité de la population. Peu de corrélations apparaissent comme significatives avec la densité d'équipements psychiatriques, sauf si l'on distingue les services psychiatriques officiels des non officiels, l'implantation des premiers montrant davantage de corrélations significatives avec les caractéristiques socio-démographiques du quartier. Cette étude écologique confirme que les services aux personnes se concentrent dans des zones de « faible résistance », mais avec des différences selon le type de services.

Philo (1997) parle à ce propos de politique d'évitement de conflit trouvant son origine dans le domaine des politiques locales, des discours et du pouvoir.

Dear (1977b) s'attache également à montrer les mécanismes de filtrage spatial qui aboutissent dans le cas d'une ville particulière à la concentration, dans les zones les plus dégradées du tissu urbain, des malades mentaux les plus désinstitutionnalisés ainsi que des services destinés à les prendre en charge. La nouveauté de son travail consiste à insister sur

d'éventuels aspects positifs de cet asile sans murs où l'on rencontre moins de rejet que dans des localités socialement plus structurées.

L'espace : support, produit et enjeu de rapports sociaux (Salem, 1998)

Il y a eu beaucoup de débats autour de la relation précise entre processus social et forme spatiale. Dear et Wolch partent du principe que la configuration géographique du paysage est un reflet concret des processus sociaux sous-jacents. Cependant cette traduction du social au spatial n'est ni une suite simple ou bien-ordonnée, ni la scène passive où se jouent les événements sociaux. Comme l'a observé Giddens, « *l'espace n'est pas une dimension vide le long de laquelle les groupements sociaux deviennent structurés, mais doit être considéré en terme de sa participation à la constitution des systèmes d'interaction* » (Giddens, 1985).

La logique plus large de la construction sociale d'un ghetto de services de dépendance se trouve dans les notions duelles de « espace et société » et « structure et organisme ». Ce ghetto moderne a été créé par des agents adroits et bien informés opérant dans un contexte social, qui, à la fois, limite et permet leurs actions. Il est impossible de prévoir le résultat géographique exact de l'interaction entre structure et organisme. La raison en est que lorsque des activités individuelles sont conçues dans un contexte structurel particulier, elles peuvent aussi transformer le contexte lui-même. L'histoire économique politique et sociale est par conséquent spécifique d'un temps donné, dans le sens où les relations évoluent à différentes temporalités. Elle est aussi spécifique d'un lieu donné du fait que ces relations se déroulent dans des lieux reconnaissables selon une logique de diffusion spatiale précise.

Ainsi les modèles spatiaux, tels que le ghetto, sont des manifestations évolutives de processus sociaux complexes. Quand la société évolue, son expression spatiale fait de même ; mais de la même façon, la forme géographique va également avoir des répercussions sur les forces sociales.

Cet impact réfléchi de l'espace sur la société peut être apprécié à travers différentes voies. Beaucoup de relations sociales sont nécessairement **constituées** à travers l'espace (par exemple, les relations de production dans les activités basées sur les ressources), d'autres

relations sont **contraintes** par l'espace (comme l'inertie imposée par des environnements de constructions obsolètes) et finalement certaines relations vont être **médiatisées** par l'espace (incluant le développement de l'idéologie et des croyances locales).

Dans le cas du ghetto de services de dépendance, l'influence de la société sur l'espace est claire : la tendance à la réhabilitation et l'embourgeoisement des centres villes est en train d'absorber les opportunités de logement dans le ghetto pour la personne désinstitutionnalisée. L'influence de l'espace sur la société est démontrée à travers les effets du ghetto dans la sensibilisation accrue de la communauté à la situation critique des services de dépendance, et spécialement des sans abris. La sensibilisation a, à son tour, causé des ajustements dans l'allocation des ressources et les pratiques de prestation des soins.

1.2.2 Les modèles européens de géographies post-asilaires

Cependant, comme le note Moon en 1988, il y a un manque de recherches comparatives en dehors de l'Amérique du Nord pour évaluer l'universalité de l'expérience nord-américaine en matière de désinstitutionalisation. Le géographe anglais, à partir de l'exemple de Portsmouth en Angleterre (Moon, 1988), confirme le passage de localisations rurales isolées vers des localisations en milieu urbain. Il parle même d' « urbanisation des soins ». A Portsmouth, conformément aux expériences américaines, ces structures psychiatriques implantées dans la communauté se trouvent concentrées dans des quartiers appelés « zones de transition », caractérisés par de fortes proportions de locataires, de logements précaires, où la mobilité est importante (Wolch, 1980). Il trouve aussi dans ces zones un faible nombre moyen d'enfants par ménage. Moon va s'intéresser particulièrement aux attitudes de la communauté à l'égard de ces structures. En effet, les recherches sur les attitudes et représentations suggèrent que les services de santé mentale appartiennent aux services qui peuvent être catégorisés comme « nocifs » et qui provoquent une opposition à l'implantation de la part des potentiels voisins, au même titre que les établissements pénitentiaires, les aéroports, les usines d'évacuation des eaux usées, les déchetteries ou encore les centrales nucléaires et autres industries polluantes (Hodge & Gatrell, 1976; Smith & Hanham, 1981). Moon va notamment s'intéresser à l'écart entre les craintes et représentations négatives à l'égard d'un projet d'implantation d'une structure

d'hébergement pour malades psychiatriques et l'impact réel de l'implantation de cette structure sur le voisinage. Il montre ainsi que l'impact, analysé à travers les plaintes et incidents enregistrés et à travers des entretiens et données d'enquête est minimal en regard des craintes et représentations initiales.

Deux autres recherches européennes ont été réalisées dans ce domaine. La première date de 1996 et est proposée par Milligan (Milligan, 1996). L'auteure interroge la transférabilité du concept nord-américain de « *service dependent ghetto* » au contexte écossais des villes de Dumfries et Galloway. Milligan examine l'influence des organismes gouvernementaux, de la communauté locale et des usagers dans la formation de modèles de localisation à partir d'une étude ethnographique. Son objectif est double : expliquer les facteurs de localisation des équipements de santé mentale et définir les stratégies de localisation adoptées par les différents acteurs impliqués. Elle montre ainsi un engagement variable des régions dans la politique de désinstitutionalisation et donc des disparités fortes dans sa réalisation au niveau du développement des structures sanitaires publiques. En revanche, les besoins sociaux et d'hébergement des patients ont été couverts essentiellement par le secteur privé associatif. La répartition géographique de ces structures d'hébergement apparaît assez bien diffusée sur l'ensemble de la région. Milligan montre ainsi comment les oppositions de la communauté ont été évitées du fait de stratégies de localisation « en douceur » de structures de petite taille. L'achat de logements privés est une transaction entre le vendeur et l'association, les habitants du quartier ignorent largement l'utilisation visée de la propriété jusqu'à ce que la vente soit terminée. Lorsque l'information arrive à la connaissance de la population, le processus est déjà trop avancé pour qu'une mobilisation d'opposition puisse être effective. Les structures d'hébergement de taille plus importante, du fait de leur visibilité, rencontrent davantage d'opposition. D'autre part, Milligan démontre comment le caractère très centralisé de la planification britannique limite fortement les recours et oppositions possibles aux décisions des agences d'Etat.

La troisième recherche européenne identifiée est la thèse de Jones (2000; 1999) qui propose une analyse comparative de la mise en place des réformes relatives à la prise en charge de la santé mentale et de leurs réalisations spatiales, en Grande-Bretagne et en Italie depuis 1950. Elle explore ainsi la restructuration sociale et spatiale des services de santé mentale dans

deux villes : Sheffield pour la Grande-Bretagne et Vérone pour l'Italie. Elle montre pourquoi des géographies locales de ces services paraissent varier à travers l'espace, à la fois à l'intérieur des découpages nationaux et entre eux.

L'étude se concentre sur les processus de déshospitalisation (fermeture des hôpitaux psychiatriques) et de désinstitutionalisation (leur remplacement par des services alternatifs de plus petite taille, moins isolés et basés dans la communauté) dans ces deux pays. La recherche porte sur les réalisations géographiques des politiques nationales de déshospitalisation et de désinstitutionalisation à une échelle locale.

La recherche est guidée par deux buts :

- comparer la mise en place effective de la réforme des politiques sociales et de la législation relative à la santé mentale en Grande-Bretagne et en Italie depuis 1950, avec une attention particulière à la mise en place effective à une échelle locale ;
- explorer l'importance du lieu dans la restructuration sociale et spatiale de l'offre de soins de santé mentale dans deux localités différentes.

Le premier objectif est relatif à la mise en place effective d'une politique et d'une législation du niveau national au niveau local. Il existe deux positions générales considérant la mise en place de la politique sociale, catégorisée comme étant soit « *top down* », processus descendant, soit « *bottom up* », du bas vers le haut entre les niveaux nationaux et locaux (processus ascendant) (Atkinson, 1995).

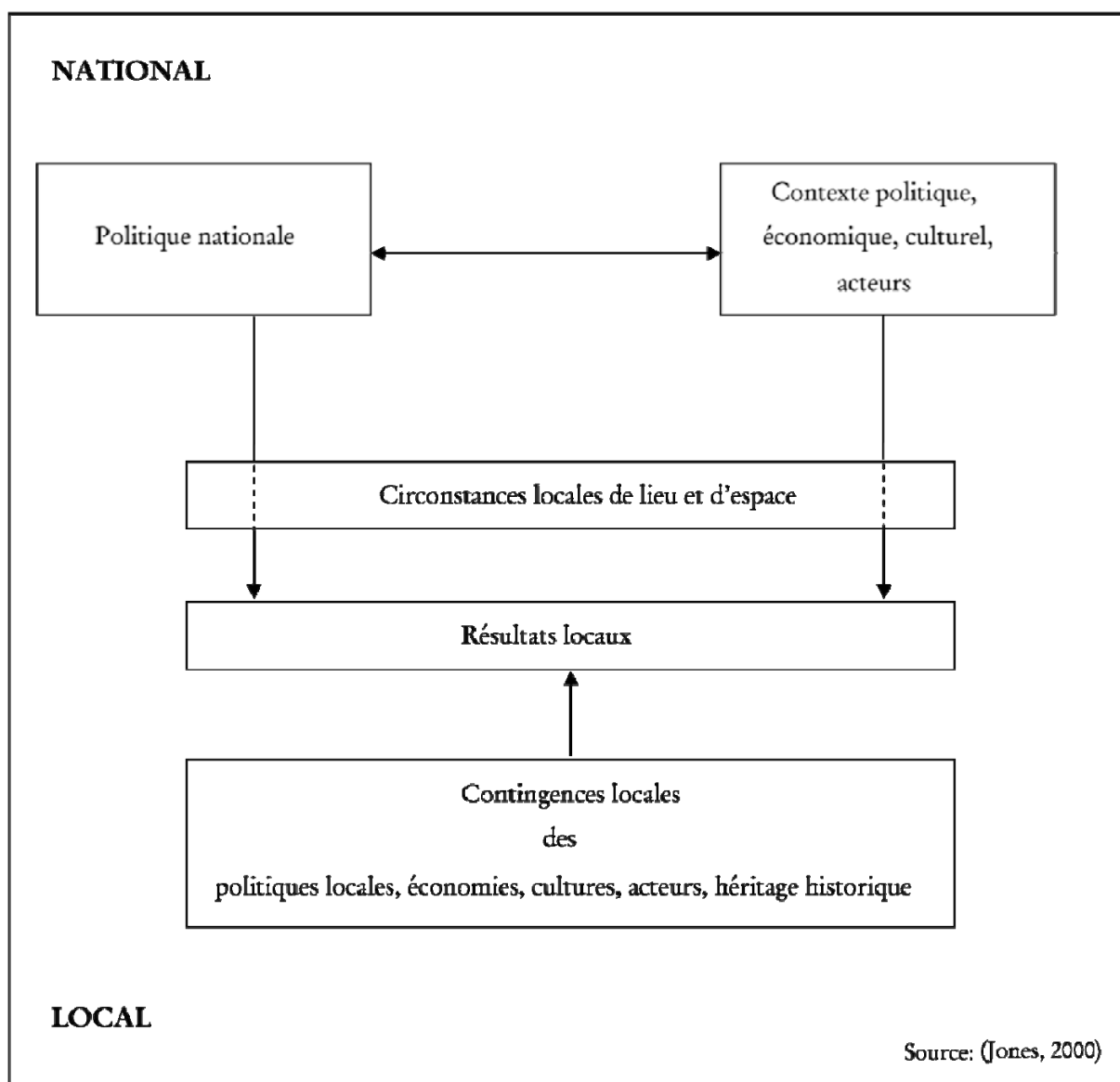
Le second objectif est relatif aux **concrétisations géographiques de la mise en place des réformes** de l'offre de soins en santé mentale dans différents lieux, spécialement la fermeture des hôpitaux psychiatriques de long séjour et le développement de structures alternatives basées dans la communauté.

Savoir où sont situés les nouveaux services est intéressant, particulièrement dans la relation entre la localisation des équipements et celle des autres localisations. Mais cette recherche s'intéresse aussi au pourquoi et au comment de ces concrétisations spatiales et s'attache à

déterminer si les attributs d'un lieu particulier façonnent les détails précis de la manifestation de la déshospitalisation et de la désinstitutionalisation dans une localité.

La recherche conceptualise les rôles de l'espace et du lieu dans le développement des géographies post-asilaires des différents lieux et incorpore les influences des contextes politiques, économiques et culturels, nationaux et locaux et le rôle des acteurs en place favorisant ou contraignant la mise en place des réformes de santé mentale. Ce cadre conceptuel est représenté schématiquement par Jones et reproduit ici (Figure 1).

Figure 1 Cadre conceptuel de Julia Jones



Ce schéma suggère que les politiques nationales diffusent dans une direction « *top-down* », du niveau central national au niveau local, où un résultat local de ces politiques peut être observé. Cependant, cette procédure est plus complexe qu'un simple processus « *top-down* » de mise en place d'une politique.

Premièrement, parce que le processus de mise en place ne s'effectue pas dans un vide social, dans un espace isotrope, il peut être influencé par des contextes politiques, économiques et culturels au niveau national et local aussi bien que par les actions des acteurs locaux.

Deuxièmement, à l'échelle locale, les attributs distincts d'un lieu particulier, comme l'héritage historique des infrastructures de santé mentale de l'avant réforme ou les politiques de planification locale, jouent un rôle important dans la forme précise des concrétisations locales. Ainsi les attributs spécifiques d'un lieu peuvent façonner les expressions locales de la réforme, dans une direction « *bottom up* » émanant de la localité même.

La mesure dans laquelle les contingences locales peuvent influencer les concrétisations dans un lieu est aussi dépendante de l'efficacité de la mise en place des politiques nationales du haut vers le bas.

Pour explorer le processus de décision en amont des localisations des nouveaux services basés dans la communauté, des entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé mentale et des planificateurs ont été conduits.

Dans le cas de Sheffield, Jones fait les observations suivantes : La lente fermeture des hôpitaux psychiatriques observée au niveau national se vérifie au niveau local. Le contexte local va cependant contraindre le procédé « *top down* » de mise en place du programme de fermeture nationale des hôpitaux psychiatriques du fait de contraintes financières. Le développement temporel et spatial des nouveaux services basés dans la communauté fait état d'une concentration des équipements dans l'ouest de la ville, la majorité des nouveaux services s'étant implantée autour des sites existants. Ce modèle spatial suggère que la carte historique des services de santé mentale influence le positionnement des nouveaux équipements. L'autre facteur important dans cette concentration est la disponibilité de

terrains bon marché dans l'ouest de la ville entraînant une augmentation de l'offre de soins pour malades mentaux proposée par des organisations associatives dans cette zone. L'ouest de la ville est pourtant une zone historiquement riche, la concentration de services sanitaires dans cette zone vient contredire l'affirmation de Giggs (1990) qui a montré, à partir d'une étude réalisée à Nottingham que les secteurs privés et associatifs ont fréquemment acheté des propriétés anciennes et à bas prix, généralement situées dans des quartiers plus défavorisés de la ville. A Sheffield, c'est l'héritage de la morphologie urbaine de la ville du XIXe siècle avec le développement de l'industrie à l'est et les quartiers résidentiels à l'ouest qui a un impact important sur le regroupement des services de santé mentale à l'ouest de la ville, loin du centre et des quartiers plus défavorisés de l'est de Sheffield.

Jones identifie plusieurs influences structurelles qui ont agi pour éviter une concentration des services dans les quartiers défavorisés du centre-ville :

- les mécanismes de planification locale : la mairie de Sheffield a bloqué à partir des années 90 le développement de services du type maisons de soins et de nursing dans le centre et a autorisé la construction ou réhabilitation de logements pour les personnes ayant besoin de ces services uniquement dans des zones « convenables », avec une vue plaisante, facile d'accès aux centres commerciaux et adaptées à des personnes ayant des incapacités.
- la restructuration organisationnelle de l'offre de soins de santé mentale avec la création de cinq secteurs géographiquement définis en 1986. La sectorisation de la ville en aires distinctes, chacune devant proposer un spectre de services pour répondre aux besoins de la population desservie est vue comme la raison de la propagation des équipements à l'est de la ville.

Dans le cas de Sheffield, les principes majeurs de la politique nationale ont dirigé la mise en place de la déshospitalisation et de la désinstitutionalisation dans la ville. Toutefois, les localisations géographiques n'ont pas été uniquement déterminées par les politiques nationales, certaines formes précises de leurs réalisations ont été largement façonnées par les circonstances locales. Par exemple, la fermeture de l'hôpital était dans la ligne de la

politique nationale, mais les difficultés financières au niveau local ont retardé le programme de fermeture. De plus, les professionnels locaux interprètent les décisions politiques selon les opportunités et contraintes qui existent dans la ville.

La structuration spatiale de l'offre de soins représente une interprétation locale de la politique nationale de santé mentale, modifiée par la présence de caractéristiques locales telles que les politiques de planification locales, la géographie urbaine de la ville, l'héritage historique de l'hôpital psychiatrique et la prise de décision des professionnels de santé mentale et planificateurs locaux qui ont la responsabilité de traduire les orientations nationales et locales en actions sur le terrain.

La situation italienne est quelque peu différente. En Italie, en 1978, la loi 180 prononce le démantèlement du système hospitalier psychiatrique et le remplacement par des services basés dans la communauté. Cette loi a été mise en place de manière très inégale depuis 1978, avec des différences régionales et infra-régionales marquées dans les taux de fermeture des hôpitaux psychiatriques et le développement de structures alternatives basées dans la communauté (Chapireau, 2008; Crepet, 1990; de Girolamo, Mors, Rossi, Grandi, Ardigo' & Munk-Jorgensen, 1988; Desalvia & Barbato, 1993; Fasolo & Frisanco, 1991; Palagiano & Arena, 1987). Dans beaucoup de zones, particulièrement dans le sud de l'Italie, le processus de désinstitutionalisation a été lent voire inexistant (Burti & Benson, 1996). Les villes qui ont rapporté avoir mis en place la loi 180 sont principalement localisées dans le nord de l'Italie et sont celles qui ont développé des services basés dans la communauté antérieurement à la réforme : Trieste, Arezzo, Perugia, South Verona, Portogruaro et Parme (Fasolo & Frisanco, 1991). Le fossé existant entre le Nord et le Sud du pays n'est pas spécifique à la psychiatrie et concerne l'ensemble du système de santé italien (Fargion, 2006) et du système économique dans sa globalité.

Les entretiens réalisés par la géographe avec les professionnels de santé mentale et les planificateurs, vont faire apparaître le rôle crucial joué par un petit groupe de psychiatres novateurs dans la mise en place de la loi dans certains secteurs. Les professionnels croyant fortement dans la réforme ont été les premiers à répondre. Dans le cas de Vérone, la principale remarque à faire concerne la variation dans la mise en place de la loi 180 à une

échelle locale. La ville est divisée spatialement et dirigée par différents services, chacun promouvant différents modèles de soins. Cette organisation spécifique a eu pour résultat des disparités géographiques dans le type de soins disponibles dans les différentes parties de la ville. Le facteur déterminant de ces disparités est la présence d'individus clés engagés dans les principes de la réforme et déterminés à traduire leurs idées en pratique. Un autre fait important de l'étude de Vérone, comme à Sheffield, est que l'hôpital est resté ouvert, en partie à cause du manque de développement de structures alternatives dans la communauté et n'a donc pu appliquer à la lettre les consignes nationales. Les conclusions de l'analyse de Vérone suggèrent qu'en Italie, la mise en place de la loi 180 s'est faite dans une direction de type « *bottom up* ». D'une part, l'impulsion du mouvement de réforme est venue de la diffusion d'initiatives locales, et d'autre part, la mise en place de la loi 180 a manqué de coordination au niveau central. En effet, comme le rappelle Chapireau, la forte décentralisation existant en Italie a été un obstacle majeur à l'application de la loi 180 et la diversité de sa mise en œuvre ne peut se comprendre sans ce facteur (Chapireau, 2008).

Les géographies en cours de la désinstitutionnalisation à Sheffield et à Vérone ne paraissent donc pas suivre l'expérience nord-américaine de ghettoïsation des équipements de santé mentale dans les quartiers défavorisés des centres villes. Ce concept américain ne paraît pas transférable en Europe, bien que cela reste à vérifier dans d'autres villes européennes. Ce qui semble différencier les schémas de localisation entre les villes européennes et américaines, c'est moins l'opposition centre-périphérie que la localisation des populations pauvres, très concentrée au centre des villes en Amérique, plus dispersée dans les villes européennes. En revanche, le symptôme NIMBY semble s'exprimer partout, mais les opportunités foncières et les pouvoirs locaux apportent des degrés de liberté par rapport aux politiques étatiques de répartition équitable des services de proximité.

Il résulte de l'ensemble de ces travaux étrangers que les critères d'accessibilité ne sont pas suffisants pour expliquer la localisation des établissements psychiatriques. D'autres facteurs explicatifs ont été mis en avant : facteurs techniques (interdépendance fonctionnelle et co-localisation des services), facteurs politiques (importance des discours médico-moraux dans les processus de localisation des asiles, manœuvres complexes entre politiques, professionnels et usagers, rôle joué par des acteurs locaux puissants de l'histoire), facteurs

spatio-temporels (complexité des processus de mise en place d'une politique nationale au niveau local).

La présente recherche tentera d'aborder ces différents facteurs et de voir comment ils ont joué sur la localisation des structures psychiatriques en France.

Chapitre 2

La géographie asilaire française

*« A Paris, on construit des maisons de fous
pour faire croire à ceux qui n'y sont pas enfermés
qu'ils ont encore la raison. »*

(Montaigne, 1588)

La revue de la littérature étrangère sur la géographie asilaire présentée dans le chapitre précédent a montré que les facteurs d'accessibilité n'ont pas été les seuls pris en compte dans la localisation des hôpitaux psychiatriques aux XIX^e et XX^e siècles. Ces différentes études fournissent d'intéressantes pistes d'analyse pour notre recherche française. Nous avons aussi vu que la diffusion spatio-temporelle des établissements psychiatriques sur la période avait été insuffisamment étudiée. Or, comme nous le montrerons par la suite, l'asile d'aliénés ou hôpital psychiatrique du XIX^e siècle peut être considéré comme l'expression concrète d'une innovation thérapeutique qui reconnaît la folie comme maladie pouvant être traitée dans de telles institutions. Il peut donc faire l'objet d'une analyse de diffusion comme celle des autres innovations.

Nous nous attacherons donc dans ce chapitre à analyser la diffusion de ces établissements sur le territoire français, considérant ainsi l'asile d'aliénés du XIX^e siècle comme la réalisation concrète d'une innovation thérapeutique. En effet, depuis les travaux pionniers d'Hägerstrand dans les années 1950, les géographes ont insisté sur le rôle des structures spatiales dans les processus spatio-temporels de diffusion. A partir de plusieurs cas d'étude, Hägerstrand a mis en évidence des régularités spatiales et temporelles dans les processus de diffusion (Hägerstrand, 1953). La diffusion spatiale d'une innovation exprime à la fois la conservation et la transformation des structures spatiales (Saint Julien, 1985). La diffusion d'une innovation est conduite par les dynamiques des interactions spatiales. Deux modèles de diffusion d'une innovation sont classiquement présentés : le modèle de diffusion hiérarchique et le modèle de diffusion par contagion. Le premier prend en compte la

hiérarchie fonctionnelle des villes. L'innovation se diffuse des lieux les plus peuplés avec donc des niveaux élevés d'interactions aux autres lieux du système urbain, mais aussi de plus grandes capacités sociales et financières d'adaptation à la nouveauté, et par la suite se déplace vers des lieux plus petits, moins influents et de moindre complexité sociale. La taille et le rang de la ville dans le système urbain spatial sont des critères déterminants du processus de diffusion hiérarchique. Le second modèle est basé sur les effets de « déclin avec la distance » et de contiguïté dans le processus de diffusion spatiale et implique une diffusion par « contagion » aux espaces proches – cette analogie avec l'épidémiologie correspond en fait à des processus sociaux d'imitation ou d'apprentissage par le voisinage. Une innovation va avoir tendance à se diffuser vers les voisins proches du premier point d'adoption (Daudé, 2001). Hägerstrand a montré que la majorité des cas de diffusion obéissait à une combinaison des deux modèles, hiérarchique et par contagion.

Les observations empiriques des processus de diffusion des innovations ont systématiquement démontré que la diffusion verticale descendante à travers la hiérarchie urbaine était dominante dans un grand nombre de processus de diffusion, accompagnée par une diffusion « horizontale » par contagion autour des grands centres urbains (Pumain & Saint Julien, 2001). Les innovations apparaissent d'abord dans les grandes villes avant de se diffuser dans l'ensemble du système urbain. Cependant, malgré la pertinence générale de ces modèles de diffusion, tous les processus de diffusion ne peuvent pas être décrits seulement en utilisant ces concepts. Selon Saint-Julien (1985), d'autres facteurs peuvent interagir avec les canaux de diffusion, comme les effets du hasard, des caractéristiques du marché indépendantes de la hiérarchie urbaine, l'existence d'une gestion centralisée ou décentralisée du processus de diffusion ou encore la nature non compétitive du système. Le caractère proactif des structures antérieures du système socio-spatial dans la promotion et la captation de la nouveauté a aussi été mis en avant par les méthodes d'analyse des systèmes complexes dans les processus de l'innovation et du changement social (Lane, Pumain, van der Leeuw & West, 2009).

En géographie de la santé, les recherches sur la diffusion spatiale se sont principalement concentrées sur la diffusion des maladies infectieuses, spécialement les maladies infectieuses non-vectorielles donnant lieu à des épidémies (Meade & Earickson, 2000). Il y a une longue

série de recherches pour décrire et prédire comment les épidémies se diffusent géographiquement, qui sont précieuses pour anticiper, traiter et peut-être prévenir les épidémies. Depuis les travaux pionniers aux XVIII^e et XIX^e siècles (Currie, 1792; Currie, 1811; Snow, 1854; Webster, 1799), l'apparition de nouvelles maladies infectieuses à la fin du XX^e siècle a donné un nouvel élan aux recherches sur le SIDA, notamment, qui a été largement étudié à la fin des années 1990 (Amat-Roze & Remy, 1990; Bastos & Barcellos, 1995; Dias & Nobre, 2001; Gould, 1993; Kearns, 1996; Shannon, 1994; Wallace & Wallace, 1995; Wood, Chan, Montaner, Schechter, Tyndall, O'Shaughnessy et al. 2000). De récentes recherches se sont également intéressées aux épidémies anciennes, comme la peste ou la grippe, espagnole notamment (Anatra, 1987; Hunter & Young, 1971; Lemey, Suchard & Rambaut, 2009; Merler & Ajelli, 2010; Sabatini, 1987; Smallman-Raynor, Johnson & Cliff, 2002; Tuckel, Sessler, Maisel & Leykam, 2006). Plus récemment, plusieurs études se sont intéressées au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et au virus H1N1 et à leur diffusion internationale, faisant état de nouveaux défis pour les pays développés qui ont à gérer de nouveaux risques de santé à l'ère de la globalisation (Affonso, Andrews & Jeffs, 2004; Bowen & Laroe, 2006; Meng, Wang, Liu, Wu & Zhong, 2005; Shannon & Willoughby, 2004; Smallman-Raynor & Cliff, 2008; Souris, Gonzalez, Shanmugasundaram, Corvest & Kittayapong, 2010; Wang, Christakos, Han & Meng, 2008).

Moins d'attention a été portée à la diffusion des innovations médicales à l'intérieur des systèmes de soins. Alors même que des recherches de ce type peuvent être précieuses dans la formulation et l'évaluation des politiques de santé visant à améliorer l'offre de soins, car elles nous montrent quels sont les facteurs facilitant ou gênant la diffusion de bonnes pratiques et comment effectivement les nouvelles initiatives sont introduites à travers le système de santé. Par exemple, les systèmes complexes comme les services de santé reposent sur de larges et coûteuses infrastructures et sur l'implantation de professionnels formés qui sont difficiles à déplacer une fois qu'ils sont en place, et des efforts considérables sont souvent requis pour achever les changements universels dans les pratiques professionnelles. Les services se développent ainsi dans une forme qui est « *path-dependent* », l'histoire du développement d'un service peut influencer les potentialités de développements futurs. Les recherches de ce type se sont intéressées par exemple à la diffusion des scanners tomographiques aux Etats-Unis (Baker, 1979), à celle des structures d'avortement dans le

Nord-Est des Etats-Unis (Henry, 1978), à la diffusion d'un antipsychotique aux enfants en milieu urbain et rural au Michigan (Penfold & Kelleher, 2007), à la diffusion des pratiques naturopathes et chiropratiques alternatives au Canada (Williams, 2000) ou encore à celle du yoga (Hoyez, 2007). La diffusion des innovations dans les politiques de santé et la promotion de la santé ont aussi été étudiées dans une perspective géographique. Shannon, Bashshur et Metzner (1971) ont ainsi analysé la diffusion spatiale d'une réforme sanitaire sur les pratiques de groupe prépayées et Nykiforuk, Eyles et Campbell (2008) présentent une étude de la diffusion des espaces non fumeurs au Canada en utilisant le cadre conceptuel de la diffusion des innovations de Rogers (2003) et les modèles classiques de diffusion géographique.

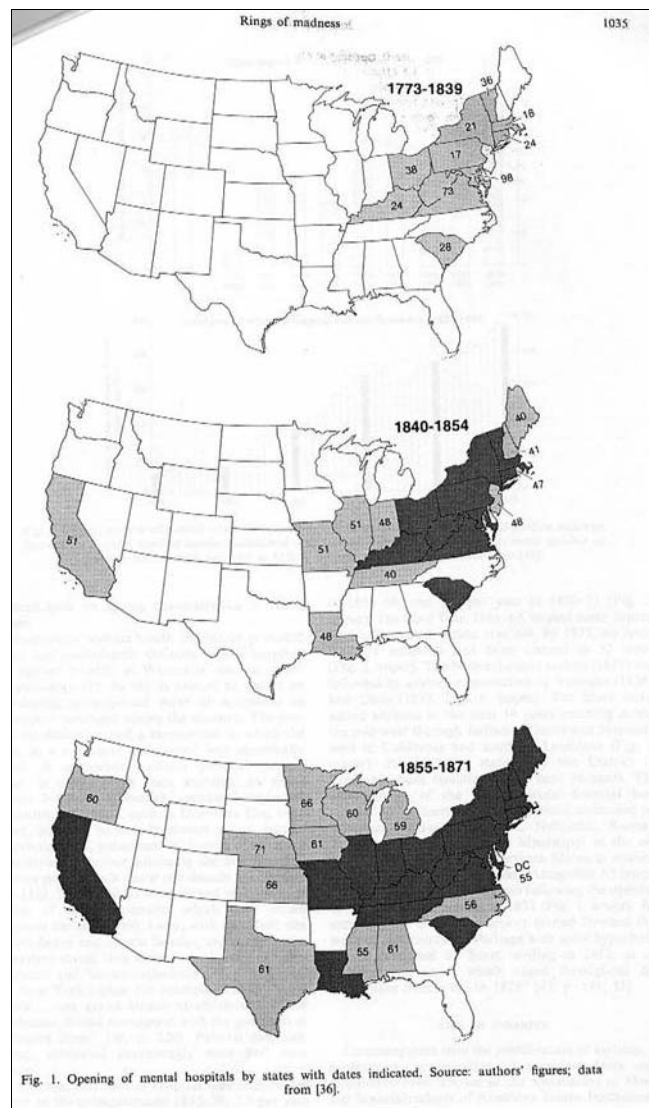
Quelques géographes ont étudié, et cela a été présenté dans le chapitre précédent, la diffusion spatiale des hôpitaux et notamment des hôpitaux psychiatriques dans une perspective historique. Ces analyses se présentent la plupart du temps comme un préambule à l'analyse des développements plus récents de la politique de désinstitutionalisation, qui a souvent hérité des vestiges de l'ancien système de soins qui influencent toujours la façon dont les soins sont produits aujourd'hui.

Ainsi quand Jones compare l'implantation et les réalisations spatiales des réformes de santé en Angleterre et en Italie depuis les années 1950 (Jones, 1999), elle note qu'en Italie, la diffusion de la réforme a été très inégale dans l'espace, étant plus avancée dans le Nord du pays, plus industrialisé et urbanisé, alors que dans la partie plus pauvre et plus rurale du Sud du pays, le développement a été plus lent, et souvent abandonné à des organisations du secteur associatif ou religieux pré-existant sur le territoire et moins coûteuses (Galzigna & Terzian, 1980). Jones explique cette situation par le fait que jusqu'en 1860 l'Italie était séparée en plusieurs états monarchiques. Elle évoque aussi le rôle important joué par l'Eglise Catholique dans le développement inégal de l'offre de soins. A l'inverse, Jones suggère qu'au Royaume-Uni, les hôpitaux psychiatriques, en se développant depuis les grands centres urbains, ont amené une distribution plus équitable des équipements sur le territoire national. Pour Jones, cela est dû au fort interventionnisme du gouvernement britannique dans l'implantation d'un système national d'hôpitaux, mais le processus dynamique de la diffusion n'est pas analysé en détail dans son étude. Dans une étude

particulièrement intéressante et détaillée, Philo (2004) rend compte du développement des asiles d'aliénés en Angleterre et au Pays de Galles jusqu'en 1860 et suggère que d'autres forces entrent en jeu. Les débats et les rivalités entre professionnels médicaux furent importants dans les premières phases du développement. Philo attire notre attention sur les développements de la fin du XVIII^e siècle au milieu du XIX^e, lorsque les initiatives pour localiser les asiles dans ce qui était pensé comme étant des lieux plus humains et plus thérapeutiques, hors des grandes villes, sont devenues de plus en plus influentes.

Il semble que les tendances dépendent du contexte national. Ainsi, une autre étude américaine (Hunter, Shannon & Sambrook, 1986) rapporte l'émergence et la diffusion des asiles publics d'aliénés aux Etats-Unis au XIX^e siècle et démontre la forte direction géographique de la diffusion du Nord-est à l'Ouest du pays. Une recherche complémentaire de Bretagnolle, Giraud et Mathian (2008) sur l'urbanisation américaine nous permet de dresser un parallèle avec la diffusion du réseau de transport, suggérant qu'aux Etats-Unis, la diffusion des institutions pour les soins de santé mentale (comme celle des autres services) a suivi les processus géographiques de colonisation et du développement économique et social se mettant en place à l'époque. Les établissements apparaissent d'abord dans le Nord-Est des Etats-Unis et se répandent peu à peu vers l'Ouest (Figure 2), suivant ainsi le réseau de transport. Dans cet exemple, la diffusion des asiles suit la progression du peuplement du territoire américain d'Est en Ouest. Cette importante direction géographique de la croissance démographique résulte d'une immigration extérieure forte et de l'avancée de la construction des chemins de fer qui ont guidé l'expansion. L'équipement de service psychiatrique accompagne ici le peuplement, comme d'autres services à la population.

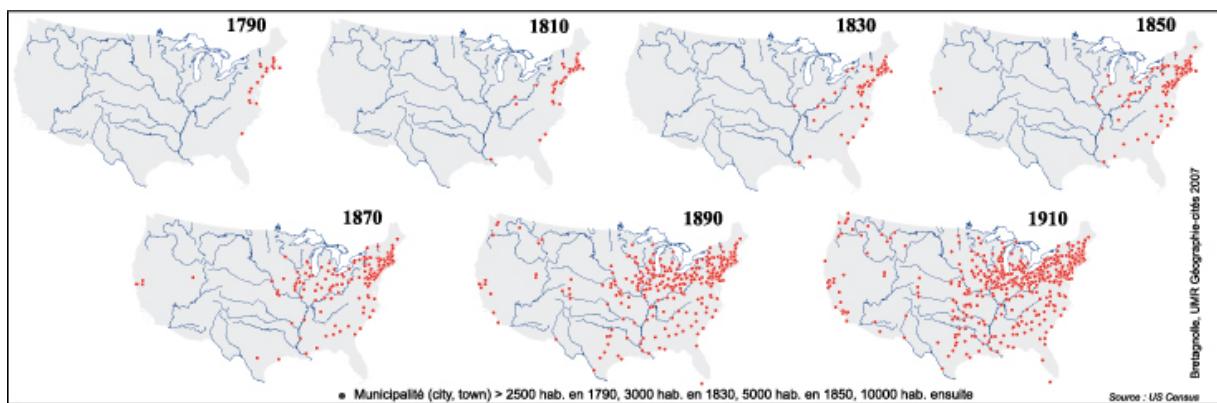
Figure 2 La diffusion des établissements psychiatriques aux Etats-Unis



Source : (Hunter et al., 1986)

Cette diffusion américaine d'Est en Ouest obéit également à une hiérarchie du peuplement, les plus grandes villes, historiquement les premières à être très peuplées, sont situées à l'Est (Boston, New-York, Philadelphie, Chicago), et plus tardivement à l'Ouest (San Francisco), illustrant ainsi la « régularité étonnante du front pionnier urbain, qui s'étend principalement d'est en ouest, même si un deuxième front s'ouvre à l'ouest à partir de 1850 » (Bretagnolle, Giraud & Mathian, 2008) (Figure 3).

Figure 3 L'évolution du semis des villes américaines de 1790 à 1910



Source : (Bretagnolle et al., 2008)

Après un rappel de l'histoire de la prise en charge de la maladie mentale jusqu'au début du XXe siècle, nous analyserons donc dans un premier temps la diffusion des hôpitaux psychiatriques au sein des départements français, en faisant appel aux modèles classiques de diffusion des innovations. La diffusion de ces institutions sanitaires représente l'expression concrète des idées sur les modèles appropriés de prise en charge de la maladie mentale. Nous verrons que l'émergence et la diffusion d'une idée sur les soins psychiatriques ne sont pas nécessairement parfaitement égales à l'implantation de l'idée, ici la construction d'établissements spécialisés pour la prise en charge des malades psychiatriques.

Nous changerons ensuite d'échelle d'analyse pour nous intéresser plus spécifiquement à la localisation précise de ces établissements et vérifier si elle a obéi ou non à des critères d'accessibilité pour la population desservie. Cette hypothèse pourra être testée à partir de l'analyse de la forme de la distribution spatiale des services. Si l'on fait l'hypothèse d'une

distribution aléatoire des pathologies mentales¹², on s'attendrait à ce que les établissements soient davantage implantés dans les zones de concentration urbaine où la demande est potentiellement plus importante quantitativement.

2.1 Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France

2.1.1 Avant la loi de 1838 ou la préhistoire de l'asile

L'histoire des soins aux malades mentaux ne peut être comprise qu'en référence au contexte contemporain social, politique et économique (Dear & Wittman, 1980) de chaque époque. La plupart des sociétés semblent avoir reconnu certaines formes extrêmes de comportements comme preuve d'une instabilité. Le point à partir duquel un tel comportement est défini comme de la « folie » dépend du degré des troubles et de l'attitude de la société à l'égard de la déviance. Les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement ont ainsi toujours reflété les valeurs sociales qui influent sur la perception de la maladie mentale dans la société. La manière dont les individus atteints d'un trouble mental ou du comportement sont traités varie selon l'époque et le lieu. Tantôt, il leur a été témoigné le plus grand respect (dans certaines sociétés où on les considérait comme des intermédiaires entre les dieux et les morts), tantôt ils ont été battus et condamnés au bûcher (notamment dans l'Europe du Moyen Age et de la Renaissance avec les procès et exécutions de sorciers), tantôt encore, on les a enfermés dans de vastes institutions où ils étaient parfois examinés comme des curiosités (certains établissements organisaient des visites) et tantôt enfin, on les a soignés en les intégrant dans la communauté à laquelle ils appartenaient. Quelle que soit la forme concrète prise, l'histoire des soins aux malades mentaux révèle cependant une perpétuelle mise à l'écart de ces malades, plus ou moins explicite selon les époques. Cette mise à l'écart va s'exprimer à la

12 La répartition des maladies mentales varie selon les pathologies : si en moyenne on estime à 1% la prévalence de la schizophrénie dans toutes les populations, il est possible qu'ensuite la proportion se modifie dans la mesure où les schizophrènes seraient conduits à s'installer en milieu urbain. Dans le cas des maladies suscitées par l'alcoolisme, la prévalence est plus forte dans certaines régions rurales. Mais au total, les indications relatives à ces répartitions sont parfois contradictoires, et l'hypothèse d'une égale probabilité reste valide quantitativement, même si des différences qualitatives entre ville et campagne selon les pathologies sont connues.

fois à travers l'enfermement, l'exclusion et l'éloignement du regard. Le discours est toujours double, il s'agit à la fois de prendre en charge et d'éloigner, de les protéger et de protéger la société des désordres qu'ils pourraient causer.

Ainsi, dans la Rome classique, la « folie » était considérée comme un problème qui devait être traité à l'intérieur du cercle familial. Les attitudes négatives à l'égard du malade mental n'apparaissent alors que lorsque la famille faisait défaut (Conrad & Schneider, 1980). La tolérance classique de la maladie mentale trouvait ses racines dans le fait que, pour les classes dominantes tout au moins, la folie était une maladie causée par un déséquilibre des quatre « humeurs » d'Hippocrate (phlegme, sang, atrabile et bile) auxquelles étaient associés quatre tempéraments : lymphatique, sanguin, atrabilaire et colérique (Pelicier, 1976). La maladie mentale pouvait donc être soignée en équilibrant les humeurs.

A l'époque médiévale, cette conception a été abandonnée. La domination politique et sociale de cette période était largement exercée par l'Eglise à travers le mode féodal de production. L'interprétation contemporaine de certaines parties de la Bible est venue influencer les attitudes vis à vis de la maladie mentale, la « folie » étant alors perçue comme le résultat d'un péché et l'œuvre du diable (Jones & Moon, 1987). Des pèlerinages thérapeutiques sont organisés : à Saint-Mathurin de Larchant près de Nemours en Seine-et-Marne, à Saint-Hildevert de Gournay en Seine-Maritime, ou encore, exemple plus célèbre car une colonie familiale s'y est installée : Sainte-Dymphne de Geel en Belgique (Meyers, 2005). C'est à cette époque également qu'un type particulier d' « hébergement » aurait été utilisé sur le Rhin et les canaux du Nord : la nef des fous (*Narrenschiff*), bateau errant d'une ville à l'autre et récupérant les insensés. Le fou est ainsi chassé de la ville et enfermé à ses portes, « son exclusion doit l'enclorre » : « *Confier le fou à des marins, c'est éviter à coup sûr qu'il ne rôde indéfiniment sous les murs de la ville, c'est s'assurer qu'il ira loin, c'est le rendre prisonnier de son propre départ. (...) C'est vers l'autre monde que part le fou sur sa folle nacelle, c'est de l'autre monde qu'il vient quand il débarque (...). Le fou n'a sa vérité et sa patrie que dans cette étendue inféconde entre deux terres qui ne peuvent lui appartenir* » (Foucault, 1961, p.22).

La question de l'hébergement des fous commence à se poser au Moyen-âge (Meyers, 2005). Des léproseries et maladreries situées aux portes des villes sont réouvertes (la lèpre ayant

disparu) pour accueillir les pauvres, parmi lesquels « quelques pauvres d'esprit, incurables et insensés ».

La Renaissance voit la croissance des villes et de la précarité. Se pose alors la question de la gestion de ces masses de population qui affluent vers les villes. Une nouvelle population apparaît : celle des mendiants qu'il faut gérer. On crée alors le Bureau des Pauvres, les maisons d'enfermement (prisons, dépôts de mendicité, pensions privées) se développent.

Peu à peu, les éléments progressistes de la pensée de la Renaissance ont prévalu et une attitude plus tolérante à l'égard de la maladie mentale est revenue. Cette tolérance est cependant à replacer dans le contexte social du capitalisme émergent (Foucault, 1961). Le malade mental, comme le mendiant valide, est alors perçu comme une main d'œuvre potentielle. Les structures asilaires ont d'abord été développées comme un lieu d'enfermement pour de nombreux groupes antisociaux ou improductifs, le malade mental ne formant qu'une sous-catégorie des individus internés.

Une évolution se dessine cependant dès la première moitié du XIXe siècle, dans les mentalités et dans les conceptions médicales. On assiste alors à une série de bouleversements institutionnels et conceptuels, desquels sont issus une bonne partie des héritages parfois difficiles à gérer aujourd'hui en matière de soins de santé mentale (Dory, 1991). La santé mentale est considérée comme un objet légitime d'investigation scientifique, la psychiatrie est devenue une discipline médicale et les personnes atteintes de troubles mentaux sont désormais considérées comme relevant de la médecine.

2.1.2 Les conditions d'émergence de la loi de 1838

Comme bien des processus porteurs d'effets pervers, le mouvement qui aboutit au système asilaire des XIXe et XXe siècles était nourri de louables intentions. Il s'agissait, d'une part, d'améliorer le sort des malades déjà internés dans diverses institutions plus ou moins adaptées à leur état (hospices, maisons privées, prisons, hôpitaux pour pauvres...) et, d'autre part, de proposer aux patients non encore pris en charge une perspective thérapeutique. Cette exigence de ne plus seulement enfermer et surveiller les aliénés, mais de leur appliquer un « traitement moral » susceptible de les guérir, ou tout au moins d'améliorer

suffisamment leur état pour qu'ils puissent réintégrer une certaine vie sociale est l'aboutissement d'une longue évolution des mentalités se déroulant dans différents pays européens au cours des XVIIe et XVIIIe siècles. Nous retrouvons dans les discussions du texte de loi ce discours toujours double entre protection de l'individu et exclusion de la société : ainsi s'exprimait le Comte de Montalivet, ministre de l'intérieur en 1838 : « *Messieurs les Pairs, de tous les services confiés à la sollicitude de l'autorité publique, il n'en est point peut-être qui, par la nature des besoins auxquels il s'applique, par la gravité des questions qui s'y rattachent, soit d'un intérêt plus urgent et mérite davantage d'occuper les méditations du législateur, que celui des aliénés. Il ne s'agit pas seulement de venir au secours de la plus affligeante des infirmités humaines, de préserver la société des désordres que des individus peuvent commettre dans les moments où leur raison est complètement troublée : il faut les préserver eux-mêmes de leur propre fureur, les soustraire à tous les abus dont ils peuvent être les victimes, garantir leurs personnes et leurs biens, et veiller en même temps à ce que les mesures prises pour empêcher les écarts de la folie ne dégénèrent en atteintes contre la liberté individuelle des citoyens chez lesquels on serait intéressé à supposer l'altération des facultés mentales.* » Ou encore, s'exprimant encore plus ironiquement, le Marquis Barthélémy : « *La législation doit prescrire l'isolement des aliénés, car cet isolement, en même temps qu'il garantit le public de leurs écarts et de leurs excès, présente aux yeux de la science le moyen le plus puissant de guérison. Heureuse coïncidence qui, dans l'application de mesures rigoureuses, fait concourir l'avantage du malade avec le bien général !* » (Ministère de l'intérieur et des cultes, 1881).

Parmi les éléments importants de cette transformation, il faut tout particulièrement retenir, d'une part, la fin des interprétations démonologiques de la « folie », et, de l'autre, la prééminence croissante des explications naturalistes, garantissant au groupe social qui les véhicule (les médecins) une légitimité grandissante dans la gestion sociale de la « folie ».

La loi du 30 juin 1838 organisant la prise en charge des aliénés, décrite plus précisément ci-après, apparaît donc comme la première réponse sanitaire réellement proposée aux malades mentaux, qui étaient jusqu'alors souvent placés en prison ou dans des institutions pour les indigents, dépôts de mendicité, si leur comportement troublait l'ordre social.

Ce texte législatif impose l'existence d'un « asile d'aliénés » par département, ou la signature d'une convention avec un autre département. Mamelet, rédactrice puis chef du bureau de la

santé mentale à la Direction Générale de la Santé lors de l'élaboration de la circulaire du 15 mars 1960¹³ mettant en place la sectorisation psychiatrique, rappelle dans un article de 1978, que c'est en raison de l'obligation faite par cette loi que, de 1838 jusqu'à la fin du XIXe siècle, ont été créés la plupart des hôpitaux psychiatriques existant actuellement en France (Mamelet, 1978). Leur édification ne s'est cependant vraiment opérée que plus tard (Constans, Lunier & Dumesnil, 1878; Constans, Lunier & Dumesnil, 1901). Lantéri-Laura explique cette lenteur par le changement de paradigme en cours à l'époque, passant de celui de l'aliénation mentale¹⁴ définie par Pinel, dont l'asile représentait l'institution exigée par cette doctrine, à la conception générale des maladies mentales¹⁵ de Falret. Le paradigme de l'aliénation mentale a donc servi à élaborer des projets d'institutions qui n'entreront dans les faits qu'à la période du paradigme des maladies mentales, ces institutions se trouveront donc rapidement inadaptées aux conceptions alors en cours. Cette lenteur dans la mise en place de la loi, s'explique aussi, selon Audisio (1980), par les difficultés économiques au niveau national et des préjugés négatifs au sein de la population, l'opinion publique n'étant pas prête à accepter l'idée de dépenser des sommes importantes « pour retenir, garder et éventuellement traiter des insensés réputés incurables ».

Les asiles vont se multiplier jusqu'au début du XXe siècle, mais ils se trouvent rapidement saturés. Le nombre croissant de malades (et l'absence d'une croissance similaire du nombre de médecins capables de les prendre en charge) fera renoncer de fait aux ambitions thérapeutiques de départ et restreindra les asiles à un rôle de « gardiennage ». Le nombre de malades internés est ainsi passé de 42 000 en 1874 à 85 000 en 1929, pour atteindre 109 000 en 1939. « *Le surencombrement des services est une constante de l'histoire de la psychiatrie. Mais qui dit surencombrement dit indifférenciation, donc impossibilité d'opérer des classifications médicales, blocage de la technologie aliéniste et, finalement, renoncement à la vocation thérapeutique affirmée de ces établissements* » (Castel, 1978, p.236).

13 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

14 Cette notion, proposée par Philippe Pinel à la fin du XVIIIe siècle, fait de la folie une maladie seulement curable par le traitement moral et l'isolement dans des établissements spéciaux.

15 Par ce paradigme, Falret met surtout en avant la pluralité des maladies et leur irréductibilité à une unique pathologie.

2.2 La diffusion spatio-temporelle des établissements psychiatriques français

2.2.1 L'asile comme une innovation

Jusqu'en 1838 et la loi du 30 juin sur les aliénés, aucune réponse sanitaire n'était réellement proposée aux malades mentaux. Ceux-ci se retrouvaient accueillis dans les hôpitaux généraux, les Hôtel-Dieu, les maisons de santé privées laïques ou religieuses, voire dans les prisons, dans des conditions déplorables mises en avant par de nombreux rapporteurs en France (Colombier & Doublet, 1785), comme à l'étranger (Howard, 1780). Il s'agissait davantage jusqu'à la fin du XVIII^e siècle d'enfermer les malades qui troublaient l'ordre social, plutôt que de les soigner. Ainsi, la loi des 16-24 août 1790 comprenait, au nombre des objets confiés à la vigilance et à l'autorité de l'administration, « *le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces* ». La loi des 19-22 juillet 1791 va jusqu'à établir des peines contre ceux qui laisseraient divaguer des insensés ou des furieux, mais n'indique pas les moyens de prévenir ces divagations (Constans et al., 1878).

En 1818, le psychiatre Esquirol écrivait, dans un mémoire qu'il présenta au ministre de l'Intérieur en 1819 : « *Ces infortunés sont plus mal traités que des criminels et réduits à une condition pire que celle des animaux* ». Des constats similaires sont alors établis en Allemagne, Angleterre, Italie.

En 1819, une circulaire ministérielle visant à améliorer la prise en charge des aliénés fut adressée aux préfets : « *Les aliénés sont dispersés dans les hospices, dans les prisons, les dépôts de mendicité ; vous examinerez si l'on pourrait à peu de frais les réunir dans un seul établissement, où un traitement pourrait être convenablement institué. (...) Les loges trop petites, humides, sans air, souterraines souvent, devront être abandonnées ou améliorées ; on établira des cours, des jardins. (...) On ne laissera plus coucher les malades sur le sol des cellules, on y établira des couchettes scellées dans le mur, et la paille en sera souvent renouvelée. (...) Les gardiens ne devront plus être armés de bâtons, de nerfs de bœuf, ni accompagnés de chiens. (...) S'il est des établissements auxquels il ne soit pas attaché un médecin visitant journellement les malades, il en*

sera nommé un qui devra être assisté d'un élève, qui lui, résidera dans la maison et surveillera. »
Mais cette instruction n'eut que peu d'effets, peu de moyens financiers ayant été déployés pour accompagner cette volonté.

C'est à cette période que les germes de l'innovation apparaissent. Pinel en France (1800), Tuke (1813) et Brown (1837) en Grande-Bretagne développèrent le concept d'aliénation mentale et l'idée de curabilité de la maladie. L'asile est alors devenu l'instrument thérapeutique privilégié de ce traitement moral de l'aliénation mentale. Le lieu a une importance considérable dans ce modèle. Il s'agissait d'isoler le malade du stress de la société et de la vie familiale et de l'isoler dans un lieu idéalement situé à la campagne. Le traitement moral, en engageant et en agissant sur l'intellect et les émotions, remettait en cause les méthodes traditionnelles des saignées et des purges appliquées au corps des patients (Goldstein, 1997). Si le traitement moral était déjà utilisé par les praticiens anglais (Willis notamment), Pinel était le premier à en expliquer la nature en termes scientifiques.

En France, ce traitement va être institutionnalisé par la loi de 1838 sur les aliénés. Le premier objet de la loi est l'isolement des aliénés, il s'agit, dans la conception des médecins de l'époque, de placer le malade dans une situation nouvelle en le séparant des lieux, des objets, des personnes, des circonstances dont se formaient ses relations habituelles. La loi de 1838 parle d'établissements d'aliénés publics et privés et d'hommes de l'art pour nommer les médecins aliénistes. Le terme d'aliénés vient ainsi remplacer ceux d'insensés ou d'agités utilisés précédemment, indiquant l'adoption du paradigme d'aliénation mentale proposé par Pinel. Le terme d'asile était prôné par Esquirol en 1819 pour se distinguer de l'hôpital général, emblème de l'arbitraire policier de l'Ancien régime, et de l'Hôtel-Dieu à qui Pinel reprochait de rendre les aliénés incurables (Lantéri-Laura, 2001) : « *Je voudrais qu'on donnât à ces établissements un nom spécifique qui n'offre à l'esprit pas d'idée pénible ; je voudrais qu'on les nommât des asiles* » (Esquirol, 1818, p.26). Le terme d'asile d'aliénés disparaîtra en 1937 et sera remplacé par celui d'hôpital psychiatrique.

La réponse du gouvernement à cette pression de l'opinion va être d'institutionnaliser le dispositif par la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés (annexe 3). La loi prévoit que chaque département devra créer un établissement adapté à la prise en charge des aliénés ou passer

convention avec un établissement privé agréé, inscrivant géographiquement son développement.

Cette loi, promulguée sous la monarchie de Juillet, va régler pendant plus de 150 ans le sort des malades mentaux, sa réformation complète étant intervenue par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. La loi de 1838 crée donc une nouvelle obligation pour les départements de fournir une offre de soins pour la prise en charge des malades mentaux. L'échelle départementale va donc avoir une forte influence sur le développement géographique de la diffusion de l'innovation constituée par ces nouveaux établissements. Par ailleurs, la loi de 1838 ne donne aucune indication sur le lieu où ces structures devaient être implantées.

Dans l'analyse suivante, nous considérons l'asile d'aliénés, tel que prôné par Esquirol et institué par la loi de 1838, comme un marqueur, un « *proxy* » de l'implantation d'une innovation majeure des soins aux malades mentaux en France. Il constitue une nouvelle approche clinique, thérapeutique de la maladie mentale, et se propose comme nouvel instrument de soins. Cela correspond à la définition schumpéterienne de l'innovation (Schumpeter, 1912; Schumpeter, 1939) qui se distingue de l'invention en ce qu'elle est adoptée effectivement par la société (Dortier, 2004). L'établissement spécialisé dans la prise en charge des maladies mentales peut être considéré comme une innovation institutionnelle au sens de Pederson (1970) car cette innovation ne s'adresse pas directement aux individus ou aux ménages (on parle alors d'innovation domestique), même si son apparition peut avoir d'importantes conséquences pour eux, mais elle introduit la notion de service collectif. Ce caractère est également souligné par institutionnellement par une loi datée dont elle fait l'objet. En outre, cette loi inscrit la diffusion de cette innovation sur le territoire français, puisqu'elle oblige chaque département à se doter d'un établissement public spécialisé dans la prise en charge des aliénés. Le processus de diffusion de l'innovation n'est donc pas aléatoire, dans le sens où il est encadré, organisé, accompagné par l'Etat (donc centralisé) et la diffusion spatiale est prévue par la loi puisqu'elle oblige chaque département à se doter de cette innovation. Brown (1981) distingue ainsi les phénomènes décentralisés qui se diffusent de manière autonome sur le territoire des

processus centralisés qui utilisent un support de propagation, telle qu'une politique de santé. Dans ce dernier cas, un intermédiaire décide des conditions de diffusion et empêche la diffusion spontanée du phénomène. Cette gestion de l'innovation peut interférer dans la temporalité du processus et dans les lieux touchés par l'innovation.

Le développement de cette innovation va donc être lié à son assise institutionnelle, aux caractéristiques des agents innovants, aux facteurs d'incitation proposés (Jessua, Labrousse, Vitry & Gaumont, 2001). Sa diffusion va pouvoir rencontrer certaines barrières ou résistances économiques (la création de ces établissements a un coût important pour les départements d'implantation), et sociales (certaines formations sociales peuvent s'opposer à l'adoption de l'innovation) (Bailly & Béguin, 2000).

Dans le cas présent, l'adoptant de l'innovation est l'Etat qui va avoir la capacité d'influencer le processus de diffusion à travers ses antennes géographiques locales, les départements français. Le gouvernement de l'époque avait alors à cœur de démontrer l'effectivité de sa structure gouvernementale récemment créée. En effet, le découpage administratif de la France en départements date de 1790 et a marqué le lien noué entre organisation du territoire et projet politique (Burguière & Revel, 1989). L'objectif était d'améliorer la gestion de l'Etat français, recherche d'un équilibre entre l'unité nécessaire du royaume et l'autonomie souhaitable mais limitée de ses parties : "diviser pour unir". Pour Sieyès, l'unité sociale est le premier but de la réforme, la division régulière de l'espace obéit à une préoccupation égalitaire. Le département apparaît comme le relais d'une centralisation et d'une unification renforcées du territoire. La centralisation s'appuie alors prioritairement sur l'institution départementale. Le département est le relais du pouvoir à travers le territoire. Il en résulte que l'ensemble des administrations publiques s'adapte au cadre départemental. Le département acquiert en 1838 la personnalité juridique et se voit attribuer des ressources et des responsabilités élargies, en particulier en matière d'équipement (Burguière & Revel, 1989). L'hôpital psychiatrique en fait partie.

En outre, le souci de couverture générale du territoire participe de l'organisation spatiale de l'Etat et il s'affirmait avec force au début des années 1830 lors de l'installation des réseaux de chemin de fer, vus comme le moyen d'homogénéiser l'espace de circulation national. Cette préoccupation est rappelée dans les travaux de Marie-Vic Ozouf-Marignier (1986) à

propos de la création des départements en 1790 et de ce qui avait été prévu parmi les compétences des départements et de ce qui relèverait de l'échelle de l'Etat. Si l'administration départementale des asiles est quelque chose de relativement pionnier en termes de services, venant après l'organisation des transports, et relevant de la même volonté de couvrir le territoire, d'assurer l'homogénéisation républicaine, on peut aussi s'interroger sur l'échelle à laquelle ces fonctions du territoire sont pensées : s'agit-il d'un processus complètement « *top down* » (l'Etat impose ses directives) ou y a-t-il un peu de « *bottom up* » (avec notamment des précurseurs) et quels réseaux soutiennent le rapport entre les deux ? Maurice Bourjol (1969) a ainsi analysé quelles ont été les compétences des différents niveaux d'administration au cours de l'histoire.

La diffusion de l'asile psychiatrique sur le territoire français peut dès lors être traitée comme tout processus de diffusion d'une innovation, l'adoptant étant dans ce cas une unité administrative, le département.

Pour analyser cette diffusion, nous avons exploité les archives de la Statistique Générale de la France, des ouvrages d'historiens, ainsi que le répertoire national des établissements sanitaires et sociaux. Ces différentes sources sont décrites ci-dessous. Nous analysons dans un premier temps la diffusion spatiale (évolution du nombre et de la localisation des établissements), en la replaçant dans une histoire longue qui permet de comprendre si la loi a institué ou non une rupture dans une évolution. Puis nous essayons de comprendre en fonction de quels facteurs elle s'est effectuée, en testant plusieurs hypothèses :

- des départements les plus peuplés vers les moins peuplés, ce qui correspondrait à un processus de diffusion hiérarchique de l'innovation. On pourrait alors s'interroger sur ce qui détermine cet effet hiérarchique : s'agit-il d'un simple effet de la demande potentielle sur l'offre de soins ? ou bien faut-il voir dans ce processus des effets plus complexes de l'organisation hiérarchique urbaine, qui se traduit par des différences qualitatives dans la capacité à accueillir l'innovation ?
- des départements possédant déjà des structures embryonnaires, ce qui impliquerait un effet d'avantage initial ou de « *path dependency* » (enchaînement historique) dans l'évolution de ce système, les premières initiatives traduisant l'effet des réseaux sociaux qui ont développé plus précocement la capacité à adopter l'innovation.

- des départements déjà équipés vers les départements voisins, ce qui pourrait correspondre soit à un effet d'entraînement lié à la proximité, soit à certaines ressemblances structurelles entre départements voisins (effet régional, niveau d'échelle supérieur à celui du département).

2.2.2 Les sources mobilisées

Pour analyser la diffusion spatio-temporelle des établissements psychiatriques sur le territoire français, nous avons été amenée à construire deux ensembles de données :

La première, totalement originale, est une base de données géolocalisées et datées recensant l'ensemble des établissements français de psychiatrie.

La seconde a mobilisé plusieurs sources pour réaliser une base de données temporelles des départements français aux différentes périodes avec leurs contours et leurs populations associées.

2.2.2.1 Sources disponibles pour la localisation et la datation des établissements psychiatriques français

Le répertoire FINESS

Il existe en France, un répertoire national recensant les établissements sanitaires et sociaux, le répertoire FINESS. Le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, créé par la circulaire du 3 juillet 1979, a pour objectif premier de dresser, et de tenir, de façon permanente, l'inventaire des équipements du domaine sanitaire et social. A cette fin, le Ministère des Affaires sociales et ses services déconcentrés immatriculent les structures autorisées à installer des équipements (entité juridique) ainsi que celles qui les installent physiquement (établissement). A chacune d'elles est attribué un numéro FINESS l'identifiant (équivalent en quelque sorte des numéros SIREN et SIRET attribués par l'INSEE aux entreprises). FINESS constitue le référentiel en matière de systèmes d'informations sur les établissements du domaine sanitaire et social du Ministère.

Chaque établissement immatriculé au répertoire FINESS est décrit succinctement par :

- son nom (raison sociale juridiquement connue),
- son adresse d'implantation,
- une catégorie d'établissement (centre hospitalier général, centre hospitalier régional, centre hospitalier spécialisé...),
- un statut juridique (établissement public, privé)
- des types d'activité (hospitalisation complète, hospitalisation de jour...),
- des disciplines d'équipement (médecine générale, pédiatrie, chirurgie, psychiatrie générale ou infanto-juvénile...),
- et des capacités autorisées et installées.

Les coordonnées géographiques précises sont donc disponibles, ainsi que la date d'ouverture des structures. La date d'ouverture correspond à la date d'ouverture réelle de fonctionnement de l'établissement (elle est donc postérieure à la date d'autorisation de l'établissement). Pour les établissements soumis à autorisation (de l'administration sanitaire et sociale ou d'une collectivité territoriale), l'ouverture est constatée par la première visite de conformité du premier équipement autorisé. Pour les établissements non soumis à autorisation (tutelle assurée par d'autres ministères ou établissements ou services ne faisant pas l'objet d'autorisation ou de financement), la date d'ouverture est déclarative et saisie.

Mais cet outil a une limite importante pour notre recherche : FINESS ne gère aucune information historique. Il n'est donc pas possible à un instant donné de reconstituer l'historique des événements. Le répertoire a été créé par la circulaire du 3 juillet 1979. Les établissements fermés avant cette date n'apparaissent pas dans le répertoire.

Pour les structures existantes à la date de création du répertoire, même si aucun document n'a pu être retrouvé, il semble que des consignes aient été données pour renseigner par défaut la date d'ouverture de la structure lorsque celle-ci n'était pas connue. Pourtant, sur 358 établissements publics et privés spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales en

2006, 24 % d'entre eux ont une date invalide (à savoir le 01/01/1901 ou le 04/04/1904), dates proposées par défaut aux gestionnaires départementaux du répertoire.

Le répertoire FINESS ne constitue donc pas en soi une base de données exhaustive pour notre étude, mais il permet cependant d'alimenter et de consolider en partie notre base, notamment pour les établissements les plus récemment créés.

D'autres sources ont donc été mobilisées afin de compléter notre base de données.

La Statistique Générale de la France

La Statistique Générale de la France (qui est devenue l'INSEE actuel) a publié de 1835 à 1942 des données sur les établissements d'aliénés. Ces documents sont notamment disponibles en consultation à la bibliothèque de l'INSEE. Plusieurs volumes de la Statistique Générale de la France recensent ainsi les données embrassant des périodes de temps variables : 1835-1841, 1842-1853, 1854-1860, etc. Les données sur ces établissements sont publiées sous des formes différentes au cours du temps. Alors que FINESS était un répertoire, il s'agit ici de données statistiques sur les établissements.

Par exemple, pour la première période qui va de 1835 à 1841, ces éléments s'intègrent dans deux volumes de la Statistique Générale de la France consacrée à l'Administration Publique, publiés par le Ministère de l'Agriculture et du Commerce. Ces deux volumes présentent des séries de tableaux, sans commentaire ou analyse, sur les établissements de bienfaisance (incluant les établissements pour enfants trouvés, les hôpitaux et hospices, les établissements d'aliénés, les bureaux de bienfaisance, les monts-de-piété) et les établissements de répression qui recensaient les prisons départementales, les maisons de correction, les dépôts de mendicité, les maisons centrales de détention et les bagnes. Ces deux gros volumes (près de 500 pages imprimées par l'Imprimerie Royale) présentent ainsi une série de tableaux « France entière » détaillés par département et par année. Les établissements ne sont pas rattachés à une catégorie précise. Pour chaque département, sont listés les établissements accueillant des aliénés, et les établissements vers lesquels sont transférés les aliénés du département lorsque celui-ci ne dispose pas de structures suffisantes.

A partir de 1842 et jusqu'en 1860, un volume spécial est dédié aux établissements d'aliénés, toujours publié par le Ministère de l'Agriculture et du Commerce, après 1860 les statistiques sur ces établissements font partie d'un volume plus général sur les institutions d'assistance. En plus de présenter des tableaux statistiques détaillés par département et établissement, et par année, il propose une analyse de ces chiffres. Les autres statistiques de l'assistance publique relatives aux bureaux de bienfaisance, hôpitaux et hospices, monts-de-piété, établissements pour les enfants assistés, font l'objet d'un volume distinct. En plus de données strictement administratives et de comptabilité, des informations plus complètes sont proposées à partir de 1853, notamment celles relatives aux dépenses, et aux aspects médicaux et physiologiques des patients reçus. Les auteurs de l'ouvrage portant sur les données de 1842 à 1853 espèrent ainsi que cette nouvelle statistique des établissements d'aliénés « sera un document utile à consulter pour l'étude si difficile et si délicate de cette grave maladie, la plus triste peut-être qui puisse affliger l'humanité » (Statistique de la France, 1857, p.12). La première section de l'ouvrage exploite donc les données au niveau national, analysant les éléments suivants :

- Chapitre premier : Nombre des établissements d'aliénés (avec distinction public/privé, évolution sur la période, spécialisation par genre, répartition départementale)
- Chapitre II : population des asiles (accroissement, répartition par sexe, répartition public/privé, taille des asiles, rapport du nombre des aliénés en traitement à la population, nombre d'aliénés à domicile)
- Chapitre III : mouvement annuel de la population des asiles (entrées et sorties par sexe, journées de présence)
- Chapitre IV : admissions (évolution, répartition par sexe, public/privé, volontaires ou d'office, de l'influence des crises sociales et des commotions morales sur le développement de la folie, répartition par âge, état civil, professions, degré d'instruction, causes présumées des cas d'aliénation, admissions selon les saisons, durée de la maladie, nombre d' « idiots et de crétins », circonstances aggravantes de la maladie, nombre de rechutes, origine urbaine ou rurale des aliénés)
- Chapitre V : sorties et guérisons (en fonction de la durée du traitement, par mois, par âge, état civil, professions)

- Chapitre VI : décès (mortalité annuelle, suicides et accidents, durée du traitement, décès par mois, par âge, état civil, professions)
- Chapitre VII : renseignements administratifs pour 1853 (suivi de l'exécution de l'article Ier de la loi du 30 juin 1838, dépenses et recettes des asiles départementaux, nombre des aliénés indigents, prix de journée d'entretien des aliénés indigents, dépenses occasionnées par le service des aliénés, contingent des départements, des communes, des hospices et des familles dans la dépense des aliénés indigents, proportions du concours des communes à la dépense de leurs aliénés, occupation des aliénés dans les établissements).

La seconde section consiste en une série de tableaux statistiques détaillés par département, semblables en grande partie aux tableaux de l'Administration publique pour la période précédente. Là encore, les établissements ne sont pas rattachés spécifiquement à une catégorie précise. Il est cependant possible pour l'année 1853 de connaître par département le nombre d'asiles publics selon qu'ils appartiennent à l'Etat, aux départements, aux communes, ou aux hospices, et le nombre d'asiles privés. Cela permet par déduction ensuite de classer les différents établissements recensés précédemment.

Dans le volume embrassant la période 1854-1860, dans l'introduction présentée comme un « rapport à sa majesté l'empereur », le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics indique que « *ce travail ne permet pas seulement d'apprécier la situation administrative de nos asiles et l'importance du mouvement qui s'y opère ; il contient encore un certain nombre d'observations purement médicales, qui me paraissent de nature à faciliter l'étude si délicate, si difficile d'une des plus cruelles infirmités humaines* » (Statistique de la France, 1865, p.10). L'ouvrage repose sur le même plan que le précédent à quelques éléments nouveaux près dont la distinction entre aliénés curables et incurables. A partir de ce volume, une première classification des établissements apparaît et distingue les asiles impériaux, départementaux, les quartiers d'hospice et les asiles privés.

Ce recueil statistique est assez original car au-delà des visées administratives similaires aux recueils statistiques faits sur les autres établissements de santé, il contient une part de recherche médicale. Cette originalité semble en partie due au médecin aliéniste à l'origine

du traitement moral, Philippe Pinel (1745-1826). Celui-ci utilisa les statistiques pour chercher à élever le traitement moral à un statut scientifique (Goldstein, 1997). Pour Pinel, l'efficacité du traitement devait faire l'objet d'une mesure quantitative, et les statistiques venaient compléter l'observation clinique.

Ces données ne nous permettent pas de dater correctement l'année de création des établissements, sauf pour ceux créés pendant la période d'observation car leur apparition dans les tableaux statistiques nous permet d'identifier la création. D'autre part, dans les analyses qui sont faites en début de volume, un bilan sur les créations pendant la période est généralement dressé. Pour les établissements renseignés sur l'ensemble de la période, nous pouvons a minima recueillir l'information sur l'existence de l'établissement à ces dates et donc faire l'hypothèse d'une création antérieure à la période. Ces données permettent aussi de différencier les asiles départementaux ou d'Etat, les asiles privés et les quartiers d'hospice.

Certaines années font l'objet d'une analyse nettement plus détaillée et sont riches en informations, à la fois administratives et médicales. Ainsi, pour l'année 1853, nous disposons d'informations sur le nombre d'aliénés à la charge des départements, le prix de journée payé pour leur entretien et leur traitement. D'un point de vue médical, des données particulièrement intéressantes sont disponibles sur les faits influençant le développement de la folie, ceux influençant la mortalité. Une description précise de la population accueillie dans l'année est fournie au niveau départemental : répartition par sexe, âge, état civil, degré d'instruction, profession, saison, agglomération des populations, sans oublier les causes présumées de l'aliénation mentale en distinguant les causes prédisposantes, physiques et morales. Informations dont nous ne résistons pas à la tentation de livrer quelques extraits (données que les systèmes d'information actuels sont bien incapables de fournir pour les périodes récentes) (Figure 4 et Figure 5) :

Figure 4 Statistiques sur les aliénés traités en établissement en 1853 par profession, France

PROFESSIONS.	POPULATION DES DEUX SEXES.	RAPPORT DES ALIÉNÉS TRAITÉS EN 1853 ¹ A LA POPULATION.
1 ^o Professions libérales	1,712,082	1 aliéné traité sur 562 habitants.
2 ^o Militaires et marins.	360,185	— — 502 —
3 ^o Professions commerciales	2,672,467	— — 2,347 —
4 ^o — manuelles ou mécaniques.	15,788,038	— — 1,495 —
5 ^o Domestiques, journaliers.	2,808,917	— — 644 —
6 ^o Désignations diverses et individus sans professions.	12,441,481	— — 1,594 —
TOTAUX	35,783,170	1 aliéné traité sur 1,294 habitants.

(1) Non compris ceux dont l'âge n'a pu être constaté.

Source : Statistique générale de la France, 1857, p.36

« A l'intérieur des professions libérales, ce sont les artistes qui semblent fournir le contingent le plus considérables d'aliénés :

Artistes	1 aliéné traité sur 104 habitants
Juristes	1 aliéné traité sur 119 habitants
Ecclésiastiques	1 aliéné traité sur 253
Médecins, chirurgiens, pharmaciens	1 aliéné traité sur 259
Professeurs et hommes de lettres	1 sur 280
Fonctionnaires publics et employés	1 sur 727
Rentiers et propriétaires	1 sur 806

« Ce tableau confirme l'opinion généralement admise que les professions qui exigent un travail continuel de la pensée, comptent un plus grand nombre d'aliénés que les autres. A population égale, le nombre des ouvriers et artisans traités dans les asiles excède, dans une proportion considérable, celui des agriculteurs. Ce fait concorde avec la prédominance très marquée, comme nous l'établirons plus loin, des aliénés appartenant à la population des villes ».

Figure 5 Statistiques sur les aliénés traités en établissement en 1853 par cause de l'aliénation, France

Sur les 9,764 cas de folie attribués à des causes *physiques*, 2,594, soit les 22 centièmes, ont été signalés comme la conséquence immédiate de l'épilepsie ou de convulsions. L'ivrognerie en a produit 1,502, c'est-à-dire les 15 centièmes; le dénuement et la misère, 923 ou les 9 centièmes. Viennent ensuite, par ordre décroissant :

Effets de l'âge (démence sénile)	723
Onanisme	512
Abus vénériens	296
Fièvres	283
Congestion cérébrale	257
Suppression accidentelle des menstrues	150
Suite de couches	150
Coups et blessures	149
Commotions cérébrales	146
Maladies de la peau	126
Maladies syphilitiques	119
Excès de travail manuel	115
Formation lente et difficile chez les jeunes filles	79
Hydrocéphalite	69
Gestation et lactation	56

Parmi les causes *morales*, la plus fréquente est le chagrin résultant de la perte de la fortune. On a constaté 899 cas de folie se rattachant à cette cause; c'est, par comparaison au chiffre total des causes morales, une proportion de plus de 12 p. 100. Ensuite viennent :

— xl —

Les sentiments religieux poussés à l'excès (exaltation religieuse) . .	894
L'amour	792
Les émotions violentes, saisissements, frayeurs	698
L'orgueil	600
Le chagrin résultant de la perte d'une personne chérie	510
— — de l'ambition déçue	495
La jalousie	442
Les événements politiques	308
L'excès du travail intellectuel	156
L'emprisonnement <i>simple</i>	54
La nostalgie	48
L'isolement et la solitude	41
Le passage subit d'une vie active à une vie inactive et <i>vice versa</i> .	32
Le contact et la fréquentation assidue d'aliénés	16
L'emprisonnement <i>cellulaire</i>	4

En résumé et abstraction faite de l'hérédité, les causes les plus ordinaires de la folie sont d'abord l'épilepsie, les convulsions et les excès de boissons alcooliques; puis les privations de toutes sortes, les revers de fortune et l'exaltation religieuse; enfin l'amour, l'âge, les émotions violentes, l'orgueil, l'onanisme. Ces diverses causes réunies forment près de la moitié du total des causes indiquées.

Source : Statistique générale de la France, 1857, pp.38-39

« Causes présumées des cas d'aliénations traitées en 1853 :

Les aliénistes distinguent les causes qui peuvent développer la folie en trois grandes classes : les causes prédisposantes, les causes physiques, les causes morales.

Pour les deux sexes, on observe, 14,4 % de causes prédisposantes, 49 % de causes physiques et 36,6 % de causes morales en 1853.

Il ne faut pas perdre de vue que les causes physiques sont plus faciles à constater que les causes morales. Il est donc permis de croire que la proportion relative des causes morales doit excéder celle des causes physiques. La folie chez la femme se rattache plus fréquemment que chez l'homme à des causes morales (40,9 % contre 32,5 %). »

L'INSEE

Dans ses « Statistiques des institutions d'assistance », l'INSEE publie pour les années 1940 à 1948, des données par établissement, sur le nombre de patients présents au 31 décembre, par sexe et diagnostic. Chaque bulletin précise les éventuelles créations, fermetures ou destructions d'établissements, utiles à notre étude, ainsi que les différentes catégories d'établissement (asile national, asile départemental, quartier d'hospice, asile privé faisant fonction de public, asile privé proprement dit).

De 1949 à 1964, l'INSEE cesse de publier ces résultats départementaux, car, selon cette institution « leur interprétation mettait en jeu des considérations dépassant le cadre d'une statistique générale ». L'INSEE précise que les résultats départementaux sont cependant établis et peuvent être consultés à la direction générale de l'INSEE. Mais il paraît difficile de consulter ces documents aujourd'hui. Les résultats présentés sont donc limités aux informations statistiques d'ordre général concernant l'ensemble de la France métropolitaine.

Les ouvrages, articles et sites Internet relatifs à l'histoire de la psychiatrie

Les précédentes données, nous l'avons vu, ne permettent de dater que l'existence des établissements aux périodes observées par l'appareil statistique national, ou leurs créations pendant ces périodes. Mais pour les établissements créés avant 1842, ces données sont insuffisantes. Des informations complémentaires ont alors été recherchées dans d'autres sources relatives à l'histoire de la psychiatrie. Deux principales sources ont été mobilisées, elles-mêmes s'appuyant sur divers documents d'archives.

Site Internet de Michel Caire sur l'Histoire de la Psychiatrie en France

Michel Caire est psychiatre des hôpitaux, docteur de l'École Pratique des Hautes Études, et chef de service du Département d'Information Médicale de l'Établissement Public de Santé de Maison Blanche. Il est le responsable d'un site Internet sur l'histoire de la psychiatrie en France (<http://psychiatrie.histoire.free.fr/> consulté le 14/09/2009). Ce site constitue une riche base documentaire et d'information sur les établissements psychiatriques. Les établissements sont présentés par département, avec éventuellement l'année d'ouverture de la structure, ainsi que le lien avec le site Internet éventuel de l'établissement. De nombreuses références bibliographiques sont également disponibles, ainsi qu'une présentation des différents personnages qui ont fait l'histoire de la psychiatrie française, et des traitements thérapeutiques utilisés.

La liste des établissements a été alimentée par différents ouvrages relatifs à l'histoire de la psychiatrie, elle ne concerne que les établissements publics. Cette base permet de compléter en partie les données manquantes sur l'année de création des établissements et de valider l'exhaustivité de la base constituée.

Les ouvrages et articles sur l'histoire de la psychiatrie ayant permis d'alimenter notre base de données

L'article de Longin (1999), psychologue, « Petite histoire des hôpitaux psychiatriques français » publié dans *L'Évolution psychiatrique*, présente une périodisation historique des

constructions et reconstructions des établissements psychiatriques. Ces informations sont datées et localisées au niveau du département. L'essentiel des données provient de différents rapports ministériels : celui d'Esquirol en 1818, celui des inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumesnil, réalisé en 1878. Des informations parcellaires sont fournies sur l'initiative religieuse ou laïque des établissements, sur leur destination initiale (dépôt de mendicité), les éventuelles destructions et reconstructions. L'auteur distingue ainsi dix périodes dans l'histoire des hôpitaux psychiatriques :

- les précurseurs (avant la Révolution)
- la Révolution et l'Empire
- la Restauration et la monarchie de Juillet
- la loi de 1838 et le premier essor
- le second Empire et le développement
- la IIIe République
- l'entre-deux-guerres
- l'après-guerre et les réparations
- la sectorisation psychiatrique
- les dernières années (depuis 1974)

2.2.2.2 Sources disponibles pour la réalisation d'une base de données temporelles des départements français et des populations associées

Créés en 1790, les départements français ont fait l'objet de plusieurs redécoupages au cours des XVIIIe, XIXe et XXe siècles. Certains sont liés à la modification des frontières du territoire national, d'autres à des modifications à l'intérieur même du territoire. Avec la croissance urbaine du XIXe siècle, la population des départements a fortement évolué au cours du temps, augmentant les disparités entre départements. La loi de 1838 organisant l'équipement psychiatrique au niveau des départements français, il était important de prendre en compte l'évolution de ce découpage dans l'analyse de la diffusion de

l'équipement psychiatrique au sein des départements ainsi que son contexte populationnel et urbain.

Pour ce faire, des fonds de carte ont été constitués pour différentes années, utilisant la table historique des communes françaises et leur appartenance départementale réalisée par l'équipe de Géographie-Cités à partir des données du site Cassini de l'EHESS qui présente des données sur l'évolution des territoires et des populations communales (<http://cassini.ehess.fr> consulté le 14 septembre 2009).

Les populations associées à ces départements ont été fournies par différentes sources :

- les tableaux démographiques de l'INED-INSEE (Croze, 1988) publient des populations départementales aux recensements de 1861 à 1982 ;
- ces données ont été complétées pour les années antérieures par les publications de l'Almanach Royal et des données des recensements de 1801 et 1816, disponibles sur les sites du « recensement en France » et de « la population et des limites administratives en France » (<http://sref.free.fr>, <http://splaf.free.fr/> consultés le 14 septembre 2009) en prenant garde de vérifier la cohérence des données avec celles disponibles pour les années ultérieures.

D'autre part, pour l'analyse de la localisation à l'échelle communale qui fait l'objet de la deuxième section de ce chapitre, il a été nécessaire de disposer d'une base de données historiques des villes, permettant d'identifier leur importance, leur caractère central ou périphérique aux différentes périodes. Pour cela, nous avons utilisé la base de données historiques des villes réalisée par Pumain (Pumain & Riandey, 1986) et complétée par Guérin et Paulus dans le cadre de l'UMR Géographie-cités.

2.2.3 L'équipement français en établissements psychiatriques

Décrire l'équipement français en établissements psychiatriques dans une perspective historique s'est révélé une tâche difficile. Les sources permettant de réaliser cette description sont nombreuses mais de qualités inégales et variées en termes de nature des

informations qu'elles contiennent. Une des principales difficultés a porté sur la nature exacte des établissements identifiés comme assumant la charge de malades souffrant de troubles psychiques. Il s'agit là d'une question classique d'établissement progressif d'une nomenclature adaptée à l'émergence d'une nouvelle fonction (Desrozières, 2000).

Ainsi, avant 1838, ces établissements n'ayant pas de réelle existence administrative, les différentes sources recensent tour à tour des « maisons particulières », des « établissements particuliers », des « maisons de santé », des « hospices et hospices spéciaux », des « hôpitaux », des « Hôtel-Dieu », des « dépôts de mendicité recevant des aliénés », des « prisons où les aliénés étaient détenus ». Les nomenclatures vont changer au cours du temps. Selon Imbert (1982), la notion même d'hôpital est difficile à cerner, son acception ayant recouvert des significations diverses au cours du temps : depuis les maisons destinées à recevoir tous les malheureux touchés par l'âge (enfants abandonnés ou vieillards), par la maladie ou les infirmités, mais aussi les voyageurs et les pèlerins, aux « hôpitaux généraux » sous la monarchie absolue où étaient enfermés sur ordre de la police, les mendiants, vagabonds et « femmes de mauvaise vie ». Pendant la Révolution française, l'hospice remplace le terme « hôpital » qui avait une sinistre réputation. Au XIX^e siècle, une distinction s'opère entre hospice et hôpital, l'hospice désignant les lieux d'accueil des enfants abandonnés, vieillards valides et infirmes, tandis que l'appellation d'hôpital était réservée aux lieux dispensant des soins.

La loi de 1838 parle d'établissements d'aliénés publics et privés et d'hommes de l'art pour nommer les médecins aliénistes. Le terme d'aliénés vient ainsi remplacer ceux d'insensés ou d'agités utilisés précédemment, indiquant l'adoption du paradigme d'aliénation mentale proposé par Pinel. Le terme d'asile était prôné par Esquirol en 1819, pour se distinguer de l'hôpital général, emblème de l'arbitraire policier de l'Ancien régime, et de l'Hôtel-Dieu à qui Pinel reprochait de rendre les aliénés incurables (Lantéri-Laura, 2001). Le terme d'asile d'aliénés disparaîtra en 1937 et sera remplacé par celui d'hôpital psychiatrique. A partir de 1838, les données statistiques distinguent les « asiles nationaux, départementaux », les « asiles privés faisant fonction d'asiles publics », les « asiles privés ne recevant pas d'aliénés indigents », les « quartiers d'hospice ». Les sources les plus récentes (années 2000) utilisent les termes de « centre hospitalier spécialisé ou non », d' « établissement public de santé »,

d' « établissement privé à but lucratif ou non », « sous budget global ou sous objectif quantifié national »... Certaines de ces nuances sont liées à la destination spécifique de ces établissements pour la prise en charge des aliénés, ou au contraire à leur vocation plus générale, d'autres à leur mode de financement qui a été profondément modifié au cours de l'histoire. Pour notre étude, nous avons choisi de créer une classification simplifiée, synthétisant ces différentes catégories d'établissements en fonction de nos principaux centres d'intérêt. Nous avons choisi de privilégier dans cette nomenclature le fait qu'il s'agisse ou non d'établissements spécialisés dans la prise en charge de la maladie mentale, et ensuite, leur statut public ou privé. Nous suivons ainsi deux voies qui jalonnent l'institutionnalisation par les pouvoirs publics de l'organisation des soins aux malades mentaux.

Nous distinguerons ainsi :

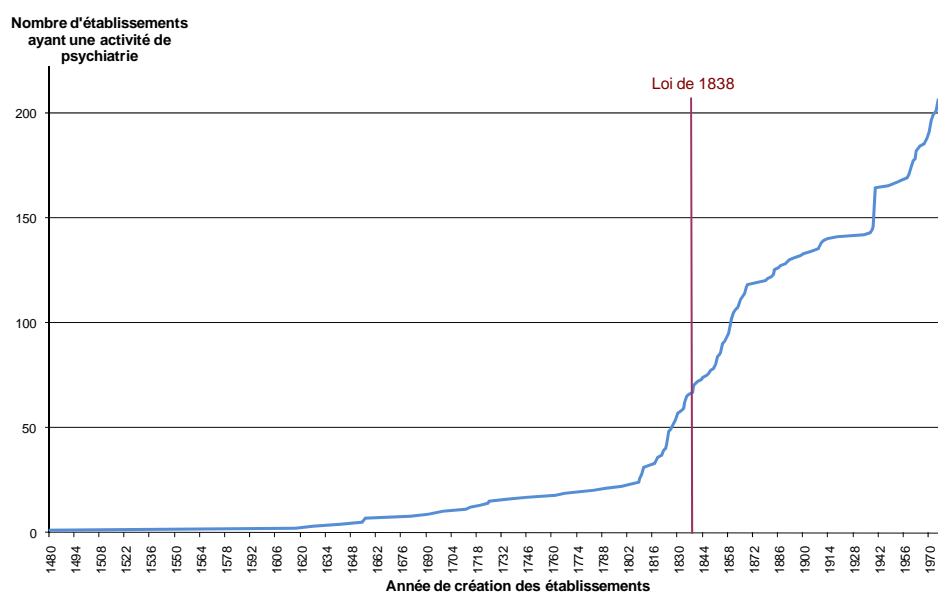
- les établissements publics spécialisés dans la prise en charge de la maladie mentale,
- les établissements privés assimilés au secteur public spécialisés dans la prise en charge de la maladie mentale,
- les établissements privés spécialisés dans la prise en charge de la maladie mentale,
- les établissements publics et privés non spécialisés dans la prise en charge de la maladie mentale,
- les établissements autres tels que les colonies familiales.

Les deux premières catégories seront souvent associées dans le développement qui suit, elles correspondent en effet aux établissements visés par la loi de 1838. L'analyse de la diffusion de l'équipement psychiatrique des départements s'appuiera essentiellement sur ces deux catégories. Les établissements privés sont souvent moins stables dans le temps et de plus petite taille ; nombreux sont ceux qui ne reçoivent pas tous les types de patients (souvent réservés à une clientèle aisée), ces particularités causent pas mal de perturbations dans l'analyse et ils sont donc exclus de notre étude de l'équipement des départements.

2.2.3.1 Une diffusion lente et incomplète

Nous avons réalisé deux courbes qui représentent l'évolution du nombre total des établissements psychiatriques en France (Figure 6) et du nombre des seuls établissements publics ou assimilés (Figure 7). Les graphiques des figures 6 et 7 montrent que la diffusion des établissements psychiatriques en France s'est déroulée sur près de 400 ans. En effet, la première mention d'établissement regroupant les malades concerne l'établissement privé de Saint-Nicolas de Port en Meurthe-et-Moselle, dont l'existence remonterait au XVe siècle, mais cette création reste un évènement isolé pendant près d'un siècle, les autres créations apparaissant au début du XVIIe siècle et la dernière création date de 1981. Jusqu'au XIXe siècle, ces établissements sont relativement rares (moins de 20 sont recensés) et sont davantage le fait d'initiatives privées ou religieuses. Les deux courbes sont similaires dans leur forme et justifient donc l'analyse des seules structures publiques spécialisées telles que visées par la loi de 1838. En 1800, onze départements seulement sont équipés d'un établissement public ou faisant fonction de public spécifiquement dédié à la prise en charge des aliénés. Seuls 41 % des établissements construits alors sont publics, contre 55 % sur l'ensemble de la période.

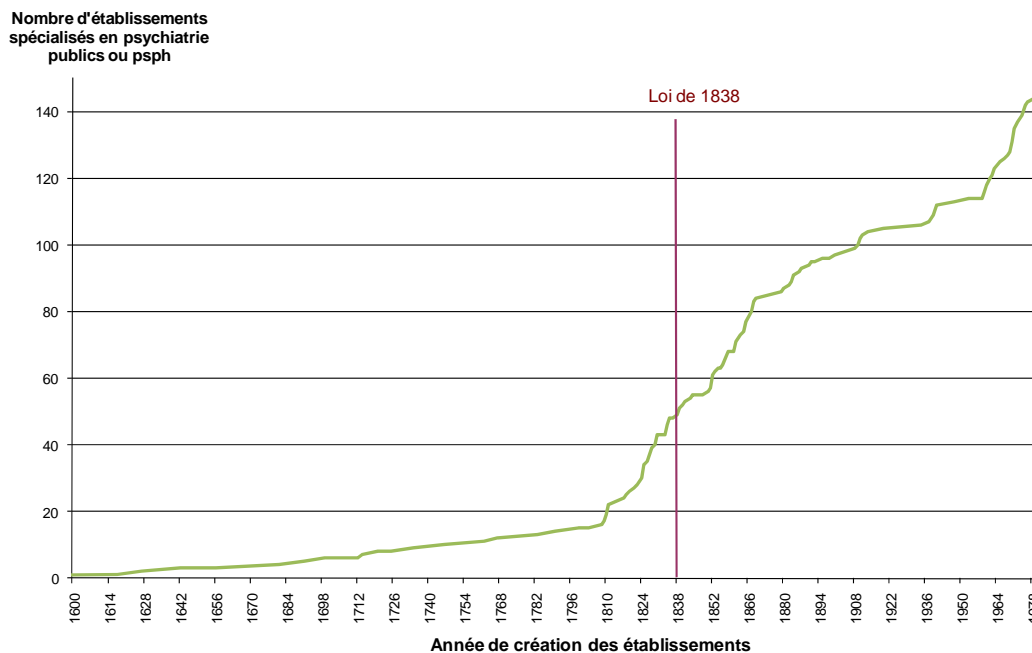
Figure 6 Evolution du nombre des établissements psychiatriques en France



Sources : Base de données de l'auteure (à partir de : *Statistique Générale de la France, rapports administratifs, archives historiques*)

Au début du XIXe siècle, et avant la mise en place de la loi de 1838 sur le service aux aliénés, le mouvement s'accroît. Entre 1800 et 1837, 33 établissements sont créés (66 si l'on intègre les privés). A la veille de la loi, 39 départements sont équipés d'un tel établissement. Là encore, avec près de la moitié des créations pendant la période, les initiatives privées sont aussi importantes que les initiatives publiques. Cependant, dans les années qui précèdent la loi, le problème du traitement des aliénés est dans l'actualité du gouvernement. Les aliénistes Pinel et Esquirol, médecins chefs à la Salpêtrière, diffusent leurs idées sur le traitement des aliénés. La loi ne paraît donc que reprendre et officialiser un mouvement en cours, permettant la diffusion de cette innovation sur l'ensemble du territoire. Il faut ajouter que l'Empire et la Restauration vont apporter une certaine stabilité politique et offrir une période d'expansion économique favorisant les créations d'établissements (Longin, 1999). La croissance va se poursuivre à un rythme important jusqu'à la fin du XIXe siècle. Pendant cette période, les constructions sont essentiellement publiques (67 %). A la veille du XXe siècle, le territoire français compte 132 établissements, 61 départements sont équipés d'un établissement spécifiquement dédié à la prise en charge des aliénés.

Figure 7 Evolution du nombre des établissements psychiatriques spécialisés publics ou privés faisant fonction d'établissement public en France



Sources : Base de données de l'auteure (à partir de : Statistique Générale de la France, rapports administratifs, archives historiques)

La croissance se ralentit au XXe siècle, nous observons une relative stabilisation jusqu'aux années 1960. L'augmentation apparente des créations d'établissements en 1940 est le résultat d'un biais lié aux données. En effet, plusieurs établissements dont l'existence est connue en 1940 via la Statistique Générale de la France n'ont pu être datés précisément. Longin (1999) explique cette relative stabilisation des créations au début du XXe siècle par le développement de la laïcité, les établissements gérés par des congrégations sont surveillés et aucune création due à un ordre religieux ne voit le jour. La loi sur la séparation de l'Eglise et de l'Etat de 1905 vient porter un coup fatal à toute entreprise privée confessionnelle. D'autre part, le premier conflit mondial a touché fortement certains asiles. Il est envisagé d'en fermer ou transformer certains, et l'époque est davantage aux réhabilitations ou remises en état d'hôpitaux qu'à de nouvelles constructions.

Le second conflit mondial va causer moins de destructions d'établissements. Par contre, les décès sont nombreux. Plus de 40 000 patients sont ainsi décédés dans les hôpitaux psychiatriques durant la seconde guerre mondiale, pour la plupart de malnutrition et d'isolement (Bultzingsloewen, 2007). La prise de conscience de cette hécatombe, associée à d'autres facteurs contextuels, va conduire à une nouvelle politique de santé mentale, avec la mise en place de la politique de sectorisation dans les années 1960. Cette politique prévoit le découpage du territoire en zones géo-démographiques d'environ 70 000 habitants, sur lesquelles des équipes psychiatriques vont prendre en charge la population de la zone, à travers le développement d'une gamme de services implantés dans la « communauté ». Cette nouvelle norme implique donc une fragmentation et une dispersion géographique considérable de l'offre de soins par rapport à la configuration antérieure, dispersion appelant une multiplication des points d'offre. D'autre part, afin de répondre aux normes de l'OMS sur lesquelles est basée la taille des secteurs psychiatriques, normes prévoyant trois lits de psychiatrie pour 1 000 habitants en 1956, la France va rédiger un deuxième plan d'équipements proposant la création de huit à dix nouveaux établissements (Longin, 1999).

Nous assistons donc à une nouvelle période de croissance du nombre des établissements psychiatriques. Les derniers départements non équipés construisent des établissements ou implantent des services psychiatriques dans l'hôpital général. Le dernier département à

s'équiper d'un établissement spécialisé public pour la prise en charge de la maladie mentale est les Hauts-de-Seine en 1981.

La forme générale des courbes des figures 6 et 7 est compatible avec l'évolution généralement observée lors des processus de diffusion, elle s'apparente à une courbe logistique, si l'on exclut la petite reprise de créations après 1940. On peut remarquer au passage que la date de 1838 n'introduit pas de rupture dans l'évolution, confirmant donc l'hypothèse que la loi entérine des pratiques déjà existantes et institutionnalise le processus, mais sans peut-être donner les moyens de son accélération. Tout comme dans la plupart des processus de diffusion, quatre phases principales peuvent être identifiées dans le processus de diffusion des établissements psychiatriques sur le territoire français ; selon les quatre étapes de la diffusion d'une innovation proposées par Hägerstrand (1953) :

- une phase d'apparition du phénomène que l'on pourrait situer aux XVIIe et XVIIIe siècles ; l'innovation reste limitée dans certains centres ;
- une phase d'expansion : c'est le développement du processus que l'on observe tout au long du XIXe siècle. On peut dater le début de cette phase aux alentours de 1808-1810, la Figure 7 indique un changement de rythme dans la diffusion des établissements psychiatriques. On pourrait s'attendre à trouver ici l'impulsion donnée par la loi. Pourtant, celle-ci n'advient que trente années plus tard. Que s'est-il donc passé ces années-là ? Goldstein (1997) montre comment à cette période, un ouvrage particulier avait de forts retentissements dans les cercles de l'administration napoléonienne. Il s'agissait du traité médico-psychologique sur l'aliénation mentale de Pinel, publié en 1800 et dont une seconde édition augmentée parut en 1809. Certains préfets écrivaient au Ministre de l'Intérieur pour recevoir cet ouvrage « qui indique la méthode suivie pour le traitement des Insensés ». L'attrait qu'exerçait ce livre dépassait les milieux médicaux et bureaucratiques, Goldstein cite ainsi l'exemple de Stendhal qui se présenta à l'Ecole de médecine de Paris en 1805 « pour lire l'Aliénation mentale de Pinel » et qui, cherchant à l'acquérir un an plus tard, s'entendit répondre que la première édition était « totalement épuisée » (citations tirées du journal de Stendhal de 1805). C'est vraisemblablement le paradigme originel de la psychiatrie mis en place par Pinel qui est à l'origine de la diffusion des établissements psychiatriques sur le territoire français.

Avec sa théorie sur l'aliénation mentale et le traitement moral, il posa les fondements de la psychiatrie et permit la diffusion de ses idées ;

- une phase de condensation et de stabilisation, dans la première moitié du XXe siècle avec des créations peu nombreuses ;
- enfin, le modèle d'Hägerstrand est ici contrarié car une modification de l'innovation et de sa forme (de l'asile aux structures de soins implantées dans la ville) va donner lieu à une nouvelle phase d'expansion qui permettra de clôturer le processus de diffusion.

Sans cette dernière phase, on peut faire l'hypothèse que le processus de diffusion n'aurait pas été mené à terme, dans la mesure où la couverture complète du territoire par les asiles n'a jamais été réalisée, comme l'analyse de la forme spatiale de la diffusion va l'indiquer.

2.2.3.2 Une couverture du territoire incomplète

Nous l'avons vu en introduction de ce chapitre, l'analyse de la diffusion spatiale des établissements psychiatriques a fait l'objet de peu d'études de la part des géographes, et ces études restent assez rudimentaires, elles ne font pas appel au modèle de diffusion d'Hägerstrand. Ces études, comme la plupart des études de géographies asilaires, se présentent davantage comme un préalable à l'étude des développements plus récents des politiques de désinstitutionalisation.

Pour analyser le processus de diffusion spatiale de cette innovation thérapeutique en France, il nous faut choisir une échelle et un maillage d'analyse. La loi de 1838 oblige chaque département à se doter d'un tel établissement, le département apparaît donc comme le récepteur potentiel de cette innovation. Nous allons donc analyser la diffusion des établissements à l'échelle des départements français, dans le cadre de ce maillage territorial.

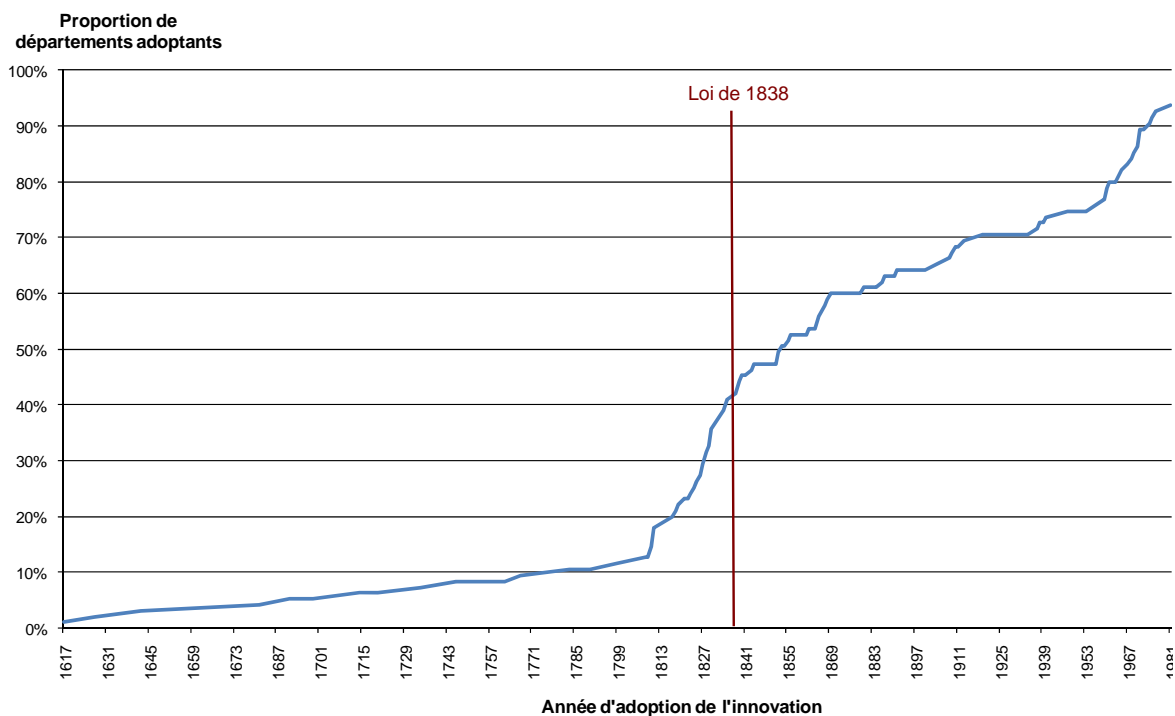
Le processus de diffusion des établissements psychiatriques au sein des départements français a duré près de 400 ans, de 1617 à 1981. Comme nous pouvons le voir sur la Figure 8, ce processus est incomplet. Huit départements n'ont jamais été équipés d'un établissement public spécialisé dans la prise en charge de la maladie mentale. Il s'agit de la Seine-et-Marne, l'Indre-et-Loire, les Deux-Sèvres, le Tarn-et-Garonne, le Cantal, le Territoire de Belfort, la Corse (Nord et Sud) et les Alpes-de-Haute-Provence. Dans ces

établissements, la psychiatrie est gérée exclusivement au sein d'établissements de santé généraux. Cette intégration de la psychiatrie à l'hôpital général est très ancienne pour Tours (1725), Aurillac, Niort et Montauban (entre 1836 et 1851) qui accueillent les aliénés dans les quartiers d'hospice. Elle constitue une réponse plus récente à la prise en charge de la maladie mentale à Digne et Belfort, Castelluccio et plusieurs établissements de Seine-et-Marne où elle ne s'est faite que depuis les années 1960.

Nous conduisons cette analyse en fonction des quatre grandes périodes que nous avons identifiées dans l'histoire de la diffusion : avant 1800, entre 1800 et 1900 (avec la distinction 1800-1838 / 1838-1900), de 1900 à 1960, et après 1960.

Après une description de cette diffusion spatiale, nous testerons ensuite deux hypothèses de modèles de diffusion : diffusion hiérarchique et par voisinage.

Figure 8 L'adoption de l'innovation asilaire par les départements français



Sources : Base de données de l'auteure (à partir de : Statistique Générale de la France, rapports administratifs, archives historiques)

En 1800, dix départements sont équipés d'un établissement public (ou faisant fonction d'établissement public) spécifiquement dédié à la prise en charge des aliénés. Il s'agit, par ordre de primo-équipement de : la Gironde (Cadillac, 1617), l'Ille-et-Vilaine (Saint-Méen, 1627), le Vaucluse (Avignon, 1681), les Bouches-du-Rhône (Aix La Trinité, 1691), la Meurthe (Maréville, 1714), le Calvados (Bon Sauveur, 1734), le Nord (Armentières, 1746), la Marne (Châlons-sur-Marne, 1767), le Rhône (La Quarantaine à Lyon, 1783) et l'Oise (Clermont, 1799). La plupart de ces départements sont situés dans une moitié Nord de la France (Figure 10), ce qui correspond à cette époque aux départements les plus riches et les plus instruits, à l'exception notable du département de la Seine, étonnamment absent des premiers départements équipés d'une telle structure, sur lequel nous reviendrons par la suite. En effet, aux XVIIIe et XIXe siècles, la France du Nord s'opposait à la France du Sud par son industrialisation et son degré d'alphabétisation plus élevés (Braudel, 1986; Burguière & Revel, 1989; Furet & Ozouf, 1977; Pumain, Saint Julien & Ferras, 1990). Vers 1830, les régions du Nord, de la Normandie, du centre du Bassin Parisien et de l'Alsace étaient des régions d'agriculture riche, des zones privilégiées d'échange et de production (Pumain et al., 1990). 40 % de ces premières créations sont le fait d'initiatives privées, souvent religieuses. C'est le cas notamment de Saint Méen en Ille-et-Vilaine, du Bon Sauveur dans le Calvados, Armentières dans le Nord, Clermont dans l'Oise. A cette époque, existent également quatre quartiers d'hospices recevant des aliénés.

La plupart de ces départements sont à l'époque fortement peuplés : 46 % des départements équipés appartiennent au quartile supérieur de la distribution des tailles démographiques de l'époque, et 36 % sont entre les deuxième et troisième quartiles. Malgré l'absence de la capitale parisienne dans la phase d'émergence du processus de diffusion, ces résultats vont dans le sens d'une diffusion respectant la hiérarchie urbaine des départements, les départements les plus peuplés, qui concentrent les très grandes agglomérations, étant les premiers équipés de cette innovation. La population moyenne des départements équipés est de 398 000 habitants, contre 302 000 pour les non équipés. Seuls trois départements paraissent ne pas suivre cette loi : les Bouches-du-Rhône qui ne comptent alors que 285 000 habitants et le Vaucluse avec 191 000 habitants, qui possèdent un établissement public spécialisé depuis la fin du XVIIe siècle, et surtout le département de la Seine, et la capitale Paris. En fait, le département de la Seine est alors doté d'un établissement très spécifique : la

maison de Charenton, qui est un asile privé à la couverture nationale et non seulement département (c'est un asile national placé directement sous la dépendance directe du ministère de l'Intérieur) réservé aux populations non modestes, vitrine de la psychiatrie française et le département dispose par ailleurs de deux quartiers d'hospice, au sein de la Salpêtrière et de Bicêtre, dans lesquels ont exercé les médecins aliénistes à la base du traitement moral et de l'idée de la mise en place d'un système national d'institutions de prise en charge des malades psychiatriques.

Figure 9 Les premiers asiles d'aliénés

Les premiers asiles d'aliénés

L'asile de Saint-Méen, Ille-et-Vilaine



Le Bon Sauveur de Caen, Calvados



L'asile d'Armentières, Nord



L'asile de Cadillac, Gironde



Sources : Cartes postales

Entre 1800 et 1837, soit avant la mise en place de la loi sur le service des aliénés, 28 départements supplémentaires se dotent d'un tel établissement. Le processus de diffusion avance rapidement sur le territoire. 39 % des nouvelles créations sont encore le fait d'initiatives privées, auxquelles nous pouvons ajouter dix quartiers d'hospice. Le Nord du pays poursuit son équipement, tandis que la partie Sud (Centre et Est) développe de telles infrastructures. Les populations moyennes et médianes des départements nouvellement équipés restent supérieures à celle des départements non équipés, mais l'écart commence à se resserrer (Tableau 1).

Tableau 1 La population des départements s'équipant de l'innovation

		Population des départements équipés pendant la période	Population des départements non équipés	Population des départements précédemment équipés	Rapport de la population moyenne départementale équipée à la population moyenne départementale non équipée
Avant 1800 <i>(découpage départemental 1801, population 1801)</i>	minimum	191 421	62 354		
	médiane	344 485	275 449		1,25
	moyenne	397 785	302 167		1,32
	maximum	765 001	631 585		
	Nombre de départements	10	81		Taux d'équipement : 12,3%
Entre 1800 et 1837 <i>(découpage départemental 1833, population 1826)</i>	minimum	138 778	125 329	191 421	
	médiane	341 872	309 348	344 485	1,11
	moyenne	414 807	321 279	397 785	1,29
	maximum	1 013 373	526 282	765 001	
	Nombre de départements	28	48	10	Taux d'équipement : 44,2%
Entre 1838 et 1899 <i>(découpage départemental 1866, population 1876)</i>	minimum	203 600	119 100	330 199	
	médiane	394 750	316 900	686 357	1,25
	moyenne	493 885	334 987	812 592	1,47
	maximum	2 410 800	614 300	1 778 374	
	Nombre de départements	20	31	38	Taux d'équipement : 65,2%
Entre 1900 et 1959 <i>(découpage départemental 1933, population 1936)</i>	minimum	88 200	85 100	533 799	
	médiane	306 800	267 300	1 081 107	1,15
	moyenne	309 527	307 148	1 306 477	1,01
	maximum	507 600	659 400	4 189 174	
	Nombre de départements	11	21	58	Taux d'équipement : 76,7%
Après 1960 <i>(découpage départemental 1983, population 1982)</i>	minimum	139 968	108 604	621 999	
	médiane	477 163	162 838	1 387 907	2,93
	moyenne	559 783	286 732	1 616 005	1,95
	maximum	1 387 039	887 112	4 696 774	
	Nombre de départements	15	9	69	Taux d'équipement : 87,5%

Sources : Base de données de l'auteure (à partir de : base de données Géographie-Cités, INED-INSEE, Almanach Royal)

D'après la représentation cartographique (Figure 10), cette deuxième phase de diffusion semble davantage se faire par voisinage dans la moitié Nord de la France. Nous pouvons noter, parmi les départements très faiblement peuplés se dotant d'un tel établissement, la Lozère qui ne compte alors que 139 000 habitants, mais qui ouvre en 1821 l'asile de Saint-Alban-sur-Limagnole, établissement qui marquera l'histoire de la psychiatrie française dans la seconde moitié du XXe siècle, en étant le lieu de naissance du mouvement qu'on a appelé la « psychothérapie institutionnelle ». En effet, pendant la seconde guerre mondiale, l'hôpital devient un lieu de refuge et de résistance. Georges Canguilhem, Paul Eluard,

Tristan Tzara y sont accueillis. Fuyant le régime de Franco, le psychiatre catalan François Tosquelles y exerce et va transformer l'hôpital en véritable centre de réflexion et y développer la psychothérapie institutionnelle. Ce mouvement qui cherche à modifier l'institution va ensuite essaimer sur le territoire français et a eu une grande importance dans la création de la politique de secteur.

Après la loi de 1838 et jusqu'à la fin du XIXe siècle, 19 départements s'équipent, dont le département de la Seine. Il faut en effet attendre 1867 pour que la capitale du pays ouvre les portes de son premier établissement public spécialisé dans la prise en charge des aliénés. Il s'agit de l'hôpital de Sainte-Anne, situé dans le 14^e arrondissement parisien, établissement dédié spécifiquement aux cas de folie récente et à l'enseignement clinique. Si jusque là la capitale avait délégué l'assistance de ses aliénés aux établissements de province (et il n'est pas inintéressant de constater que cette situation perdurait encore en partie en 1970 avec les établissements de Plouguernevel dans les Côtes d'Armor et Saint-Rémy en Haute-Saône), cette situation était interprétée comme une défaillance du pouvoir et suscitait indignation et critique (Lamarche-Vadel & Préli, 1978). Il suffit de lire le propos de l'aliéniste Sémelaigne en 1860 : « *En France, écrit-il, plusieurs grandes villes ont déjà des établissements modèles, et une amélioration rivale se manifeste à l'étranger. A Paris toutefois, par une regrettable anomalie, les hospices de Bicêtre et la Salpêtrière ne sont plus en rapport, par leurs imperfections et leurs lacunes, avec les progrès de la science et des conquêtes du présent. Cette immobilité dans un centre d'où émanent habituellement les fécondes initiatives ne peut plus durer. La capitale rougit pour ainsi dire d'elle-même. Une commission spéciale a été instituée pour apprécier les changements que la situation exige* » (cité par Daumézon, Rapport présenté à la séance du 24 novembre 1959 de la commission de Santé mentale). C'est ainsi que les travaux de cette commission présidée par le baron Haussmann, alors préfet de la Seine, vont aboutir à la création d'un système de prise en charge basé sur un asile central à Paris et des asiles périphériques, « extra-muros » implantés dans le département de la Seine ou plus exactement de la Seine-et-Oise, situés sur des voies de chemin de fer en proche banlieue. L'asile central parisien se voyait ainsi donner une ambition clinique très importante et assez différente des autres asiles français : « *Placé au milieu du courant intellectuel de la capitale, desservi par les maîtres les plus éminents de la science, offrant à l'étude toutes les variétés de l'aliénation mentale, cet asile serait le véritable foyer de la science aliéniste. Là seraient*

accueillies avec prudence les méthodes les plus actives ; là se concentrerait le grand et pratique enseignement de l'art de guérir et de soulager les malades » (Rapport de la commission, p.2).

Les asiles périphériques (Ville-Evrard, implanté sur la commune de Neuilly-sur-Marne en 1868, Perray-Vaucluse, implanté sur la commune d'Epinay-sur-Orge en 1869, Villejuif en 1884, Maison-Blanche également à Neuilly-sur-Marne en 1900 et Moisselles en 1904) seraient quant à eux réservés aux incurables et d'éventuels curables: *« Il s'agira là moins de soigner l'aliénation mentale que de soulager la souffrance, moins de guérir les malades que de leur aménager une vie décente et ordonnée. Ils bénéficieront d'une vie hygiénique à l'air pur de la campagne, des travaux ordonnés des champs et du spectacle apaisant de la nature (...). Cette bipartition entre l'asile de la capitale et les asiles périphériques semble réglée par la plus infailible des logiques : organisationnelle, économique, hiérarchique »*(Lamarche-Vadel & Préli, 1978, p.66)

Le Nord de la France est quasiment totalement couvert, à l'exception des Ardennes, de la Seine-et-Marne, de l'Aube et des Vosges. L'Ouest et une partie du Sud-Est de la France sont plus lents à s'équiper. Pendant cette période, les départements qui s'équipent sont toujours en moyenne plus peuplés que les départements qui restent encore non équipés. L'équipement public devient largement majoritaire, les établissements privés participant au service public ne représentent plus que 11 % des créations d'établissements pendant la période. Il est important de noter à cette époque la création de deux colonies familiales (Dur-sur-Auron dans le Cher et Ainay-le-Château dans l'Allier qui malgré leur localisation dépendent du département de la Seine) proposant un nouveau modèle thérapeutique (les malades sont placés dans des familles et y travaillent). L'usage de la notion de « colonie » n'est d'ailleurs pas anodine en cette fin de XIXe siècle, comme le note Sans (1998) en se référant aux travaux de Laplaigne (1989). : *« La colonie sépare deux mondes, elle retranche en instituant un « nous » et un « non-nous », permettant ainsi la mise à distance de l'autre différent. »*

Pendant la quatrième période (1900-1959), l'effort d'équipement semble se porter vers les départements moins peuplés. Le Nord-Est et le Sud-Ouest de la France constituent des zones de forte réception à cette époque. 21 % des créations sont le fait d'initiatives privées à but non lucratif. A la fin des années 1950, seuls quelques départements fortement peuplés

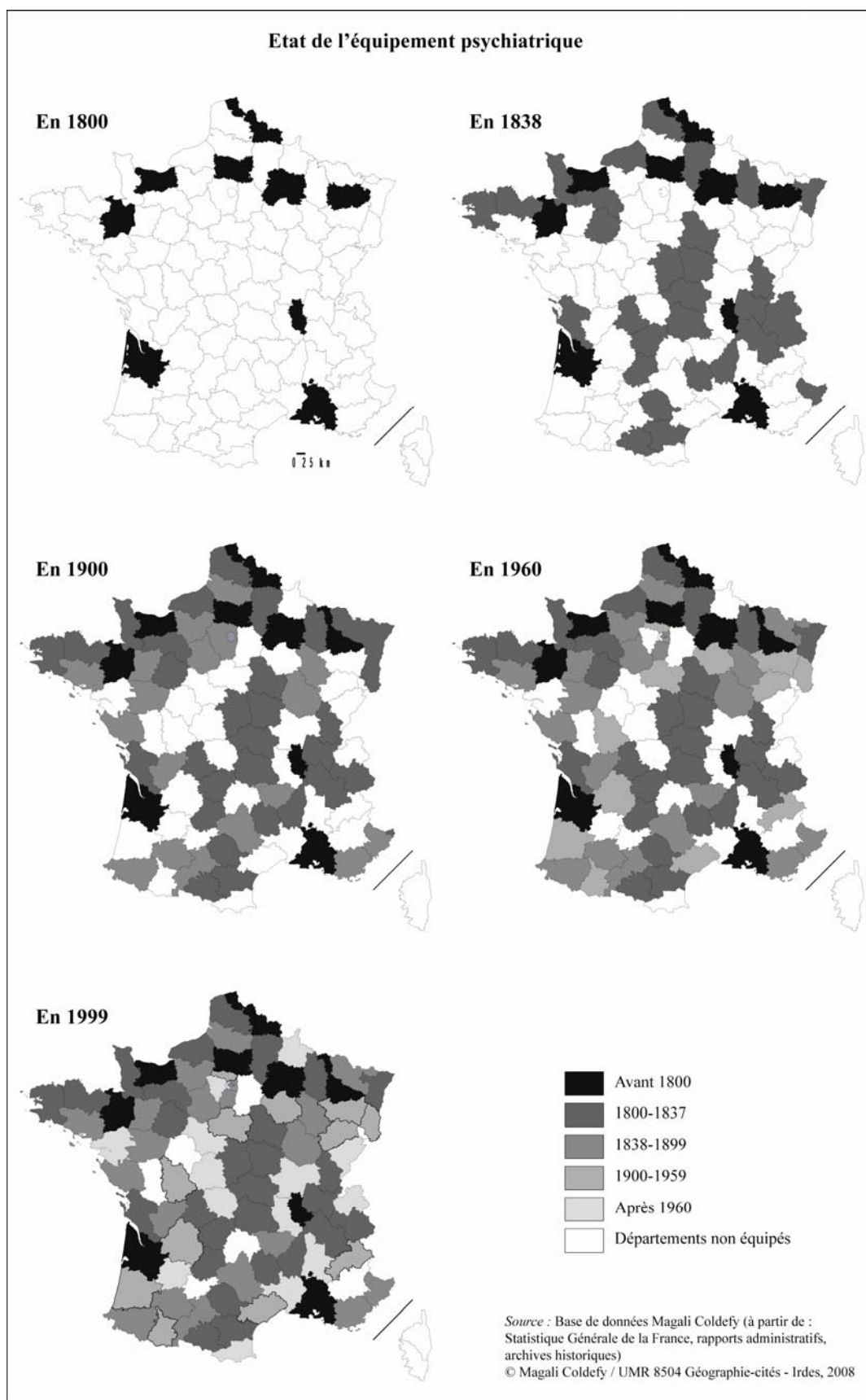
ne disposent toujours pas d'un tel équipement hospitalier : la Seine-et-Marne, la Loire-Inférieure (actuelle Loire-Atlantique), la Saône-et-Loire, la Loire, le Gard et l'Indre-et-Loire.

Après 1960, la politique de sectorisation va permettre de compléter ce processus de diffusion. Seule une initiative privée à but non lucratif est recensée, celle de la maison de santé des Marronniers à Bully-les-Mines dans le Pas-de-Calais, toutes les autres créations sont publiques. Cette relance dans la construction proposée par la nouvelle politique de sectorisation psychiatrique ne permet cependant pas de couvrir l'ensemble du territoire, elle s'accompagne en effet d'un changement de paradigme, l'hôpital psychiatrique ne constitue plus l'unique modalité de prise en charge de la maladie mentale, d'autres structures de prises en charge à temps partiel et en ambulatoire sont proposées. Et à partir des années 1980, va naître un mouvement prônant l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, afin notamment de déstigmatiser la maladie mentale. Cela a pour conséquence la création de plusieurs services psychiatriques à l'hôpital général, et donc l'absence dans certains départements d'établissement spécialisé dans la prise en charge de la maladie mentale.

Contrairement aux Etats-Unis, le processus spatial de la diffusion des établissements psychiatriques sur le territoire français n'emprunte pas une direction géographique particulière. Cela est dû en partie au fait que le système de peuplement était déjà bien constitué en France au XIXe siècle, même s'il s'est modifié au cours du temps, par concentration et accroissement des inégalités de densité.

Nous allons maintenant essayer de tester les deux principaux modèles de diffusion, à savoir celui hiérarchique et celui par contagion.

Figure 10 Diffusion des établissements psychiatriques au sein des départements français



2.2.3.3 Hypothèse de diffusion hiérarchique descendante

Ce modèle hiérarchique fait l'hypothèse que la diffusion d'une innovation procède des départements les plus peuplés vers les moins peuplés (Saint Julien, 1985). Cet effet peut être dû à différents facteurs : un simple effet de la demande potentielle (supérieure dans les zones peuplées) sur l'offre, ou à un effet plus complexe de l'organisation urbaine hiérarchique qui se traduit par des différences qualitatives dans la capacité à recevoir l'innovation (Pumain, 2006).

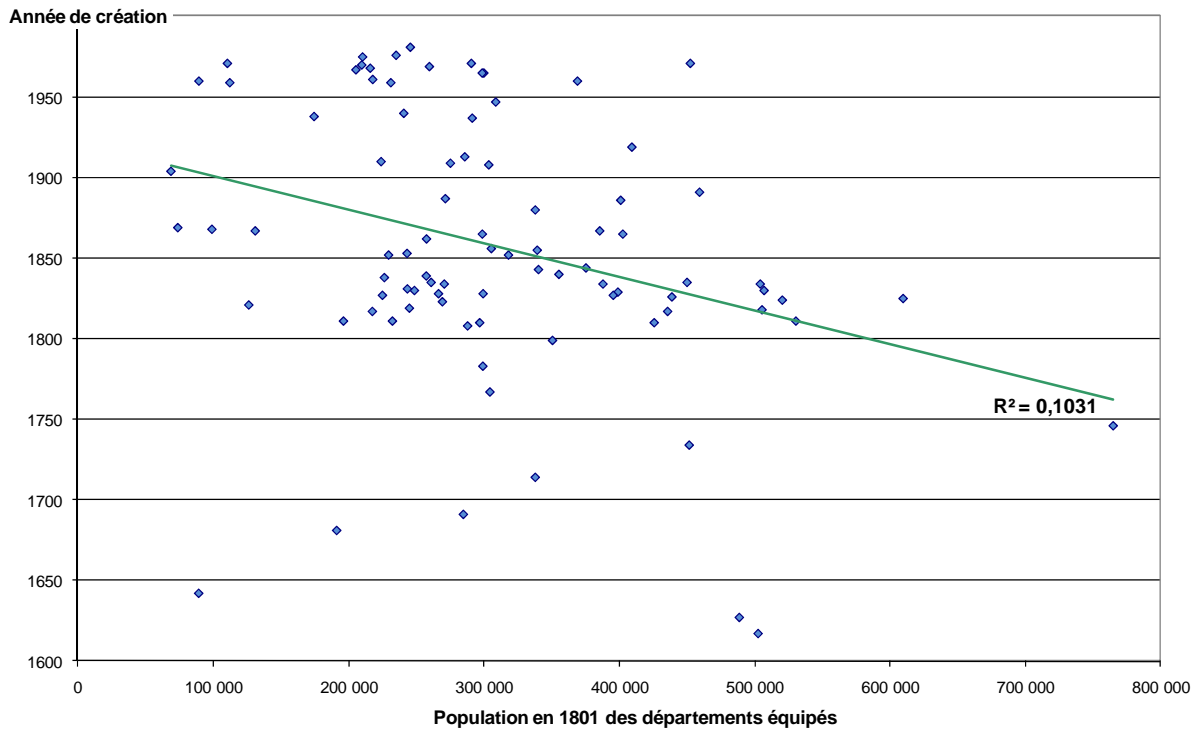
Pour tester l'hypothèse du modèle de diffusion selon la hiérarchie du peuplement, nous avons réalisé les trois graphiques suivants. Ils représentent chacun la date de création de l'établissement selon la population du département d'implantation. La population départementale française ayant fortement varié entre le début et la fin de la période d'observation (1600-2000), nous avons choisi de représenter trois graphiques utilisant chacun une population de référence différente, à savoir celle de 1801, de 1901 et de 1982. La population moyenne des départements a naturellement augmenté sur la période passant de 319 800 en 1801 à 448 800 en 1901 et 568 000 en 1982. Mais ce qui a fortement évolué et qui vient biaiser notre analyse si nous n'en tenons pas compte, c'est la variabilité entre les départements. Ainsi en 1801, nous pouvons noter un écart allant de 1 à 7 entre le département le moins peuplé, les Pyrénées-Orientales avec 111 000 habitants, et le département le plus peuplé, le Nord qui dépasse le département de la Seine avec ses 765 000 âmes versus 632 000 pour le département siège de la capitale. Le découpage départemental tel que pensé en 1790 avait en effet une préoccupation égalitaire, une division régulière de l'espace (Burguière & Revel, 1989).

Le XIXe siècle est marqué par une explosion démographique et urbaine. En 1901, la population moyenne des départements a crû de 40 % et l'écart entre départements les plus peuplés et les moins peuplés s'est fortement creusé. Ainsi, le département de la Seine avec ses 3,7 millions d'habitants compte près de 40 fois plus d'habitants que le Territoire de Belfort créé après la guerre de 1870 et l'annexion à l'Allemagne de l'Alsace et la Lorraine. En 1982, la population moyenne des départements a augmenté de 27 %, les écarts entre départements se sont réduits mais restent très importants avec un rapport de 1 à 34 entre la Lozère et le Nord.

Afin de faciliter la représentation graphique et pour tenir compte du découpage de la Seine et de la Seine-et-Oise en sept départements franciliens depuis la loi du 10 juillet 1964 portant réorganisation de la région parisienne, nous avons choisi, pour la représentation graphique sur longue période, d'estimer les populations de ces départements en 1801 et 1901 en affectant le poids de chaque département en 1982 aux populations recensées ces mêmes années pour la Seine et la Seine-et-Oise.

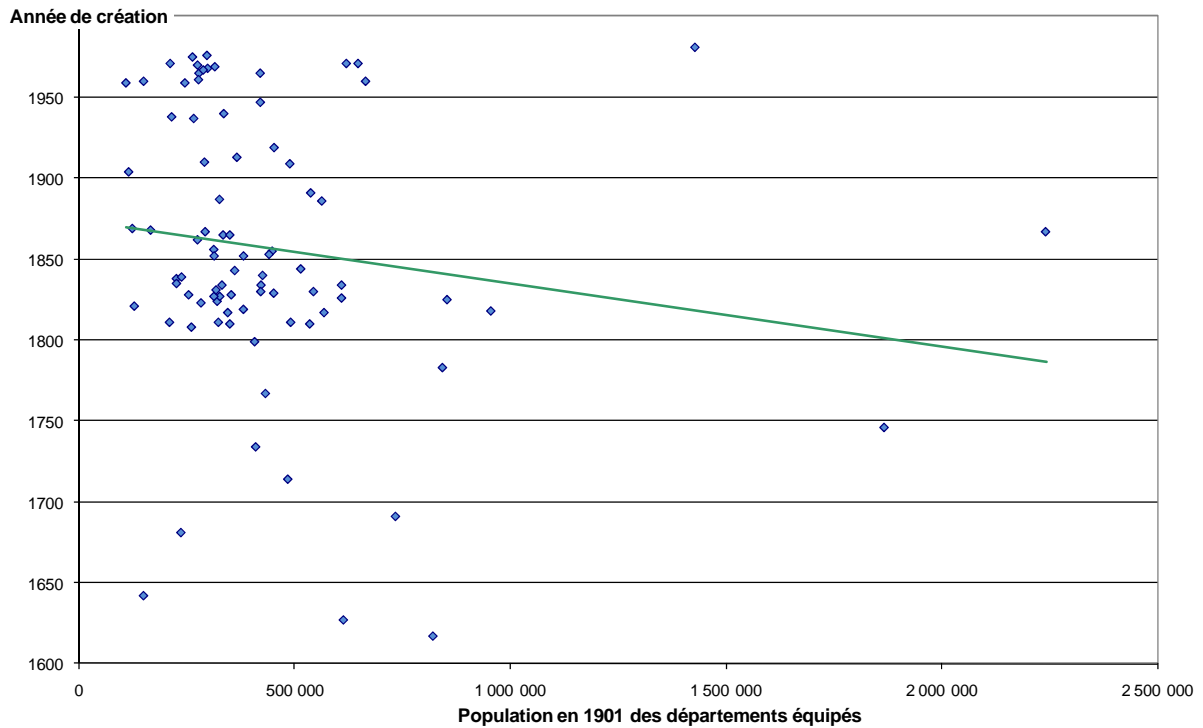
Les trois graphiques (Figure 11 à Figure 13) sont riches d'enseignements. Le premier graphique (Figure 11) fait nettement apparaître un processus de diffusion hiérarchique descendant. La courbe de tendance indique une décroissance des populations des départements équipés avec l'augmentation de la date de création de l'établissement. La lecture du deuxième graphique (Figure 12) est fortement biaisée par le développement démographique très inégal des départements français, avec en particulier l'explosion observée pour le département de la Seine (ici Paris et les Hauts-de-Seine) et le Nord. Le troisième graphique (Figure 13) reflète davantage le processus de diffusion hiérarchique, mais comme pour le deuxième graphique, l'accroissement des disparités démographiques départementales et l'extension de l'étendue des valeurs représentées ainsi en ordonnées, de 0 à 2,5 millions contre 0 à 800 000 pour le premier graphique (Figure 11), ne permettent pas une lecture aisée des résultats.

Figure 11 Année de création des établissements selon la population en 1801 des départements équipés



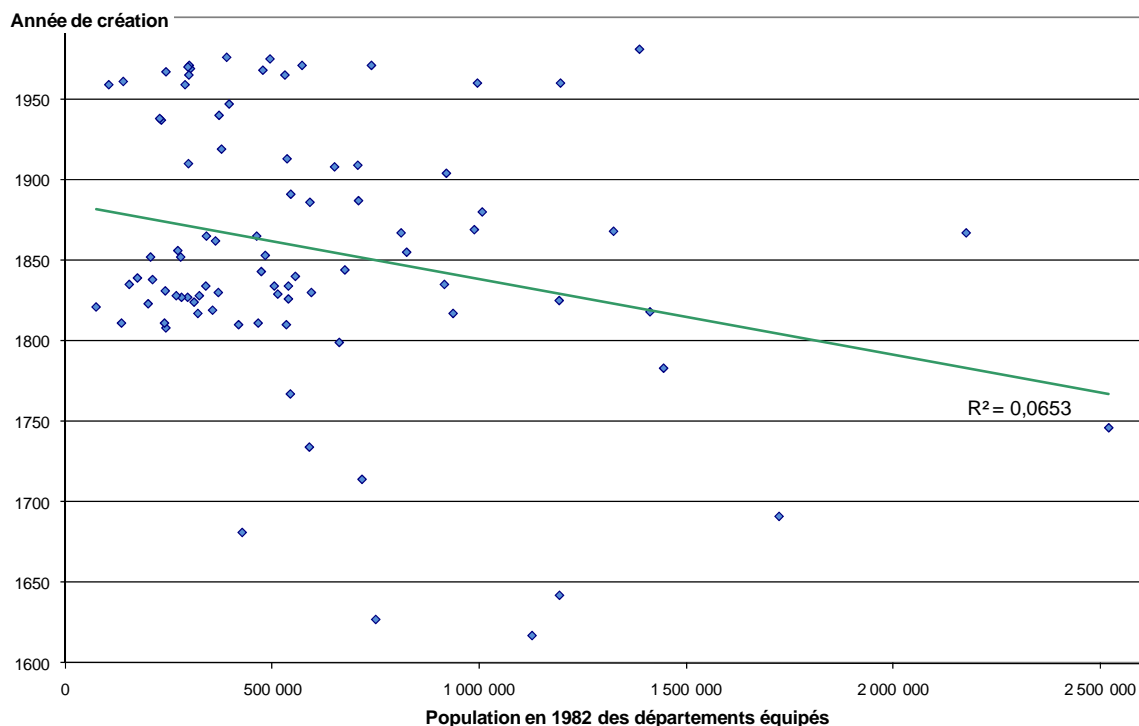
Sources : Base de données de l'auteur

Figure 12 Année de création des établissements selon la population en 1901 des départements équipés



Sources : Base de données de l'auteur

Figure 13 Année de création des établissements selon la population en 1982 des départements équipés



Sources : Base de données de l'auteure

Si l'on se base sur le premier graphique (Figure 11) utilisant la population des départements en 1801, il semble y avoir un processus de diffusion hiérarchique relativement modeste ($R^2=0,10$). En regardant plus précisément les données, ce modèle semble davantage influent durant la première phase de la diffusion. Ainsi la population moyenne des départements équipés d'un asile avant 1800 est de 398 000 habitants contre 302 000 pour les départements non équipés. Durant la seconde période (avant la loi 1838), elle est 415 000 pour les départements s'équipant contre 321 000 pour les non équipés. Du fait de l'équipement de la Seine et la Seine-et-Oise, la différence est très importante entre 1838 et 1900, avec une moyenne de 494 000 pour les départements équipés contre 335 000 pour les non équipés. La différence se réduit ensuite pour réaugmenter après 1960 (Tableau 1). Si la loi de 1838 ne semble pas avoir modifié le processus de diffusion temporel de l'innovation, nous pouvons peut-être y voir ici une modification dans le processus spatial de la diffusion. L'institutionnalisation de l'innovation par une loi venant contraindre sa diffusion vient modifier les modèles de diffusion classiques d'une innovation.

2.2.3.4 Hypothèse de diffusion par voisinage ou contagion

Les modèles classiques de diffusion évoquent fréquemment l'hypothèse de diffusion d'une innovation par voisinage, soit d'extension ou de contagion de proche en proche (Saint Julien, 1985). Ce modèle se base sur le fait que la probabilité de contact entre un émetteur et un récepteur de l'innovation diminue avec la distance, qu'elle soit physique, économique, sociale ou culturelle. Ce modèle de diffusion par contagion semble peu jouer dans le processus de diffusion des asiles d'aliénés, du moins de manière moindre que les canaux de la hiérarchie urbaine et du système de peuplement. En 1800, onze départements, considérés ici comme des foyers émetteurs de l'innovation, sont dotés d'un établissement de prise en charge des aliénés. Selon l'hypothèse de diffusion par contagion, les cinquante voisins de ces onze départements devraient avoir une plus forte probabilité d'être touchés par la diffusion lors de sa première phase (période 1800-1837). Or, 32 % des départements voisins des foyers de diffusion (36 % si l'on prend en compte les départements voisins équipés dès 1800) vont s'équiper d'un nouvel établissement au cours de cette première phase contre 32 % des départements non voisins. Au cours de la seconde phase de diffusion (1838-1899), le voisinage semble jouer davantage dans le processus de diffusion : 29 % des départements voisins de départements équipés dans la phase 2 adoptent l'innovation dans la période qui suit (49 % si l'on prend en compte les départements voisins équipés en 1838), contre 17 % des départements non voisins. Le phénomène disparaît dans les phases suivantes avec 18 à 20 % des départements qui s'équipent selon qu'ils sont éloignés ou voisins d'un adoptant précédent. La diffusion par contagion semble donc se combiner à la diffusion par hiérarchie urbaine dans la seconde phase de la diffusion. La carte de la Figure 10 pour la période 1800-1837 confirme cette observation et localise davantage ce processus autour des départements du Nord de la France. Excepté le département de la Seine, tous les départements du Nord équipés en 1800 voient au moins deux départements voisins s'équiper dans les 40 années qui suivent. A l'inverse, dans la moitié Sud de la France, la plupart des départements qui se dotent de l'innovation pendant cette période apparaissent plutôt obéir à une génération spontanée (ou aléatoire, du point de vue du schéma spatial). Cela se vérifie dans la troisième période de diffusion (1838-1899), ces derniers départements paraissent moins diffuser par contagion que les départements du Nord de la France. Cela se

confirme dans la quatrième phase, les départements entourant cette zone semblent résister à l'implantation de l'innovation et beaucoup ne s'équiperont qu'après 1960.

Ces résultats peuvent s'expliquer en partie par le développement inégal du Nord et du Sud de la France au XIXe siècle. Cela a été vu précédemment, mais il est important de rappeler que cet inégal enrichissement du Nord et du Sud de la France allait de pair avec un développement inégal des moyens de communication, pouvant expliquer partiellement ces disparités des canaux de diffusion. D'autre part, la population plus urbanisée se situant également dans le Nord de la France, il se peut que ces observations combinent en fait les effets de la hiérarchie urbaine dans un périmètre plus limité (la moitié Nord de la France) qui fait que la probabilité d'être voisin d'un département équipé est plus élevée que dans la plus vaste (et moins équipée) moitié Sud de la France. Enfin, le fait que le département voisin s'équipe peut au contraire freiner la diffusion de l'innovation, les départements ayant la possibilité à moyen terme de contracter avec les établissements des départements voisins pour la prise en charge des aliénés de leurs départements. Cette hypothèse peut notamment être formulée dans les cas du département de la Seine avec l'établissement de Clermont-de-l'Oise, dans le cas de l'Hérault avec l'équipement de la Lozère.

2.2.3.5 Hypothèse de la *path-dependency*

Dans l'évolution de la configuration de la trame des établissements psychiatriques sur le territoire français, il peut être intéressant de tester l'hypothèse de la *path-dependency* (enchaînement historique, (Pumain, 2006)), traduite par « dépendance du sentier » par certains économistes et résumant la persistance d'une trajectoire différenciée dans un système dynamique (les institutions se renforcent elles-mêmes, (Pierson, 2000; Pierson, 2004)). On pourrait supposer ainsi que les anciennes structures destinées aux aliénés aient joué le rôle de germes, de structures embryonnaires, dans l'émergence locale de l'innovation. Ainsi, dans 18 départements, une structure prenant en charge des aliénés est recensée avant l'implantation d'un asile d'aliénés public, tel que défini par la loi de 1838. Cette structure peut être privée sans participer aux missions de service public ou être constituée d'un quartier d'hospice. Cependant, au lieu de favoriser l'émergence d'une véritable structure spécialisée dans la prise en charge des aliénés, leur préexistence semble au contraire avoir freiné la diffusion de l'innovation, jouant ainsi le rôle de barrière

économique et sociale à la réalisation du processus de diffusion. Le délai moyen d'adoption de l'innovation est ainsi plus élevé dans les départements dans lesquels existait une offre embryonnaire de santé mentale (quartiers d'hospice, établissements privés ne recevant pas les indigents) : 59 ans en moyenne après la loi de 1838 contre neuf ans pour les départements non équipés précédemment (les données intègrent les établissements créés avant la loi). Certains départements se sont donc satisfaits de ces solutions « inadaptées » pour des raisons économiques ou sociales et ont retardé l'implantation d'établissements spécialisés. Le processus de diffusion de l'innovation semble ainsi avoir d'avantage obéi à des principes de rareté et donc de couverture spatiale des zones non équipées. En ce sens, il existe donc bien un effet d'enchaînement historique, de « *path dependency* », qui fait dépendre la configuration ultérieure d'une configuration passée, même si l'effet joue alors négativement sur la diffusion de l'innovation. Cette hypothèse peut être formulée notamment dans le cas de Paris et Tours qui disposaient de quartiers d'hospice et ne se sont équipées que tardivement en établissement spécialisé dans la prise en charge de la maladie mentale.

La diffusion des établissements psychiatriques en France ne suit pas une direction géographique claire comme aux Etats-Unis, et d'une autre manière en Italie. Elle est plus nettement hiérarchique, notamment avant la mise en place de la loi de 1838. Ainsi, lorsque la diffusion n'était pas encadrée institutionnellement, l'émergence des asiles dans telle ou telle localité semblait davantage suivre la hiérarchie urbaine. Il y a secondairement une diffusion régionale, les départements voisins s'équipant plus fréquemment que les lointains, mais là aussi, ce modèle semble surtout valable pour la période suivant la loi de 1838. Comme en Angleterre, la législation pour créer un système national d'asiles est venue modifier le processus classique de diffusion spatiale.

La diffusion obéit donc à une combinaison de facteurs, aucun n'étant clairement prédominant. Il faut noter ici une difficulté d'analyse liée au faible nombre d'unités statistiques : 95 départements représentent un tout petit nombre de localisations potentielles pour analyser une diffusion. Dans un effectif statistique aussi restreint, certaines singularités ont pu apparaître. Des départements faiblement peuplés ont été équipés relativement précocement de cette innovation, alors qu'au contraire, certains

départements densément peuplés, aux conditions économiques plutôt favorables, ont tardé à s'en équiper, voire ne l'ont jamais fait.

Il est donc nécessaire d'aller plus loin dans cette analyse de la diffusion et de la localisation des établissements psychiatriques. Pour cela, nous proposons maintenant de changer d'échelle d'analyse pour descendre à l'échelle locale. Ce changement de perspective permettra notamment de s'intéresser à la localisation précise des établissements à l'intérieur des départements : Si à l'échelle nationale, la logique est de se rapprocher des grandes masses de population, à l'échelle locale, il s'agissait plutôt, à certaines époques, de s'en écarter. Quelles sont les logiques de localisations des établissements à une échelle plus fine : localisation dans les communes urbaines ? rurales ? à la périphérie ? Quel est l'impact de l'urbanisation sur la localisation initiale des établissements ? Observe-t-on des choix de localisations différents des établissements publics et privés ? des initiatives religieuses ? Peut-on mettre en évidence des choix de localisation différents au cours du temps ?

2.3 Echelle locale : écarter les fous de la ville

Après avoir analysé l'adoption par les départements de l'innovation que constituait l'hôpital psychiatrique au XIXe siècle, nous allons maintenant nous intéresser à l'inscription locale de ces établissements. Si la diffusion à l'échelle départementale a fait apparaître quelques tendances du processus, certains aspects restent mal identifiés. L'analyse maintenant proposée à l'échelle urbaine devrait permettre d'explicitier davantage les éléments intervenant dans le processus de diffusion.

Pour cette analyse, la base de données sur les établissements a été enrichie d'informations sur les communes d'implantation, à partir de la base de données historiques des villes réalisée par Denise Pumain et complétée par France Guérin et Fabien Paulus dans le cadre de l'UMR Géographie-cités (Guérin-Pace, 1990; Guerois & Paulus, 2002; Pumain & Riandey, 1986). Cette base permet de disposer de deux informations utiles à notre étude :

- la population des villes à différentes dates de 1831 à 1999,
- la position des communes par rapport aux unités urbaines : ville-centre (commune la plus peuplée d'une unité urbaine multicomcommunale), ville isolée (unité urbaine contenue dans les limites d'une seule commune), commune de banlieue et commune rurale. Cette définition morphologique des unités urbaines (prenant en compte à la fois le nombre d'habitants et la continuité du bâti) reflète la situation des villes en 1999, une information sur l'année d'apparition de l'unité urbaine permet de compléter ce portrait historique des villes.

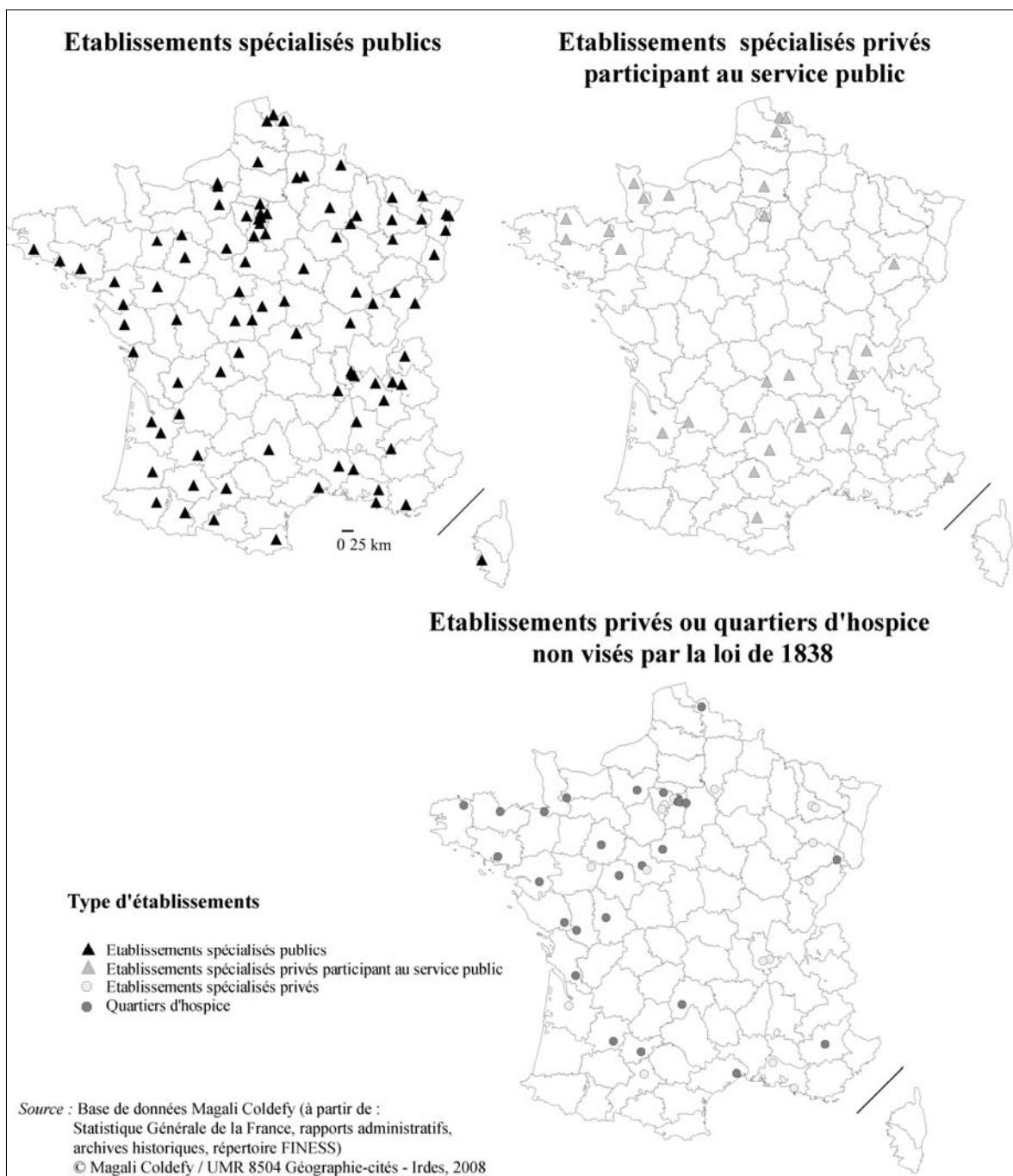
Afin de mesurer l'adéquation de l'équipement des départements français à la perspective révolutionnaire, nous avons également calculé des distances (euclidiennes) à la préfecture du département.

La loi de 1838 obligeait chaque département à se doter d'un établissement public spécialisé dans le traitement des aliénés ou à défaut de traiter avec un établissement privé déjà existant. C'est ce que nous avons appelé les établissements privés « participant au service public » car placés comme les établissements publics sous la surveillance de l'autorité publique. D'autres établissements existaient également mais ne répondaient pas aux principes de la loi. Ce sont les établissements privés ne recevant pas les indigents et les quartiers d'hospice (établissements non spécialisés, qui pourraient être assimilés aujourd'hui aux services psychiatriques intégrés à l'hôpital général sauf qu'à l'époque un hospice avait plus une vocation sociale que sanitaire). Nous allons voir que le statut de l'établissement va être associé à des logiques de localisation différentes (Figure 14).

Cette première représentation cartographique utilisant les techniques préconisées par Bertin (Bertin, 1967; Bertin, 1977), à savoir, de présenter des « collections de cartes » lorsque le nombre de modalités à représenter est important, permet de mieux montrer la distribution spatiale de chaque type d'établissement. Les deux premières cartes, relatives aux établissements publics et privés (Figure 14) participant au service public, semblent assez complémentaires, montrant bien les choix faits par certains départements de traiter avec un établissement privé ou de créer un établissement public spécialisé. Paris et le Nord de la France semblent cependant avoir bénéficié de l'implantation des structures à la fois

publiques et privées. Les structures publiques sont dispersées sur la quasi-totalité du territoire, sauf sur une partie Nord-Ouest de la France (Normandie et Nord Bretagne) et une partie du Massif central. Ces deux zones semblent en effet davantage le fief des structures privées représentées dans la Figure 14 qui semblent obéir à une structure géographique spécifique.

Figure 14 Implantation des établissements psychiatriques ayant existé entre 1617 et 1981, par statut

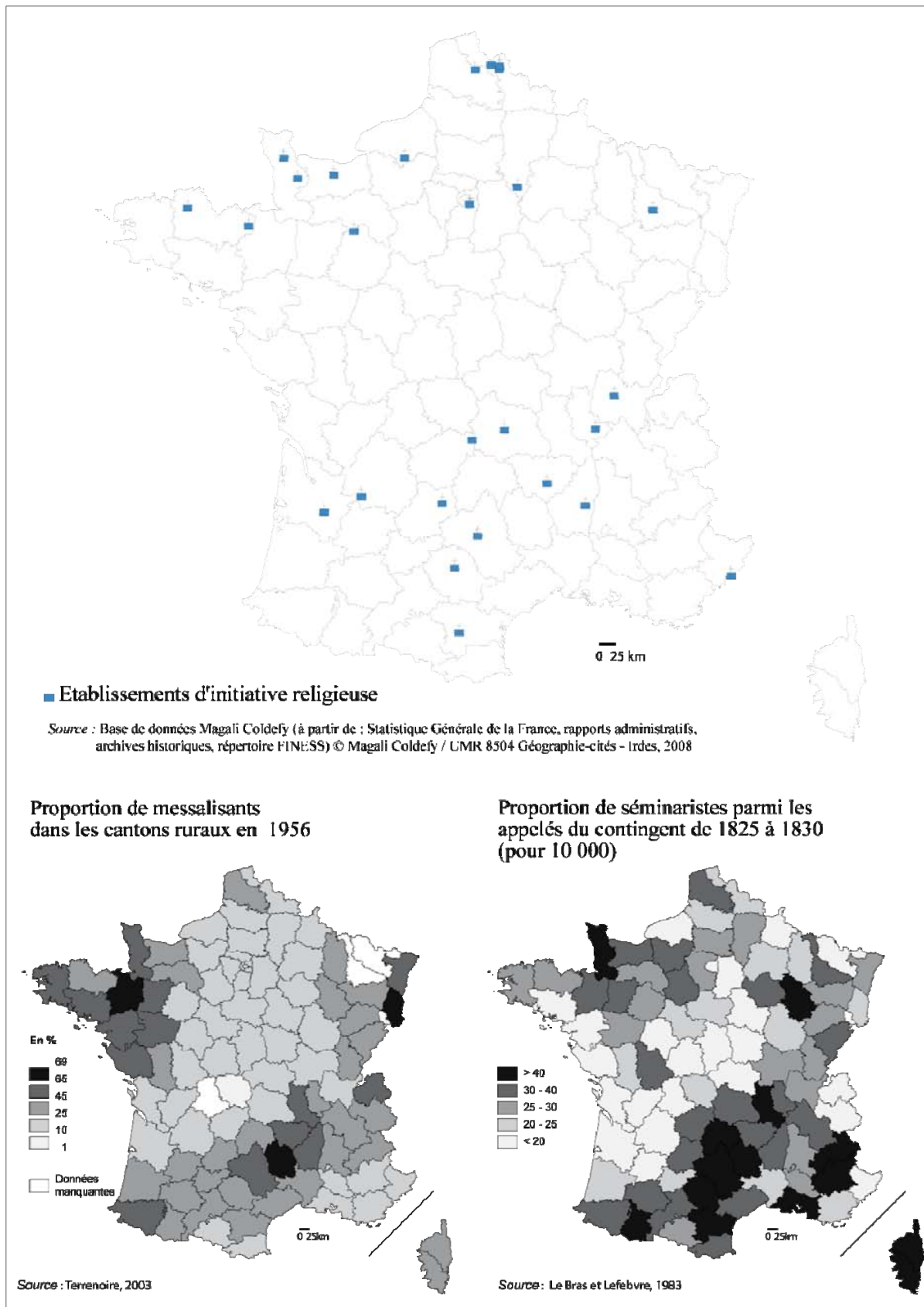


La dernière carte représente les établissements non inclus dans la loi de 1838, à savoir les quartiers d'hospice et les maisons de santé privées. Les premiers semblent davantage utilisés pour l'accueil des insensés dans la partie occidentale du pays, alors que les secondes semblent plus dispersées. Il faut souligner le manque de validité des informations relatives à ces dernières structures de plus petite taille et non institutionnalisées, leur recensement est plus difficile, leur existence s'inscrit moins dans la durée que celle des autres établissements.

La configuration spatiale de l'implantation des établissements privés assimilés au secteur public peut s'expliquer en partie par le caractère religieux de la majorité des ces établissements. Ainsi, 74 % d'entre eux sont le fait d'initiatives religieuses. Différents ordres religieux (Bon sauveur, Sainte-Marie-de l'Assomption, Saint Jean-de-Dieu, Bons-Fils, Saint Joseph...) ont ainsi essaimé sur le territoire français. La structure spatiale de l'offre de soins psychiatriques proposée par les structures privées est donc à mettre en regard de la cartographie de la pratique religieuse du XIXe siècle.

Ainsi, les trois cartes de la Figure 15 (extraites de l'article de Terrenoire (2003) et de l'article de Le Bras et Lefebvre (1983) et dernière carte issue de cette recherche) montrent bien la corrélation existante entre les espaces de forte pratique religieuse et l'implantation de ces établissements privés d'initiative catholique pour la plupart. Le Bras et Lefebvre montrent bien l'assise géographique pérenne des comportements religieux « *Dans les phénomènes dont on peut dessiner la carte, la religion est le plus immuable ; son implantation fait toujours ressortir les mêmes pays catholiques et les mêmes terres de mission* ». (Le Bras & Lefebvre, 1983). Les espaces de tradition catholique classiquement identifiés sont l'Ouest (Bretagne, Calvados, Maine, Vendée), l'Alsace, le Sud et l'Est du Massif central, de la Loire à l'Aveyron, et l'Ouest des Pyrénées (Chamussy & Vigouroux, 1997). Les établissements privés d'origine religieuse y sont largement implantés (Figure 15).

Figure 15 Implantation des établissements psychiatriques d'initiative religieuse



Au total, 144 établissements spécialisés publics ou assimilés ont donc été créés au cours de la période. Plus de la moitié sont situés dans des villes-centres, 16 % à la périphérie de villes-centres, 17 % dans des villes isolées (telles que Laragne, Limoux, Pontorson) et 14 % dans des communes rurales (par exemple, Prémontré, Sainte Marie de la Cellette, Plouguernevel). Cette catégorisation correspond à leur situation actuelle (au recensement de 1999).

Or, la structure des villes a fortement évolué depuis le XIXe siècle. Certaines communes anciennement rurales se sont urbanisées, ont été absorbées par l'expansion urbaine. Pour qualifier la structure urbaine à l'époque de création de l'établissement, nous avons donc croisé l'information sur le type actuel de communes et la population de l'époque. Une commune ayant une population inférieure à 2 500 habitants avant 1911 ou inférieure à 2 000 depuis 1911 a été considérée comme rurale au moment de la création de l'établissement¹⁶.

Nous arrivons alors à la distribution suivante : 48 % des établissements sont situés dans des villes-centres au moment de leur création, 36 % dans des communes rurales, 12 % dans des villes isolées et 4 % dans les banlieues des villes-centres (Tableau 2). Ainsi, 32 communes rurales sur 52 ont changé de statut depuis la période de création de l'établissement psychiatrique. Plus de la moitié (53 %) ont été absorbées par l'expansion des villes et sont donc désormais des banlieues (c'est le cas notamment de Fleury-les-Aubrais, Saint-Lizier, Léhon, Sainte-Gemmes-sur-Loire, Bron, Dury-les-Amiens, Neuilly-sur-Marne). Un quart ont vu leur population croître de manière isolée (sans absorber les communes avoisinantes) et se trouvent aujourd'hui être des villes isolées (telles que Hoerdt, Pierrefeu-du-Var, Bonneval). Les autres communes anciennement rurales sont aujourd'hui devenues des villes-centres d'une agglomération (Breuty-la-Couronne, Cadillac, Saint-Venant). Ces établissements autrefois implantés à la « campagne » ont donc vu leur localisation se modifier au cours du temps du fait de la croissance urbaine.

Il est intéressant de voir comment les choix de localisation ont évolué tout au long du processus de diffusion. Ainsi, les établissements pionniers, foyers de diffusion de

16 Ces seuils sont ceux utilisés pour définir les communes et unités urbaines dans la base de données historique.

l'innovation et créés avant 1800 sont majoritairement situés dans des villes-centres (Tableau 2). Les exceptions sont les suivantes : l'établissement de Cadillac en Gironde, la commune n'est devenue ville-centre qu'en 1968 et Maréville en Meurthe-et-Moselle aujourd'hui rattachée à l'agglomération de Nancy. Au cours du XIXe siècle, si les localisations dans les villes-centres restent majoritaires, les localisations rurales deviennent de plus en plus fréquentes. Elles deviennent même majoritaires au XXe siècle. La conception de l'environnement favorable à l'espace hospitalier s'est donc modifiée au cours du temps.

Tableau 2 Type de communes d'implantation des établissements selon la phase de diffusion

Phase de la diffusion	Type de communes d'implantation (en %)				Total
	Ville-centre	Banlieue	Ville isolée	Commune rurale	
avant 1800 (15)	80	0	0	20	100
1800-1837 (34)	62	0	9	29	100
1838-1899 (47)	51	2	9	38	100
1900-1959 (19)	26	11	16	47	100
après 1960 (29)	24	10	24	41	100
Total (N=144)	48	4	12	36	100

Sources : Base de données de l'auteure, base de données historique des villes Géographie-Cités

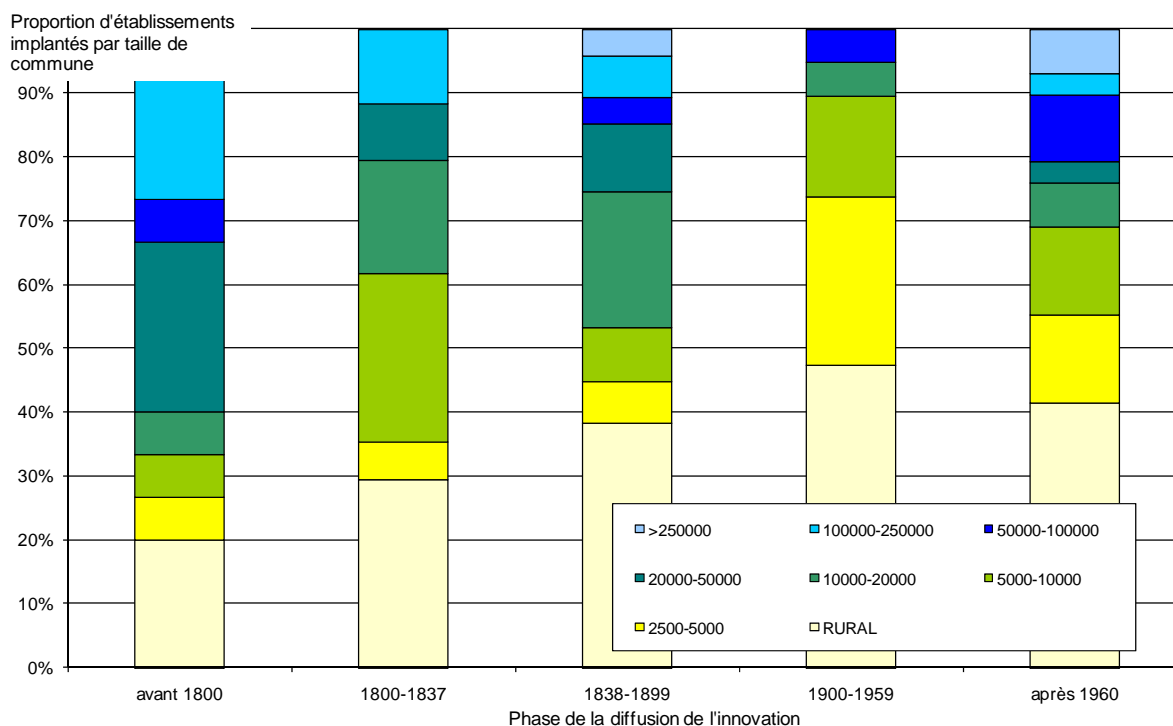
De même, si l'on s'intéresse à la taille des communes accueillant l'implantation d'un établissement psychiatrique, nous pouvons voir qu'elle se réduit jusqu'en 1960 (Figure 16). Ainsi, avant 1800, 60 % des communes « adoptantes » foyers de l'innovation comptent plus de 20 000 âmes, cette proportion tombe à 20 % entre 1800 et 1838, 26 % entre 1838 et 1899, jusqu'à 6 % seulement pendant la première moitié du XXe siècle. On pourrait certes y voir un processus de diffusion hiérarchique, mais la chute du nombre de communes de taille « importante » dès la deuxième période paraît obéir à d'autres logiques spatiales. La loi de 1838 semble venir modifier quelque peu le choix des communes d'implantation, et ce malgré l'absence de consignes précises dans le texte de loi. Ainsi le médecin aliéniste Esquirol (1838) préconisait des asiles bâtis hors des villes pour des raisons économiques et « thérapeutiques » :

« La plupart des établissements d'aliénés sont situés dans les villes, quelques uns dans les campagnes, dans les plaines ou dans les hauteurs. Dans les villes, l'espace manque, les malades sont excités par le brouhaha et le tapage de la population ; les visites sont plus nombreuses et plus fréquentes ; les infirmiers sont plus distraits, plus disposés à sortir de la maison, tandis qu'à la campagne, il y a plus d'espace, les malades jouissent de plus de calme, peuvent sortir pour se

promener au loin ou pour se livrer à la culture ; les visiteurs sont plus rares ; enfin, il y a des avantages économiques. Les constructions sur un plateau élevé sont plus favorablement situées ; mais si le plateau n'est pas assez étendu, les bâtiments ne peuvent se développer de plain-pied ni être suffisamment espacés ; les terrasses, les escaliers sont alors nécessaires à cause de l'inégalité du sol. ». Il cite notamment l'exemple de l'établissement de l'Antiquaille à Lyon : « situé à mi-hauteur de la montagne de Fourvière, bâti sur les débris d'une ancienne construction romaine. Le choix de cette position ne fut pas heureux, il a été impossible de donner aux bâtiments les développements convenables : les cours sont étroites, les promenoirs manquent, le sol y est aride, et la végétation ne peut ni récréer la vue, ni rafraîchir l'air. L'eau est peu abondante alors que si nécessaire dans une maison semblable. La vue est très étendue sans doute, mais les croisées, les cours, ne prenant l'air et la lumière que du côté de la ville, les aliénés voient sans cesse leurs concitoyens aller et venir sur les quais de la Saône, et dans les rues voisines. Ils entendent le brouhaha de la cité ; n'en voilà-t-il pas assez pour provoquer des impressions irritantes, propres à augmenter et à entretenir le délire ? » (Esquirol, 1838).

D'autre part, nous assistons à une inversion de tendance lors de la dernière période. En effet, nous avons déjà vu que la politique de sectorisation des années 1960 semblait donner un nouvel élan à la diffusion des établissements. Il semble qu'elle s'accompagne d'une modification dans les localisations choisies, avec une augmentation de la proportion de communes de 10 000 habitants et plus. Deux hypothèses peuvent être avancées : la première est le changement de paradigme proposé par cette réforme de la psychiatrie, il ne s'agit plus alors d'isoler et d'éloigner le patient mais de rapprocher les structures de soins de la population. La seconde est la nécessité imposée par cette nouvelle réforme, pour les communes de taille importante, de s'équiper d'un établissement afin de pourvoir à la couverture territoriale du nouveau dispositif de santé mentale.

Figure 16 Répartition des localisations des nouveaux établissements psychiatriques aux différentes phases de la diffusion selon la taille des communes



Sources : Base de données de l'auteure, base de données historique des villes Géographie-Cités

La confrontation de ces deux informations met donc en évidence plusieurs phénomènes :

- des foyers de diffusion très spécifiques, implantés dans des villes-centres de taille importante,
- au cours du XIXe siècle, les villes-centres restent privilégiées pour la localisation des établissements, mais il s'agit de villes-centres de taille plus modeste que lors de l'émergence de l'innovation,
- la première moitié du XXe siècle est marquée par une forte ruralisation et exurbanisation des localisations,
- la période post-années 1960 est marquée par de forts contrastes, entre des choix de localisation prioritairement ruraux et des implantations dans des villes de taille importante.

Les observations suivantes relatives à la distance moyenne à la préfecture du département vont dans le même sens (Figure 17). Ainsi, les établissements pionniers sont situés en

moyenne à 7 km de la préfecture. 60 % d'entre eux sont même situés dans la commune préfectorale. Cela va dans le sens d'une de l'hypothèse de diffusion hiérarchique à un niveau local : les grands centres urbains sont équipés avant les villes de plus petite taille. Cette distance moyenne passe dès 1800 à près de 30 km pour se réduire par la suite et atteindre 18 km en moyenne pour les derniers établissements créés. Le choix d'implantation au sein même de la préfecture ne va cesser de diminuer par la suite jusqu'en 1960. On peut voir pour le XIXe siècle et le début du XXe la diffusion des idées aliénistes sur la localisation appropriée des asiles.

Figure 17 Localisation par rapport à la préfecture

Phases de la diffusion	Distance moyenne en km	Localisation préfectorale
avant 1800	6,8	60,0%
1800-1837	29,4	55,9%
1838-1899	27,3	40,4%
1900-1959	23,7	10,5%
après 1960	18,5	17,2%
Ensemble	23,4	37,5%

Sources : Base de données de l'auteure, distance à vol d'oiseau calculée sous Mapinfo base de données historique des villes Géographie-Cités

Afin de synthétiser ces différentes informations relatives à la création en un lieu donné à un temps t d'un établissement psychiatrique, il nous paraît utile de réaliser une analyse de données. Celle-ci permet de dégager les composantes qui structurent l'espace géographique de la diffusion des établissements psychiatriques sur le territoire français. L'analyse de données permet de prendre en compte un grand nombre de critères (phase de diffusion, type d'établissement, type de commune d'implantation, département d'adoption de l'innovation, régionalisation...) tout en les hiérarchisant et en analysant leurs interactions. Elle permet de traiter la multidimensionnalité des facteurs intervenant dans la localisation des établissements psychiatriques en mettant en évidence des combinaisons de facteurs et leur structuration spatiale.

Parmi les différentes méthodes d'analyse de données disponibles, l'analyse des correspondances multiples (ACM) est la méthode la plus adaptée à notre tableau initial de données (pour plus d'informations, voir (Lebart, Morineau & Piron, 1998; Volle, 1997)). En effet, le choix de la méthode va dépendre de la nature des données de notre tableau initial. Les variables quantitatives continues sont traitées par une analyse en composantes principales, les variables qualitatives par une analyse factorielle des correspondances (AFC)

lorsqu'on a deux variables nominales ou une ACM lorsqu'on a plus de deux variables nominales ce qui est notre cas. Notre base de données comprend des variables des deux natures, soit à la fois quantitatives et qualitatives. Il se développe de plus en plus des méthodes permettant de traiter simultanément ces données mixtes, notamment l'analyse factorielle multiple (AFM) lorsque les variables de même nature constituent des groupes homogènes (Escofier & Pagès, 1998) ou l'analyse factorielle de données mixtes (AFDM) (Pagès, 2004). Mais l'ACM constitue la méthodologie la plus usuelle, elle est aisée à mettre en place et offre des garanties de robustesse statistique. Pour pouvoir réaliser cette ACM, il nous faut donc transformer les variables quantitatives en variables qualitatives nominales. Pour faire cette transformation, nous avons découpé en classes les variables quantitatives de notre base, en veillant autant que possible à proposer un nombre de modalités homogène entre les différentes variables. En effet, il est important d'équilibrer le nombre de modalités de chaque variable, le nombre de dimensions dans l'analyse étant directement lié à ce nombre. Ainsi, une variable comptant un nombre très supérieur de modalités par rapport aux autres variables contribuera plus fortement au taux d'inertie des facteurs et inversement.

Pour caractériser les établissements, nous avons retenu les informations suivantes :

- le statut de l'établissement : public / privé participant au service public / colonie familiale / maison privée / quartier d'hospice ;
- le caractère religieux ou laïc de l'entreprise. Pour cela, deux sources ont été mobilisées : les données proposées par Goldstein dans son ouvrage « Consoler et classier » (1997) et celles proposées par Caire (<http://psychiatrie.histoire.free.fr/> consulté le 21/07/2008) ;
- l'année de création de l'établissement découpée en classes selon les cinq phases de diffusion identifiées précédemment (création avant 1800, entre 1800 et 1837, entre 1838 et 1899, entre 1900 et 1959, à partir de 1960) ;
- la commune d'implantation à travers différentes caractéristiques développées ci-dessous.

Pour caractériser la commune d'implantation, nous avons utilisé le fichier historique des villes précédemment évoqué. Celui nous a permis de construire les données suivantes :

- la population de la commune à la date de création de l'établissement : cette population est ensuite transformée en classes sélectionnées à partir de la distribution observée aux différentes périodes. Nous avons retenu la classification suivante, stable au cours du temps : communes rurales, communes de 2 500 à 5 000 habitants, de 5 000 à 10 000, de 10 000 à 20 000, de 20 000 à 50 000, de 50 000 à 100 000, de 100 000 à 250 000, et les communes supérieures à 250 000 habitants. ;
- le caractère de la ville à la date de création de l'établissement, tel que reconstruit précédemment : ville-centre, banlieue, ville isolée, commune rurale.
- la distance à la préfecture du département transformée en variable nominale, en prenant en compte la mesure de l'époque, à savoir la lieue qui correspondait à la distance que peut marcher un homme ou un cheval en une heure, à savoir environ 4 km. Le découpage en classes retenu est donc le suivant : 0 km (l'établissement est situé dans la commune-siège de la préfecture), 0,1 à 4 km, 4,1 à 8 km, 8,1 à 16 km, 16,1 à 32 km, distance supérieure à 32 km.

Afin de prendre en compte la dimension éventuellement multiscalaire du processus de localisation ainsi que les résultats issus de la précédente analyse de la diffusion à l'échelle des départements, unités « adoptantes » de l'innovation, nous avons également retenu les indicateurs suivants :

- la population du département d'appartenance à la date de création transformée en variable nominale à partir de l'étude de sa distribution aux différentes périodes. La population départementale est donc répartie selon les classes suivantes (proches des quartiles de la distribution) : population inférieure à 300 000 habitants, de 300 à 400 000 habitants, de 400 à 600 000 habitants, supérieure à 600 000 habitants ;
- la nomenclature d'unité territoriale statistique de niveau 1 (NUTS 1 définies par l'Union Européenne) d'appartenance de la commune d'implantation afin d'identifier des grandes régions aux profils différents.

- la notion de départements « instables » dans le sens où la commune d'implantation de l'établissement s'est trouvée affectée par les modifications de découpages depuis le XIXe siècle (départements de l'Est de la France et Ile-de-France essentiellement). L'hypothèse sous-jacente est que la couverture territoriale prônée par la loi de 1838 a pu être affectée par ces changements dans les découpages ;
- le nombre total de structures (de tous types) dans le département, recodé en variables nominales : 1 structure, 2, 3, 4, 5 et plus ;
- l'existence d'une structure précédente de prise en charge de la maladie mentale dans le département (hypothèse de la *path-dependency*) ;
- le fait que le département voisin ait adopté précédemment l'innovation (hypothèse de diffusion par contagion) ;
- le nombre d'aliénés à la charge du département recensé en 1851 par la Statistique Générale de la France. Cet indicateur non transformé ne sera utilisé qu'en variable illustrative, du fait notamment de sa fiabilité (recensement difficile des aliénés hors établissement) et de sa date de disponibilité (avant et après la création de certains établissements). Il nous a cependant paru utile de regarder son comportement dans l'analyse car il pourrait constituer un indicateur de besoin du département pour la création d'un établissement psychiatrique.

Cette base contient l'ensemble des établissements publics et privés, généraux ou spécialisés ayant existé pendant la période d'analyse de la diffusion de l'innovation que constituait l'établissement psychiatrique spécialisé public prôné par la loi de 1838. Ne sont pas intégrés à cette base les établissements privés à but lucratif (cliniques) et services psychiatriques des hôpitaux généraux créés au XXe siècle. Ces deux équipements ne correspondent pas aux établissements visés par la loi. Seuls les établissements visés par la loi (soit établissements spécialisés publics ou privés participant au service public) participent à la construction de l'analyse. Les données relatives aux établissements privés et quartiers d'hospice du XIXe siècle sont cependant projetés sur les axes factoriels en tant qu'individus illustratifs car ils peuvent participer à l'explication d'une localisation. Par exemple, l'existence d'un quartier d'hospice a pu apparaître comme une « solution acceptable » pour la prise en

charge des aliénés d'un département et retarder la création d'un établissement spécifiquement dédié.

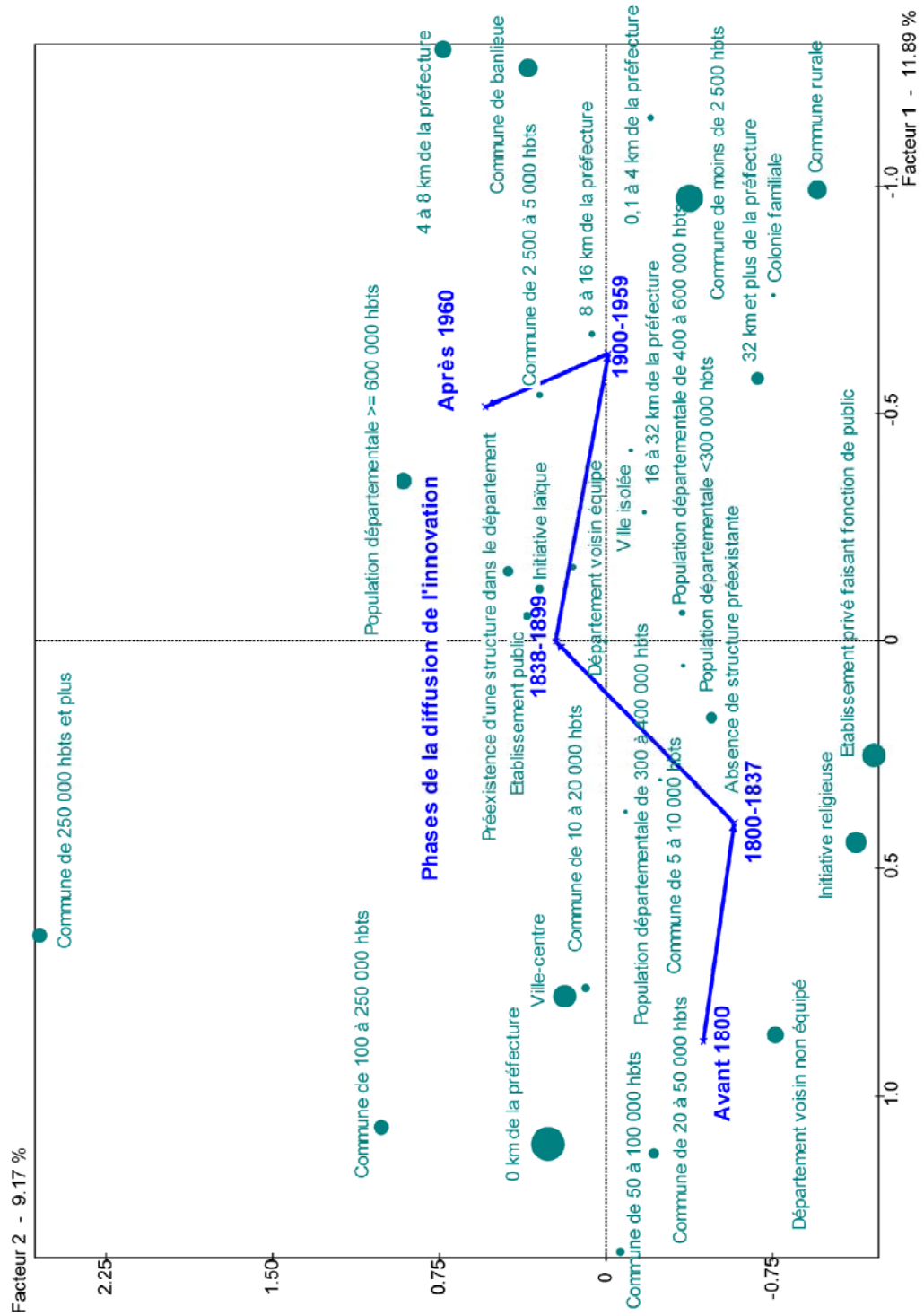
De même, la zone régionale (NUTS1) et la période de diffusion ont finalement été placées en variables illustratives. Il nous est apparu préférable de représenter la classification obtenue sur une carte afin d'observer les éventuels effets régionaux plutôt que d'intégrer cette variable (au nombre relativement élevé de modalités) dans l'analyse. Le choix de placer la situation de l'établissement par rapport à la diffusion temporelle de l'innovation se justifie par le souhait de mettre en évidence des types de localisation selon les périodes, la dimension temporelle apparaissant comme un facteur explicatif de ces localisations.

Les quatre premiers facteurs de l'analyse résument 37 % de l'information contenue dans la base de données (ce qui démontre un niveau d'association non négligeable entre les variables pour ce type d'analyse) et marquent un coude dans l'histogramme des valeurs-propres.

Le premier axe est fortement structuré par les variables relatives à la description de la commune d'implantation de l'établissement. Il oppose ainsi nettement les établissements implantés dans des villes-centres de taille moyenne à importante ou les sièges de préfecture aux communes rurales ou de banlieue, faiblement peuplées (moins de 5 000 habitants), plus ou moins éloignées de la préfecture.

Si l'on projette sur cet axe la dimension temporelle à travers la situation de l'établissement dans la phase de diffusion de l'innovation (Figure 18), il apparaît une trajectoire nette montrant un lien fort entre le type de localisation communale et son évolution dans le temps. Ainsi, les localisations dans les villes-centres de taille moyenne à importante sont davantage le fait des établissements pionniers, créés avant la loi de 1838, alors que les localisations moins centrales, plus rurales sont le fait de créations du XXe siècle. Cela va dans le sens d'une diffusion hiérarchique descendante au niveau des villes, même si dès le départ des villes de taille peu importante vont être le lieu d'implantation de ces structures. Ce résultat confirme ce que nous avons vu précédemment à l'échelle des départements, l'hypothèse de diffusion hiérarchique apparaît particulièrement forte dans la phase d'apparition de l'innovation.

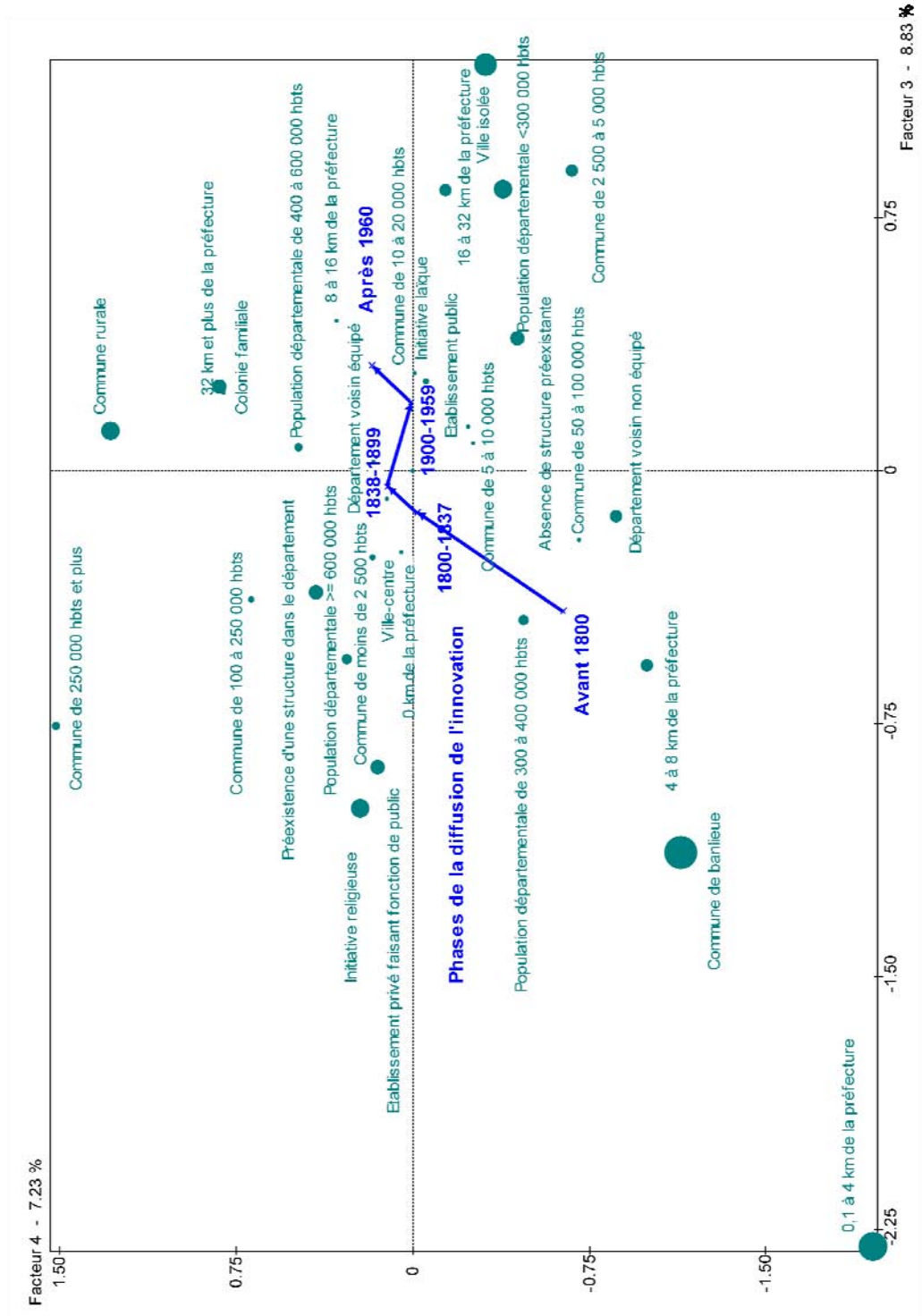
Figure 18 Plan factoriel (axes 1 et 2) de l'analyse des correspondances multiples (points proportionnels à la contribution des modalités actives au plan factoriel)



L'axe 2 est surtout marqué par le type d'établissement psychiatrique. Ce deuxième axe oppose ainsi, dans sa partie inférieure les établissements privés faisant fonction de public, souvent d'initiative religieuse, aux établissements publics et laïques. L'hypothèse de *path-dependency* abordée ici à travers la préexistence d'une structure de prise en charge de la maladie mentale même embryonnaire vient également s'opposer sur cet axe. Ainsi, du côté des établissements privés d'initiative religieuse, nous trouvons l'absence de structure préexistante et au contraire, son existence sur la partie supérieure de l'axe, au côté des établissements publics. Les départements les plus peuplés apparaissent également dans la partie supérieure de l'axe 2, suggérant une implantation privilégiée des établissements publics dans ces départements.

L'axe 3 de l'analyse est davantage structuré par la situation du lieu d'implantation à plus grande échelle (Figure 19). Il oppose ainsi les établissements implantés dans des communes de banlieue, souvent proches de la préfecture aux établissements situés dans des villes isolées, logiquement plus éloignées de la préfecture départementale. Les premières localisations sont davantage le fait d'établissements privés faisant fonction de publics, alors que les secondes sont davantage corrélées aux localisations des établissements publics. Là encore, la projection de la dimension temporelle sur cet axe donne une trajectoire relativement nette, les localisations « périphériques » semblant davantage l'apanage des établissements pionniers de l'innovation alors que les localisations « isolées » sont plus récentes.

Figure 19 Représentation des axes 3 et 4 de l'analyse factorielle des correspondances multiples (points proportionnels à la contribution des modalités actives au plan factoriel)



Le quatrième et dernier axe étudié ici oppose les localisations en banlieue aux localisations rurales. Les premières apparaissent davantage le fait de départements faiblement peuplés à l'inverse des secondes. Cet axe oppose également les établissements « innovants » dans le sens où ils sont implantés dans un département ne disposant d'aucune structure même embryonnaire de prise en charge de la maladie mentale, et n'ayant pas non plus bénéficié de la diffusion par voisinage, les départements voisins n'étant pas équipés d'un établissement psychiatrique.

Si l'on utilise les résultats de cette ACM pour réaliser une typologie des localisations des établissements de psychiatrie visés par la loi de 1838, nous obtenons une classification en 6 classes (Figure 20). Le dendrogramme obtenu lors de la classification ascendante hiérarchique distingue très vite trois groupes de « profils de localisation » selon le caractère rural « isolé », périphérique ou urbain central de la commune d'implantation de l'établissement.

Parmi les localisations à dominante rurale qui sont majoritaires (44 % des établissements), deux groupes se distinguent :

- la classe 1 compte 33 établissements (soit 23 % des effectifs). Ils s'agit majoritairement d'établissements implantés dans des villes isolées (58 % d'entre eux versus 17 % pour l'ensemble), fortement éloignées de la préfecture, 67 % sont ainsi à plus de 16 km de la ville siège de la préfecture. Les communes d'implantation sont de taille réduite (2 500 à 10 000 habitants pour 70 % d'entre elles). Ces localisations sont davantage le fait d'établissements publics, d'initiative laïque (91 %). Implantés dans des départements plutôt peu peuplés, la moitié des ces établissements ont été créés au cours du XXe siècle. Nous pouvons citer dans cette classe, les établissements de la Charité-sur-Loire dans la Nièvre, de Brienne-le-Château dans l'Aube, Saint-Dizier dans la Haute-Marne, Brumath dans le Bas-Rhin ou encore Le Mas Careiron à Uzès dans le Gard ;
- la classe 2 compte 30 établissements (21 % de l'effectif), implantés dans des communes rurales au moment de leur création. Comme les précédentes, ces implantations sont éloignées de la préfecture, mais à leur différence, ces communes ne dépassent pas 2 500 habitants et 30 % sont le fait d'établissements privés faisant fonction de publics. Là aussi ce type de localisation semble privilégié au XXe siècle. Nous retrouvons ici les

établissements de Sevrey en Saône-et-Loire, de Lorquin en Moselle, la colonie familiale d'Ainay-le-Château dans l'Allier, l'établissement de Plouguernevel dans les Côtes d'Armor et de Chezal-Benoît dans le Cher.

Parmi les localisations à dominante « périphérique », nous pouvons également distinguer deux groupes, le deuxième comptant cependant peu d'établissements :

- la classe 3 compte 17 établissements (12 % de l'effectif) et correspond aux établissements implantés « aux portes de la ville ». Ainsi, 76 % d'entre eux étaient situés en périphérie d'une ville au moment de leur création, dans des communes comptant moins de 2 500 habitants. Ce type de localisation est plus fréquent dans les départements fortement peuplés (53 % des établissements de cette classe sont situés dans des départements comptant plus de 600 000 habitants). Ces localisations privilégiées par les établissements publics semblent caractéristiques des créations qui ont suivi la réforme de la politique de santé mentale des années 1960. Nous croisons ici les établissements du Vinatier à Bron dans le Rhône, de Dury-les-Amiens dans la Somme, de Saint-Egrève dans l'Isère, de Saint-Gemmes-sur-Loire dans le Maine-et-Loire et de Lesvellec en Saint-Avé dans le Morbihan ;
- la classe 4 compte seulement six établissements qui se différencient essentiellement des précédents par leur inscription plus ancienne dans le paysage psychiatrique français et leur localisation dans des départements de taille moyenne (300 à 400 000 habitants pour 2/3 d'entre eux). Le faible effectif de cette classe nous empêche cependant d'aller plus loin dans sa description. Nous retrouvons ici les établissements de Sainte-Marie à Cayssiols dans l'Aveyron, de Maréville dans la Meurthe-et-Moselle, de Fleury-les-Aubrais dans le Loiret, d'Yzeure dans l'Allier, de Bassens en Savoie et d'Esquirol à Saint-Maurice dans le Val-de-Marne.

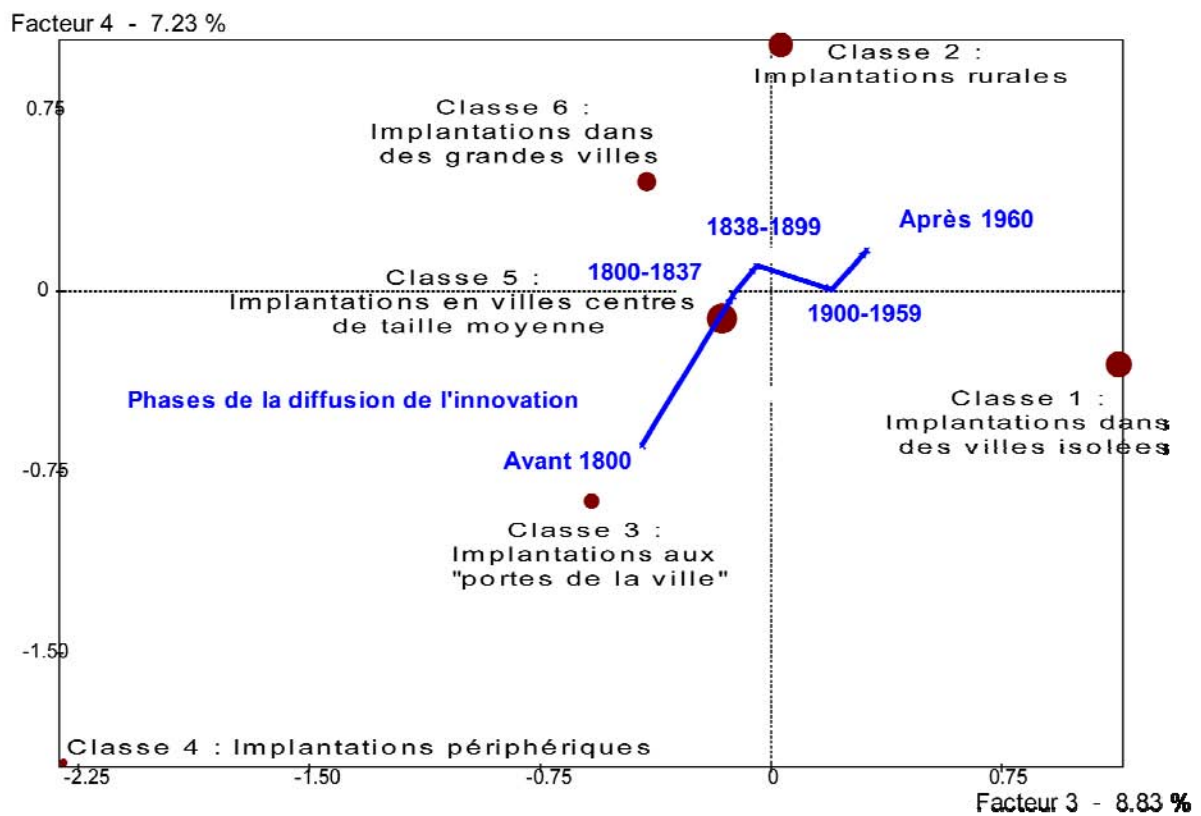
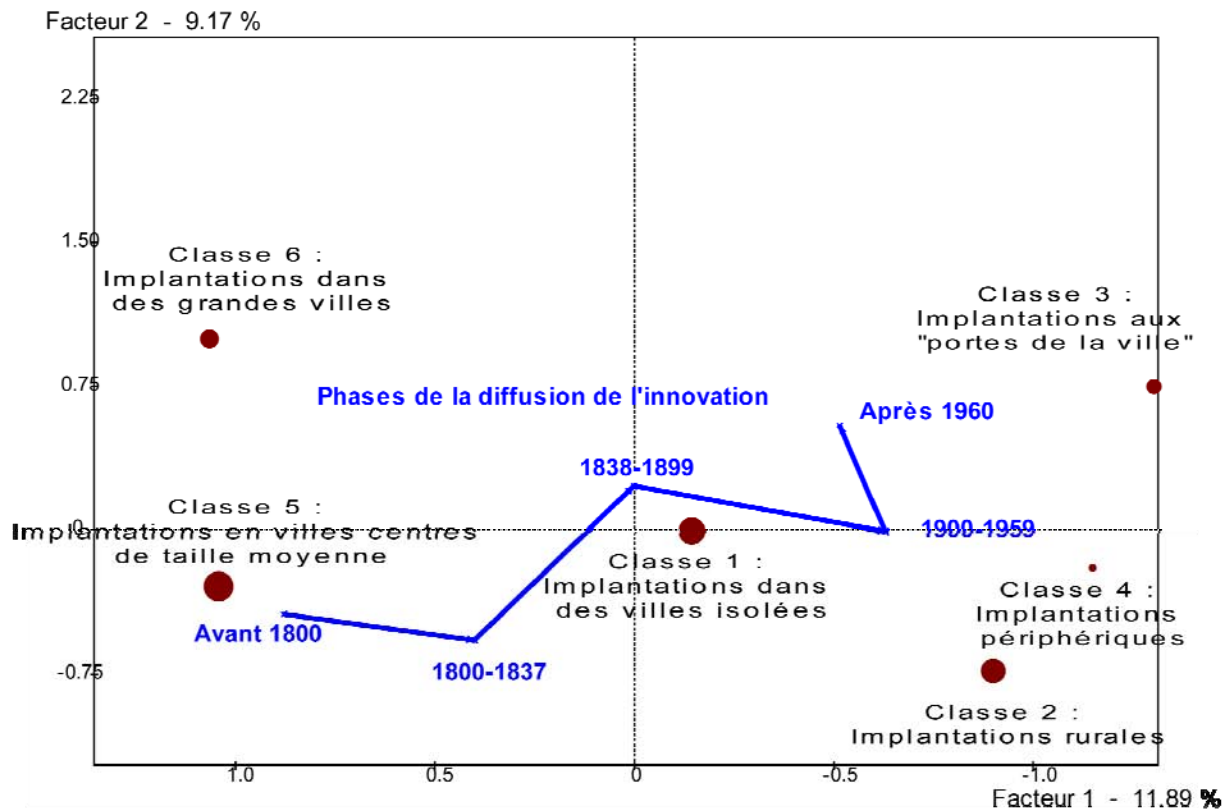
Les deux autres classes correspondent donc à des profils de localisation à dominante « centrale » ou urbaine. Elles permettent de décrire 40 % des localisations des établissements psychiatriques :

- ainsi, la classe 5 compte 36 établissements et 25 % des effectifs. Ces établissements sont tous implantés dans des villes-centres. 83 % sont situés dans la préfecture même du

département d'implantation. Ces communes sont de taille moyenne, 75 % comptent entre 10 000 et 50 000 habitants. Ces localisations sont davantage le fait d'établissements privés d'initiative religieuse et surtout, elles sont caractéristiques des établissements pionniers dans la diffusion. 60 % des établissements de cette classe ont été érigés avant la loi de 1838. Cette classe compte notamment les établissements de la Chartreuse de Dijon (Côte d'Or), de Lafond (Charente-Maritime), de Pau (Pyrénées-Atlantiques), de Beauregard (Cher), de Châlons-sur-Marne (Marne) ;

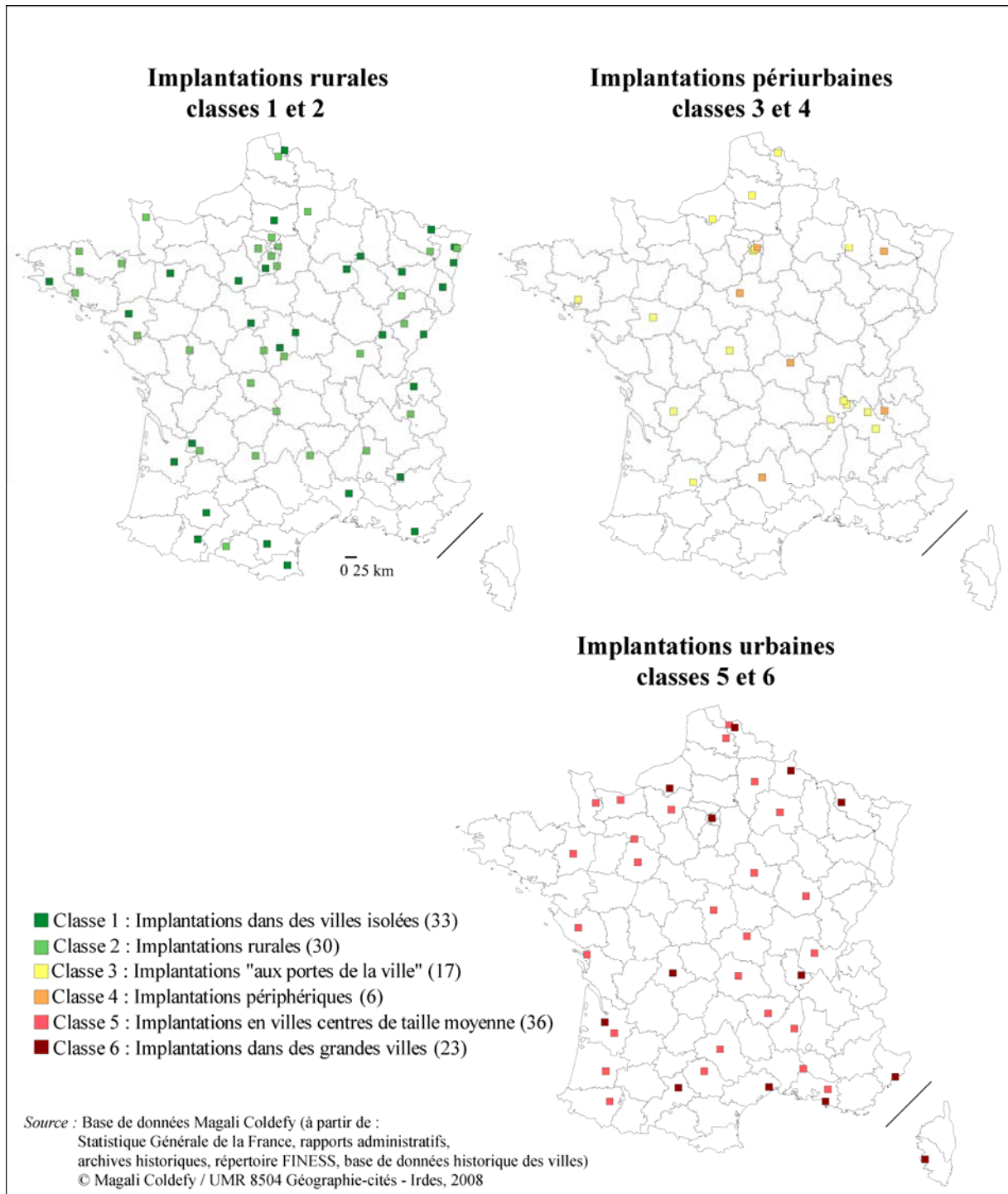
- la classe 6 avec 22 établissements (et 15 % des effectifs) correspond également à des implantations dans des villes-centres, toutes sièges de préfecture. Ces localisations se différencient des précédentes par la taille de la commune d'implantation nettement plus importante dans cette classe : toutes les communes comptent plus de 50 000 habitants et 18 % en comptent plus de 250 000. Ces localisations dans des communes très peuplées sont davantage le fait d'établissements publics. Une partie d'entre elles correspondent à des implantations pionnières (23 % ont été érigées avant le XIXe siècle) et à l'opposé, certaines semblent davantage être le fait de « ré-équipement » ou de complément d'équipement pour répondre à la croissance urbaine. 23 % ont ainsi été créés après 1960 et souvent dans des départements comptant un nombre total de structures psychiatriques important (supérieur ou égal à 5 pour la moitié des établissements de cette classe). Nous retrouvons ici les établissements de Rouen Saint-Yon (Seine-Maritime), de Jury-les-Metz (Moselle), de Marseille (Bouches-du-Rhône), de la Colombière à Montpellier (Hérault) ou de Bordeaux (Gironde).

Figure 20 Représentation de la partition en 6 classes sur les quatre premiers axes factoriels



Si l'on représente maintenant cette classification sur une carte (Figure 21), nous ne pouvons pas mettre en évidence une structure géographique spécifique à chaque type, il ne semble pas y avoir d'effet régional dans ces choix de localisation différenciés.

Figure 21 Types d'implantation des établissements psychiatriques : d'après une typologie multicritères combinant la localisation, le statut et la date d'implantation des établissements



« *La carte hospitalière se superpose à la carte des villes* » écrivait Bridgman en 1963, la ville étant le lieu des consommations collectives (Labasse, 1980). Nous avons montré que la carte des hôpitaux psychiatriques ne se superposait pas toujours à celle des villes : 31 % des localisations sont rurales ou isolées et 48 % si l'on considère le statut de la commune à la date de création de l'établissement. Les résultats observés vont dans le sens de la complexification de la localisation interurbaine des services mise en avant par Merenne-Schoumaker (1996). Ainsi, au cours du temps, les contraintes de proximité ont diminué avec le développement des transports et des technologies de l'information et de la communication, la situation centrale initiale des établissements n'est plus nécessaire. De plus, les localisations de ces « fonctions centrales », au sens du service à la population, sont perturbées au milieu du XIXe siècle, car les hygiénistes prônent les localisations extra-urbaines pour assurer une meilleure qualité des soins dans un environnement plus calme (lequel a aussi secondairement pour résultat l'évitement ou l'exclusion de ces populations). Les conceptions médicales de la localisation la plus adéquate de chaque époque semblent ici privilégiées dans les facteurs explicatifs de la localisation des établissements à l'échelle communale : éloignement de la ville au XIXe siècle puis rapprochement dans la seconde partie du XXe. Mais ces conceptions médicales sont souvent associées à des contraintes économiques ou architecturales. Ainsi, dans la pensée d'Esquirol, parmi les fondements de l'ex-urbanité de l'asile, on peut noter la nécessité de trouver un lieu où les terrains coûtent moins cher avec des surfaces importantes pouvant servir au travail des champs, luttant ainsi contre l'oisiveté et la paresse, le travail apparaît comme une indication médicale pour sortir le malade de son isolement¹⁷. Les raisons hygiénistes sont également de plus en plus fréquemment invoquées dans le choix de l'emplacement des asiles au fur et à mesure qu'on avance dans le XIXe siècle : il faut une abondante alimentation en eau, une évacuation des vidanges, des environs salubres, éloignés des usines, des habitations, proximité des transports, nécessité d'agrandissement possible de l'asile¹⁸. Conceptions économiques, hygiénistes et médicales se rencontrent donc pour expliquer la localisation des équipements aux différentes périodes. Dans son ouvrage *L'impossible autonomie de l'architecte*, de Montlibert (1995) met également l'accent sur le rôle des représentations sociales dans la

17 Communication Evelyne Lohr au séminaire Ville et Santé Mentale

18 Op. cit.

structuration de l'action d'organisation de l'espace psychiatrique. Il questionne ainsi l'autonomie de l'architecte en se demandant si leurs élaborations ne sont pas plus souvent les formes sophistiquées des représentations plus courantes et plus prégnantes qu'ont élaboré et diffusé les groupes sociaux dont ils sont membres. Dans un chapitre consacré aux équipements psychiatriques, il montre les rapports qui existent entre la réalisation des formes spatiales et l'évolution des représentations de la folie. Pour de Montlibert, les hôpitaux psychiatriques sont « *une situation exemplaire pour objectiver les rapports qui existent entre la réalisation des formes spatiales et l'évolution des représentations au fur et à mesure qu'un groupe d'agents affirme détenir le monopole de la définition de la normalité et de la déviance* ». Chaque période de construction correspond ainsi, pour lui, à une élaboration spécifique de représentations du monde social et de la normalité. Si les critères d'accessibilité sont évoqués dans les arguments avancés pour justifier les localisations des établissements psychiatriques avec la prise en compte des voies de communication, ils apparaissent donc très minoritaires en regard des représentations sociales et médicales de la maladie mentale.

Conclusion

L'analyse de la diffusion spatiale des hôpitaux psychiatriques en France a ainsi montré les limites de la pertinence des modèles classiques de diffusion des innovations. Le modèle de diffusion par voisinage ne semble pas être approprié à notre étude, excepté durant la phase d'expansion du XIXe siècle, et son applicabilité reste limitée à la moitié Nord du pays. Du fait du plus fort développement économique, industriel et démographique de cette région à cette époque, il est difficile de distinguer réellement l'effet de diffusion par contagion qui serait spécifique aux hôpitaux psychiatriques.

Bien que le modèle de diffusion hiérarchique semble être plus approprié dans notre étude, il apparaît cependant insuffisant pour expliquer l'ensemble du processus de diffusion et de localisation des établissements psychiatriques. De grands centres urbains, et notamment, Paris, la capitale, ont retardé l'adoption de cette innovation, bien qu'étant le foyer d'émergence des idées thérapeutiques sur le traitement moral et la nécessité de tels établissements. Ce phénomène renvoie au rejet social dont sont victimes les personnes

souffrant de troubles psychiques et les équipements (voire les professionnels) chargés de les prendre en charge, sur lequel nous reviendrons par la suite. Il est ici fait référence aux processus en place dans les « paysages de pouvoir » tels que définis par Dear et Wolch (1987). Alors que Paris était le centre du savoir psychiatrique, elle a usé de sa position dominante pour écarter les personnes souffrant de troubles psychiatriques en déléguant leur prise en charge aux départements de province.

Cette analyse démontre ainsi la différence entre le lieu de l'innovation en tant que développement d'un nouveau modèle de soins (le mouvement aliéniste) et la diffusion de l'expression concrète du modèle, à savoir des institutions spécialisées dans le traitement de la maladie mentale. Alors que la diffusion des idées aliénistes peut suivre le modèle classique de diffusion hiérarchique de Paris vers les grands centres urbains (et les autres pays), puis vers les centres de moindre taille, la diffusion des asiles a été influencée par d'autres facteurs qui ont favorisé ou retardé leur implantation. Parmi ces facteurs, nous pouvons citer l'influence locale d'organismes religieux ou associatifs, le dynamisme et la volonté politique, économique et sociale des communes du département.

A part la spécificité de Paris, le modèle de diffusion hiérarchique semble pertinent pour notre cas d'étude essentiellement avant la loi de 1838. A l'exception de quelques départements ruraux où des communautés religieuses étaient historiquement installées, les départements pionniers dans l'innovation sont en général densément peuplés. La taille moyenne des nouveaux adoptants tend à décroître jusqu'en 1838, suggérant que l'innovation se diffuse à travers les canaux de la hiérarchie urbaine. Cependant la loi de 1838, obligeant chaque département français à se doter d'un tel établissement, est venue perturber le modèle de diffusion hiérarchique.

Bien que la loi de 1838 n'ait pas contribué activement à l'implantation des asiles, elle a cependant encadré le processus de diffusion et interrompu son développement autonome et spontané. Il en est de même avec l'avènement de la politique de sectorisation en 1960, dans le sillage du mouvement de désinstitutionalisation des soins psychiatriques, qui a également perturbé le processus de diffusion. Cette politique nationale visait à contraindre les départements français encore non-équipés en hôpital psychiatrique à s'équiper, et dans le même temps offrait la possibilité de ne pas créer d'établissement spécialisé en ouvrant des

services de psychiatrie à l'hôpital général. Cela a amené à la fois à une accélération du processus de diffusion et une incomplétude du processus, certains départements choisissant d'ouvrir des services psychiatriques à l'hôpital général.

Ces résultats questionnant la pertinence des modèles classiques de diffusion des innovations pour l'interprétation du développement du système de soins psychiatriques, argumentent pour une approche davantage basée sur l'écologie politique incluant l'exploration des facteurs politiques, économiques et sociaux à grande échelle qui façonnent le contexte local (Mayer, 1996; Richmond, Elliott, Matthews & Elliott, 2005). Cette approche permet d'examiner un phénomène dans son contexte social, économique et politique plus large, incluant l'évolution des représentations sociales et la connaissance médicale de la maladie mentale, la gestion politique de la diffusion des innovations, ainsi que les profonds changements dans la hiérarchie urbaine du pays au XIXe siècle. Le cadre conceptuel proposé par l'écologie politique nous permet également de considérer comment les décisions de développement des structures psychiatriques ont été construites à différentes échelles géographiques, du niveau local au niveau national. Il nous permet également de mettre en évidence l'importance de la perspective historique, à travers notamment la notion de *path-dependency* qui est importante pour comprendre les processus dynamiques de diffusion des innovations.

Chapitre 3

La géographie post-asilaire française

« Le désaliéniste est celui qui, ayant jeté aux orties le froc de l'aliéniste, se présente sur la place publique en disant : « Qu'y a-t-il pour votre service ? » »

(Bonnafé, 1986)

« Il est difficile de se transformer d'abbé mitré dans son monastère en moine mendiant sur les routes »

(Daumézon, 1966)

Dès la fin du XIX^e siècle, les premières critiques envers l'institution asilaire se font entendre. Son surencombrement et ses conséquences sur les conditions d'hygiène et de vie des patients, les conditions déplorables de prise en charge, l'absence de réels résultats thérapeutiques étaient soulignés par une minorité éclairée d'aliénistes et politiciens libéraux. *« Institution conçue pour accueillir et soigner les fous, l'asile était devenu une institution folle et déshumanisée, dont les rituels et les règlements répressifs visaient à masquer et à contenir la folie. Changer l'asile apparaissait donc comme une exigence humanitaire, dans une société où, au sortir de la guerre et de l'univers concentrationnaire, l'aspiration démocratique, qui allait par ailleurs soulever les peuples colonisés et les minorités opprimées, se faisait de plus en plus sentir »* (Hochmann, 2006, p.94). Le sociologue Robert Castel dans son ouvrage *« L'ordre psychiatrique »* (1977) retrace la crise identitaire endurée par la psychiatrie à cette époque et les attaques qu'elle a subies à propos du système asilaire.

Cependant, la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle s'étaient aussi accompagnés de progrès thérapeutiques et médicaux. Les recherches sur l'hystérie, notamment, avec Charcot, ont marqué l'ouverture de la clinique des névroses (Gauchet & Swain, 1997). C'est aussi l'époque de la découverte de l'inconscient. Binet découvre ainsi l'existence d'une mémoire inconsciente susceptible d'être évoquée sous hypnose (Binet, 1892), puis Freud (1856-1939) fournit une description « spatiale » de l'appareil psychique comme composé de

plusieurs instances (conscient, préconscient, inconscient, puis Ça, Moi, Surmoi) (Hochmann, 2006). Ces avancées marquent la naissance de la psychanalyse et la séparation entre névroses et psychoses.

Le tournant du XXe siècle voit aussi naître un intérêt croissant pour la prévention des maladies, et non plus seulement la cure. Les années 1920 voient le développement des principes de l'hygiène mentale en France (avec Edouard Toulouse), aux Pays-Bas, en Italie, en Allemagne (Mangen, 1985). Dans la suite de Pasteur, les programmes de santé publique (vaccinations, déclarations obligatoires des maladies contagieuses, mise en œuvre d'un dépistage et d'une surveillance des tuberculeux) se multiplient. Pour la psychiatrie, c'est la création des services libres, idée importée des Etats-Unis : en 1922, Toulouse ouvre à Sainte-Anne un centre de soins et recherches, l'hôpital Henri-Rousselle, autour duquel s'articulent un service social et un réseau de dispensaires d'hygiène mentale. Cet ensemble s'inspire de l'organisation des actions menées pour le dépistage et la prophylaxie de la tuberculose (George & Tourne, 1994). La pratique des médecins engagés dans la lutte contre les fléaux sociaux (dont la tuberculose) est donc réutilisée, adaptée dans le cadre de la prise en charge de la maladie mentale, avec l'idée d'un service public de soins. Ainsi, l'innovation conceptuelle ne s'installe pas dans un espace vierge et neutre, elle réutilise les anciens réseaux sociaux qui répondaient à des fonctionnalités similaires. Nous retrouvons ainsi un des éléments des théories de la complexité appliquées à la géographie, le concept de *path-dependency* (Pumain, 2006). Il est important de noter ici le rôle de Henri Sellier (1883-1943), sénateur de la Seine, ministre de la santé publique et maire de Suresnes qui va être un des principaux acteurs de la transposition du modèle de la lutte contre la tuberculose dans le domaine de l'hygiène mentale (George & Tourne, 1994). Sellier a acquis une vision globale de la protection de la santé, il est une figure marquante du champ de l'urbanisme (création de l'office public d'habitations à bon marché, des cités-jardins) et militant de l'action et de la médecine sociale. Il est ainsi également à l'initiative du découpage en secteurs et circonscriptions d'action sociale (Ribardièrre, 2005).

Apparaissent également les premiers services ambulatoires à destination de nouveaux patients (et pas seulement des patients sortis de l'hôpital), ces services proposent du dépistage, du traitement précoce, des soins à domicile. Mais ces expériences restent rares et

limitées géographiquement. En Europe, pour la majorité des patients, à la veille de la seconde guerre mondiale, l'hôpital psychiatrique demeure l'unique mode de prise en charge de la maladie mentale.

La question est désormais :

« Comment aider les malades mentaux à retrouver la santé et leur place dans la société ? Cette préoccupation relève d'abord des spécialistes que sont les médecins psychiatres, les psychologues et tout le personnel soignant. La société tout entière a aussi ses responsabilités, par sa législation et ses pratiques hospitalières, par nos comportements quotidiens d'accueil ou de rejet.

N'est-ce pas d'ailleurs l'environnement social qui accentue les fatigues, développe les frustrations et les agressivités, et transforme, par là-même, des fragilités en maladies, graves ou légères, chroniques ou temporaires, récupérables ou pas. Maladie mentale ou sociale ? Pour ne pas se regarder elle-même, se sentir compromise et gagnée à son tour – « Il n'y a rien en eux de différent de nous-mêmes », observent certains psychiatres-, longtemps la société a exclu les malades mentaux ; elle les a internés hors des villes, dans des institutions spécialisées. [...]

Ce qui est en cause aujourd'hui, c'est toute forme de concentration des malades mentaux et la notion même d'hospitalisation des psychopathes. La mise à l'écart marque le malade d'une étiquette stigmatisante ; loin de guérir, il risque de se laisser glisser dans la passivité d'un univers clos et figé. Certes, il est impossible d'échapper à la nécessité de la fonction psychiatrique : mais il faut ouvrir l'hôpital et, dans la mesure du possible, maintenir les personnes prises en charge au sein de leur milieu naturel, ou les y réinsérer après traitement »

(Introduction au dossier Transformer les pratiques psychiatriques,
revue Projet 1978, p.550)

C'est la seconde guerre mondiale qui va marquer la fin de l'ère asilaire. Pendant ces années sombres, les hôpitaux psychiatriques français enregistrent une surmortalité des malades hospitalisés estimée à plus de 40 000 patients (Bultzingsloewen, 2007; Lafont, 1987). Cette surmortalité n'est pas due à une volonté eugéniste, comme cela a pu être pratiqué dans certains pays (Etats-Unis notamment, avec des stérilisations forcées) et même si en France, Alexis Carrel, prix Nobel de Médecine en 1912, pouvait écrire en 1935 :

« Il y a encore le problème non résolu de la foule immense des déficients et des criminels. Le coût des prisons et des asiles d'aliénés, de la protection du public contre les bandits et les fous, est, comme nous le savons, devenu gigantesque. Un effort naïf est fait par les nations civilisées pour la conservation d'êtres inutiles et nuisibles. Les anormaux empêchent le développement des normaux. Pourquoi la société ne disposerait-elle pas des criminels et des aliénés d'une façon plus économique ? [...] Un établissement euthanasique, pourvu de gaz appropriés, permettrait d'en disposer de façon humaine et économique. Le même traitement ne serait-il pas applicable aux fous qui ont commis des actes criminels ? [...] Les systèmes philosophiques et les préjugés sentimentaux doivent disparaître devant cette nécessité. »

(Carrel, 1935)

En Allemagne, en revanche, le régime nazi va se lancer dans une politique biomédicale, procédant tout d'abord à des stérilisations massives avant de programmer l'euthanasie des malades mentaux. Le « programme T4 » est ainsi mis en place à l'automne 1939. Les asiles allemands et autrichiens doivent signaler tous les malades atteints de schizophrénie, épilepsie, démence sénile, idiotie, et autres pathologies jugées incurables. Ils sont ensuite envoyés secrètement dans des centres de la mort aménagés avec chambres à gaz et fours crématoires. Le programme sera cependant abandonné en 1941 sous la pression de l'opinion publique. 70 000 malades mentaux ont été ainsi supprimés, auxquels s'ajoutent 30 000 autres malades internés décédés de privation de soins, de chauffage et de nourriture (Quétel, 2009).

En France, le gouvernement de Vichy ne s'intéresse pas particulièrement au sort des malades mentaux, et hormis le cas des asiles alsaciens alors annexés à l'Allemagne, les patients ne sont pas envoyés en Allemagne. Les patients décédés l'ont été principalement du fait de la malnutrition et de l'isolement, voire de l'abandon, les rations de base allouées aux patients ne suffisant pas à atteindre la ration de survie (moins de 200 calories par jour). Ainsi, les patients, isolés, abandonnés par leurs proches eux-mêmes en situation de privation, n'ont pas reçu de ration supplémentaire, n'ont pas bénéficié des circuits de solidarité familiale ou collective, n'avaient pas les moyens de recourir au marché noir et nombreux sont ainsi morts de faim (Buelzingsloewen, 2007). C'est le cas notamment de Camille Claudel qui mourut en 1943 dans le plus grand anonymat à l'asile de

Montdevergues où elle était internée depuis 1916 (Quétel, 2009). L'ouvrage d'Isabelle von Bultzingsloewen (2007) est particulièrement éclairant sur le contexte de cette surmortalité des malades. L'historienne insiste sur l'exclusion dont était victime cette population vulnérable, exclusion les ayant privés de tout lien social et des mécanismes de solidarité dont ont pu bénéficier d'autres groupes fragiles de la population. Selon elle, l'isolement social des aliénés internés est un facteur d'interprétation primordial du drame de la guerre. Et « *l'épisode tragique de la guerre a révélé la faillite d'un mode de gestion de la maladie mentale qui consiste, sur le motif qu'il est incapable de travailler et présente des comportements violents ou dérangeants, à retrancher le fou de la communauté et à l'enfermer dans un ghetto, parfois jusqu'à la fin de ses jours. Là, bien que bénéficiaire de l'assistance publique, le malade interné perd peu à peu tout lien avec la société, jusqu'à devenir transparent, invisible. C'est ce phénomène de mort sociale qui précède parfois de plusieurs décennies la mort biologique, qui est en cause dans la famine des années d'Occupation.* » (Bultzingsloewen, 2007, p.400)

En révélant l'ampleur de la crise qui affecte le système asilaire, cet épisode tragique de l'histoire de la psychiatrie française va entraîner chez quelques médecins une prise de conscience radicale sur la nécessité d'une réforme de l'institution.

Ainsi, comme le décrit Henckès dans sa thèse de sociologie sur le nouveau monde de la psychiatrie française : « *Au milieu du XXe siècle, il fallait réformer l'institution psychiatrique. En 1945, les hôpitaux psychiatriques étaient des organisations sclérosées, des institutions inhumaines, dont l'anachronisme depuis longtemps éclatait. Le principe qui les fondait, la ségrégation des malades mentaux, ne constituait plus une solution au problème de la folie. Cette réalité, le conservatisme des professionnels et des autorités interdisait pourtant d'en tirer les conséquences. La guerre, et la famine des malades mentaux, en faisant la preuve de la faillite du système, auraient permis au plus grand nombre d'ouvrir les yeux. Si l'institution psychiatrique apparaissait ainsi dépassée, c'est qu'elle était encore celle que les fondateurs de la psychiatrie, Pinel et Esquirol, avaient créée dans le premier tiers du XIXe siècle. Le siècle qui sépare 1838 de 1945 n'aurait été qu'un long sommeil, dont n'émergent que quelques éclairs de génie, le freudisme à Vienne, en France Charcot ou le mouvement d'hygiène mentale, à l'origine des premiers services de traitement libres des malades mentaux.* » (Henckès, 2007, p.14)

C'est en Lozère qu'on situe traditionnellement la naissance de cette réforme de la psychiatrie française. En effet, pendant la seconde guerre mondiale, l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, bien isolé dans la montagne (Figure 22), accueille de nombreux juifs et résistants, médecins, artistes ou intellectuels (Lucien Bonnafé, Paul Eluard, Tristan Tzara, Georges Canguilhem..) retrouvant ainsi sa fonction d'« asile » et perdant simultanément ses fonctions de ségrégation et d'isolement. George et Tourne (1994) utilisent le terme de « matrice saint-albanaise » où s'opère un riche brassage intellectuel qui a pour toile de fond l'humanisation des conditions d'hospitalisation des aliénés. Malgré les murs, l'hôpital s'ouvre. Pour faire face aux restrictions alimentaires, l'ensemble du personnel, les malades et la population organisent l'approvisionnement de l'hôpital en nourriture. Saint-Alban sera ainsi un des rares établissements à ne pas observer une surmortalité de ses malades liée à la famine.

Son médecin-directeur Paul Balvet, dénonce, dans son appel au Congrès de Montpellier de 1942, « la grande misère de l'assistance psychiatrique française » et « la décomposition mortelle » de l'asile dans l'anonymat, si « l'asile d'aliénés a changé de nom, la réalité est restée ». Dans un courrier adressé à l'un de ses collègues en 1943 (Encadré 1), le psychiatre Lucien Bonnafé dresse un état des lieux de la situation rencontrée dans l'établissement à son arrivée, des améliorations et de l'humanisation des conditions de vie des patients qu'il peut observer. Mais surtout, nous pouvons y lire dans la seconde partie la stratégie élaborée pour diffuser ses idées de réforme auprès de la profession, en travaillant « à changer l'atmosphère de la corporation » et en faisant émerger « le désir de changement auprès de certaines personnalités, autorités reconnues ». Pour Bonnafé, cette diffusion doit employer tous les canaux d'information possibles : correspondances, conversations, publications d'articles, communications massives à des colloques... Après la Libération, Bonnafé quitta Saint-Alban pour devenir conseiller technique au ministère de la Santé. Nous commençons à voir ici les fondements de cette « conjonction historique inouïe » qui aboutira à la publication de la circulaire de 1960 mettant en place la politique de sectorisation psychiatrique française.

Figure 22 Carte postale de l'hôpital de Saint-Alban



Source : <http://psychiatrie.histoire.free.fr>

Encadré 1 Extraits choisis d'une lettre du Dr Lucien Bonnafé, alors médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère) à son collègue Paul Bernard, 1943.

18 mars 1943

Mon cher vieux

J'entreprends de te parler de mon activité ici, de mes projets et de nos projets.[...]Je dois te décrire Saint-Alban pour arriver à me faire comprendre.

L'hôpital surplombe le village, crasseux, prodigieusement arriéré, je connaissais des campagnes déjà bien sordides mais rien qui approche de cela ; les « naturels » du pays épais, assez serviles, souvent brutaux. Ainsi, mon premier acte directorial a été de renvoyer une veilleuse qui volait quotidiennement du pain aux enfants de l'institut médico-pédagogique, et, entre autres larcins, une paire de draps pour ne s'en tenir qu'au flagrant délit – cette personne s'étonnait que je ne la tienne pas pour excusée du fait qu'elle avait conçu le projet de se mettre en règle avec sa conscience en faisant dire 40 messes pour les malades de l'hôpital ! !, pays de lettres anonymes (30 à 40 par jour en moyenne à la gendarmerie pour 2 000 habitants)... Vu de loin, cela peut paraître assez pittoresque, mais quand on est dans le coup c'est parfois un peu dur ! Malgré tout cela, on ne manque pas de satisfactions, d'autant plus appréciables dans cette ambiance. D'ailleurs une fraction du personnel tout à fait excellente est entre les mains du directeur une arme d'une prodigieuse efficacité.

Autour du château et dans son sein même le service des femmes, le mien, bâtiments sordides entassés dans un espace restreint, le plus absurde que tu puisses imaginer comme constructions asilaires est dépassé. Certains coins menacent littéralement ruine, chose au fond excellente quand on rêve de destructions massives et de reconstructions. Le quartier affecté aux agitées compte actuellement dans les 90 malades (?) – Une infirmerie de paralytiques, grabataires, belles malades neurologiques entre autres, est extrêmement sympathique et bien tenue. La véritable infirmerie, quartier d'admission et de traitements, est remarquablement organisée.

Sur le plateau (à 1 012 m) le service des hommes, trois grands quartiers style caserne (construction asilaire 1900) assez bien extérieurement malgré le style, avec cours très vastes mais aménagements intérieurs sordides, d'un entretien abominablement difficile, car les hommes, partout plus sales que les femmes, sont ici plus particulièrement éteints (incomparablement plus que les femmes). [...]

À 800 mètres de là, la ferme et l'institut médico-pédagogique, assez grossier comme contenant, d'un aspect un peu trop lozérien, mais bien, et même très bien, comme organisation et recrutement (40 garçons. Il n'y a plus « d'inéducables »).

À part Chaurand et moi, le service médical comprend deux internes (un poste actuellement vacant pour peu de temps) et un trésor inestimable, Tosquelles, catalan réfugié ici — Balvet regnante — un type d'une valeur tout à fait exceptionnelle, avec des idées plus qu'excellentes, travailleur comme pas un et qui a participé avec acharnement à la réorganisation de l'hôpital sous Balvet, on ne sait ce qui est le plus remarquable chez lui, de la valeur spéculative ou de la valeur pragmatique. Inutile de te dire que c'est un trésor pour moi de le voir dépenser sans compter son activité insatiable dans le service.[...]

Une chose capitale est l'institution des « conseils » amorcés par Balvet et que je fais marcher régulièrement : réunion de tout le personnel, subalterne et supérieur, du quartier, discussion d'organisation générale, de détails ménagers, de l'état de telle ou telle malade, etc. ceci donne une vitalité extraordinaire au quartier et a des effets thérapeutiques inespérés.[...]

L'ergothérapie est la préoccupation axiale du service. La thérapeutique par le travail n'en est que le noyau, l'essence en est l'exploitation profonde chez tout malade des capacités non aliénées : rendement social, responsabilité, dignité ; cela va du cardage de la laine ou du tri de perles de couleurs à la représentation théâtrale en passant par l'horticulture, la gymnastique, le chant, etc... Les réalisations dans ce domaine ne sont possibles que dans la conception exploitée à fond de l'asile village. Je n'ai pas ici le cadre matériel mais l'esprit y est. Le centre vital de cette activité d'humanisation est la salle commune, bibliothèque, salle de jeux, de spectacle, permanence, etc. Je voudrais que tu voies mes catatoniques planter des fleurs ou faire de la gymnastique, les résultats dépassent les prévisions les plus optimistes.[...]

Un détail dans l'esprit du Gévaudan : les quartiers n'ont plus de numéros, plus de qualifications barbares. Ici on n'envoie pas les malades aux « agitées », ce qui est plus qu'une autorisation de s'agiter, une prime à l'agitation. Autre détail : il est interdit d'appeler les malades par un nom qui n'est pas le leur, barbare coutume asilaire de désigner les femmes par leur nom de jeune fille ; ici on parle à Mlle X ou à Mme Y. On considère les malades aussi exactement que possible comme des êtres humains.

Nous avons assez parlé de tout cela pour que tu comprennes ma satisfaction de tresser ici des réalisations correspondant à ce que j'ai toujours pensé mais que la pratique de la Seine ne porte pas à voir concrètement.

Ma conviction que les pseudo-hôpitaux psychiatriques français sont des usines à fabriquer et à entretenir la folie s'est fortement consolidée ici. Mais l'expérience de Saint-Alban prouve surabondamment qu'il est plus facile de remédier à ce vice qu'on ne peut le croire avant toute expérience. Le terrain d'expérience est ici particulièrement favorable du fait des conditions dont je t'ai donné au début une vue si pessimiste. Étant donné ce que l'on peut réaliser dans ces conditions, que serait-ce dans un hôpital-asile-village correct !.[...]

Tant que je suis dans le primat des conditions d'assistance, je veux t'entretenir aussi de nos possibilités en vue de modifier ces conditions. Je ne m'étendrai pas longuement, nous en avons assez parlé déjà. Nous sommes d'accord sur l'essentiel. Voici pour cet essentiel :

– Delenda est Carthago, c'est-à-dire non seulement il faut renverser la situation actuelle de l'assistance psychiatrique en France, mais encore et surtout il faut le dire en toute occasion.

– La masse de nos collègues est d'accord avec nous pour constater la carence susvisée mais elle est en désaccord actif ou passif sur l'opportunité d'une lutte ouverte contre cette carence.

– Nous reconnaissons la nécessité de cette lutte ouverte, nous considérons ce problème à froid, préoccupés seulement de l'efficacité de notre action.

Ceci admis, il faut étudier le moyen d'agir. À mon avis, l'analyse des conditions révèle plusieurs plans d'action :

1) Il faut travailler à changer l'atmosphère dans la corporation, c'est-à-dire :

– à miner l'aspect négatif de cette « opinion publique » interne : constatation mélancolique et pessimiste que rien ne va, mais découragement, sentiment d'incapacité, manque de confiance dans l'efficacité des protestations, etc.

– à développer un aspect positif : opinion publique non plus seulement défavorable à ce qui est mais surtout favorable à ce qui pourrait être, à une activité protestataire permanente. (j'entends bien que peu participeraient personnellement à cette activité, il faut seulement que le plus grand nombre possible prenne vis-à-vis d'elle une position de neutralité bienveillante. Cela est loin d'être impossible et reste une des conditions primordiales du succès. Des mesures radicales ne sont possibles qu'à la faveur d'une opinion publique favorable à ces mesures radicales).

2) Certaines personnalités, autorités reconnues, peuvent, se sentant épaulées, manifester un désir de changement resté latent jusqu'à maintenant pour cause « d'atmosphère ». Les types le plus divers, les plus inattendus, peuvent, dans une ambiance différente, prendre une position plus combative...[...]

Les occasions de poser le problème ne manquent pas, correspondance, conversations, publications à la Médico... etc. Une occasion en or sera le prochain congrès. Que dirais-tu si, à la surprise des vieilles croûtes, on y assistait à une série d'interventions unanimement dirigées dans le même sens, plaidant la même cause sur des plans et en des termes du polymorphisme le plus étonnant. Je me réjouis d'y penser. Je suis décidé à intervenir moi-même et je ne suis pas le seul. Le phénomène protestation massive, « levée de boucliers », etc. doit se justifier comme une nécessité « historique » et je m'en fais fort.

Tu liras dans le compte rendu du congrès de Montpellier la remarquable intervention de Balvet, elle donne un exemple d'une façon de voir le problème. Il prépare une intervention analogue pour le prochain congrès. Il y en aura d'autres.

Je souligne tout de suite les critiques immédiatement possibles à un tel plan :

– Les effets immédiats seront dérisoires, on sait la valeur d'une communication de congrès, la mare aux grenouilles n'en sera agitée qu'un instant. Tout d'abord, ce n'est pas une objection suffisante en soi et surtout c'est une erreur de s'attacher uniquement aux conséquences immédiates. En fait, le nombre des interventions est l'élément capital, il a une importance pratique énorme.

– Nous sommes un peu jeunes dans la carrière pour des manifestations aussi tapageuses et nous risquons d'être vus sous l'angle « jeunes turcs » excités cherchant à se mettre en valeur. Comme ci-dessus, objection pauvre en soi et d'ailleurs le nombre de participants annule cet effet, nous n'avons pas besoin d'être si « tapageurs », nous sommes couverts par nos aînés, enfin le but essentiel est de présenter ces protestations comme inéluctables et unanimes, alors pourquoi se taire si nous sommes d'accord avec ceux qui disent qu'il serait indécent de se taire ? [...]

Lettre publiée dans son intégralité dans la revue :
l'Information Psychiatrique. Septembre 2003, 79 (7)

C'est dans ce creuset intellectuel que s'élabore une « géo-psychiatrie » pour reprendre les termes de Lucien Bonnafé, « *une espèce de travail migrant,une psychiatrie qui n'existe qu'en fonction de son insertion dans la géographie humaine, dans le crû* », l'équipe de soins se déplaçant à l'extérieur de l'hôpital à la rencontre des patients dans leur milieu de vie (Bonnafé, 1978).

Au cours des journées scientifiques de la discipline, en 1945 et 1947, conformément à la stratégie élaborée par Lucien Bonnafé dans sa lettre à Paul Bernard, les spécialistes demandèrent aux pouvoirs publics la mise en place d'un dispositif de dépistage et de soins extrahospitaliers, s'appuyant sur les expérimentations réalisées à l'hôpital de Saint-Alban, qui avaient démontré les bienfaits de l'ouverture d'un service hospitalier en milieu rural. Ces expériences impliquaient aussi toute une transformation des fonctions du personnel des établissements, dont la mission soignante s'était souvent restreinte à un rôle de gardiennage du fait de l'encombrement des structures et de l'absence de réels outils thérapeutiques : il fallait humaniser les services, redonner la parole aux infirmiers et aux patients. L'expression « psychothérapie institutionnelle » avait été proposée par Georges Daumézon pour désigner ce renouveau du traitement moral.

Les découvertes médicamenteuses des années 1950 vont faciliter la réalisation de ces ambitions cliniques. En réduisant les manifestations de la maladie mentale, elles ont permis de réduire les durées d'hospitalisation, de multiplier les placements libres et les suivis ambulatoires des patients en agissant au long cours sur l'évolution des pathologies chroniques. La chlorpromazine, premier neuroleptique commercialisé sous le nom de Largactil[®], va ouvrir la voie en 1952. En 1954 apparaissent les premiers anxiolytiques, et en 1957 sont découverts la première benzodiazépine (classe médicamenteuse dont font partie les classiques Valium[®], Tranxène[®], Lexomil[®]), ainsi que les premiers antidépresseurs.

Ces progrès psychopharmacologiques vont permettre de modifier considérablement la prise en charge des malades psychiatriques.

Après la seconde guerre mondiale, le contexte était donc mûr pour une transformation radicale du système asilaire français. Comme dans les expériences étrangères analysées dans la littérature scientifique que nous avons résumée au chapitre 1, cette transformation va

s'accompagner de fortes implications géographiques (multiplication et dispersion de l'offre de soins, mais aussi concentration dans certains quartiers défavorisés). L'analyse de la géographie post-asilaire française doit tenir compte des différences importantes entre les organisations sociales et territoriales nord-américaines et européennes. Les principes de désinstitutionalisation et d'insertion des malades « dans la communauté » vont aussi s'effectuer en fonction des spécificités françaises. Nous verrons ainsi dans ce chapitre comment la forte tradition de pensée organisatrice du territoire de la France va ajouter au modèle en inventant la notion de « secteur psychiatrique », mais la France va aussi savoir tirer parti de son patrimoine d'institutions républicaines conçues pour une couverture aussi complète et équitable que possible du territoire.

3.1 La désinstitutionalisation à la française : du lieu au milieu

Dans les représentations institutionnelles associées à la catégorisation scientifique des spécialités médicales, la France se distingue des pays anglophones par une conception plus sociale de la maladie mentale. Alors que l'approche neurologique des maladies était davantage privilégiée aux Etats-Unis ou en Grande-Bretagne par exemple (Lovell & Ehrenberg, 2001), la neurologie et la psychiatrie ont été séparées en France en 1968, sans doute aussi sous l'influence du fort développement de la psychanalyse, tant comme école de pensée que dans la formation des médecins. L'approche sociale de la maladie explique que le processus de désinstitutionalisation ait été d'abord pensé sur des bases territoriales. Le souci français d'égalitarisme va aussi se traduire par le principe d'un maillage permettant la couverture équitable de l'ensemble du territoire.

3.1.1 La conception clinique

En France, le processus de désinstitutionalisation diffère en effet du processus observé dans les autres pays. Nous pouvons donc nous attendre à ce que son inscription géographique ne soit pas une transposition exacte des modèles étrangers présentés dans le chapitre 1.

Tout d'abord, le terme de désinstitutionalisation est peu employé en France. On parle de « sectorisation » se référant ainsi à la politique de secteur mise en place en 1960, certains parlent de « déshospitalisation » (réduction du nombre de lits et sortie des patients de l'hôpital) (Dodier & Rabeharisoa, 2006; Eyraud, 2006) qui semble être une traduction plus correcte du terme anglais « *deinstitutionalisation* » qui se réfère à l'établissement et non à l'institution dans son ensemble. Cette nuance a en partie son origine dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle qui s'est développé en France après la seconde guerre mondiale et la prise de conscience d'une partie de la profession médicale et des soignants qu'ils agissaient avec leurs patients comme les gardiens avec les prisonniers des camps de concentration. L'idée était alors non pas de supprimer l'institution, mais de la soigner de l'intérieur, de la modifier, en utilisant toutes les structures existantes pour prendre en charge le malade, c'est le concept de « psychothérapie institutionnelle » évoqué précédemment. Les psychiatres reprennent ainsi la thèse du psychiatre allemand Hermann Simon selon laquelle un établissement est un organisme malade qu'il faut constamment soigner (Simon, 1929, p.251). Cette position intègre donc pleinement l'hôpital psychiatrique comme une modalité de soin importante de la prise en charge. Pour le psychiatre Daumézon (1977), l'asile départemental du XIXe siècle a été l'équivalent fonctionnel du secteur, et la psychiatrie n'a ni à répudier son passé, ni à en rougir, mais à l'analyser pour en tirer enseignement. Selon lui, dans la seconde moitié du XXe siècle, la psychiatrie dispose de moyens d'action différents de ceux de la période asilaire, que ce soit à travers l'usage des médicaments psychotropes ou le développement du savoir psychopathologique. Les structures économiques, sociales et idéologiques de la société sont très différentes de celles du siècle précédent. Pour ces raisons, la psychiatrie de secteur ne peut être que radicalement différente de la psychiatrie traditionnelle connue jusqu'ici, elle se caractérisera par l'intervention auprès de malades non séparés du groupe social (Daumézon, 1977).

Cela a eu pour conséquence un processus plus lent et plus doux de fermeture des lits d'hospitalisation comparativement à ses homologues étrangers, une « désinstitutionalisation tempérée » pour reprendre l'expression des psychiatres Bernard Odier et Jean-Pierre Escaffre (Odier & Escaffre, 2004). Pour Pierre Noel, psychiatre hospitalier, on a assisté en France à une « évolution » et non à une « révolution » de la prise en charge de la maladie

mentale, comme cela a pu être observé en Italie par exemple avec la loi 180¹⁹. Aucun hôpital psychiatrique n'a été fermé, comme cela a été le cas dans les autres pays étudiés. L'objectif n'était pas de fermer les hôpitaux psychiatriques, mais de les dépasser. Il s'agit plus d'une déconcentration de l'institution que d'une désinstitutionnalisation proprement dite.

La seconde caractéristique de la désinstitutionnalisation à la française est son inscription initiale dans un cadre territorial, le secteur psychiatrique. L'espace national va ainsi être divisé en zones géo-démographiques de 70 000 habitants pour lesquelles une même équipe est en charge de l'ensemble des soins de santé mentale depuis la prévention jusqu'à la réinsertion et la post-cure.

Pour la politologue Pauline Rhenter, la notion de milieu « pourrait bien constituer le cœur de la révolution psychiatrique ». Elle cite Georges Canguilhem qui écrit, dans « *Le normal et le pathologique* » (1943): « *Redevenir normal, pour un homme dont l'avenir est presque toujours imaginé à partir de l'expérience passée, c'est reprendre une activité interrompue, ou du moins reprendre une activité jugée équivalente d'après les goûts individuels ou les valeurs sociales du milieu [...]. Le vivant et le milieu ne sont pas normaux pris séparément, mais c'est leur relation qui les rend tels l'un à l'autre* ». Cette politologue démontre bien le lien entre les représentations cliniques des spécialistes et la nouvelle organisation socio-territoriale des soins qui est préconisée :

« *La lecture des comptes-rendus de Charles Brisset et Huber Mignot des Journées Psychiatriques de 1967 permet de préciser le lien conceptuel entre une telle définition du secteur et la psychothérapie institutionnelle. En effet, pour les défenseurs de la psychothérapie institutionnelle, le psychiatre et ceux qui travaillent avec lui sont censés « pénétrer le réseau des interactions dans lequel le sujet se trouve pris » au motif que : « c'est en agissant dans le milieu et parfois sur le milieu que se mène le combat contre les maladies mentales [...] les institutions ne sont pas seulement des lieux où sont dispensés leurs soins, elles constituent en elles-mêmes, par les caractéristiques du milieu humain qu'elle réalise, des agents thérapeutiques* » (Livre Blanc de la Psychiatrie Française, 1967, p.27). Autrement dit, le secteur doit être conçu, d'après les

19 Entretien Pierre Noël

perspectives de la psychothérapie institutionnelle, comme le milieu thérapeutique sur lequel il faut agir. L'institution sur laquelle doit se faire le travail de restitution de la dimension symbolique de la réalité est donc ce « réseau » diffus de relations personnelles dans et hors le champ hospitalier (Rhenter, 2004, p.157). Ce n'est donc plus, le lieu, l'asile, qui est thérapeutique, mais le milieu, l'environnement de vie du patient.

C'est donc cette conception clinique qui va aboutir à la rédaction de la circulaire du 15 mars 1960 mettant en place la politique de secteur, qui impose de déterminer dans chaque département, des circonscriptions géographiques à l'intérieur desquelles une équipe médico-sociale assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement intra et extra hospitalier ainsi que la posture des malades qui s'adressent à elle. Il s'agit de permettre à l'équipe soignante, par la bonne connaissance qu'elle peut acquérir du malade, de sa famille et de son milieu, par l'utilisation des équipements dont elle dispose, d'assurer le traitement au long cours du malade et son insertion dans la « communauté », c'est-à-dire en d'autres termes dans la société locale. Continuité des soins et multiplicité des structures contribuent à « étayer » le cadre de vie du patient, à l'accompagner dans sa vie quotidienne, face à ses difficultés, à lui proposer des points d'ancrage constructifs. Cette continuité des soins doit ainsi s'appuyer sur un environnement, le secteur. Pour le psychiatre Guy Baillon²⁰, cet environnement devait avoir une échelle humaine, correspondre à une communauté d'histoires, d'éléments socio-économiques et de liens entre les individus qui partagent cet environnement. Et ce fort ancrage territorial est là une des principales spécificités de la psychiatrie française.

Nous pouvons d'ores et déjà critiquer la conception ruraliste du territoire par les acteurs de l'époque. Le secteur apparaît comme un milieu de vie proche dans lequel on trouverait inscrit l'ensemble des relations sociales des patients. C'est un concept qui ne correspond déjà plus à la société d'avant-guerre. L'exode rural a amené depuis moins d'un siècle beaucoup de populations dans les villes et a considérablement complexifié les relations sociales des individus. Ce n'est pas un hasard si les premières expériences de secteur psychiatrique ont été mises en pratique dans des campagnes et espaces ruraux isolés des pratiques des populations, tels qu'en Lozère avec l'établissement de Saint-Alban-sur-

20 Entretien réalisé en 2004

Limagnole sur lequel nous reviendrons dans les pages suivantes. Le psychiatre Daumézon, en 1978, soulevait cette question :

« Un des modèles idéaux de la politique de secteur peut être ainsi schématisé : une équipe de plusieurs psychiatres avec leurs collaborateurs vit dans une unité de vie. Déjà se pose un problème, existe-t-il des unités de vie dans la « foule solitaire » des mégapoles ? Mais passons ! Cette équipe est immergée dans l'unité de vie comme un poisson dans l'eau, elle intervient sur le patient à travers les médiateurs institutionnels variés auxquels ses membres participent, parce qu'eux aussi, à titre personnel, sont parents d'élèves, joueurs de bridge, membres de groupes de partis politiques, paroissiens, etc. Et ainsi, participants à part entière aux médiateurs d'une part, soignants des malades d'autre part, ils interviennent dans un but thérapeutique. »

(Daumézon, 1978)

3.1.2 La traduction administrative par le découpage en secteurs

L'idée de secteur est initialement fondée sur des motifs thérapeutiques. Plusieurs hypothèses cliniques ont guidé cet ancrage territorial :

- une équipe unique doit être en charge de la santé mentale de l'ensemble de la population du secteur, assurant une continuité des soins, depuis la prévention et le dépistage jusqu'à la réinsertion sociale. L'implantation à la fois de l'équipe soignante et des patients dans la communauté de vie du patient va favoriser leur intégration et leur réhabilitation dans la société. L'équipe connaît ainsi les possibilités en matière d'hébergement, d'insertion professionnelle de la zone desservie. Cela permet de maintenir les liens entre les patients, les services de santé mentale et la communauté.
- on doit passer d'un lieu au milieu thérapeutique pour reprendre les termes de Rhenner (2004) : « Dans sa définition pauvre, la déspecialisation territoriale de la psychiatrie désigne le processus par lequel l'exercice de la psychiatrie s'est vu progressivement désolidarisé du lieu unique de l'asile. Dans sa définition dynamique, elle répond à un objectif de prise en charge du malade dans et avec son milieu social.[...] La guerre a conduit à une prise de conscience chez les médecins des hôpitaux psychiatriques pour lesquels il devient évident que le milieu

asilaire est pathogène. Il fallait donc inventer les conditions d'un milieu institutionnel thérapeutique en lien avec un milieu social plus large, afin que les malades instituent de nouvelles normes de vie. Dé-spécifier le milieu de soins, tel est l'objectif assigné au secteur. »
(Rhenter, 2004, p.126)

Enfin, le cadre territorial devait éviter la ségrégation et la séparation des malades entre patients « nobles » et patients « ignobles » pour reprendre l'expression du psychiatre Pierre Bailly-Salin²¹. *« La lutte doit être menée sur l'ensemble du territoire même dans les coins les plus déshérités... il s'agit de travailler au profit de toutes les couches sociales, mais plus particulièrement de celles où le nombre des inadaptés est le plus grand; il faut toucher tous les névropathes et psychopathes, mais plus particulièrement ceux que leur faiblesse économique et celle de leur entourage éloignent de la médecine libérale »*(Mignot, 1960, p. 563). Le secteur est alors conçu comme le seul capable de relever un tel défi politique, car il se différencie d'une organisation « en cascade » dans laquelle chaque institution passe le cas difficile ou pénible à une autre. La psychothérapie institutionnelle invite à établir une continuité de la relation de soins. Le consensus se fait donc autour d'une mission propre au désaliéniste : mettre la société en position de tolérer les objets qu'elle rejette, au lieu de les prendre en tutelle (Rhenter, 2004).

Cet ancrage territorial correspond donc initialement à un objectif thérapeutique, et non à un désir de maintien de l'ordre et de quadrillage administratif. Le fait que le modèle du secteur, avec son découpage, réponde aux modes de pensée familiers de l'Administration française, a peut-être facilité son adoption, mais, l'objectif initial est réellement thérapeutique. Nous allons maintenant voir comment cette conception a été traduite dans les textes administratifs à la faveur d'un consensus établi entre les psychiatres militants et des politiques sensibles à la nécessité de la planification.

Le mot « secteur » serait apparu dans la bouche du psychiatre Bonnafé lors des journées psychiatriques de Sainte-Anne en 1945 : *« A ce moment-là, je prends la craie et, comme on enseigne les mathématiques modernes, je trace un ensemble dans le département, une zone, un secteur de population [...] La nouvelle responsabilité du médecin des hôpitaux psychiatriques*

²¹ Entretien Dr. Bailly-Salin

n'est plus la responsabilité hospitalière car il a en charge la protection de la santé mentale dans un secteur donné. » (Bonnafé in Fourquet & Murard, 1980).

La rencontre de ce groupe de psychiatres novateurs et militants, dont certains étaient devenus conseillers techniques au Ministère de la Santé, avec des décideurs politiques eux-mêmes ouverts au changement, va conduire à la publication en 1960 de la circulaire mettant en place la politique de sectorisation psychiatrique. A la Direction Générale de la Santé, Eugène Aujaleu, Pierre Jean et Marie-Rose Mamelet, ont été séduits par les concepts du secteur et le fait que la modernisation de l'hôpital dont ils avaient la tâche, passait par la mise en place du secteur. Ce texte a parfois été jugé en avance sur son temps par les professionnels de la psychiatrie, dont une grande partie n'était pas convaincue des modalités de la réforme. Ainsi s'exprimait Mamelet en 1977 : « *Dit en confidence et compte tenu de la difficulté rencontrée ici ou là pour faire passer la sectorisation dans les faits, je me suis parfois demandée si l'Administration, pour une fois, n'était pas allée trop vite en diffusant des instructions qui n'emportaient à l'époque, pas le consensus de tous les psychiatres* » (Mamelet, 1977). Et en effet, dans un premier temps, les professionnels de la santé mentale ignorent cette nouvelle politique. Il faudra attendre mai 1968 et son explosion idéologique pour observer une conversion bien que toujours minoritaire des psychiatres à la politique de secteur. Les psychiatres découvrent alors les écrits de Foucault et de Goffman et souhaitent se démarquer de l'asile du XIXe siècle (Daumézon, 1977)

Dans ce contexte favorable à une réorganisation, la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (annexe 4), définit « la politique à suivre dans chaque département ». Elle précise ainsi que « *ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure* ».

La circulaire indique ensuite que « *l'étude de l'organisation à prévoir doit s'effectuer sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs*

départements ou d'une région ». « Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. Il ne saurait être question, en conséquence, de calculer les besoins d'un département en tenant compte des malades que son hôpital psychiatrique hospitalise actuellement au titre d'autres départements. Par contre, [...], à l'intérieur du département, le programme théorique tendra à déterminer plusieurs secteurs géographiques qui devront être dotés à plus ou moins longue échéance d'un équipement complet en organismes de prévention, d'hospitalisation et postcure ».

La circulaire demande ainsi de fonder ce programme sur des éléments relatifs à la situation démographique et économique du département, précisant même les éléments à prendre en compte, à savoir :

- une carte du département indiquant les hôpitaux psychiatriques existants,
- la répartition de la population par arrondissement et dans les principales agglomérations,
- la répartition par âge de la population du département,
- et des précisions sur les moyens de communication (grandes voies du réseau routier et ferré).

Il est d'ailleurs intéressant de lire, dans un article de Bonnafé, paru dans les Annales médico-psychologiques en 1977, la description théorique qu'il fait de l'équipement de la protection de la santé mentale dans un département, prenant en compte les caractéristiques géographiques, économiques, sociodémographiques et sanitaires de la zone et les pratiques spatiales de la population, un exemple de planification sanitaire ! (Encadré 2).

Encadré 2 L'équipement de protection de la santé mentale dans un département par Lucien Bonnafé, (1977)

« Cet équipement est fondé sur les données d'une science relativement exacte, la démographie. L'étude des courants de population, de l'usage des transports en commun, du commerce de détail, des clientèles des diverses formations médico-chirurgicales, est prise en considération. Les prévisions actuelles sur les transformations économiques à venir sont examinées. On constate que ce département montagnard se compose d'un relatif isolat démographique (zone N) de structuration simple, où 40 000 habitants polarisent leurs échanges vers une sous-préfecture établie à un nœud de communications, ne se rendent que très exceptionnellement dans le reste du département, mais par contre, beaucoup plus fréquemment qu'au chef-lieu, ont à faire à la métropole régionale, plus lointaine en distance absolue mais beaucoup plus commodément atteinte et plus attractive.

Dans le reste du département (zone S), la démographie est par contre de structure complexe. Il y a des isolats au calibre du canon, des communications difficiles, impraticables l'hiver, entre divers secteurs, 200 000 habitants s'y répartissent entre trois vallées, le chef-lieu, une zone de plaine avoisinant celui-ci, d'étendue limitée mais avec une assez forte densité de population. Les perspectives de remaniement de ces données sont tracées par un fort courant d'industrialisation, un plan d'équipement hydro-électrique et une expansion touristique continue dans les quatre vallées.

Le parti adopté pour l'équipement de protection de la santé mentale du département est déterminé par ces coordonnées démographiques claires et largement basée sur le patrimoine hospitalier commun, existant ou en projet.

La zone N constitue un secteur autonome. La sous-préfecture [...] dispose d'un d'hôpital neuf dans un vaste parc, à la périphérie immédiate de l'agglomération. Une enclave de ce parc contient les services psychiatriques à mouvement intense du secteur, soit : centre de consultations, maison de santé [...]. Dans un chef-lieu de canton qui constitue un centre démographique secondaire de la vallée, un dispensaire polyvalent abrite périodiquement une consultation du service psychiatrique, [...] qui contrôle également quelques placements familiaux [...]. Il n'existe qu'une seule antenne « primaire » à charge relativement lourde et fonctionnement régulier, mais dans tel ou tel chef-lieu de canton, est organisé épisodiquement, à la demande, en relation, avec le service social du cru, une journée de présence de l'équipe médico-sociale psychiatrique.

L'équipement de la zone S est naturellement plus complexe. En particulier, l'hôpital, urbain, du chef lieu, est pratiquement hors d'état d'abriter une formation psychiatrique quelconque, par manque d'assiette et surcharge propre irrémédiable. Sa vétusté est telle qu'un programme d'urbanisme prévoit son abandon au profit d'un centre hospitalier suburbain. C'est dans la zone retenue pour cette construction qu'une formule relativement concentrée de services d'hospitalisation psychiatrique a été instaurée. En effet, la démographie du cru fait du chef-lieu le centre naturel de la vie économique (et de l'activité médicale) de tout le département, zone N exclue. Les cinq sous-secteurs géographiquement déterminés sont : une vallée S1 centrée sur une sous-préfecture d'attraction démographique faible, avoisinée par une concentration sanatoriale, deux vallées S2 et S3 moins centrées encore, la grande-ville elle-même S4, la zone de plaine adjacente S5 [...]. »

(Bonnafé, 1977)

Par ailleurs, l'administration française apprécie les chiffres, la mesure et les critères objectifs. Et c'est en partie ce qui va être la cause de la perte de sens de l'idée originelle du secteur. Seule sa dimension géographique, quantitative va être retenue par la suite, la dimension clinique, thérapeutique va être peu à peu être oubliée au profit de la logique gestionnaire, tout au moins par les administratifs et les politiques. L'administration va ainsi demander aux psychiatres de définir la taille optimale de ce secteur psychiatrique. Ils vont s'accorder sur une zone d'environ 70 000 habitants. Pour les professionnels, le secteur doit compter entre 50 000 et 100 000 habitants, soit, être suffisamment large pour développer une gamme de soins de santé mentale, mais pas trop grand pour maintenir les liens avec la communauté. C'est ainsi qu'ils proposèrent un raisonnement statistique basé sur la norme OMS de l'époque qui fixait trois lits psychiatriques pour 1 000 habitants, norme qu'ils ont appliquée à la situation française existante de services psychiatriques de 200 lits en moyenne, soit la desserte d'une population de 66 667 habitants, qui ont été arrondis à 70 000 habitants. C'est ainsi que la politique de sectorisation mise en place par la circulaire de 1960 demande à chaque département de diviser son espace géographique en zones d'environ 70 000 habitants : *« Afin d'atteindre les objectifs de continuité de la prise en charge par une même équipe médicosociale, depuis la prévention, le dépistage jusqu'à la postcure, et d'éviter la désadaptation entraînée par l'éloignement du malade de son milieu naturel, l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée Secteur »*. Selon la circulaire, *« dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement sera le département d'implantation. Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler « sous-secteur » et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de postcure nécessaires. A titre indicatif, un service de deux cents lits, recevant des malades des deux sexes, comportant son service libre, peut prendre en charge, sur la base de trois lits pour 1 000 habitants fixée par l'Organisation mondiale de la santé, un sous-secteur de 67 000 habitants environ. »*

« Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la ré-hospitalisation est évitée; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du

secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre. »

La circulaire précise également les modalités pratiques de mise en œuvre de cette politique :

« le nombre de lits dont notre pays dispose pour l'hospitalisation des malades mentaux est très insuffisant (...). En règle générale, la meilleure solution consistera à construire ces lits nouveaux non par extension de l'établissement existant, mais par création d'une nouvelle formation spécialisée à un autre pôle démographique du département, soit sous la forme d'un hôpital psychiatrique départemental, voire privé faisant fonction de public, si le nombre de lits nécessaire est égal ou supérieur à 300, soit sous la forme d'un quartier psychiatrique rattaché à un hôpital général si ce nombre est inférieur à 300, et dans la mesure où la structure de l'hôpital s'y prête ».
« Cette dernière formule présente à la fois l'intérêt d'être relativement économique en ce qui concerne la construction et de faciliter le « quadrillage » souhaitable à l'organisation de la politique de secteur ».

3.1.3 La réalité du découpage des secteurs : « Petits arrangements entre amis »

En 2003, la France (DOM inclus) compte 830 secteurs de psychiatrie générale (chargés de prendre en charge la population âgée de plus de 16 ans d'un territoire défini) et 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (pour la population de moins de 16 ans). Ces secteurs sont très hétérogènes en matière de taille de population et de superficie. Ainsi, en 2003, la population couverte par les secteurs de psychiatrie générale variait de 33 000 à 133 000 habitants²² (Coldefy, 2007b) et la superficie de moins de 2 km² à plus de 3 000.

La quasi-totalité des secteurs respectent les limites des départements, et donc le territoire institutionnel départemental n'est pas remis en cause lors du découpage en secteurs psychiatriques. L'échelle départementale avait été renforcée par l'arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, bien que l'article 2 autorise le rattachement de certaines « zones frontières d'un département » à des départements voisins « en raison de

22 Données échantillonnées de 1% aux deux extrémités de la distribution.

circonstances locales ». Plusieurs raisons peuvent être avancées à cette non-remise en question :

- l'époque asilaire, avec la loi de 1838, avait fortement inscrit son empreinte départementale dans le paysage psychiatrique français.
- les secteurs psychiatriques relevaient d'une compétence départementale : c'est le schéma départemental d'organisation en psychiatrie qui a prévalu (des années 1970 à 1990) et qui explique que les secteurs ont été découpés à l'intérieur de chaque département. Malgré la régionalisation de la politique de santé dans les années 1990, ces découpages ont rarement été remis en question.
- une autre explication tient à la règle selon laquelle les hospitalisations d'office (hospitalisation sans consentement d'un patient dont les troubles mentaux nécessitent des soins et qui compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public) sont décidées en droit par le préfet. La gestion des cas où un secteur dépendrait de deux départements serait rendue plus difficile, il existe donc aussi des contraintes institutionnelles par lesquelles le territoire politique intervient dans la prise en charge des patients.

Le découpage initial en secteurs a rarement fait l'objet d'une réelle évaluation objective des besoins de la population, telle que recommandée par les textes officiels et élaborée par Bonnafé dans l'Encadré 2. Il s'est plutôt agi de « petits arrangements entre amis ». Le découpage a été fait « sur un coin de table », aux dires mêmes de certains des participants aux discussions entre psychiatres, directeurs d'hôpitaux, et représentants des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Les critères mobilisés pour expliquer les découpages sont plus ou moins objectifs et argumentés. La situation initiale de l'établissement historique a fortement joué dans le découpage. Ainsi dans le cas de l'agglomération parisienne, « *le fait que l'héritage du passé était caractérisé en énorme prédominance par de grandes institutions asilaires implantées à peu près exclusivement dans le quart Sud-Est du territoire constituait une donnée très originale et très impérieuse qui déterminait le trait dominant du parti adopté ; une orientation très différente dans le territoire pourvu de formules anciennes et dans celui longtemps dépourvu* » (Bonnafé, 1977). Les axes de communication ont parfois été pris en compte, mais l'idée générale était d'aboutir à des

secteurs « égaux », personne ne devant paraître privilégié, ou spécialisé dans telle ou telle prise en charge. Les principes d'égalité ont ainsi été préférés à la recherche d'une cohérence territoriale, ou d'une cohésion populationnelle. Des arguments étonnants sont parfois avancés. Ainsi peut on lire dans le numéro spécial de la revue *Recherches* consacré à l'histoire de la psychiatrie de secteur, à propos du découpage de l'Essonne, que « *tel psychiatre, par phobie de l'automobile, a dessiné son secteur le long de la voie de chemin de fer; tel autre s'est totalement désintéressé de l'aire qui lui était affectée, pour peu que s'y trouve une maison russe qui fait ses délices de clinicien; un autre enfin, passionné par la délinquance, aura voulu placer dans son secteur un centre de l'Education surveillée* » (Fourquet & Murard, 1980, p.251).

Le découpage initial des secteurs a rarement obéi à des principes de cohésion qui seraient totalement fondés sur l'homogénéité d'une population. Ainsi, certaines limites du découpage sectoriel en psychiatrie sont fréquemment mises en avant, comme dans le rapport consacré à « territoire et santé » par le Centre de recherche et de documentation en économie de la santé (CREDES, 2003). Parmi celles-ci, on peut citer son aspect artificiel et parfois obsolète : le découpage n'est pas toujours fondé sur les besoins de la population et son évolution. C'est le cas par exemple des découpages en « parts de camembert » ou « rayon de roue » à cheval sur une partie rurale et une partie urbaine censés garantir l'attractivité des secteurs pour les médecins. En outre, il est souvent reproché à ce maillage l'absence de recoupement avec les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou éducatifs, ce qui entraîne des difficultés de coordination avec les différents partenaires (y compris les élus locaux) et met en échec la continuité des soins. En fait, cette critique s'adresse moins au découpage en secteurs, qui a l'antériorité pour lui, qu'à l'absence de prise en compte des évolutions ultérieures pour harmoniser les maillages des différents services apparus par la suite. Le problème du « mille-feuilles administratif » français est toujours d'actualité en 2010, avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) et la définition de territoires de santé intégrant les différents acteurs du champ sanitaire (libéral et hospitalier) et médico-social. Comment construire un territoire commun à tous ces champs relevant de compétences différentes (le département, la commune, les territoires de projet...) ? Ce problème a été encore récemment bien analysé à propos des circonscriptions de l'action

sociale dans la thèse de Antonine Ribardière « *Précarité sociale : quand les mailles s'en mêlent* » (Ribardière, 2005).

Néanmoins, si ces limites ont été avancées, ces contraintes et difficultés ont parfois pu être surmontées au travers des politiques d'organisation de soins (CREDES, 2003) avec, notamment, des redécoupages de secteurs respectant une logique de fonctionnalité et d'accessibilité, des tentatives pour faire coïncider les secteurs psychiatriques avec les secteurs sanitaires, une plus grande souplesse par rapport aux normes de population (afin de limiter par exemple les distances à parcourir pour les équipes et les soignants dans les zones rurales peu peuplées), mais surtout avec le développement de l'intersectorialité, soit la mutualisation de moyens entre différents secteurs pour proposer une prise en charge particulière (modalité de prise en charge spécifique, population ou pathologie spécifique). En 1990, une circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale a prévu un éventuel redécoupage des secteurs, rappelant que le critère de 70 000 habitants pour un secteur de psychiatrie générale ne constitue pas une norme mais une base indicative, et qu'il est possible de « *dédoubler les secteurs démographiquement trop chargés* », que « *les évolutions démographiques imposent parfois de réenvisager la configuration des secteurs psychiatriques de manière à rééquilibrer les charges entre secteurs* », que des circonstances locales peuvent « *exceptionnellement* » autoriser à « *transgresser des limites départementales* ».

3.1.4 Morphologie des secteurs de psychiatrie générale

Le découpage des secteurs s'inscrivant initialement dans celui des départements, nous avons cherché à voir de quelle façon il recouvrait le maillage communal qui constitue la trame territoriale de niveau inférieur. Nous avons constitué²³ les contours des secteurs à partir de leur description en termes de listes de cantons, de communes, de quartiers, de rues voire de fractions de rue qui figure dans les schémas régionaux d'organisation des soins psychiatriques, puis établi la correspondance entre ces secteurs et les IRIS (Ilots Regroupés pour des Indicateurs Statistiques) du découpage de l'INSEE. Les IRIS constituent la maille

23 Ce travail a été accompli à mon initiative dans le cadre de mes fonctions de chargée d'études à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la Santé (Coldefy, 2003).

élémentaire en matière de diffusion de données infra-communales, la taille visée par ces zones est de 2 000 habitants).

L'analyse statistique et visuelle du découpage des secteurs de psychiatrie générale tel qu'il est arrêté administrativement en 2003 fait apparaître quatre grands types de morphologie spatiale des secteurs de psychiatrie:

- les secteurs urbains mono-communaux ou composés d'une fraction de commune,
- les secteurs composés d'un regroupement de communes entières,
- les secteurs radiaux centrés sur la ville, chaque secteur ayant une petite partie urbaine et une partie rurale plus ou moins importante.
- les secteurs composés de plusieurs « polygones » au sens spatial du terme, constitués de zones discontinues, avec généralement un ancrage urbain et une enclave rurale.

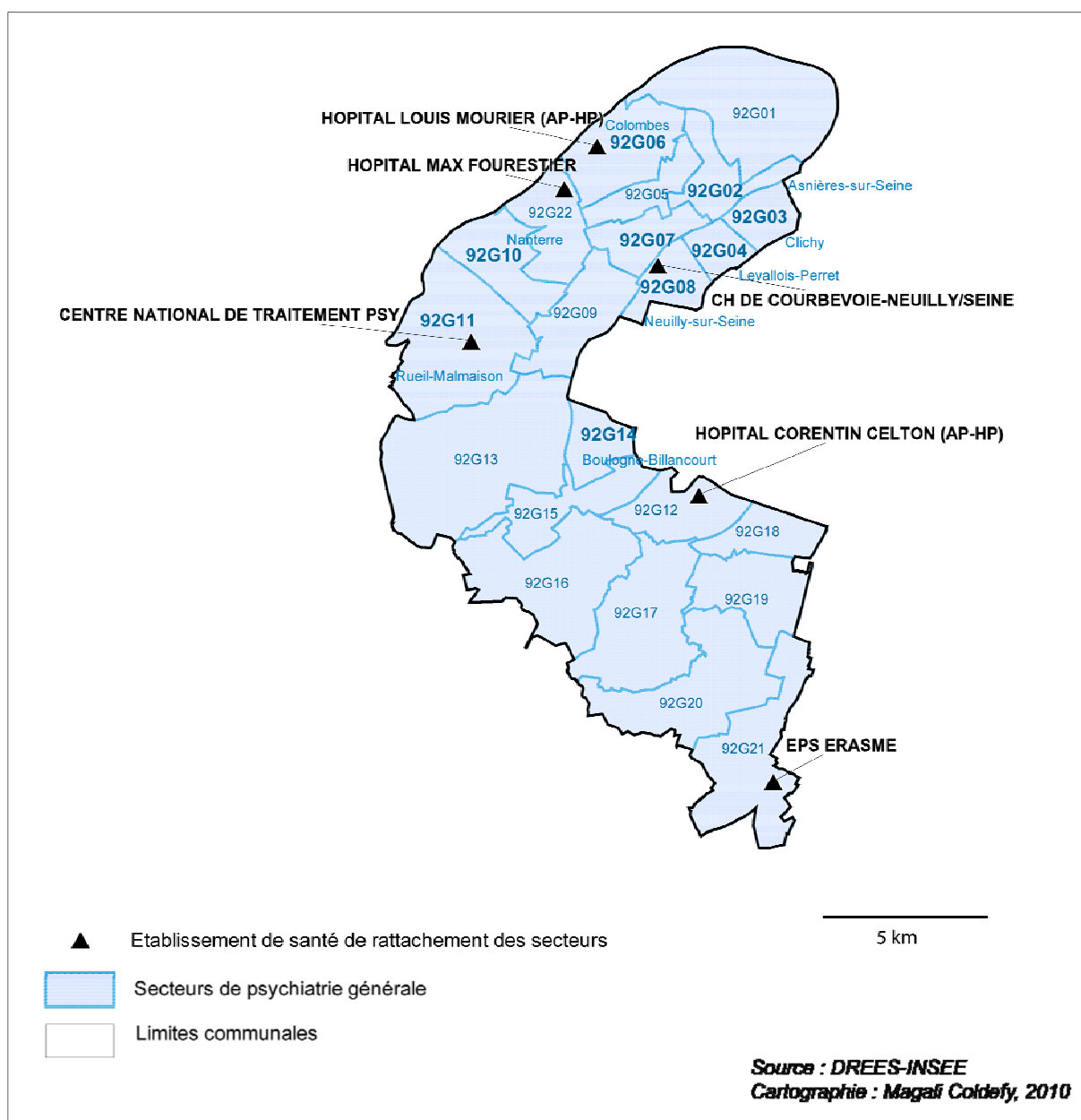
Les secteurs urbains mono-communaux

Sur les 814 secteurs de psychiatrie métropolitains pour lesquels le découpage précis a pu être reconstitué, 69 sont composés d'une seule unité territoriale : commune ou fraction de commune (Figure 23).

35 secteurs sont composés d'une commune entière, dont 16 arrondissements parisiens, lyonnais ou marseillais. Exceptées les communes de Pessac en Gironde, Bron, Vaulx-en-Velin et Villeurbanne dans le Rhône, les communes restantes constituant un secteur entier sont toutes situées en région parisienne : Asnières-sur-Seine, Clichy, Colombes, Courbevoie, Levallois-Perret, Neuilly-sur-Seine, Rueil-Malmaison, Aubervilliers, Aulnay-sous-Bois, Champigny-sur-Marne, Créteil, Ivry-sur-Seine, Maisons-Alfort, Villejuif, Vitry-sur-Seine. Ces communes ou arrondissements comptent de 39 000 à 124 000 habitants au recensement de 1999. Les deux extrêmes sont les communes de Vaulx-en-Velin et Villeurbanne dont la forte croissance urbaine depuis les années 1960 a dû amener à un redécoupage, elles comptaient respectivement 20 000 et 120 000 habitants en 1968.

34 secteurs de psychiatrie générale sont composés exclusivement d'une fraction communale. Nous trouvons ici les fractions d'arrondissements parisiens très peuplés, et des fractions de communes telles que Nice, Dijon, Bordeaux, Béziers, Montpellier, Nantes, Nevers, Lille, Roubaix, Strasbourg, Toulon, Boulogne-Billancourt, Nanterre, Montreuil et Saint-Denis. Il est étonnant de trouver ici les communes de Nevers et Béziers qui comptent respectivement 41 000 et 69 000 habitants, leur fractionnement ne paraissant pas justifié par leur taille démographique.

Figure 23 Le découpage en secteurs du département des Hauts-de-Seine en 2006



Sur la Figure 23, qui représente le découpage en secteurs du département des Hauts-de-Seine, nous pouvons ainsi visualiser comment les communes de Nanterre et de Boulogne-Billancourt sont respectivement divisées entre les secteurs 92G10 et 92G22 pour la première, entre les secteurs 92G12 et 92G14 pour la seconde. Les secteurs représentés en gras sur la figure, tels que les 92G02, 92G03, 92G04 et 92G06 sont quant à eux, composés d'une commune unique et entière et correspondent respectivement aux communes d'Asnières-sur-Seine, Clichy, Levallois-Perret et Colombes.

Dans le numéro de *Recherches* consacré à l'histoire de la psychiatrie de secteur, les psychiatres de l'époque s'interrogeaient sur la validité du secteur en milieu urbain car il est en effet plus difficile d'approcher une réalité sociale dans une métropole. Tosquelles s'exprimait ainsi « *Je me suis demandé, dans un procès autocritique, si cette notion de secteur n'était pas une conception qui était valable seulement disons dans la Catalogne de 1934 ou même dans la France d'avant guerre, c'est à dire lorsque le milieu paysan pesait d'un poids réel dans la structure des rapports de production. Les villes et la concentration industrielle font que l'espace humain présente des modulations rendant plus difficile ce qui, pour nous, était essentiel dans le secteur, c'est à dire la continuité des soins. Nous avions coutume de dire qu'il fallait imiter la pratique du médecin du village omnipraticien. Il se préoccupe essentiellement des relations humaines dans le village* » ; et d'illustrer par sa pratique : « *Autant dans les dispensaires qui ont été créés en Lozère en 1941, je savais à peu près ce que je faisais, autant par exemple quand je me suis occupé d'un dispensaire à Melun, alors là j'ai jamais su ce que j'y foutais, en dehors du fait que je prescrivais du Largactyl et que j'y héritais d'un certain nombre de scotomisations. Jamais je n'ai pu soigner quelqu'un dans un dispensaire classique à Melun. [...]* Dans les villages paysans, la famille n'était jamais fermée sur elle-même ; disons que toutes les maisons avaient des fenêtres. Une des choses qui nous a amusées avec Chaurand du temps de Saint-Alban, entre blague et sérieux, c'était de faire des promenades à la campagne pour découvrir les maisons qui avaient toujours les fenêtres fermées. On faisait comme ça une sorte de cartographie et il nous suffisait d'attendre, on savait que c'était là qu'on fabriquait des schizophrènes et on les attendait [...]. » (Fourquet & Murard, 1980, p.266-267).

Daumézon s'interroge de la même façon : « *qu'on dise : le secteur du Gâtinais, ou le secteur de la Camargue, parce que ça existe, effectivement on peut se brancher sur quelque chose ; mais ici,*

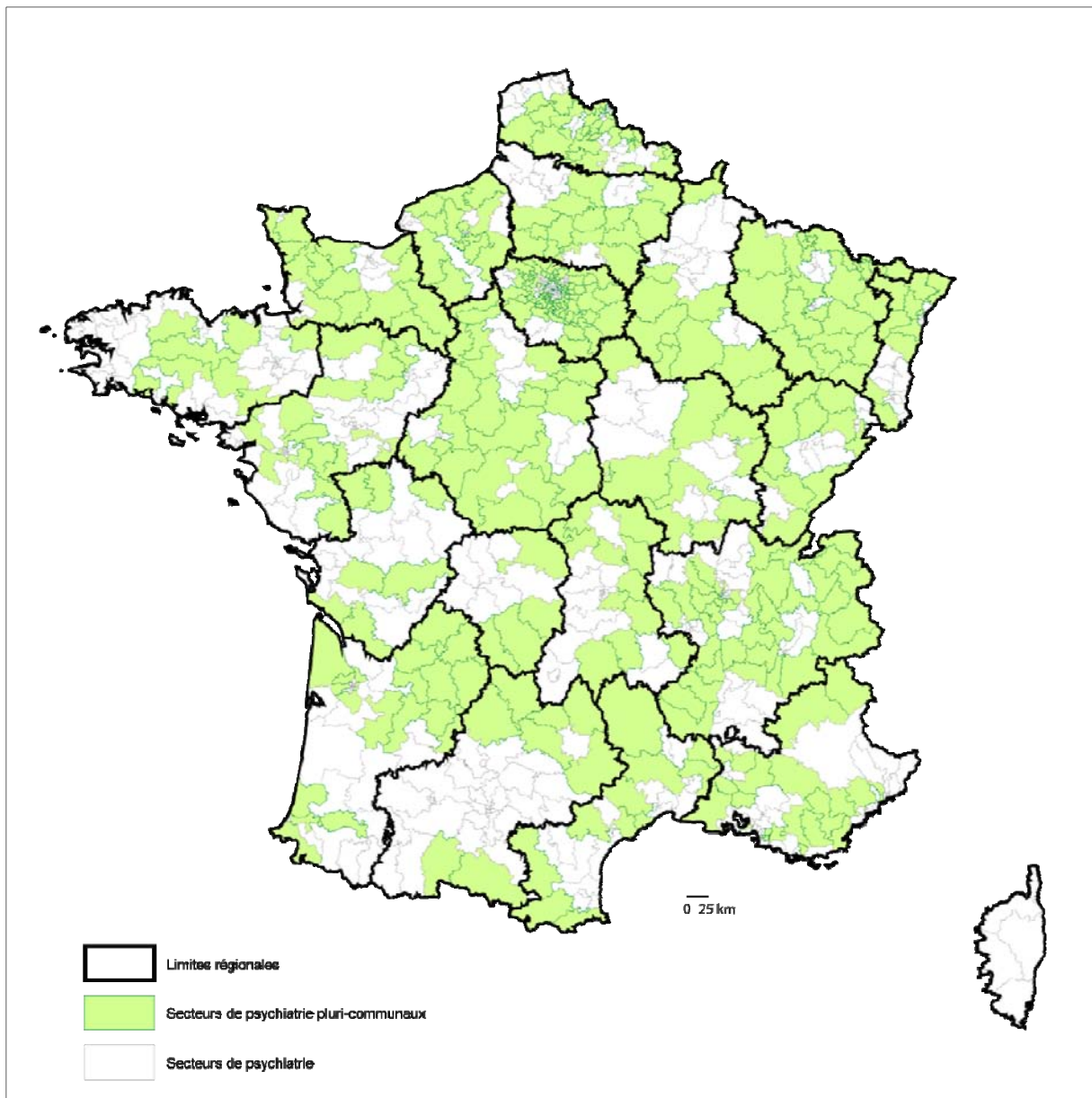
il y a le commissariat et peut-être les paroisses, mais en dehors de ça, ça ne correspond à rien. Le Giennois c'est un ensemble. [...] Bien sûr, il vaut mieux avoir son dispensaire au centre de sa zone, pour que les gens s'y rendent facilement, mais pour s'accrocher sur une réalité sociale, il faut qu'elle existe, ce qui n'est pas le cas [dans les mégapoles]». (Fourquet & Murard, 1980, p.266).

Cependant, certains vont quand même trouver cette réalité sociale à laquelle accrocher leur pratique dans des quartiers urbains. Tosquelles raconte ainsi son expérience marseillaise dont il tire un bilan positif dans deux quartiers particuliers : dans le quartier d'Endoume, « *un quartier qui touche au port, un quartier de pêcheurs, l'équivalent d'une forme de vie collective assez semblable à celle des paysans* », et dans un quartier arménien « *où la collectivité arménienne avait une sorte de cohésion interne, inter-familiale* ». (Fourquet & Murard, 1980, p.267).

Les secteurs pluri-communaux

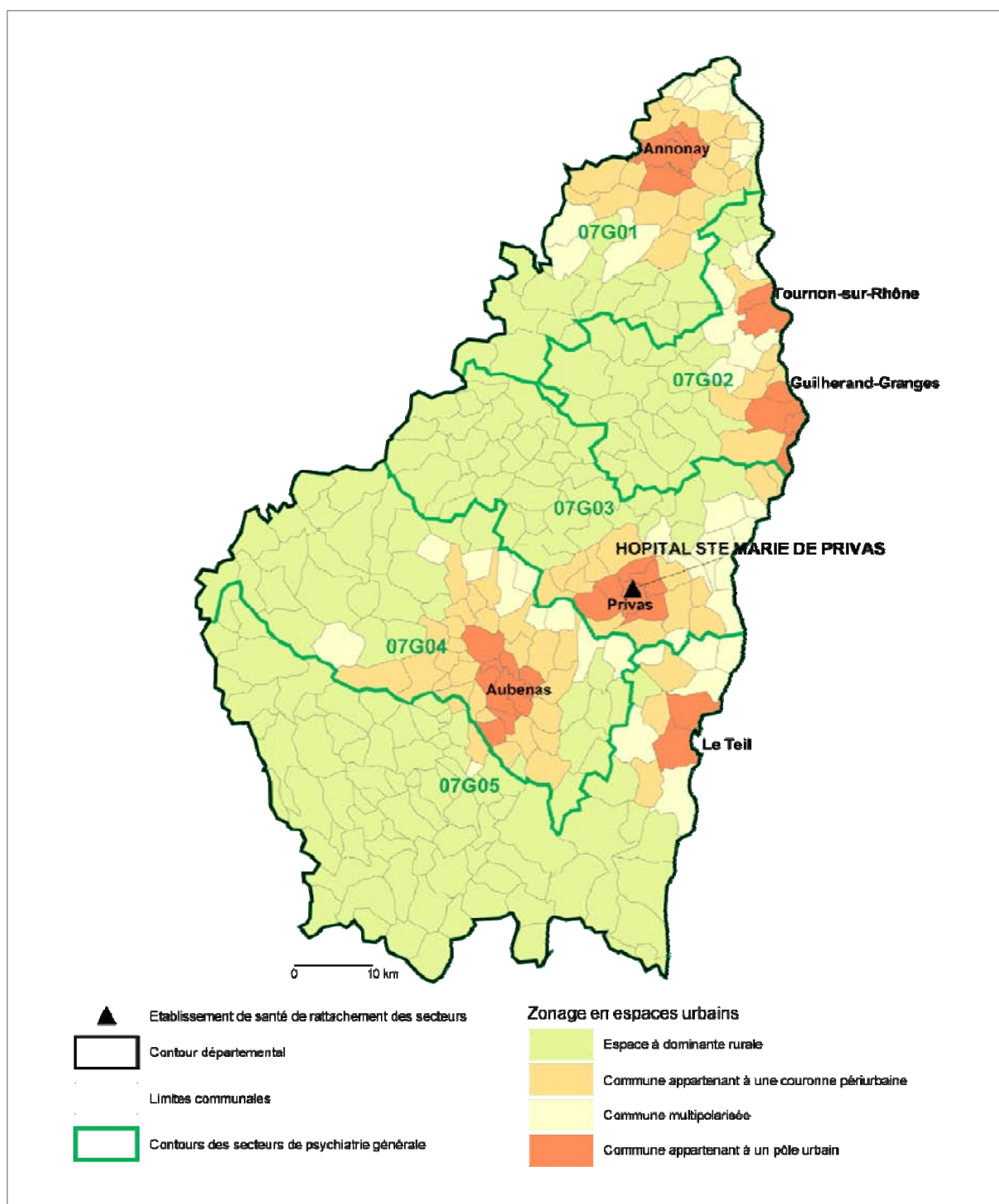
417 secteurs sont composés d'un groupement de communes « entières » (Figure 24). Le nombre de communes par secteur varie de 2 à 255 communes. La moitié des secteurs sont constitués de moins de 40 communes. Les deux tiers de ces secteurs sont constitués à plus de 80 % de communes à dominante urbaine et moins de 10 % des secteurs sont constitués à 70 % de communes à dominante rurale. Le dernier quart est constitué d'un mélange de communes rurales et urbaines. Les cinq secteurs de psychiatrie générale de l'Ardèche, rattachés au centre hospitalier Sainte-Marie de Privas et représentés sur la Figure 25, constituent un exemple typique de cette configuration spatiale.

Figure 24 Les secteurs pluri-communaux en France métropolitaine (2006)



Source : DREES-INSEE

Figure 25 Le découpage en secteurs du département de l'Ardèche en 2006

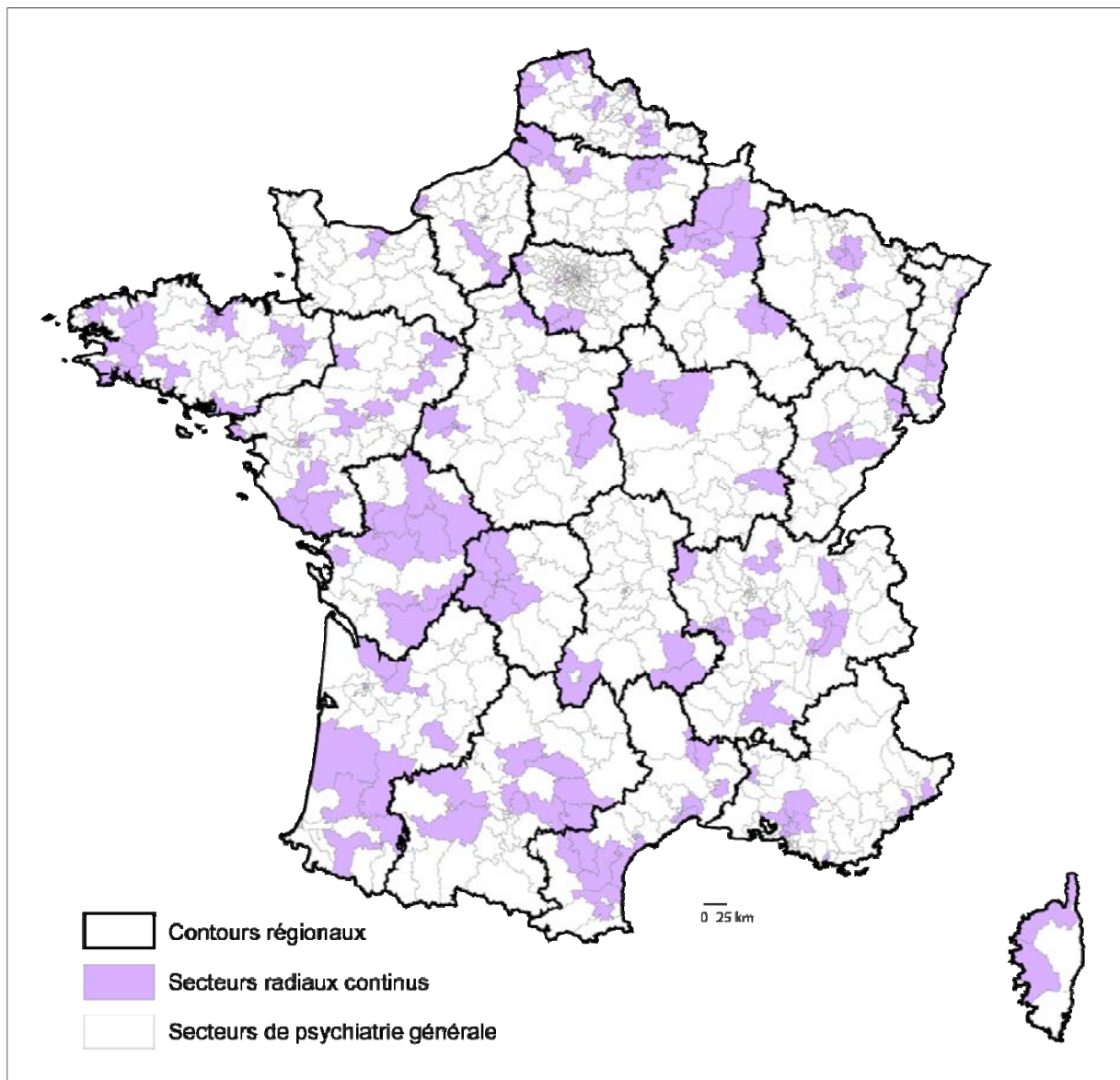


Source : DREES-INSEE

Les secteurs radiaux continus

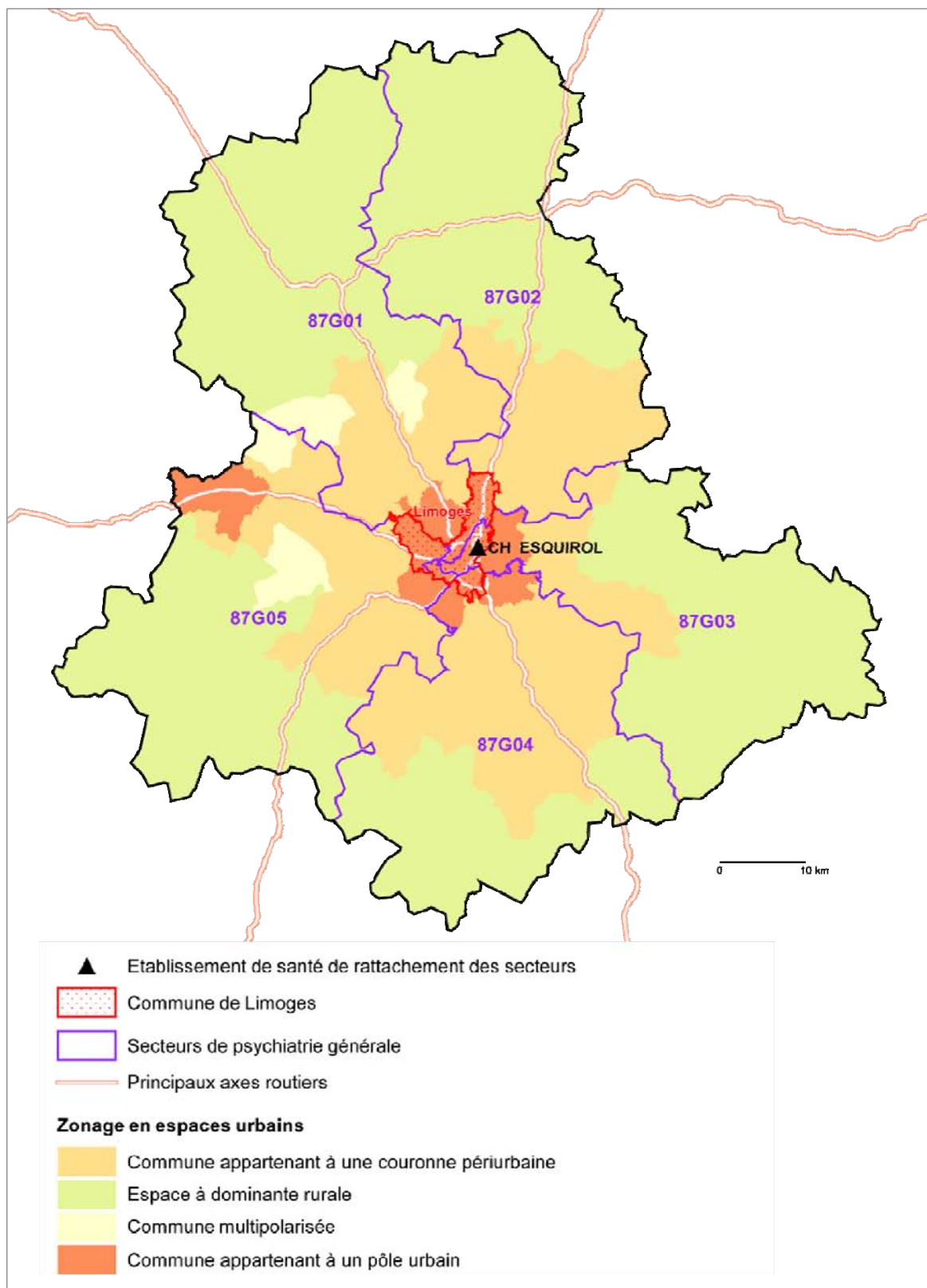
193 secteurs sont composés d'un ensemble continu de communes et fractions de communes (Figure 26). Dans tous les cas, le découpage est alors centré sur la ville, ce qui correspond le plus souvent à la localisation de l'hôpital et témoigne donc d'un effet de « *path dependency* » entre la localisation initiale des asiles et le découpage en secteurs. Le départ de la Haute-Vienne, avec ses secteurs centrés autour de l'établissement hospitalier Esquirol, et découpant la ville de Limoges, est un parfait exemple de ce modèle spatial (Figure 27).

Figure 26 Les secteurs radiaux centrés sur la ville en France métropolitaine (2006)



Source : DREES-INSEE

Figure 27 Le découpage en secteurs radiaux du département de la Haute-Vienne en 2006

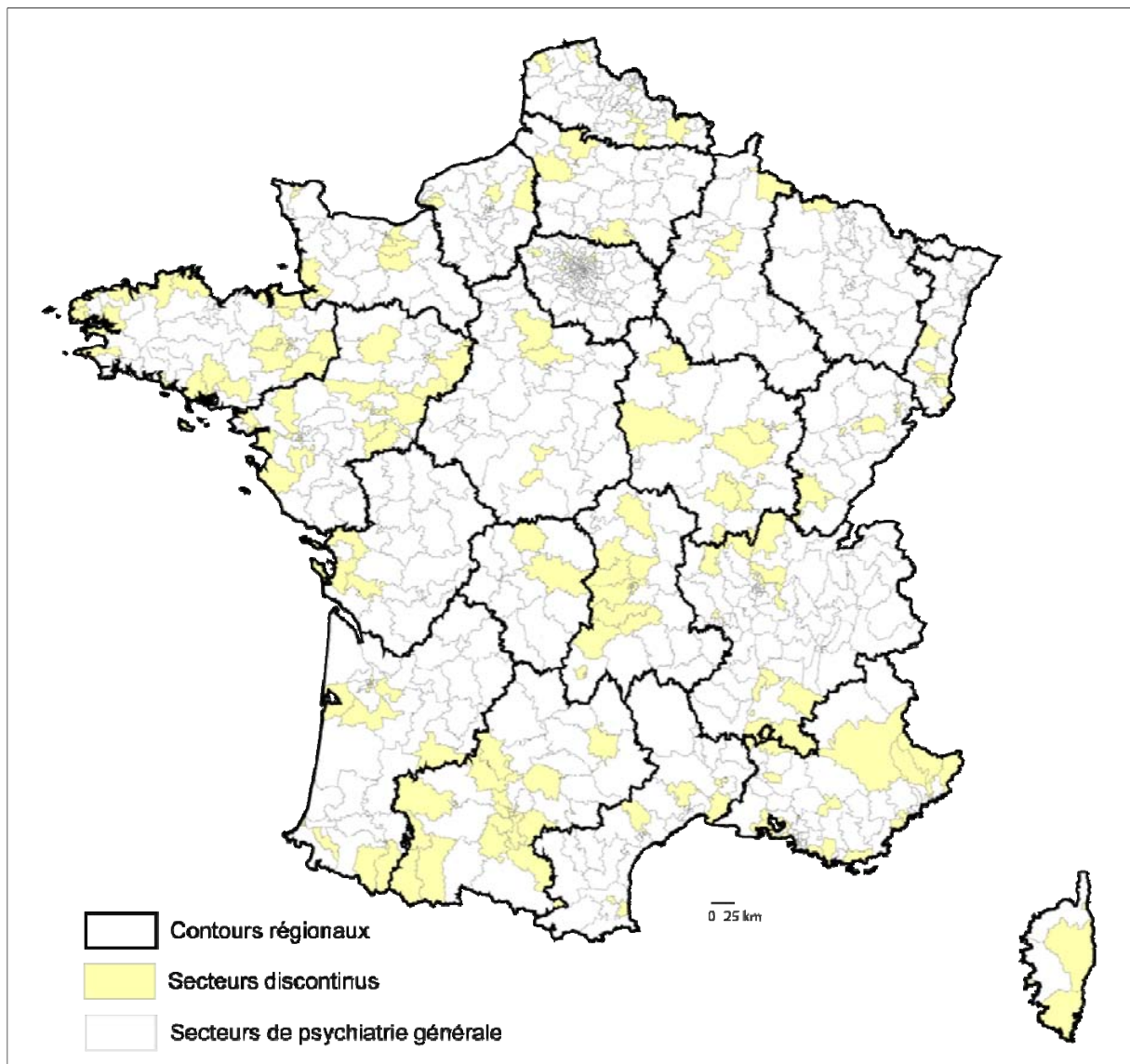


Source : DREES-INSEE

Les secteurs discontinus

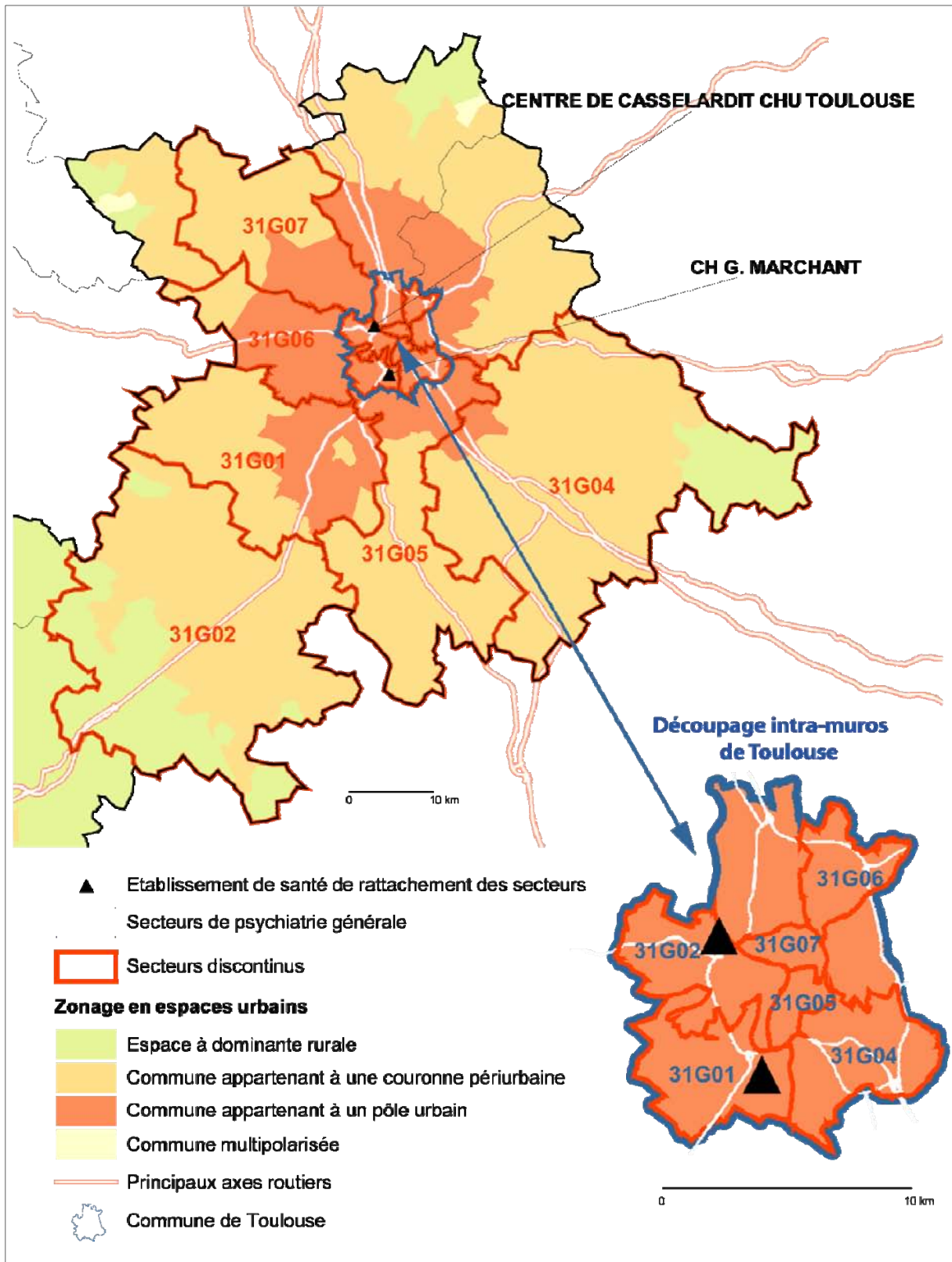
Enfin, 128 secteurs (Figure 28) peuvent être qualifiés de discontinus dans le sens où ils sont composés de plusieurs « morceaux » ou « polygones », soit de zones non contiguës (zones insulaires exclues). La plupart se rapprochent de la forme radiale précédemment évoquée, ils sont composés d'une fraction de la commune principale et d'une zone plus excentrée distante de la commune centre, comme nous pouvons le voir dans l'exemple de la Haute-Garonne représenté sur la Figure 29.

Figure 28 Les secteurs discontinus en France métropolitaine (2006)



Source : DREES-INSEE

Figure 29 Le découpage en secteurs discontinus dans le département de la Haute-Garonne



Source : DREES-INSEE

Les zones agrandies sur les Figure 27 et Figure 29 montrent que le découpage s'adapte parfois aux contraintes géographiques (fleuves ou axes routiers) notamment dans les formes radiales et discontinues.

Considérant ces quatre configurations spatiales, on peut se demander si certaines répondent mieux aux objectifs et ambitions de la politique de sectorisation pensée par la profession médicale, à l'idée d'une communauté thérapeutique. Est-ce que ces découpages soutiennent l'argument d'une conception territoriale des soins appropriée aux besoins de la population couverte ?

Les trois premières configurations correspondent à une conception plus classique du territoire, le territoire étant perçu dans sa continuité. La dernière configuration peut être vue comme l'émergence d'autres conceptions territoriales, non plus en continuité mais en connexité, les localisations étant réunies par des éléments de réseau.

Les deux premières configurations, agrégation de communes entières et contigües, combinent ainsi un critère de taille de population, de proximité et un critère administratif (ajustement des limites des secteurs sur les limites communales), et peuvent apparaître plus homogènes en termes de population couverte du fait de leur appartenance à des zones soit essentiellement urbaines, soit essentiellement rurales. Ainsi, par exemple, l'exercice de la psychiatrie en milieu rural s'avère particulier en termes d'offre et de demande de soins (Pidolle, 1995) du point de vue des pratiques (difficulté d'accès à une population dispersée, nécessité de multiplier les centres médico-psychologiques, besoin de véhicules de secteur, psychiatrie de liaison dans des hôpitaux locaux ou dans des hôpitaux généraux, éloignement des services d'hospitalisation à temps plein, surcoûts importants liés à la distance et à la taille des équipes, ou difficultés culturelles...). Les secteurs psychiatriques ruraux se caractérisent aussi par la présence importante sur leur territoire d'institutions médicales ou médico-sociales (hôpitaux locaux, petits hôpitaux généraux, unités de long séjour, maisons de retraite, instituts médico-éducatifs, centres d'aide par le travail...) géographiquement dispersées. L'étude réalisée par le Dr Pidolle à partir d'exemples pris dans quelques régions fait apparaître certaines spécificités de la demande de soins en milieu rural, notamment les besoins de soins particuliers pour les personnes âgées, les troubles liés à la consommation

d'alcool. D'autre part, la psychiatrie libérale étant peu implantée en milieu rural, les secteurs de psychiatrie ruraux vont recevoir des demandes de soins importantes pour des problèmes dépressifs non psychotiques, des troubles névrotiques. « *Certains psychiatres [...] lient l'émergence de certains troubles à des composantes culturelles, sociales, particulières : [...] familles « autochtones » avec un réseau de soutien important, familles « importées » (mythe du retour à la terre) plus marginales, souvent recomposées et « à problèmes »* ». En outre, est posée l'hypothèse de l'existence de réseaux sociaux spécifiques au milieu rural. « *La demande de soins psychiatriques en milieu rural traduit à la fois des problèmes spécifiques dus à la dispersion de la population (isolement, nécessaire solidarité de proximité, réseaux sociaux particuliers) et à l'agriculture devenue obsolète comme système référentiel de valeurs et à un système culturel dans lequel l'urbain est valorisé* ».

Dans les deux types de configurations radiales où plusieurs types d'espace géographique sont associés dans un même secteur, cette hétérogénéité ne signifie pas nécessairement qu'il y a moins de lien social. Les déplacements individuels des habitants du péri-urbain se font souvent dans une forme de secteur triangulaire ou trapézoïdal centré sur la ville et avec une ou deux pointes dans la banlieue. Et ce découpage radial de la ville peut se conformer à celui des axes de transport et aux pratiques spatiales des habitants de l'aire urbaine.

Lorsque le critère de continuité n'est pas respecté, on peut faire l'hypothèse que le travail des équipes psychiatriques est rendu plus difficile et que d'autres considérations que la logique de proximité interviennent pour expliquer la formation des secteurs.

Par ailleurs, le découpage radial aboutit parfois à des situations « absurdes » telles que selon que l'on habite un numéro pair ou impair de la rue on va dépendre d'un secteur psychiatrique différent et donc d'une équipe et d'une gamme de services différentes.

Nous pouvons donc questionner ces configurations spatiales. La contrainte administrative et gestionnaire semble avoir dépassé l'approche clinique. L'objectif du découpage semble davantage obéir à des règles mathématiques (découper une zone d'environ 70 000 habitants) et administratives qu'à une ambition clinique, oubliant ainsi l'ambition initiale du secteur de créer et maintenir du lien social entre les patients et l'environnement dans lequel ils vivent, partager une histoire humaine commune et s'appuyer sur cette communauté

humaine pour prendre en charge le patient. Or, comme le rappelle le Dr Baillon lors de notre entretien, « *une politique de soins s'articule sur une hypothèse clinique et pas sur une logique administrative ; la clinique ne peut pas être au service de la gestion* ». De même, le principe égalitariste visant à éviter la ségrégation de certains patients semble s'opposer au principe de cohérence populationnelle, de communauté territoriale. On peut également voir dans certaines stratégies de découpage la nécessité d'attirer des psychiatres dans la chefferie des secteurs, chacun voulant avoir un « morceau de la ville » ou un « pied à l'hôpital » et ne voulant pas être relégué à la campagne ou dans des zones éloignées de l'institution hospitalière. En effet, au début de la mise en place de la sectorisation, la psychiatrie de secteur ne fait pas encore l'unanimité parmi la profession et pour une part non négligeable des professionnels, hors de l'hôpital on est un peu moins médecin. Les découpages avec un ancrage urbain peuvent ainsi être interprétés comme une conséquence de la volonté médicale de conserver une position professionnelle à l'hôpital.

Les choix de découpage révèlent des visions et ambitions différentes données à la politique de sectorisation. Par exemple, le découpage de secteurs autour de la structure hospitalière initiale peut être interprété comme une vision du secteur où l'hôpital reste au centre de la prise en charge. La construction de territoires indépendante de la structure hospitalière initiale peut donner davantage d'élan au développement de structures implantées au plus près de la population, tout en posant des difficultés concernant l'hospitalisation qui va rester longtemps au sein des structures initiales, et donc loin des lieux de vie des patients.

Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que les secteurs radiaux centrés sur la ville vont avoir tendance à concentrer leur offre de soins dans la ville-centre plutôt que de la disperser sur le territoire, permettant ainsi une mutualisation des moyens à l'intérieur de la ville. Au contraire, les secteurs qui ne découpent pas une ville mais qui englobent plusieurs communes pourraient permettre de disperser les services et de couvrir plus équitablement le territoire desservi.

Nous pouvons ajouter une autre hypothèse. En effet, la destination spécialisée ou non de l'établissement de rattachement peut également jouer sur le découpage et l'organisation des soins. L'analyse des découpages semble montrer que les territoires incluant des communes

entières sont souvent rattachés à un centre hospitalier général (CHG ou EPS, établissement public de santé). Plusieurs motifs peuvent être évoqués : Les CHG ont souvent moins de secteurs rattachés qu'un centre hospitalier spécialisé dans la prise en charge de la maladie mentale (CHS ou EPSM, établissement public de santé mentale), voire un seul, ils sont davantage implantés dans des villes moyennes autour desquelles on construit plus facilement un territoire de 70 000 habitants.

Nous avons pu observer aussi le rôle important de la catégorie d'établissement sur le développement de structures dans la communauté : la connaissance et l'expérience de la psychiatrie pour les CHS et des enjeux du mouvement de désinstitutionalisation, les établissements généraux habitués à traiter les pathologies somatiques (médecine, chirurgie, obstétrique, MCO) peuvent ne pas comprendre l'intérêt et l'importance de développer des structures dans la communauté. Nous avons ainsi montré dans une étude réalisée à l'IRDES sur les disparités quantitatives et qualitatives des secteurs de psychiatrie générale et le degré d'achèvement de la politique de sectorisation cinquante ans après la mise en place de la circulaire de 1960, comment à moyens équivalents, le rattachement des secteurs à un centre hospitalier général ou à un centre hospitalier spécialisé dans la prise en charge de la santé mentale, va modifier les stratégies cliniques et le choix des outils thérapeutiques (Coldefy, Le Fur, Lucas-Gabrielli & Mousquès, 2009a; Coldefy, Le Fur, Lucas-Gabrielli & Mousquès, 2009b). Ainsi, lorsque les CHS développent des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques, les CHG ou centres hospitaliers régionaux (CHR) préfèrent les hôpitaux de jour, structures plus hospitalières, souvent implantées dans l'enceinte de l'établissement. Nous pouvons voir ici des effets en retour de la forme prise par l'institution sur le type de culture clinique prévalant dans les structures hospitalières.

En France, le découpage en secteurs psychiatriques a précédé le développement des structures psychiatriques « extrahospitalières », c'était un préalable à leur développement. Nous pouvons donc interroger les effets de ce découpage sur les modèles spatiaux de localisation des services et sur le développement d'éventuels ghettos de services de dépendance. Une des hypothèses que l'on peut faire est que la configuration spatiale des

secteurs influe sur la couverture populationnelle du territoire de desserte en termes d'implantation de structures.

3.2 De l'asile au secteur : une multiplication des structures de prises en charge

Cette transformation de la prise en charge psychiatrique s'est accompagnée de la création de nouvelles structures, depuis la prévention de la maladie mentale, en passant par différentes structures de soins ambulatoires, à temps partiel ou à temps complet, et jusqu'à la réinsertion des patients dans leur milieu de vie. Ainsi, alors que jusque dans la première moitié du XXe siècle, l'hôpital constituait l'unique structure de prise en charge de la maladie mentale, le territoire va peu à peu voir apparaître de nouvelles structures, plus légères, d'abord des dispensaires qui deviendront les actuels centres médico-psychologiques (CMP), puis des centres de postcure assurant le suivi des patients après l'hospitalisation. L'hôpital psychiatrique ne devient plus qu'une des modalités de prise en charge parmi tout un échantillon de services offerts à la population.

Les structures développées peuvent être séparées en trois groupes, selon qu'elles proposent des prises en charge ambulatoires (sous forme de consultation), à temps partiel (le patient vient à la journée ou à la nuit), et à temps complet (le patient est pris en charge 24 heures sur 24).

Ainsi, dans le cadre des prises en charge ambulatoires, nous pouvons recenser deux types de structures :

- le **centre médico-psychologique (CMP)** : c'est la structure pivot du dispositif de soins des secteurs de psychiatrie (pensé comme tel depuis la circulaire de 1990). Dans ce cadre, il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extrahospitalières (soins et interventions à domicile ou en institution substitutive au domicile telle que les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux, les établissements pénitentiaires, mais aussi activité de liaison vers les unités somatiques des centres hospitaliers généraux), en lien avec les

unités d'hospitalisation. Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile (Coldefy, 2007a). Certains CMP sont aussi habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent d'une permanence téléphonique reliée à des organismes d'aide médicale urgente et organisent l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence nécessaires. Il s'agit alors de **centres d'accueil permanent (CAP)**, mais ces derniers sont relativement rares comme nous le verrons par la suite.

Les prises en charge à temps partiel s'articulent autour de quatre structures :

- **l'hôpital de jour** où des soins polyvalents et intensifs sont prodigués durant toute ou une partie de la journée, pendant un ou quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la « chronicisation » et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.
- **le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)** : Le CATTP a pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient a priori des structures précédentes sur plusieurs points :
 - la venue en CATTP se fait de manière plus discontinue ;
 - du fait de leurs activités thérapeutiques et occupationnelles, les CATTP agissent, en principe, en aval de l'hôpital de jour : ils s'adressent à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et leur activité est davantage orientée vers la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ;
 - les équipes soignantes y sont en général plus réduites et moins médicalisées.

Selon les experts, malgré les différences de principes entre ces deux types de structures, il est en pratique parfois difficile de distinguer des différences réelles en termes d'activité. Ceci s'explique notamment par le fait que le CATTP est une formule plus souple qui semble plus aisée à mettre en place que l'hôpital de jour. En particulier, le CATTP n'était pas obligé d'enregistrer sa capacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'a donc pas besoin d'avoir

une autorisation préalable de création par les autorités sanitaires, ni de fermer des lits quand il veut créer des places d'hospitalisation à temps partiel, en application des règles de la planification hospitalière en vigueur en 2003. Enfin, le CATTP mobilise moins de ressources humaines et matérielles que l'hôpital de jour.

- **les ateliers thérapeutiques** : ces ateliers utilisent des techniques de soins particulières, notamment des groupes ergothérapeutiques pour réhabituer les patients à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale, à partir d'activités artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit clairement d'une réadaptation, cherchant à développer les capacités relationnelles des patients, qui peut être couplée à d'autres formes de prises en charge thérapeutiques au sein du secteur. Les personnels intervenant y sont très diversifiés : infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues, etc.. Ce sont des structures qui doivent de préférence être implantées en dehors de l'hôpital.
- **l'hôpital de nuit** qui permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit voire en fin de semaine. Il s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais qui ont besoin, sur une période donnée, d'être pris en charge la nuit et le week-end, moments de particulière vulnérabilité et d'angoisse.

Enfin, les prises en charge à temps complet peuvent se faire dans six structures différentes :

- les **unités d'hospitalisation à temps plein** classiques qui constituent le mode « traditionnel » de prise en charge des malades dans un hôpital. Celui-ci peut être un centre hospitalier spécialisé (CHS), un centre hospitalier général ou régional (CHG, CHR) ou un établissement privé participant au service public. Les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. L'hospitalisation à temps plein entraîne une coupure avec le milieu social et familial afin de prodiguer les soins intensifs nécessaires. Elle est en principe réservée aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles. Si ces unités sont majoritairement implantées à l'hôpital, nous voyons apparaître de plus en plus des unités d'hospitalisation implantées en ville.
- **les centres de postcure** : ce sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs, ainsi que les traitements

nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Même installés dans l'enceinte de l'hôpital, les centres de postcure doivent être clairement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps plein.

- **l'hospitalisation à domicile (HAD)** : les services d'HAD en psychiatrie organisent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées à des prestations d'entretien selon l'état de dépendance du patient. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Ce mode d'hospitalisation permet au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantit la continuité des soins. Cependant, dans le cadre de cette recherche, cette modalité de prise en charge sera exclue de notre analyse de la nouvelle géographie des lieux de soins en psychiatrie, le domicile du patient n'étant pas une implantation psychiatrique proprement dite.
- **Les appartements thérapeutiques** constituent des unités de soins à visée de réinsertion sociale. Par principe, ils sont installés en dehors de l'enceinte de l'hôpital et intégrés dans la cité et sont mis à disposition de quelques patients pour une durée limitée. Ils sont censés permettre au patient de mener une vie la plus normale possible mais nécessitent néanmoins une présence importante, sinon continue, de personnels soignants.
- **Les structures d'accueil familial thérapeutique** permettent de placer dans des familles d'accueil des malades mentaux de tous âges, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Ils s'adressent à des patients pour lesquels une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.
- **Les centres d'accueil et de crise** sont conçus pour gérer les situations de crises et de détresses aiguës, à travers un accueil 24h/24 et la possibilité d'une hospitalisation intensive de courte durée (moins de 72 heures).

Le développement de ces structures a été lent et très inégal sur le territoire. Il faut rappeler que si leur développement a été souhaité par le gouvernement, il n'a pas été facilité par le système de financement des établissements de santé et l'absence de support juridique propre au secteur (autre que l'hôpital), au point que l'on peut se demander dans quelle mesure

l'ouverture de ces nouvelles structures a concurrencé l'hôpital. En effet, le budget hospitalier étant basé sur les journées d'hospitalisation, leur réduction entraîne donc des moyens réduits pour l'établissement. Georges Daumézon (1978) résume bien cette contradiction : *« Aujourd'hui encore il n'existe aucune institution pouvant servir de support au secteur, si ce n'est l'hôpital, or l'hôpital est chargé de ce fait de se détruire, de perdre des prix de journée pour que vive une organisation extrahospitalière dont le financement tarit les moyens de vivre de l'hôpital, et du même coup, les moyens de constituer un appareil de soin dans le secteur. Pareille situation rend difficile l'élaboration d'une théorie et la mise au point d'une pratique »*.

Opposition entre théorie et pratique, mais aussi entre logique clinique et logique gestionnaire que nous rencontrons déjà dans la traduction administrative du secteur psychiatrique. Dans une note sur le Bilan de la politique psychiatrique en France en 1960-1980, rédigée en septembre 1980, Pierre Noel signale :

« Outre les nombreuses réticences qui se manifestent à l'égard de l'éclatement de l'hôpital psychiatrique, un élément supplémentaire fait obstacle à l'extension de la sectorisation psychiatrique : le caractère incohérent de son système de financement. Le système actuel (1980) de financement repose sur la distinction qui est établie entre la notion de prévention et celle de soins. En effet alors que les soins prodigués dans le cadre hospitalier sont pris en charge par la Sécurité Sociale sur la base du prix de journée, les pratiques médicales de nature extrahospitalière (visites et soins à domicile, consultations dans les dispensaires notamment) sont considérées comme des activités de prévention et financées par l'Etat et les départements. Le décret du 20 mars 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales prévoit en effet que les frais de fonctionnement des dispensaires d'hygiène mentale sont pris en charge par le département au titre des dépenses obligatoires. On considère en effet que la prévention en matière de santé mentale doit être financée, comme toute autre forme de prévention, par le département. Les pratiques extrahospitalières engagées dans le cadre de la politique de sectorisation [...] sont donc assimilées exclusivement à des actions de prévention. Il convient toutefois de préciser que certaines caisses de sécurité sociale acceptent de financer une partie de ces activités extrahospitalières. Par ailleurs, l'Etat assure le remboursement à hauteur de 83 % en moyenne des dépenses engagées au titre de la prophylaxie des maladies mentales (extrahospitalière).

La notion même de prix de journée constitue un obstacle au développement des activités extrahospitalières. En effet, les recettes des hôpitaux, leur équilibre financier, sont dans ce mécanisme subordonnés au nombre de journées d'hospitalisation, c'est à dire au nombre de malades hébergés et à leur durée de séjour. Or le développement de l'extrahospitalier tend précisément à réduire à la fois le nombre de malades hospitalisés et leur durée de séjour puisqu'il privilégie les soins à domicile. On assiste donc à la situation aberrante suivante : dans un même secteur l'équipe médicale s'efforce d'éloigner les malades de l'hôpital psychiatrique alors que les responsables administratifs de ce dernier cherchent à les y maintenir afin d'assurer le taux d'occupation optimum de leur établissement. »

Il faudra attendre 1985 et la loi du 31 décembre relative à la sectorisation psychiatrique pour que la logique de facturation aux prix de journée qui constituait un véritable frein au développement des activités extrahospitalières soit abandonnée au profit d'une unification du financement et de la gestion de la psychiatrie publique (le budget global).

Rappelons aussi qu'en même temps que paraissait la circulaire du 15 mars 1960 mettant en place la politique de sectorisation, était publiée une autre circulaire relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens visant leur modernisation et l'amélioration de leur fonctionnement, à travers des mesures d'humanisation. Une nouvelle contradiction apparaît donc ici, soulignée lors de notre entretien avec Guy Baillon, pour qui il était difficile d'abandonner complètement ce que l'on essayait simultanément d'améliorer.

En outre, l'ouverture de places alternatives de type hôpital de jour, centre de crise, appartement thérapeutique ou accueil familial thérapeutique n'était possible qu'en contrepartie de la fermeture de lits d'hospitalisation, redéploiement nécessité par les indices fixés par la carte sanitaire en psychiatrie (arrêté et circulaire de février 1991).

Les résistances par rapport à l'ouverture sur la ville proviennent donc de différents acteurs :

- des directeurs d'établissements qui y voient la réduction de leur budget,
- un corps médical pour lequel la multiplication des lieux de soins affaiblit sa position et son contact avec les patients et les autres soignants et modifie ses pratiques,

- des infirmiers qui ont peur de perdre des affectations, ressentant le développement de l'extrahospitalier et l'éclatement de l'hôpital comme une menace directe sur leur emploi et leur fonction. Certains expriment une réticence à sortir de l'asile pour assurer des soins à l'extérieur, modifiant ainsi leur mode de vie,
- des élus enfin, qui y voient un potentiel affaiblissement de l'attraction de leur pôle d'emplois, surtout lorsque l'établissement historique est implanté en zone rurale.

Ces résistances additionnées aux mesures un peu divergentes expliquent que la politique de sectorisation n'ait pas entièrement abouti en termes de développement de structures extrahospitalières, et rendent compte des disparités de réalisation entre secteurs, établissements et départements, liées notamment à différents degrés de motivation et d'investissement des acteurs, d'autant plus que les circulaires publiées prônaient des orientations, mais n'imposaient pas une planification.

Le ministère avait conscience de l'existence de ces obstacles au développement du secteur. Ainsi Marie-Rose Mamelet, chef du bureau santé mentale de la Direction Générale de la Santé, indiquait : « *Le bénéfice de la réduction du nombre des journées d'hospitalisation n'est pas évident pour ceux qui tirent leurs moyens d'existence de l'hospitalisation. Il faut dans chaque cas, expliquer, concerter, inciter, pour lutter contre l'hospitalisation d'un nombre élevé de malades qui assurerait le plein emploi des personnels.* » Elle ajoutait également une autre contrainte économique au niveau des communes cette fois. « *Notons également que le fait de réduire sensiblement le nombre des malades hospitalisés soulève des difficultés d'emploi dans certaines communes. Freiner la mise en place de l'extrahospitalier paraît parfois être la solution au problème économique ainsi posé.* » (Mamelet, 1977)

Objectifs de santé publique et intérêts économiques se trouvent donc ici en profonde contradiction.

3.2.1 La montée en charge du dispositif

Pour décrire le développement des structures extrahospitalières et la mise en place de la composante ambulatoire de la prise en charge de la maladie mentale, nous avons analysé les différentes publications statistiques du Ministère de la Santé (et ses différentes appellations) pour la seconde moitié du XXe siècle. Nous avons ainsi pu reconstituer des séries chronologiques longues concernant le nombre de dispensaires d'hygiène mentale depuis les années 1950, et les autres structures extrahospitalières depuis la fin des années 1980. Alors que dans son article sur la statistique publique psychiatrique au XXe siècle, le Dr Chapireau concluait à l'absence de données sur les structures ambulatoires entre 1960 et 1987 et s'interrogeait sur le manque de curiosité de la part des praticiens, des scientifiques et des décideurs de l'époque (Chapireau, 2007), les données sont dans les faits disponibles à travers différents supports de publication ministériels. Ainsi succéderont au « Bulletin de l'Institut national d'hygiène » (Ministère de la Santé Publique, 1958; Ministère de la Santé Publique, 1959; Ministère de la Santé Publique, 1960; Ministère de la Santé Publique, 1961), les « Tableaux Santé et Sécurité Sociale » (Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 1977; Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, 1971), les « Annuaire des statistiques sanitaires et sociales » (Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, 1984), les « Informations rapides » (Boisguérin, 1990), les « Documents statistiques » (Boisguérin, 1992; Boisguérin, 1995; Boisguérin, 1996; Boisguérin, 1998), puis les « Documents de travail » (Coldefy, 2004; Coldefy & Lepage, 2007; Guilmin, Parayre & Boisguérin, 2000).

Le Tableau 3 illustre la progression très sensible du nombre de structures psychiatriques publiques. Le nombre de dispensaires d'hygiène mentale ou centres de consultation (CMP) a été multiplié par cinq entre 1955 et 2003, dépassant les 2 000 structures. La France comptait également en 2003 plus de 1 000 hôpitaux de jour et centres d'activité thérapeutique à temps partiel. Comparés aux 140 établissements de la psychiatrie « asilaire », le nombre de points de recours, et donc l'accessibilité pour les patients, a été démultiplié pendant la seconde moitié du XXe siècle.

Tableau 3 Evolution du nombre de structures psychiatriques publiques

Année	Ensemble établissements psychiatriques						Secteurs de psychiatrie générale				
	1955	1959	1965	1970	1975	1980	1987	1991	1995	2000	2003
Nombre de centres de consultation (dispensaire, CMP)	435	575	884	985	2 164	2 902	1 904	1 854	2 102	2 200	2 070
Centres d'activité thérapeutique à temps partiel							306	485	789	1 056	1 187
Ateliers thérapeutiques							179	216	238	ND	263
Hôpitaux de jour							410	898	1 142	1 218	1 203
Hôpitaux de nuit							ND	556	555	ND	515
Appartements thérapeutiques							163	196	364	ND	359
Centres de postcure							29	25	71	ND	56
Centres d'accueil permanent / centres de crise							60	90	128	83	53

Source : Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

Cette diversification et multiplication des structures s'est accompagnée d'un mouvement d'implantation de la psychiatrie à l'hôpital général. Ainsi, en 1971, le Ministère recensait 21 services psychiatriques installés dans des centres hospitaliers généraux (soit 16 % des établissements publics ayant une activité de psychiatrie), ils étaient 73 en 1975. La proportion de secteurs de psychiatrie générale rattachés à des centres hospitaliers généraux ou régionaux est, quant à elle, passée de 31 % en 1987 à 37 % en 2003, et ce, malgré le rapport Massé publié en 1992 préconisant le recentrage de la psychiatrie sur l'hôpital général. Ce recentrage s'est dans les faits davantage traduit par un fort développement de la présence d'équipes psychiatriques dans les services d'urgences des hôpitaux généraux et le développement des interventions psychiatriques au sein des unités somatiques.

Cependant, cette multiplication des structures ne signifie pas obligatoirement localisation hors de l'enceinte hospitalière et multiplication des points d'accès aux services. En 1991, la moitié des hôpitaux de jour, 9 % des hôpitaux de nuit et 89 % des CATTP étaient localisés hors de l'hôpital. En 2003, ces proportions sont respectivement de 62 %, 12 % et 88 %. Plus de 90 % des CMP sont situés hors de l'enceinte hospitalière.

3.2.2 Où localiser ces nouvelles structures ?

Les textes officiels mettant en place la politique de sectorisation ne fournissent pas d'indication précise sur la localisation souhaitable de ces structures, si ce n'est en matière de taille de ville. La circulaire du 15 mars 1960 préconisait la création d'un centre d'hygiène

mentale dans le chef-lieu du département, de dispensaires dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants, voire dans certaines agglomérations de plus de 10 000 habitants et dans certains bourgs attractifs pour les départements à densité démographique peu importante. La création des hôpitaux de jour devait être envisagée dans « toutes les zones à densité démographique importante ». L'idée est bien de rapprocher les services des zones de population, d'autant plus que ces structures ambulatoires ou à temps partiel sont pour la plupart des services où l'on se rend fréquemment et pour une durée relativement courte (le patient regagne son domicile après sa consultation ou son activité thérapeutique). Aucune valeur thérapeutique n'est ici associée au « milieu » ou à l'environnement de la structure, comme observé lors de l'époque asilaire. Le critère principal semble bien être ici l'accessibilité pour la population, l'aspect thérapeutique venant du « milieu de vie » du patient.

Afin d'explorer le processus de décision qui a conduit à définir les localisations des équipements, nous avons conduit des entretiens avec des professionnels de santé mentale (voir annexe 1, liste des personnes interrogées, et annexe 5, grille d'entretien). Ces entretiens viennent ici à titre d'illustration, une exploitation plus systématique sera présentée dans le dernier chapitre avec l'exemple des structures de l'établissement public de santé Maison Blanche.

Ces enquêtes nous ont appris que les structures peuvent être construites, achetées ou simplement louées. L'établissement de santé, personne morale, se comporte comme propriétaire, acquéreur ou locataire, avec les mêmes droits et devoirs qu'un particulier. Il n'y a cependant aucune différence selon la nature du propriétaire qui loue les locaux car les établissements hospitaliers sont réputés « payeurs sûrs » et rencontrent peu de réticence de la part des propriétaires. Selon la taille et l'organisation de l'établissement, c'est l'équipe soignante ou le personnel chargé des infrastructures immobilières qui décident de la localisation des structures. La recherche est la même que pour un particulier : les agences, les bailleurs sociaux, les réseaux, la mairie sont sollicités. Il y a des visites. Le cadre financier est contraint, puis l'établissement signe un bail de location ou l'acquisition. Les structures doivent répondre à certaines contraintes techniques comme les préconisations « handicap ». Il faut différencier les structures hospitalières des structures ambulatoires. Les premières

nécessitent des terrains importants et constituent des opérations coûteuses qui engagent des partenaires divers devant s'accorder sur les options des lieux et leurs conséquences, sauf si l'implantation s'opère sur une emprise hospitalière préexistante. Selon Serge Kannas, psychiatre hospitalier, chargé de mission à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, pour les structures ambulatoires ou à temps partiel, l'emplacement va résulter de différents facteurs :

- les contraintes d'accessibilité (lieu central, accessible par la route, proximité transport public...),
- les contraintes de budget immobilier,
- une occasion ou « aubaine » quelconque,
- les oppositions du voisinage,
- l'importance accordée à la politique d'implantation par l'établissement support (qui peut être moins importante pour un CHG que pour un CHS)
- l'aspect politique pour la commune accueillante.

Nous pouvons ajouter à ces facteurs l'héritage de structures anciennes. A Paris, de nombreux CMP ont été établis dans les anciens dispensaires d'hygiène sociale ou mentale. La mairie peut également prêter ou louer des locaux, et vont alors entrer en compte les réseaux politiques des médecins chefs de secteur. La cohésion entre l'ensemble des acteurs politiques et professionnels et leur implication, vont ainsi fortement jouer sur les possibilités de localisation des structures psychiatriques dans la ville. Ce qui a été possible à tel endroit avec tel acteur dans tel contexte politique n'est pas reproductible partout. Un modèle n'est pas exportable : les conditions locales, les histoires de personnes entrent en compte.

Pour Dominique Testart, directeur d'hôpital, « *la localisation des structures est un mélange d'opportunités immobilières et de réflexion sur l'intérêt « thérapeutique » et pratique (logistique).* »

Le pouvoir des habitants pourrait paraître a priori moins important qu'aux Etats-Unis ou dans les pays anglo-saxons étudiés dans le chapitre 1. Contrairement aux Etats-Unis, il n'y a pas de consultation préalable de la population lors d'un projet d'installation d'une structure sanitaire. Alors qu'aux Etats-Unis, la population exerce un réel pouvoir d'action et de pression auprès des autorités, en France, il n'existe pas d'instance où le voisinage peut être entendu sauf si l'établissement ou ses représentants décident ou acceptent de les rencontrer. Dans leur comparaison des dispositifs de politique de la ville en France et aux Etats-Unis, Donzelot et al. opposent ainsi le modèle « social » français au modèle « communautaire » américain. Aux Etats-Unis, l'identité communautaire est un atout sur lequel s'appuyer et l'Etat incite la population s'organiser elle-même. Dans le modèle français, l'Etat n'a pas confiance dans la capacité des populations à s'approprier civiquement leur territoire et délègue son organisation aux autorités (Donzelot, Mével & Wyvekens, 2003). En France, le voisinage n'est pas toujours informé du projet, il l'apprend par des connaissances, par la « rumeur publique », et souvent un contact est pris avec les mairies lors d'un projet d'installation d'une structure psychiatrique. C'est souvent la municipalité qui communique ensuite l'information aux habitants. Les modes d'expression du voisinage existent quand même et sont divers. Il peut s'agir de pétitions, d'interventions auprès du maire, du député ou du préfet, de courriers à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ou à l'Agence régionale d'hospitalisation. Les réactions vont différer selon la nature du service et des populations accueillies (un centre de soins pour toxicomanes ou une consultation pour enfants ne recevront pas le même accueil de la part de la population résidente), et selon les caractéristiques du quartier d'implantation (résidentiel ou pas). Si en général les lieux de consultation sont mieux accueillis que les structures d'hébergement, un CMP peut également apparaître plus gênant pour le voisinage car il entraîne beaucoup d'allers-venues.

En outre, une structure psychiatrique peut être refusée par la population lorsqu'elle vient prendre la place d'un autre équipement public, de type médiathèque ou autre service de proximité.

Nous reviendrons davantage sur cet aspect, ainsi que sur les arguments avancés par les résidents pour refuser telle implantation, la stigmatisation dont est parfois victime la psychiatrie, et les nuisances réelles engendrées par ces structures dans le chapitre suivant

avec l'exemple de Maison Blanche. Nous verrons d'ailleurs par la suite, que par crainte des réactions d'opposition du voisinage, c'est parfois l'établissement lui-même qui évite certaines localisations qui pourraient être conflictuelles.

3.3 Dessine-moi une géographie post-asilaire française

3.3.1 Données pour le géoréférencement des établissements

Les données précédemment présentées étaient issues des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie. Si elles permettent de quantifier les structures et leur localisation intra ou extra muros, elles ne fournissent aucune information sur la localisation géographique précise des structures. La seule base de données géolocalisées sur les établissements de santé (et donc de psychiatrie) mobilisable est le répertoire FINESS, déjà utilisé dans le second chapitre. Ce répertoire permet de disposer des adresses et codes postaux des établissements.

Cependant les différentes structures psychiatriques identifiées précédemment ne sont pas recensées avec la même qualité dans ce répertoire des établissements sanitaires et sociaux. En effet, alors que cela pourrait sembler anodin, la définition même de ce qu'est un établissement pose problème. Et ce problème est amplifié lorsqu'on sort de l'établissement hospitalier proprement dit pour aller vers des structures extrahospitalières qui disposent ou non de lits. Dans le répertoire FINESS, un établissement correspond à une implantation géographique. Sont ainsi répertoriées par le Ministère chargé des Affaires Sanitaires et Sociales et ses services déconcentrés (DRASS et DDASS), les structures (Entités juridiques) autorisées à installer des équipements sanitaires ou sociaux ainsi que les lieux dans lesquels sont installés ces équipements et où s'exercent les activités de soins ou de service social correspondant (Etablissements). A chacune d'elles est attribué un numéro FINESS. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) est responsable du répertoire ; les DRASS et les DDASS en assurent la mise à jour. Les établissements et structures recensés dans ce répertoire sont donc principalement ceux donnant lieu à « autorisation ». Ainsi, « les établissements recensés relèvent du champ de FINESS :

- soit parce que leur création dépend de l'autorisation de l'administration sanitaire et sociale ou d'une collectivité territoriale,
- soit parce que leur recensement répond à un suivi démographique des établissements contribuant à l'offre de service sanitaire ou sociale » (Documentation FINESS, DREES-DMSI, 2001)

En outre, la liste des équipements et activités soumis à autorisation varie au cours du temps.

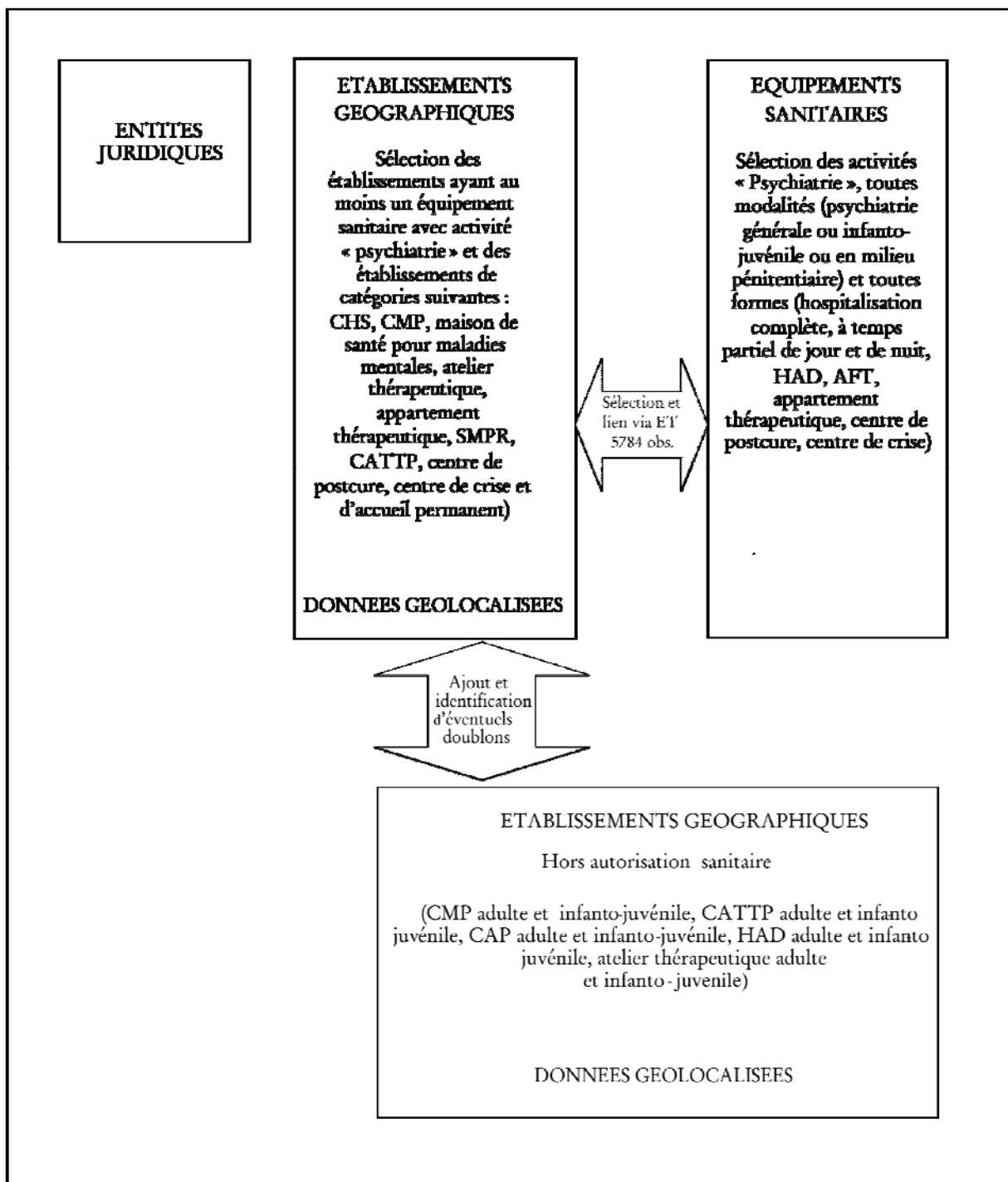
Les données mises à disposition par la DREES se présentent sous la forme de trois fichiers :

- un fichier « entités juridiques » recensant l'ensemble des entités dotées d'un statut juridique (personne morale ou physique), responsables d'établissements sanitaires ou sociaux. Ce fichier compte 59 096 unités pour l'année 2007.
- un fichier « établissements géographiques » qui recense pour chaque entité juridique précédente les unités de production : lieux de soins ou de prestations sociales. Ce fichier compte 96 754 unités pour l'année 2007.
- un fichier « équipements sanitaires » qui recense pour chaque établissement géographique précédent les différentes activités, modalités et formes de prise en charge proposées. Ce fichier compte 18 833 observations. Ce dernier effectif est inférieur aux précédents car ne sont concernés que les établissements sanitaires (et non les établissements sociaux ou de formation sanitaire ou sociale).

Certaines structures psychiatriques de prise en charge ambulatoire ou à temps partiel, telles que les CMP et CATTP, n'étant pas soumises à autorisation, ne sont pas exhaustivement recensées dans ces fichiers. Pour améliorer leur recensement, nous avons adressé une requête spécifique auprès de la DREES pour récupérer les éventuelles structures de ce type enregistrées en tant qu'équipements « hors autorisation sanitaire ». Après analyse des données, il semble que les problèmes d'exhaustivité concernent surtout différentes structures localisées à une même adresse, et non un « manque d'adresse d'implantation ».

Afin de sélectionner l'ensemble des structures ayant une activité de psychiatrie, nous avons raisonné de la façon suivante (Figure 30).

Figure 30 Sélection des structures psychiatriques sectorisées dans le répertoire FINSS



Après suppression des éventuels doublons, des unités non psychiatriques à l'intérieur d'un établissement psychiatrique et des établissements autorisés mais non ouverts en 2007, nous obtenons un fichier de 6 293 observations lorsque nous excluons les établissements des départements d'outre-mer de notre analyse.

Les établissements pouvant renseigner plusieurs modalités et formes d'activités, donnant lieu à chaque fois à une observation dans le répertoire FINESS, il est donc nécessaire de supprimer ces doublons. La base ainsi épurée, compte alors 5 134 observations.

La désinstitutionalisation ne concernant que les établissements sectorisés (publics ou participant au service public), nous devons les sélectionner dans cette base. Les établissements sectorisés sont identifiables à travers les rapports d'activité de secteurs de psychiatrie dont la dernière collecte remonte à 2003. La psychiatrie sectorisée représente 80 % des capacités hospitalières en psychiatrie (Coldefy, 2007a). Le numéro FINESS juridique des établissements sectorisés permet d'identifier l'ensemble des structures rattachées à ces établissements. 270 entités juridiques sont ainsi recensées, proposant 4 679 structures psychiatriques, dont 3 927 consacrées à la psychiatrie générale (ou non identifiée), allant du centre hospitalier au CMP (Tableau 4).

Tableau 4 Catégories d'établissement des structures sectorisées (psychiatrie générale)

Catégories d'établissement	Nombre	Pourcentage
Centre hospitalier régional	65	2
Centre hospitalier	267	7
Centre hospitalier spécialisé lutte Maladies mentales	784	20
Maison de santé pour maladies mentales	18	0
Etablissement de soins pluridisciplinaires	1	0
Syndicat inter-hospitalier	1	0
CMP	1819	46
Centre Crise accueil permanent	50	1
Atelier thérapeutique	52	1
CATTP	606	15
Appartement thérapeutique	181	5
Centre de postcure malades mentaux	59	2
SMPR	24	1
Ensemble des structures	3927	100

Source : FINESS

Les structures exclues de la suite de l'analyse du fait de leur non rattachement à une entité juridique sectorisée sont majoritairement des cliniques psychiatriques ou centres de postcure privés, des CMP ou appartements thérapeutiques gérés par des associations.

Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont des services de psychiatrie implantés dans les établissements pénitentiaires. Leur localisation étant contrainte par celle de ces établissements, nous les excluons de l'analyse.

Certaines observations peuvent correspondre à une même implantation géographique, une même localisation. Ainsi, lorsqu'un établissement dispose d'une unité d'hospitalisation à temps plein, d'une à temps partiel pour adulte et enfant, cela crée autant d'observations que de types de prise en charge. Le problème est que cet enregistrement de plusieurs unités de prise en charge à une même adresse est variable selon les établissements, certains ont préféré n'enregistrer au répertoire que les prises en charge donnant lieu à autorisation, ou les regrouper sous le terme « établissement de lutte contre les maladies mentales » sans autre précision. Cette possibilité d'enregistrement différencié selon les établissements nous oblige à raisonner davantage en termes de localisations différenciées, indépendamment du nombre de structures enregistrées à cette adresse. Nous perdons ainsi l'information sur le choix fait par certains établissements de concentrer leurs structures en un même lieu (« concentrations verticales »), mais nous gagnons en qualité de l'information recueillie en éliminant le biais d'enregistrement de l'information initiale. Afin d'analyser a minima cette concentration des prises en charge en un même lieu, nous avons décidé de créer une base de données par adresse ou localisation, en précisant pour chacune les structures déclarées. Cette information n'entrera pas directement dans l'analyse de la dispersion des structures mais pourra être mobilisée dans l'interprétation des résultats.

La base de données des localisations de structures sectorisées de psychiatrie générale pour la France métropolitaine compte alors 3 117 adresses différentes.

Les coordonnées x, y de ces localisations sont récupérées via le logiciel libre batchgeocodeur. Un code IRIS est ensuite associé à chaque adresse à travers une requête

réalisée sous Mapinfo, ce sont 1 956 IRIS qui apparaissent alors équipés d'au moins une structure psychiatrique.

3.3.2 Vers des services de proximité plus dispersés

Comme nous venons de le voir, la politique de secteur et la désinstitutionalisation ont entraîné une multiplication des structures de prise en charge, l'idée étant de rapprocher les services de la population si bien qu'on est passé en cinquante ans d'une centaine de communes équipées à plus de 1 200. Ce décuplement de la présence des services est en principe un formidable facteur de leur rapprochement par rapport aux patients. Cette évolution de la prise en charge va donc s'accompagner d'une modification majeure de la géographie de l'offre de soins en psychiatrie, changement que nous analysons ici. Dans quelles communes vont s'implanter ces nouvelles structures qui ne cherchent plus à exclure mais à intégrer la population ? Quel type d'espace va bénéficier de cette diversification et multiplication des structures ?

Ainsi, si la loi de 1838 nécessitait la création d'un établissement pour la prise en charge des aliénés par département, établissement souvent peu éloigné de la préfecture (cf. chapitre 1), lieu de pouvoir du département, la politique de sectorisation mise en place et développée dans la seconde moitié du XXe siècle va multiplier les communes d'accueil potentiel de ces nouveaux services, plus légers à installer et pour lesquels les patients vont se rendre plus régulièrement, de manière ambulatoire pour nombre de services. Ainsi, la circulaire de 1960 qui marque l'instauration de la sectorisation psychiatrique fournit quelques éléments sur la localisation souhaitée des nouveaux services psychiatriques.

« Dans les départements à densité démographique moyenne », sont prévus :

- un centre d'hygiène mentale dans les chefs-lieux de département,
- un dispensaire dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants

« Dans les départements à densité démographique peu importante », un dispensaire d'hygiène mentale ou une section spécialisée dans un dispensaire polyvalent doit être prévu

dans « certaines agglomérations de plus de 10 000 habitants » et dans « certains gros bourgs représentant des pôles attractifs pour la population environnante ».

« Enfin, des consultations doivent pouvoir être assurées dans certaines communes suivant une fréquence variable.»

Le Tableau 5 montre que la multiplication par plus de 10 du nombre de communes équipées d'une structure psychiatrique a fortement bénéficié aux communes de l'unité urbaine de Paris, puis aux communes appartenant à des unités urbaines de taille moyenne ou petite (inférieure à 20 000 habitants).

Tableau 5 Taux d'équipement en structures psychiatriques par tranche de taille de communes

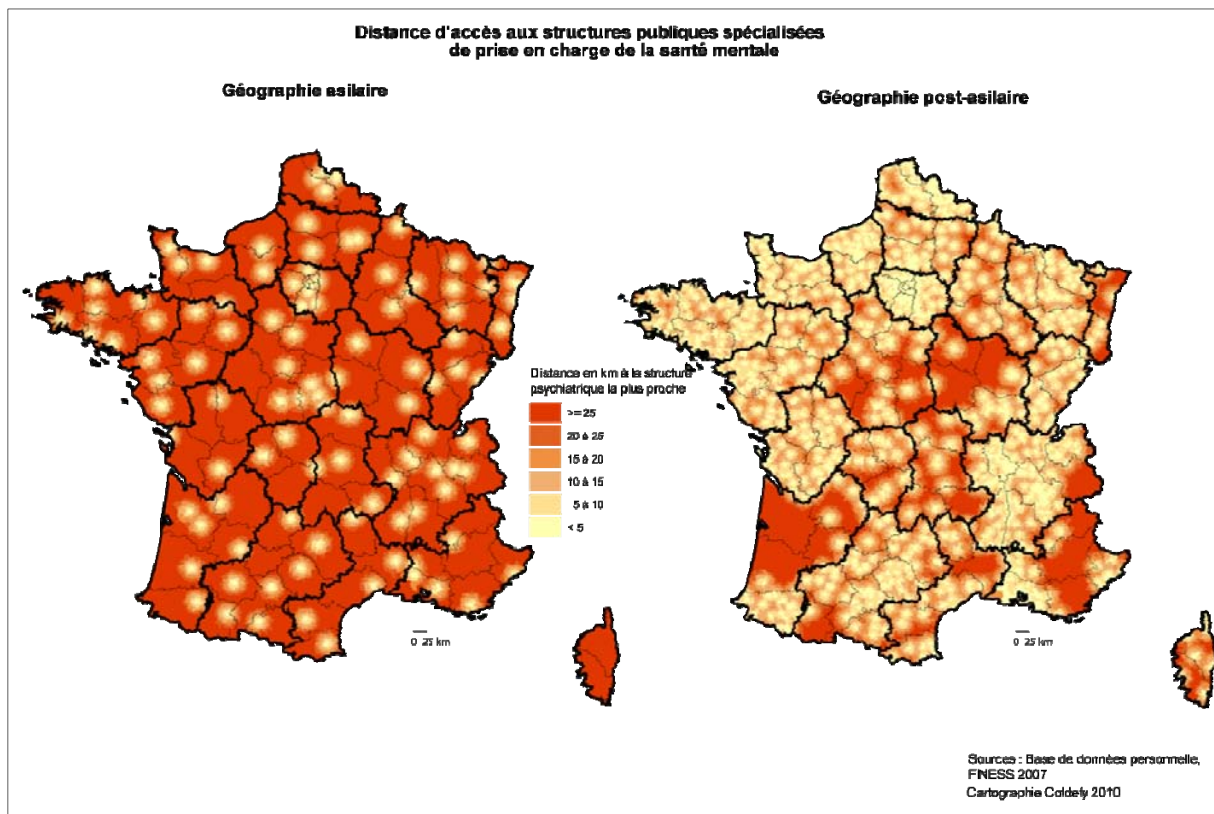
Tranche d'unité urbaine 1999	Nombre de communes françaises	Nombre de communes équipées d'un "asile"	Nombre de communes équipées d'au moins une structure psychiatrique	Evolution du nombre de communes équipées (multiplié par :)	% de communes françaises équipées d'au moins une structure psychiatrique
Commune rurale	30612	17	107	5,3	0,3
Unité urbaine de moins de 5 000 habitants	1548	11	171	14,5	11,0
Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants	933	13	173	12,3	18,5
Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants	689	8	145	17,1	21,0
Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants	603	18	113	5,3	18,7
Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants	494	11	77	6,0	15,6
Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants	322	8	46	4,8	14,3
Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants	997	22	210	8,5	21,1
Unité urbaine de Paris	415	5	194	37,8	46,7
Total	36613	113	1236	9,9	3,4

Sources : INSEE, DREES – FINESS, Base de données personnelle

Il y a bien une « urbanisation » des services de santé mentale comme l'observait Moon pour le Royaume-Uni (Moon, 1988), les communes appartenant à des unités urbaines étant les plus concernées par cette diffusion de l'offre de soins. La multiplication du nombre de communes équipées valide l'idée d'un rapprochement des structures de la population et donc d'une diffusion de l'offre de soins sur le territoire.

La comparaison des deux cartes de temps d'accès (à vol d'oiseau) aux équipements psychiatriques (Figure 31) montre bien la diffusion opérée sur le territoire français par le processus de désinstitutionalisation. Les départements apparaissant peu équipés sur la carte de la géographie-post-asilaire reflètent davantage l'absence de données de qualité issues du répertoire FINESS qu'une absence d'équipement psychiatrique.

Figure 31 Distance d'accès aux structures psychiatriques, avant et après la désinstitutionnalisation



La diffusion des services sanitaires a été peu étudiée en France. Dans leur travail sur les distances d'accès aux soins en 1990, Lucas et Tonnellier comparent les distances d'accès aux différents spécialistes médicaux et aux équipements lourds en 1982 et 1990. Ils analysent ainsi la diffusion des appareils IRM (technique d'imagerie par résonance magnétique) entre 1990 et 1994 dans les villes-centres et métropoles périphériques. Ils observent également un déséquilibre Nord-Sud dans le processus de diffusion et un équipement plus tardif des régions à faible densité de population (Lucas & Tonnellier, 1995). Leurs travaux sur l'évolution des distances d'accès aux différents spécialistes médicaux entre 1982 et 1990 ont ensuite été repris et actualisés par Schmitt et Niel dans leur étude sur la diffusion des services sanitaires et sociaux depuis 1980 (Schmitt & Niel, 1999). Les auteurs montrent que si les activités libérales se sont répandues sur le territoire, notamment les activités sanitaires de proximité (médecin généraliste, infirmier, pharmacie dont le nombre de communes pourvues est passé respectivement de 24 à 28 %, de 24 à 30 % et de 19 à 23 % entre 1980 et 1998), la proportion de communes ayant un établissement de santé public ou privé sur son

territoire n'a augmenté que de 0,3 % entre 1980 et 1998, et ce, seulement dans les espaces ruraux isolés.

La diffusion de l'offre de soins en santé mentale, de par sa profonde modification interne et la diversité des structures de prise en charge proposée (du CMP, que l'on pourrait davantage rapprocher des activités sanitaires libérales de proximité, à l'unité d'hospitalisation psychiatrique, plus proche des établissements de santé hospitaliers), occupe donc une position intermédiaire par rapport aux modèles présentés dans l'étude de Schmitt et Niel. Ainsi, la multiplication par dix du nombre de communes équipées indique une diffusion de l'offre de proximité. Dans le même temps, malgré un effort de développement important dans les communes multipolarisées²⁴, leur présence fortement majoritaire dans les pôles ruraux et urbains (Tableau 6) rappelle la faible diffusion hors des pôles des établissements de santé hospitaliers. Ainsi malgré une forte densification de l'offre de soins proposée à la population, la structure géographique des communes équipées reste en partie similaire à celle observée à l'époque asilaire (Tableau 7).

Tableau 6 Taux d'équipement des communes selon leur caractère urbain ou rural

Zonage en aires et espaces urbains 1999	Nombre de communes françaises	Nombre de communes équipées d'un "asile"	Nombre de communes équipées d'au moins une structure psychiatrique	Evolution du nombre de communes équipées (multiplié par :)	% de communes françaises équipées d'au moins une structure psychiatrique
Communes appartenant à un pôle urbain	3144	71	730	9,3	23,2
Communes monopolarisées	10810	14	109	6,8	1,0
Communes multipolarisées	4123	2	38	18,0	0,9
Communes appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural	973	12	238	18,8	24,5
Communes appartenant à la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural	830	0	1		0,1
Autres communes de l'espace à dominante rurale	16733	14	120	7,6	0,7
Total	36613	113	1236	9,9	3,4

Sources : Base de données personnelle, FINESS 2007, INSEE

24 Les communes multipolarisées sont des communes rurales et urbaines situées hors des aires urbaines, dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

Tableau 7 Catégorisation par le zonage en aires et espaces urbains des communes équipées d'au moins un établissement psychiatrique

Zonage en aires et espaces urbains 1999	En %		
	Ensemble des communes françaises	Communes équipées d'un "asile"	Communes équipées d'au moins une structure psychiatrique
Communes appartenant à un pôle urbain	8,6	62,8	59,1
Communes monopolarisées	29,5	12,4	8,8
Communes multipolarisées	11,3	1,7	3,1
Communes appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural	2,7	10,6	19,3
Communes appartenant à la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural	2,3	0	0,1
Autres communes de l'espace à dominante rurale	45,7	12,4	9,7

Sources : Base de données personnelle, FINESS 2007, INSEE

Dans le Tableau 8, nous pouvons voir que les asiles de la loi de 1838, comme les structures psychiatriques sectorisées, sont des équipements urbains. 85 % des anciens asiles et 91 % des structures psychiatriques actuelles sont implantés dans des communes urbaines, alors qu'elles ne représentent que 16 % des communes françaises et 76 % de la population totale. La proportion de communes à caractère rural équipées a diminué avec le mouvement de désinstitutionalisation. Cette réforme profonde de l'offre de soins semble en effet ici avoir surtout profité aux communes urbaines de petite taille (de 2 000 à 20 000 habitants) et à l'unité urbaine de Paris.

Tableau 8 Proportion des communes équipées d'au moins un établissement psychiatrique selon la taille de l'unité urbaine à laquelle elles appartiennent

Tranche d'unité urbaine 1999	En %		
	Ensemble des communes françaises	Communes équipées d'un "asile"	Communes équipées d'au moins une structure psychiatrique
Commune rurale	83,6	15	8,9
Unité urbaine de moins de 5 000 habitants	4,2	9,7	13,8
Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants	2,6	11,5	14
Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants	1,9	7,1	11,7
Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants	1,6	15,9	9,1
Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants	1,3	9,7	6,2
Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants	0,9	7,1	3,7
Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants	2,7	19,5	17
Unité urbaine de Paris	1,1	4,4	15,7

Sources : Base de données personnelle, FINESS 2007, INSEE

Une différence est cependant notable entre la localisation des services de santé mentale et celle des établissements de santé hospitaliers. Si 31 % des communes appartenant à un pôle urbain étaient équipées d'un établissement de santé en 1999, dans l'étude de Schmitt et

Niel, 88 % d'entre elles étaient des villes-centres de ces pôles (Schmitt & Niel, 1999). Alors que pour l'offre de soins en psychiatrie sectorisée, si 23 % des communes appartenant à un pôle urbain sont équipées, la répartition entre commune-centre et banlieue est différente : 44 % des communes équipées sont des villes-centres et 56 % des communes de banlieue. Cette moindre centralité des services psychiatriques peut être interprétée de deux façons. Nous pouvons y voir une pérennisation du rejet aux portes de la ville de structures peu souhaitées par la population, ou au contraire une meilleure couverture de la population, le développement des services psychiatriques ayant accompagné l'étalement urbain des villes.

Nous pouvons voir dans cette évolution une meilleure adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population, le développement de structures plus légères, de plus petite taille, comme les CMP, CATTP, correspondent davantage à des structures de soins de proximité. Les patients y vont en consultation ou pour une activité thérapeutique et rentrent ensuite à leur domicile, contrairement à l'hospitalisation, prise en charge plus lourde et de plus longue durée. Une étude des distances d'accès par nature de services serait nécessaire pour aller plus loin dans cette analyse de l'adéquation de l'offre aux besoins de la population, malheureusement la qualité des données disponibles ne permet pas actuellement de mener à bien cette analyse.

3.3.3 Rôle du découpage en secteurs sur la localisation des structures

Le découpage en secteurs psychiatriques comme préalable au processus de désinstitutionnalisation est donc une spécificité française. Cette sectorisation du découpage assure-t-elle une meilleure couverture populationnelle du territoire, une meilleure accessibilité, un réel rapprochement des structures de la population ?

C'est à ces questions que nous cherchons à répondre dans la partie suivante. Pour cela, nous avons calculé des distances (à vol d'oiseau) pondérées par la population de chaque IRIS d'un secteur aux différentes structures du secteur.

Tout d'abord, nous pouvons noter que 138 secteurs, soit 17 % des secteurs métropolitains, ne comptent pas de structure psychiatrique implantée dans leur périmètre géographique, ce

qui pose question en matière de mise en place de la politique de sectorisation et du développement de structures extrahospitalières au plus proche du lieu de vie des patients.

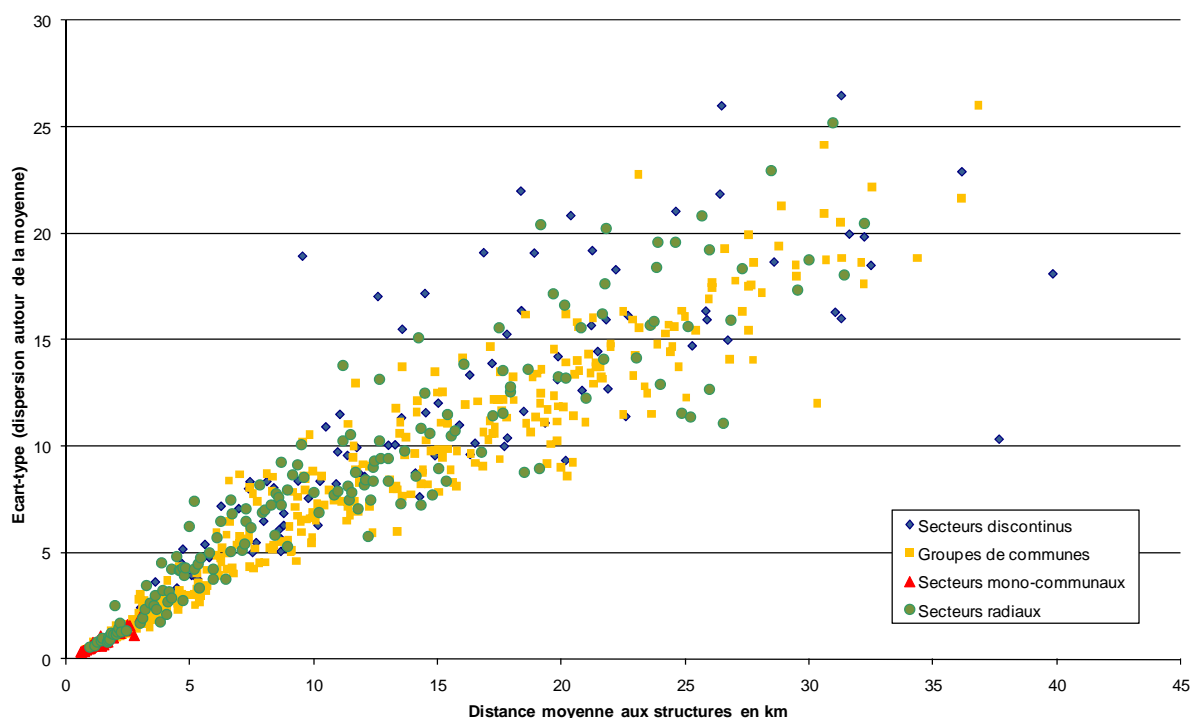
Pour les secteurs disposant d'au moins une structure, la distance moyenne à parcourir par un individu pour accéder aux différentes structures du secteur est de 12 km en moyenne (écart-type de 10 km). Elle varie de moins de 2 km pour le premier décile à plus de 25 pour le dernier. La structure la plus proche se situe en moyenne à 6 km des habitants du secteur et à moins de 9 km pour 75 % de la population couverte. Nous n'avons malheureusement pas connaissance de données comparables pour les autres pays afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle le découpage sectoriel favorise la couverture populationnelle du territoire. Cependant, cette distance moyenne à l'ensemble des structures du secteur et sa faible variabilité (écart-type de 10 km), va plutôt dans le sens d'une couverture correcte du territoire par les équipements des secteurs de psychiatrie et d'une relativement bonne adéquation de l'offre aux besoins de la population, à l'exception des 17 % de secteurs non équipés sur leur territoire. La distance maximum à parcourir pour les individus les plus éloignés d'une structure est de 21 km en moyenne (écart-type de 15 km), variant ainsi de moins de 2,5 km pour le premier décile à plus de 40 pour le dernier.

Cela confirme l'idée d'une couverture plutôt bonne du territoire, à condition qu'il y ait des capacités d'accueil adéquates et un type de structure adéquat. Ainsi avec une distance moyenne d'accès à la structure la plus proche située à 6 km, les services de soins sectorisés font partie des spécialités et disciplines médicales les plus courantes, comme les ophtalmologues, les radiologues, les pédiatres, les services hospitaliers de chirurgie générale ou de gynécologie-obstétrique pour lesquelles, la distance moyenne d'accès en 1990 calculée par l'Irdes (Lucas & Tonnellier, 1995) était de 5-6 km (étude en cours d'actualisation sur les données 2006). Dans cette hiérarchie des services, l'offre de soins de psychiatrie générale sectorisée ne correspond pas à un producteur de soins de proximité, qui est caractérisé dans cette étude par des distances d'accès très faibles, inférieures à 1,5 km, ce sont notamment les omnipraticiens, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes. Mais cette mesure pose évidemment le problème de la variété des structures disponibles, la structure la plus proche n'est pas obligatoirement celle dont on a besoin.

A distance moyenne d'accès aux structures du secteur équivalente, l'indice de dispersion va nous informer sur la plus ou moins bonne répartition des structures dans le territoire desservi. Plus l'indice de dispersion est élevé (ordonnée du graphique sur la Figure 32), moins homogène apparaît la répartition des structures sur le territoire du secteur.

L'analyse de ces distances pour chacune des configurations spatiales des secteurs définies au paragraphe 3.2 montre globalement une relation linéaire entre la distance moyenne et la dispersion autour de cette moyenne. Logiquement, les secteurs mono-communaux (constitués d'une commune unique ou d'une fraction de commune tels qu'un arrondissement ou un regroupement d'arrondissements, en rouge sur le graphique de la Figure 32) à la superficie réduite (10 km² en moyenne pour les secteurs de ce groupe), apparaissent comme les secteurs qui offrent la meilleure accessibilité en termes de distance aux structures psychiatriques. Les trois autres configurations spatiales (secteurs constitués d'un regroupement de plusieurs communes, secteurs radiaux centrés sur la ville et secteurs constitués de zones discontinues) présentent une accessibilité nettement plus variable. Pour ces secteurs aux superficies plus importantes (supérieures à 600 km² en moyenne pour les trois groupes), nous observons naturellement des distances moyennes d'accès aux structures plus importantes. La dispersion autour de la moyenne semble cependant varier quelque peu selon les configurations spatiales, elle apparaît sensiblement plus importante pour les secteurs radiaux et discontinus (en vert et bleu sur le graphique).

Figure 32 Corrélation entre distance moyenne et dispersion par type de secteurs



Le Tableau 9 présente les valeurs moyennes que prennent ces indicateurs de distances et de dispersion par type de configuration spatiale.

Tableau 9 Indicateurs d'accès aux structures selon le type de découpage en secteurs

Indicateurs moyens et coefficients de variation	Secteurs mono-communaux	Regroupement de communes	Secteurs radiaux	Secteurs discontinus
Distance moyenne à l'ensemble des structures (en km)	1,4 [43%]	12,3 [71%]	11,8 [69%]	15,8 [82%]
Indice de dispersion à l'ensemble des structures (en km)	0,8 [50%]	8,1 [69%]	8,5 [66%]	11,9 [92%]
Distance maximum à la structure la plus proche (en km)	2,4 [62%]	21,6 [68%]	21,9 [58%]	26,6 [63%]
Distance moyenne à la structure la plus proche (en km)	0,9 [56%]	7,0 [79%]	6,3 [73%]	7,8 [90%]
Indice de dispersion à la structure la plus proche (en km)	0,6 [50%]	5,3 [72%]	5,4 [63%]	6,5 [68%]
Superficie (en km ²)	10 [110%]	802 [99%]	651 [109%]	687 [87%]
Densité moyenne de population (en nombre d'habitants par km ²)	6488	87	111	107

Excepté le cas des secteurs mono-communaux déjà bien identifiés sur la Figure 32, nous voyons ici que les configurations spatiales de type radial et « regroupement de communes » ont des indicateurs de distances moyennes très similaires, avec notamment une distance moyenne d'accès à l'ensemble des structures de 12 km. Cependant, ces groupes de secteurs ont des superficies moyennes et des densités de population relativement différentes. Donc à

cet égard, la configuration spatiale de type « regroupement de communes » apparaît assurer une meilleure couverture populationnelle du territoire car à superficie plus grande, les distances moyennes à parcourir pour accéder aux structures psychiatriques n'augmentent pas.

En revanche, les secteurs discontinus semblent proposer les moins bonnes conditions d'accessibilité aux structures psychiatriques, et ce malgré une superficie et une densité de population comparables aux secteurs radiaux.

Ces résultats sont confirmés lorsqu'on fait une régression linéaire sur le logarithme de la distance et qu'on place les types de configurations spatiales des secteurs et la superficie en variables explicatives. Si l'on choisit comme modèle de référence les secteurs monocommunaux, il apparaît alors que la superficie explique près de la moitié de la variabilité de la distance, et que les trois autres types de secteurs vont augmenter la distance. Mais cette augmentation n'est significative ($p=0.001$) que pour les secteurs discontinus dont la configuration spatiale augmente la distance de 30 %.

Ces résultats sont confirmés par une analyse de variance effectuée pour le rapport entre la distance moyenne d'accès aux soins et la racine carrée de la superficie des secteurs. Cependant, dans la mesure où la relation entre distance moyenne et superficie n'est pas constante, nous avons effectué une analyse de variance en décomposant les superficies des secteurs en plusieurs tranches.

A partir de ce modèle, on pourrait aussi chercher à contrôler « l'étendue » ou « excentricité » de la surface en mesurant une distance entre les deux IRIS les plus éloignés des secteurs, rapportée à la racine de la superficie, ainsi que la répartition de la population dans les secteurs en calculant un indicateur de concentration de la population du type racine carrée de la somme de $(\text{densité IRIS} - \text{densité secteur})^2 * (\text{surface IRIS}/\text{surface secteur})$. Cette sorte d'écart-type peut être ensuite transformé en coefficient de variation en le divisant par la densité du secteur. Ces deux paramètres pourraient également être intégrés dans la régression ou analyse de la variance.

Mais la simple considération des tranches de surface des secteurs apporte déjà un résultat satisfaisant (Tableau 10).

Tableau 10 Analyse de variance de la distance aux structures en fonction du type et de la superficie des secteurs

Variables	Variation de la distance estimée	T de Student	Probabilité
Constante	20.30	24.73	<.0001
Secteur discontinu	3.01	3.48	0.0005
Groupe de communes	0.86	1.15	0.2510
Secteur radial	1.64	2.03	0.0426
Secteur monocommunal (référence)	0.00		
Superficie 500 à 1000 km ²	-5.87	-11.07	<.0001
Superficie 60 à 500 km ²	-14.18	-27.91	<.0001
Superficie < 60 km ²	-18.97	-32.67	<.0001
Superficie >=1000 km ² (référence)	0.00		

Dans ce cas, à partir du Tableau 10, il est possible de dire que la distance moyenne d'accès aux structures du secteur s'accroît de 3 km pour les configurations spatiales discontinues (significativité 99 %) et de 1,6 km pour les formes radiales (significativité de 95 %).

Pour les secteurs discontinus et radiaux, nous faisons précédemment l'hypothèse que ces configurations spatiales risquaient de favoriser la concentration des structures dans la ville-centre, et donc une moindre répartition sur l'ensemble du territoire desservi. Cette hypothèse se trouve confirmée dans le Tableau 11. Dans ces deux types de secteurs, plus de la moitié des structures sont implantées dans la commune-centre alors que dans les autres configurations spatiales, cette proportion est de l'ordre de 30 %.

Tableau 11 Nature des IRIS équipés selon le type de secteurs

Configuration spatiale du secteur	% de structures implantées dans des IRIS appartenant à des communes de type :			
	Commune-centre	Banlieue	Couronne péri-urbaine	Espace à dominante rurale
Secteurs mono-communaux	33,3	66,7	0	0
Regroupements de communes	29,7	38	6,7	25,6
Secteurs radiaux	53,3	21	6,3	19,4
Secteurs discontinus	48,6	19,9	8	23,5

Cependant, lorsqu'on rapporte ces proportions à la structure spatiale de l'ensemble des IRIS des secteurs, on s'aperçoit que la surreprésentation des IRIS équipés implantés dans les communes-centres est encore plus forte dans les configurations sectorielles de type

« regroupement de communes ». Cela s'explique par le fait que dans ces secteurs, les communes-centres sont plus nombreuses et constituent des pôles d'attraction de taille réduite pour une population plus rurale et plus étendue, donc cette concentration apparente correspond en fait à une dispersion des structures sur l'ensemble des communes-centres de ces secteurs.

Tableau 12 Sur et sous représentation des IRIS dans les types de secteurs selon qu'ils sont équipés ou non de structures psychiatriques

Configuration spatiale du secteur	Rapport IRIS équipés/nombre total d'IRIS				Espace à dominante rurale
	Commune-centre	Banlieue	Couronne péri-urbaine		
Secteurs mono-communaux	0,9	1,1	0,0	0,0	
Regroupements de communes	4,6	2,2	0,3	0,5	
Secteurs radiaux	2,9	1,4	0,2	0,5	
Secteurs discontinus	2,7	1,5	0,3	0,5	

Si ces résultats tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle les structures radiales et discontinues des secteurs psychiatriques ne correspondent pas à une conception du territoire assurant une répartition homogène des structures sur la zone desservie, il ne faut pas oublier que cette pensée « discontinue » du territoire peut correspondre à un fonctionnement en réseau. Les distances calculées ici le sont à vol d'oiseau et ne prennent pas en compte le réseau routier ni celui des transports en commun existants. Il se peut donc que cette apparence de moindre accessibilité soit, dans les faits, compensée par la structure du réseau de transport.

Plus globalement, si cette analyse permet de donner des indications générales à l'échelle nationale, les considérations locales, parmi lesquelles les réseaux de transport, jouent un rôle important et limitent les analyses possibles à notre échelle. Cette question pourra éventuellement être approfondie dans des recherches ultérieures, car elle suppose de mettre en œuvre tout un système d'information géographique dont nous ne disposons pas ici.

Le calcul de corrélations entre les localisations de différents services : psychiatriques, sanitaires autres, médico-social, ou destinés aux personnes âgées permettrait de tester l'hypothèse d'une éventuelle concentration de ces équipements dans certaines zones, afin de renforcer ou bien de tempérer la notion de « ghetto de dépendance » développée dans la

littérature américaine. Nous allons évaluer dans quelle mesure la présence de ces autres équipements coïncide avec celle des structures psychiatriques.

3.3.4 L'effet du syndrome *NIMBY* et l'existence de ghettos de services de dépendance

Quand on se pose la question de l'acceptation ou du rejet des équipements de soins en santé mentale, on recherche des facteurs explicatifs dans les caractéristiques des populations habitant au voisinage de ces équipements. Une méthode d'analyse permettant d'identifier les facteurs d'explication possibles consiste à comparer les voisinages possédant l'équipement avec ceux qui n'en possèdent pas. Toutefois, pour que cette comparaison soit pertinente, il faut considérer un ensemble de localisations qui soit homogène du point de vue de la capacité à accueillir le service. En effet, le critère de seuil de population minimal à 70 000 habitants pour un secteur situe nécessairement ces équipements en zone urbaine, et même plus particulièrement dans les zones les plus denses. Il est donc peu probable qu'une localisation ait été choisie en zone rurale très périphérique, pour des raisons d'accessibilité et de centralité. Cela n'aurait donc guère de sens de comparer la situation des quartiers ou des communes équipées avec celle de l'ensemble des communes françaises (ou des IRIS), incluant des espaces très hétérogènes. Nous avons choisi comme univers de référence l'ensemble des IRIS situés en zone urbaine dense, c'est-à-dire dans les agglomérations (ou unités urbaines), qui constituent le noyau central des aires urbaines. La très grande majorité des équipements de santé mentale (91 %) sont en effet situés dans ces zones urbaines agglomérées. Le découpage en IRIS (dont la population moyenne est de l'ordre de 2000 habitants) permet une comparaison assez fine de la composition sociale des voisinages pourvus d'équipement ou non.

Afin d'analyser la distribution des services dans une sélection homogène de communes, nous choisissons donc d'observer la situation à l'égard de l'équipement psychiatrique des communes-centres et des communes appartenant au pôle urbain des 28 aires urbaines de taille moyenne, comptant entre 200 et 500 000 habitants. En excluant ainsi les cas plus spécifiques des très grandes métropoles, le choix de cette unité spatiale d'observation apparaît comme un compromis permettant d'observer la localisation des services à l'échelle

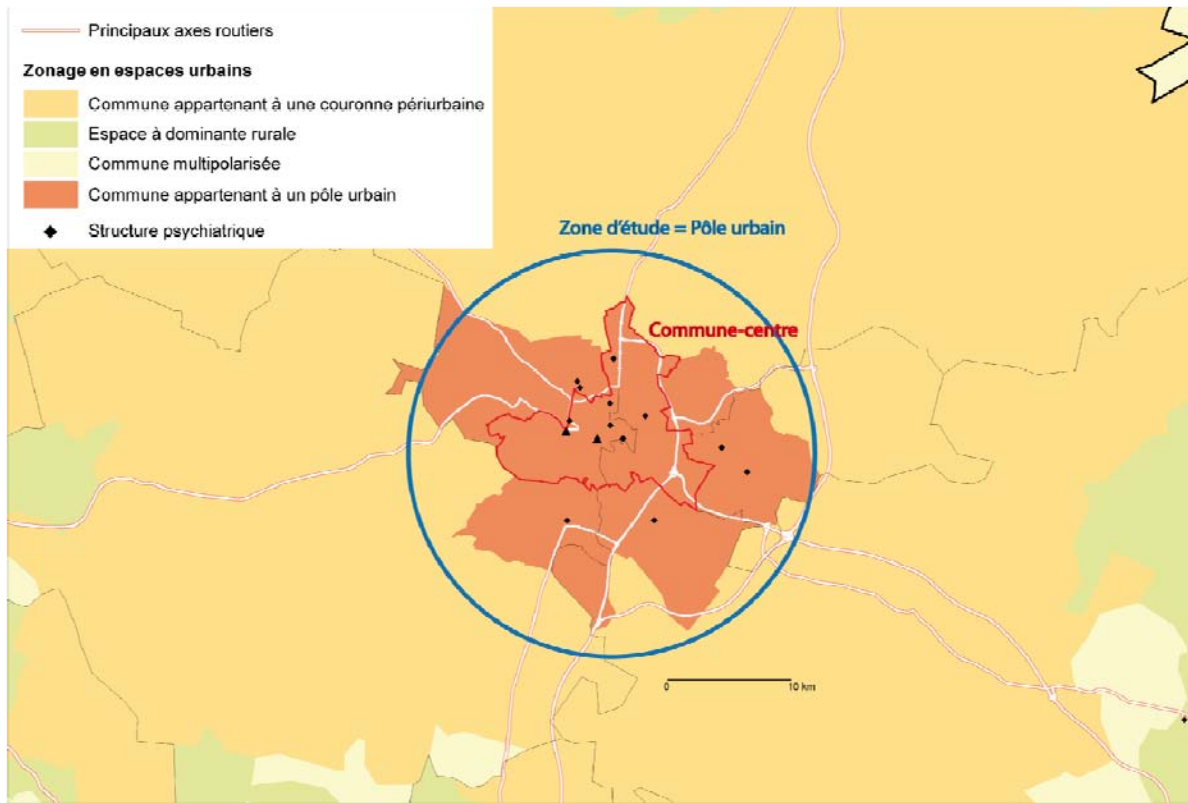
intra-urbaine en fonction des caractéristiques des IRIS de ces zones, dans un échantillon relativement homogène du point de vue de la localisation des services et des équipements, dans une perspective d'aménagement du territoire national. La définition des aires urbaines fait appel à la dimension fonctionnelle de l'espace urbain, et plus seulement morphologique comme le faisait la définition des unités urbaines. A partir des années 1960, du fait de l'accroissement des mobilités des populations et des équipements, le critère morphologique de définition des unités urbaines (basé sur la continuité du bâti) n'apparaît plus pertinent et aboutit à la création en 1997 du zonage en aires urbaines²⁵. Les aires urbaines sont constituées d'un pôle urbain (unité urbaine de plus de 5 000 emplois) et de sa couronne périurbaine qui regroupe les communes dont au moins 40 % des actifs travaillent dans le pôle principal (ou dans des pôles secondaires rattachés à ce dernier) (Guérois & Paulus, 2002). Dans leur article, Guérois et Paulus étudient la pertinence et l'influence du choix des différentes définitions de la ville pour l'analyse des faits urbains, montrant notamment comment le choix d'un découpage statistique de la ville va modifier l'appréciation de la population des villes et de son évolution ou encore celle de son profil économique. La taille des communes-centres est en partie seulement corrélée avec celle de l'aire ou de l'unité urbaine, elle dépend fortement du maillage ancien des communes dont la surface varie selon les régions et n'a pas toujours été ajustée sur l'évolution du poids de la ville, la commune-centre n'apparaît donc pas une base pertinente de sélection. Par ailleurs, les frontières communales n'ont pas grand sens pour évaluer la demande car les services de santé mentale sont accessibles aux habitants de l'ensemble des communes du secteur psychiatrique.

Cependant, et malgré un processus de déconcentration, la majorité des emplois, et la majorité des services se trouvent concentrés dans les périmètres de la ville-centre et du pôle urbain. Les équipements psychiatriques se trouvent majoritairement localisés dans la commune-centre, reflétant le principe de centralité et donc d'accessibilité, mais aussi de voisinage avec d'autres services, d'accumulation historique des équipements publics et commerciaux en centre-ville, et d'autres facteurs d'attraction ou « aménités » pour les médecins qui constituent l'offre, dans la logique des localisations de services.

25 Cette notion était déjà présente auparavant dans le découpage en ZPIU (Zones de Peuplement Industriel et Urbain)

Nous raisonnons donc ici sur une localisation à l'intérieur d'un pôle urbain tout en ayant un univers de référence qui est celui des aires urbaines (Figure 33).

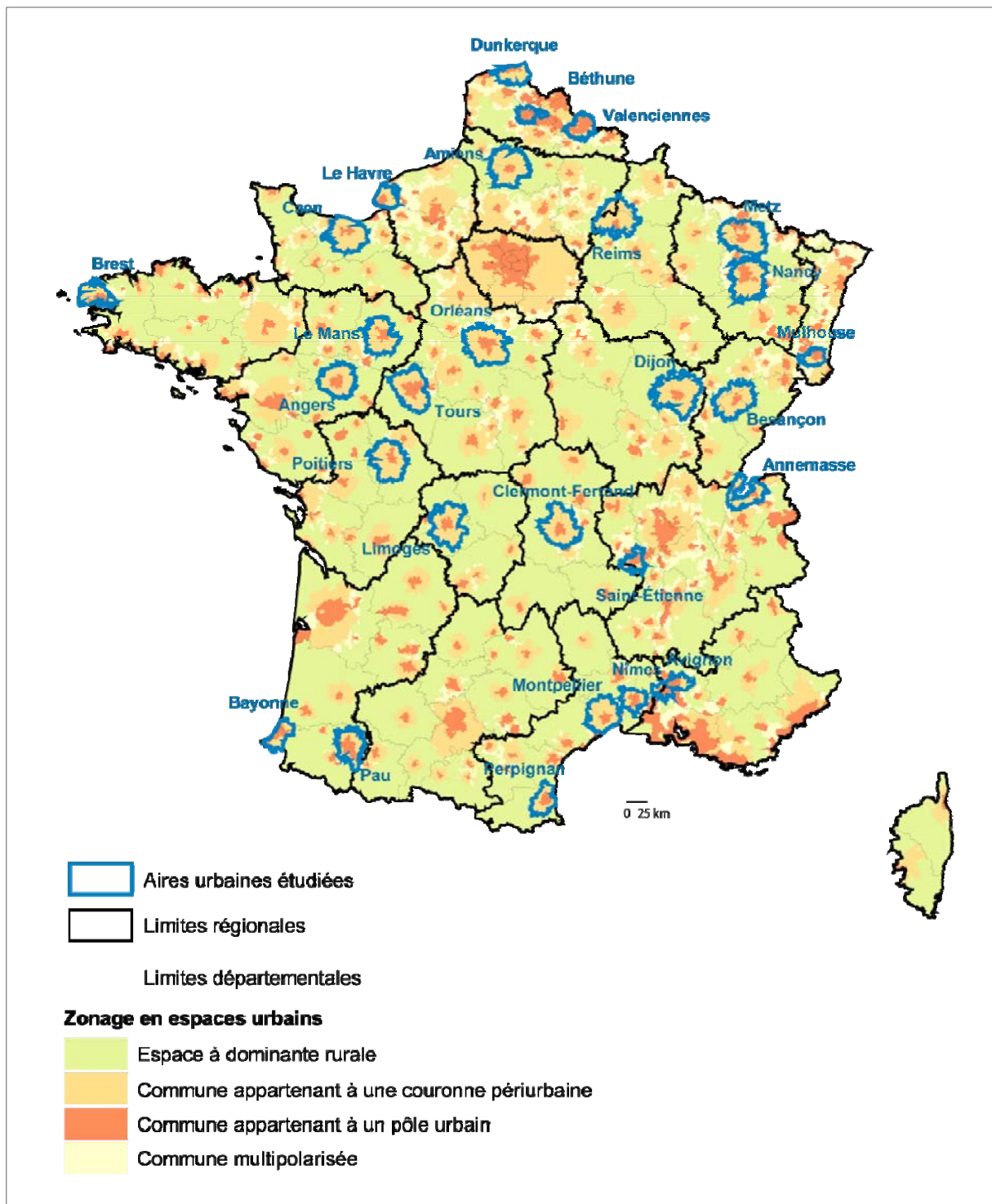
Figure 33 Echantillon des aires urbaines choisies pour spécifier la localisation des services psychiatriques : exemple de l'aire urbaine de Dijon



Sources : DREES-INSEE-FINESS

Il s'agit des aires urbaines de Caen, Dijon, Besançon, Brest, Nîmes, Montpellier, Tours, Saint-Etienne, Orléans, Angers, Reims, Nancy, Metz, Dunkerque, Béthune, Clermont-Ferrand, Bayonne, Pau, Perpignan, Mulhouse, Le Mans, Genève-Annemasse, Le Havre, Avignon, Poitiers et Limoges (Figure 34).

Figure 34 Les aires urbaines sélectionnées pour l'analyse de la localisation intra-urbaine des services



Source : INSEE

Les 28 pôles urbains étudiés comptent 2 711 IRIS, dont 215 sont équipés d'une structure psychiatrique de secteur extrahospitalière (298 sont équipés d'une structure intra ou

extrahospitalière). Si l'on regarde les caractéristiques sociodémographiques des IRIS équipés en les comparant aux IRIS non équipés de ces mêmes communes, nous obtenons les résultats suivants (Tableau 13) :

Tableau 13 Caractéristiques sociales des IRIS équipés et non équipés en structures psychiatriques

Variables	IRIS équipés		IRIS non équipés		Test de l'égalité des variances Significativité Test de Student ¹
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Revenu annuel moyen par ménage (en euros)	26 347	7 290	27 350	7 988	NS
Nombre total d'habitants	2 636	858	2 281	920	***
Nombre d'habitants par pièce	0,6	0,1	0,6	0,1	NS
Composition des ménages					
% de ménages isolés	40,6	13,2	31,8	15,2	***
% familles monoparentales	16,5	6,2	14,2	7,0	***
% de familles avec enfants	7,6	18,4	11,4	21,7	**
% de familles mariées	64,1	9,9	69,1	12,9	***
% de familles nombreuses (4 enfants et +)	5,9	5,5	6,2	8,3	NS
% personnes 0-19 ans	22,5	6,0	24,6	6,3	***
% personnes 20-39 ans	33,3	9,1	30,3	8,9	***
% personnes 40-59 ans	23,1	4,0	25,5	5,8	***
% personnes 60-74 ans	12,4	3,7	12,6	4,5	NS
% personnes âgées de 75 ans et +	8,7	4,3	6,9	4,0	NS
% de personnes nées à l'étranger	5,0	4,8	5,2	6,3	NS
Niveau d'éducation					
% population sans diplôme	16,5	9,0	16,8	9,3	NS
% population avec BEP ou CAP	19,6	5,7	22,2	6,4	***
% population avec Baccalauréat	10,4	2,5	10,6	3,1	NS
% population avec Bac + 2	7,9	3,0	7,6	3,1	NS
% population diplômée du supérieur	8,9	6,8	7,8	5,9	***
% de jeunes scolarisés de 19 ans et plus	62,0	17,2	59,9	16,7	NS
Emploi					
% agriculteurs	0,2	0,5	0,4	1,3	***
% artisans, chefs d'entreprises, commerçants	3,5	1,7	4,2	4,4	***
% cadres	9,2	6,4	9,1	8,7	NS
% professions intermédiaires	14,1	4,5	15,0	7,9	*
% employés	13,4	4,4	12,7	7,4	*
% ouvriers	17,1	9,5	19,8	11,3	***
% retraités	26,6	8,1	27,5	10,6	NS
% sans activité	15,5	9,0	11,9	9,8	***
taux de chômage	16,5	7,7	15,4	8,7	*
% CDD	10,3	3,8	8,9	3,5	***
% intérimaires	2,2	1,4	2,1	1,5	NS

1 *** $p < 0,001$; ** $0,001 \leq p < 0,01$; * $0,01 \leq p < 0,05$; NS différence non significative.

Source : INSEE

Tableau 13 Caractéristiques sociales des IRIS équipés et non équipés en structures psychiatriques (suite)

Variables	IRIS équipés		IRIS non équipés		Test de l'égalité des variances Significativité Test de Student1
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Logement					
% propriétaires	39,9	18,2	50,3	24,5	***
% locataires	56,0	18,9	45,1	24,3	***
% maisons individuelles	32,0	27,0	49,8	34,4	***
% immeubles collectifs	64,2	27,9	47,0	34,4	***
% logements sans confort	1,1	2,0	0,9	2,6	NS
% logements sociaux	34,4	31,8	34,3	34,3	NS
% foyers pour personnes âgées	0,9	2,6	0,6	1,9	NS
% hôtels	0,1	0,3	0,1	1,0	NS
% HLM	24,2	25,7	21,1	24,3	NS
% habitat provisoire	0,0	0,1	0,1	0,6	***
% emménagements logement avant 1982	41,1	11,6	47,4	14,4	***
% emménagements logement entre 1990 et 1999	38,4	5,5	36,1	8,2	***
% emménagements en 1998-1999	20,5	9,0	16,4	9,6	***
% mouvement entre 2 recensements de population	58,1	10,4	52,9	12,8	***
Equipements et services					
Densité de services publics (pour 1000 habitants)	2,7	7,2	1,5	8,6	*
Densité de postes, banques	13,4	19,6	13,7	99,3	NS
Densité de services éducatifs	10,3	8,1	9,9	32,9	NS
Densité de services sanitaires	7,2	44,2	3,1	19,6	NS
Densité de structures d'hébergement pour personnes âgées	1,7	3,7	1,5	8,5	NS
Densité de structures pour personnes handicapées	2,3	5,0	8,2	95,3	**
Densité de structures sociales	2,0	3,6	2,6	39,1	NS
Densité de commerces	80,1	214,4	118,3	1 074,4	NS
Densité de structures pour adultes handicapés	0,7	2,9	1,3	19,6	NS
Densité de chrs	0,4	1,2	0,3	1,7	NS

1*** $p < 0,001$; ** $0,001 \leq p < 0,01$; * $0,01 \leq p < 0,05$; NS différence non significative.

Source : INSEE

Cette comparaison de données moyennes entre IRIS équipés et IRIS non équipés d'une structure extrahospitalière est, nous le voyons, confrontée au problème de la grande dispersion autour de la moyenne, les IRIS non équipés de structure pouvant être de nature très différente. L'analyse de l'égalité des variances permet cependant de mettre d'ores et déjà en évidence certaines caractéristiques des voisinages équipés. Ainsi les quartiers de ménages isolés et familles monoparentales s'opposent à ceux de couples mariés ou avec enfants, les

premiers apparaissant plus fréquemment dans les voisinages d'implantation de structures psychiatriques. Cet aspect va dans le sens des études étrangères présentées dans notre chapitre 1. La structure par âge de la population semble également entrer en ligne de compte, renforçant la première opposition entre jeunes adultes et familles avec enfants.

Le niveau de diplôme joue peu sauf pour les ménages diplômés du supérieur qui semblent plus « acceptants » – ou bien qui simplement habitent les mêmes quartiers que ceux où se localisent les équipements.

Au final, ce sont les caractéristiques liées au logement qui semblent le plus discriminer les quartiers équipés ou non équipés. Ainsi, les équipements sont davantage présents dans des quartiers de locataires et d'immeubles collectifs plutôt que dans des quartiers de propriétaires, ou de maisons individuelles. Surtout, la mobilité résidentielle joue fortement : plus elle est importante dans un quartier, plus la probabilité que le quartier accueille une structure psychiatrique est importante.

En revanche, l'équipement en services de différente nature apparaît peu discriminant dans la comparaison entre IRIS équipés et non équipés.

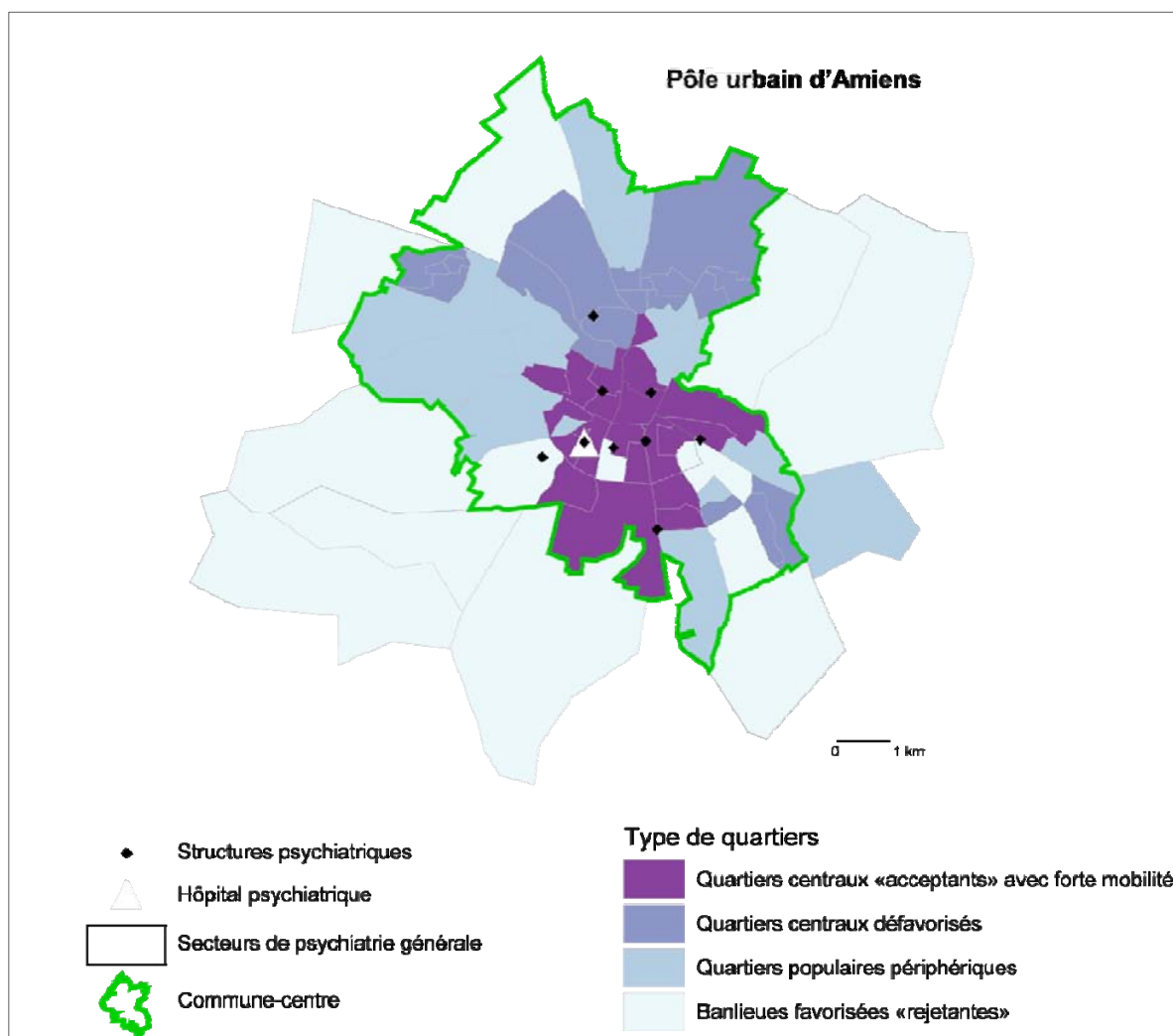
Afin de prendre en compte l'hétérogénéité des IRIS des communes urbaines équipées et mettre en évidence des types de quartiers dans lesquels l'implantation des services psychiatriques extrahospitaliers est plus ou moins fréquente, nous avons réalisé une analyse multivariée. En nous situant dans un niveau moyen de la hiérarchie urbaine, nous éliminons le risque de perturber l'analyse par des équipements spécifiques des plus grandes métropoles qui sont susceptibles de présenter des configurations très particulières.

Une typologie des quartiers des pôles urbains appartenant à une aire urbaine comptant 200 à 500 000 habitants a été réalisée et mise en regard de la présence ou l'absence de structures psychiatriques dans ces zones. La classification ascendante hiérarchique a été effectuée à partir des coordonnées des trois premiers facteurs de l'analyse en composantes principales. Ces trois facteurs résument 44 % de l'information contenue dans la base de données.

Quatre types de quartiers ont ainsi été mis en évidence, présentant un gradient allant des quartiers les plus fréquemment équipés en structures psychiatriques extrahospitalières aux moins équipés, soit des voisinages les plus « acceptants » aux plus « rejetants », mais aussi respectant un gradient centre-périphérie.

Le type 1 compte 780 IRIS, soit 29 % des IRIS étudiés. C'est la classe que l'on pourrait qualifier de « voisinage acceptant ». Près de la moitié des IRIS équipés d'au moins une structure psychiatrique sont situés dans ces quartiers (46 %). La ville d'Amiens représentée sur la Figure 35, concentre la plupart de ses structures psychiatriques dans de tels quartiers.

Figure 35 Amiens : exemple de structures localisées dans des voisinages centraux « acceptants » avec forte mobilité (type 1)



Source : INSEE-FINESS

Situés essentiellement dans les communes-centres des pôles urbains (87 %), ces voisinages se caractérisent par la forte mobilité résidentielle de la population (forte proportion d'emménagements récents, proportion élevée de ménages ayant changé de domicile entre deux recensements de population). Les habitants de ces quartiers sont souvent jeunes, diplômés (niveau Bac et plus), habitant seuls. Les inactifs sont nombreux, et semblent être des étudiants. Les immeubles collectifs sont largement majoritaires dans ces quartiers (78 % des logements). 58 % des ménages sont locataires de leur logement. Les familles monoparentales, ainsi que les personnes âgées sont également surreprésentées dans ces espaces. La proportion de cadres et d'employés est également importante.

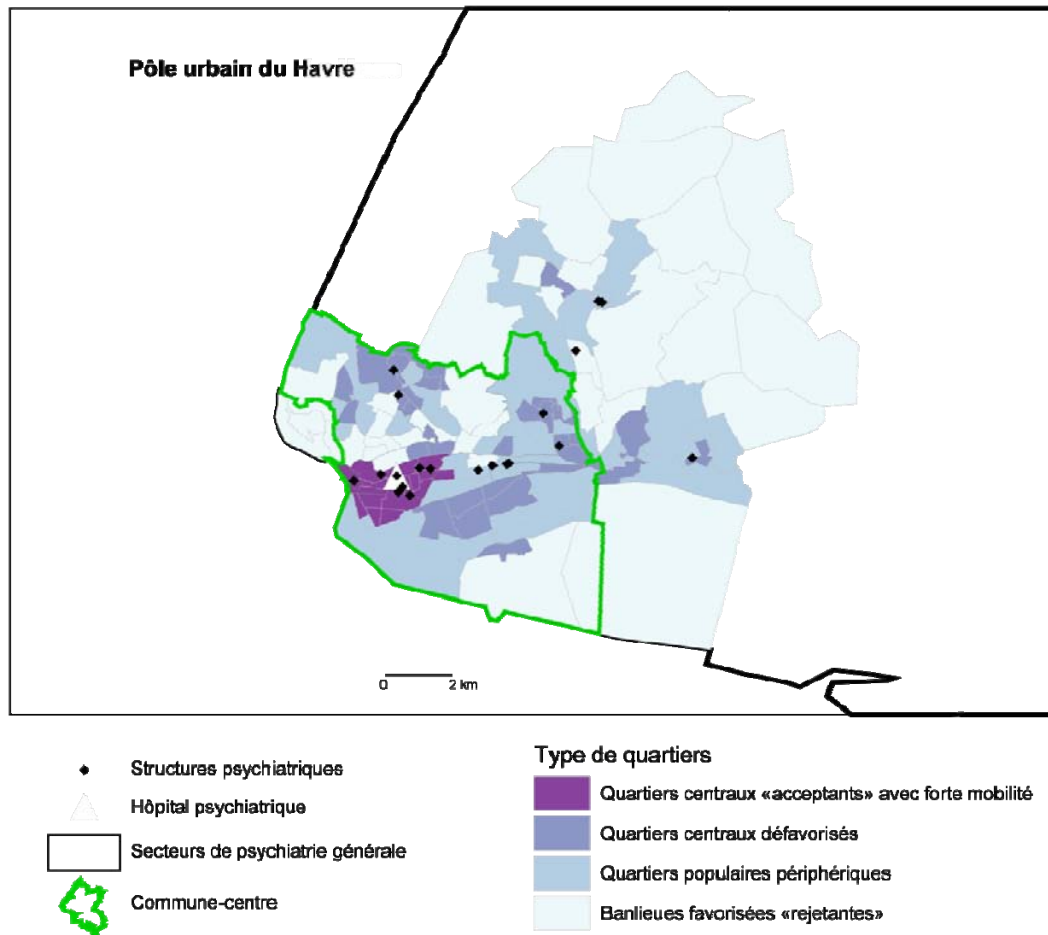
Ces quartiers sont ceux dans lesquels nous rencontrons plus fréquemment des structures psychiatriques publiques. Les densités d'équipement en structures sanitaires et sociales, et plus globalement en services publics sont également importantes dans ces zones centrales.

Le type 2 compte 328 IRIS, soit 12 % des IRIS étudiés. 16 % des IRIS de ce groupe sont équipés d'au moins une structure psychiatrique. Situés comme le groupe précédent essentiellement dans des communes-centres (74 %), les IRIS de cette classe se caractérisent par une plus grande précarité sociale. Près de 70 % des logements sont des logements HLM, la population est très majoritairement locataire de son logement. La proportion de logements sociaux et d'immeubles collectifs est élevée (respectivement 79 et 82 % dans cette classe, versus 48 et 34 % en général). Le taux de chômage est très important, tout comme la proportion de salariés en CDD ou en contrat intérimaire. La proportion d'étrangers est très supérieure à la moyenne, de même que les familles monoparentales et les familles nombreuses. Le nombre d'habitants par pièce du logement est supérieur à la moyenne. Les personnes sans diplôme, les ouvriers et employés sont fortement représentés. Le revenu moyen par ménage est très inférieur à la moyenne générale (17 418 euros versus 27 254 en moyenne). Bien que dans une moindre mesure que précédemment, la mobilité résidentielle est supérieure à la moyenne dans ces espaces.

Si les structures psychiatriques sont relativement bien implantées dans ces espaces centraux défavorisés, il n'en est pas de même pour les autres services publics, sanitaires ou sociaux, ainsi que pour les services privés de commerce qui sont peu diffusés dans ces espaces.

La ville du Havre, présentée dans la Figure 36, compte plusieurs structures psychiatriques implantées dans ce type de quartier.

Figure 36 Le Havre : exemple de structures localisées dans des voisinages centraux défavorisés (type 2)



Source : INSEE-FINESS

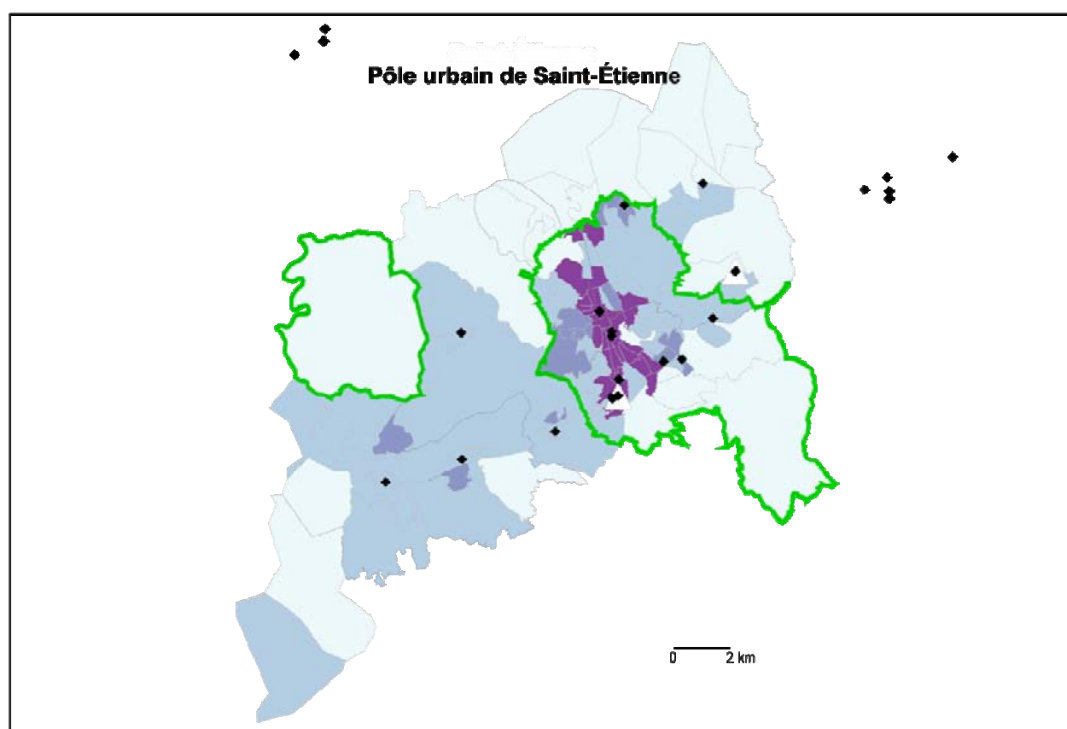
Avec 697 IRIS, le type 3 rassemble un quart des IRIS étudiés. Contrairement aux classes précédentes, ces IRIS sont essentiellement situés dans des communes appartenant au pôle urbain, mais non centrales. 26 % de ces quartiers sont équipés d'au moins une structure psychiatrique extrahospitalière.

Ces IRIS partagent avec la classe précédente certaines caractéristiques indiquant une forme de précarité sociale. La proportion d'habitants faiblement diplômés (absence de diplôme, CAP/BEP), comme la proportion d'ouvriers sont importantes dans ces zones, de même que le pourcentage de chômeurs. Ici, la proportion de personnes âgées et de retraités est

importante. La précarité est également lisible à travers la forte proportion de logements sociaux, de HLM, de logements sans salles de bain ni toilettes et même d'habitats de fortune ou provisoires. Contrairement aux classes précédentes, ce voisinage se caractérise cependant par sa stabilité résidentielle, avec des emménagements anciens pour une grande partie de la population résidente et une proportion importante de maisons individuelles. Si le revenu moyen par ménage est inférieur à la moyenne générale, il s'en approche davantage que dans les voisinages de type 2.

Enfin, ces zones sont relativement faiblement dotées en commerces, services sociaux ou services de proximité type banque et poste. La ville de Saint-Etienne représentée sur la Figure 37 compte une part non négligeable de structures psychiatriques implantées dans ces espaces.

Figure 37 Saint-Etienne : exemple de structures localisées dans des voisinages populaires périphériques (type 3)



- ◆ Structures psychiatriques
- △ Hôpital psychiatrique
- Secteurs de psychiatrie générale
- Commune-centre

- Type de quartiers**
- Quartiers centraux «acceptants» avec forte mobilité
 - Quartiers centraux défavorisés
 - Quartiers populaires périphériques
 - Banlieues favorisées «rejetantes»

Source : INSEE-FINESS

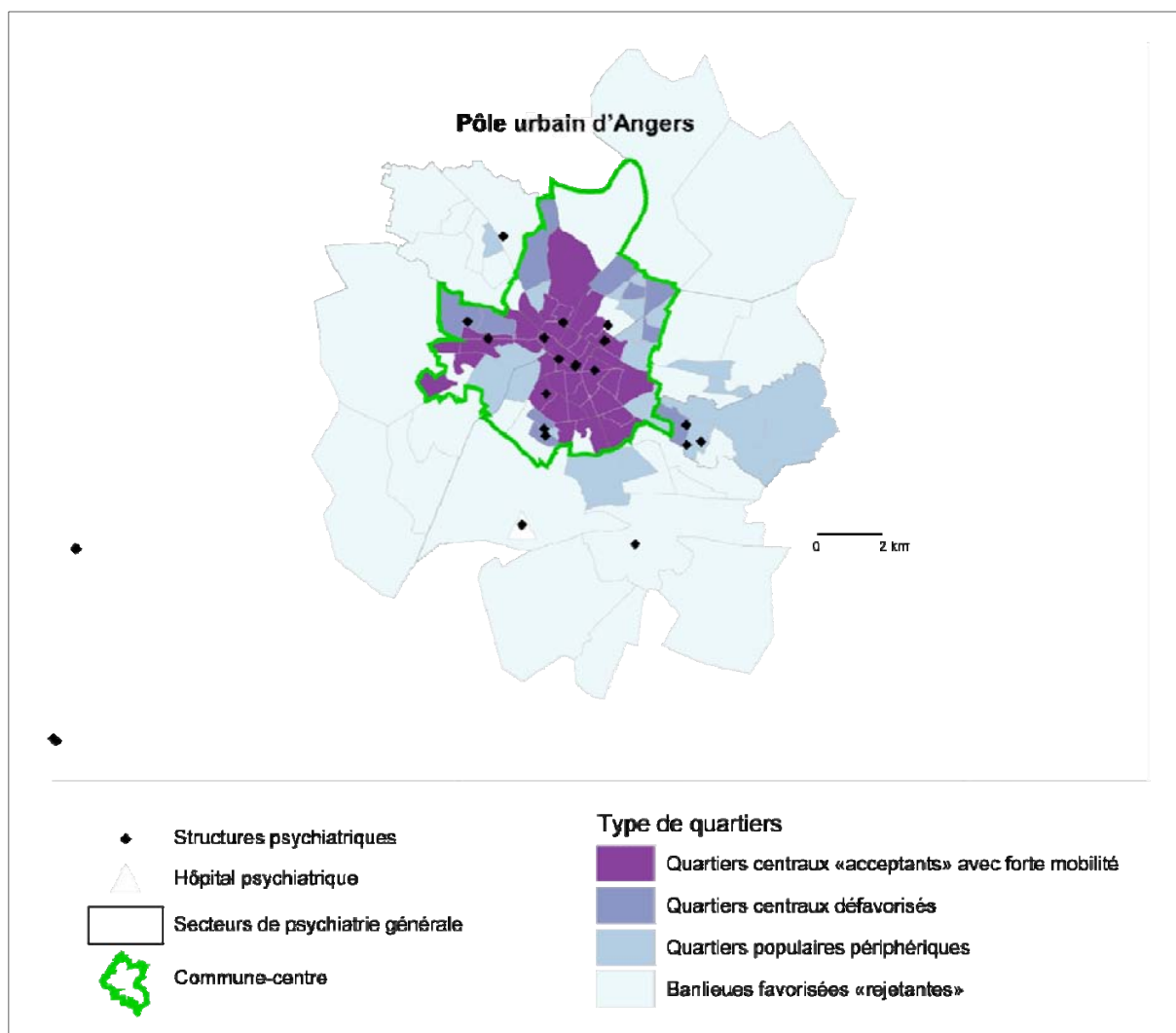
La dernière classe est la plus fréquente avec 906 IRIS, soit 33 % des zones étudiées. Cette classe se distingue par la très faible proportion (relative) d'IRIS équipés en structures psychiatriques (13 %), et peut être qualifiée de « voisinages rejetants », rappelant ainsi les caractéristiques mises en évidence dans la littérature étrangère. Les voisinages de cette classe sont pour leur quasi totalité situés dans des communes périphériques appartenant au pôle urbain. Ces IRIS peuvent être caractérisés comme des « banlieues résidentielles favorisées ». Ils se caractérisent ainsi par une forte proportion de propriétaires, de maisons individuelles. La « stabilité résidentielle » est également sensible à travers la faible proportion de ménages ayant déménagé dans les 17 années précédant le dernier recensement. Le revenu moyen par ménage est très supérieur à la moyenne générale (35 898 versus 27 254 euros), et la proportion de cadres, d'artisans, commerçants, chefs d'entreprise, professions intermédiaires et de diplômés (niveau Bac et plus) y est également surreprésentée. Le taux de chômage est inférieur à la moyenne générale. Les ménages vivant dans ces quartiers sont fréquemment des couples mariés avec enfants. Cela se vérifie d'après la structure par âge de la population qui compte davantage de 40-59 ans et de 0-19 ans. Les ménages d'une personne, personnes âgées, familles monoparentales, étrangers, sont moins fréquents dans ces quartiers.

C'est dans ce groupe que l'on rencontre le moins d'IRIS équipés d'une structure psychiatrique publique extrahospitalière. Si ce sous-équipement est particulièrement marqué pour la psychiatrie publique, il se retrouve aussi en matière de structures sociales, type centres d'hébergement et de réadaptation sociale, établissements d'hébergement pour personnes âgées, de logements sociaux, de structures sanitaires ou plus globalement de services publics (écoles, gendarmeries,..). A l'inverse, le nombre de commerces, ou de banques, est élevé dans ces quartiers. A Angers (Figure 38), le centre de santé mentale est justement aujourd'hui situé dans un quartier de ce type, dans la commune de Saint-Gemmes-sur-Loire, absorbée par l'expansion urbaine.

Lors de notre entretien, Dominique Testart explique que pendant longtemps, les établissements psychiatriques ont eu les moyens de leurs ambitions et que le prix de l'immobilier n'était pas un frein réel à l'implantation de structures. Pour expliquer l'absence de structures dans certains quartiers ou communes favorisées, il invoque davantage

les politiques municipales visant à l'homogénéité sociale, la spéculation foncière jouant un rôle non négligeable, non en termes de prix d'achat ou de location, mais en termes de risque de perte de valeur pour les habitants de la zone. Il cite ainsi l'exemple de la ville de Neuilly, secteur dépendant de l'établissement picard de Clermont-de-l'Oise, où il a longtemps été impossible d'implanter un CMP. L'établissement avait à faire face à des pétitions et au veto du maire.

Figure 38 Angers : exemple de structures localisées dans des voisinages périphériques « rejetants » (type 4)



Source : INSEE-FINESS

Cette typologie des quartiers d'implantation des structures de soins psychiatriques fait apparaître un gradient allant des environnements les plus « accueillants » vers les plus « rejetants » à l'égard de ce type de structures. Bien que l'on observe certaines similarités avec les études étrangères en matière d'opposition entre quartiers centraux et périphériques, caractérisés par des différences en termes de mobilité résidentielle, structures par âge et structures familiales, la précarité sociale n'apparaît pas dans notre étude comme un déterminant important des localisations de structures psychiatriques, contrairement aux études étrangères où le caractère précaire des zones acceptantes est fréquemment mis en avant pour interpréter ces implantations.

Pour expliquer cette différence, plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- on pourrait penser à un effet éventuel de décalage dans le temps entre l'installation des services et la composition sociale des quartiers, et notamment du fait de la *gentrification* des zones centrales autrefois populaires (Clerval, 2008)
- par ailleurs, la division en secteurs tend à renforcer la centralité indépendamment des types de quartiers couverts. Nous l'avons vu dans l'analyse de l'implantation des structures à l'intérieur des secteurs, les formes spatiales discontinues et radiales tendent à concentrer leurs services dans le cœur de la ville centre.
- il est possible aussi que les zones de forte mobilité résidentielle aient plus de locaux à offrir. L'offre immobilière accrue permise par la plus grande mobilité résidentielle joue peut-être à la marge, mais dans ces zones centrales denses les prix sont élevés. Il est donc plus probable que ce soit le caractère plus ouvert des populations mobiles (ou plus négligent vis-à-vis d'un environnement dans lequel elles sont moins enracinées, impliquant un moindre attachement à la valeur foncière de leur bien, ou un sentiment de sécurité à cet égard plus important lié à la hausse continue des valeurs foncières dans les zones centrales de nombreuses villes) qui explique la plus grande acceptation des équipements dans ces zones.

Par rapport aux Etats-Unis, les contrastes sociaux de voisinage sont moins marqués en France. En outre, alors qu'aux Etats-Unis, les populations aisées ont massivement choisi de résider dans les « *suburbs* » en périphérie, en France, comme dans beaucoup d'autres pays

européens (à l'exception du Royaume-Uni), la résidence en zone centrale reste très prisée par les classes favorisées, les centres sont restés valorisés. Les quartiers concentrant les populations les plus défavorisées sont ceux des grands ensembles situés dans la banlieue des grandes villes, voire même dans certaines zones péri-urbaines éloignées (Berger, 2004; Brun & Rhein, 1994; Rhein, 2000). Il y a donc une tendance à la dissociation entre les caractères de centralité et ceux de la précarité sociale en France, alors qu'ils tendent à être plus souvent confondus aux Etats-Unis ou au Royaume-Uni.

Dans la localisation des services, l'effet de la centralité reste important que ce soit pour des raisons d'accessibilité pour les patients, de continuité historique des localisations, ou encore de facteurs d'attraction recherchés par les praticiens. Ces résultats tendent à prouver que cet aspect « fonctionnel » l'emporte sur l'effet de relégation dans les ghettos pauvres, puisque lorsque ces deux effets sont séparés comme en France, il n'y a pas d'effet ghetto.

La centralité et la mobilité résidentielle des zones d'implantation constituent donc des facteurs explicatifs de la localisation des services de santé mentale, plus influents que la précarité sociale.

Enfin, nous pouvons aussi nous demander si le caractère décrit comme « rejetant » de certains voisinages ne résulte pas davantage d'une stratégie d'évitement de conflit de la part des hôpitaux. Nous l'avons déjà noté avec l'exemple de Cahors, certains établissements pratiquent une auto-censure, s'interdisant certains quartiers d'implantation.

Conclusion

La sectorisation a donc, dès l'origine, arrimé la désinstitutionnalisation à une référence territoriale et cela a marqué pendant longtemps l'aspect novateur de la psychiatrie française. Elle s'est appuyée dès le début sur un double découpage, territorial et démographique. Ce modèle a été repris et mis en place beaucoup plus tardivement (dans les années 80-90) dans plusieurs pays européens (Johnson & Thornicroft, 1993). On retrouve peut-être là une constante de l'administration française, qui, contrairement aux pays de « *common law* », planifie de manière centralisée la localisation des services sur le territoire plutôt que de laisser « remonter » l'initiative des collectivités ou des entreprises locales. Cependant, la traduction administrative de la conception clinique du secteur lui a fait perdre son sens originel. La notion principale du secteur conçu par les médecins de l'époque était celle d'une dimension, d'une communauté humaine. La logique gestionnaire semble souvent l'avoir emporté sur la logique clinique, un secteur est devenu un nombre d'habitants sans interrelations particulières. D'essence thérapeutique, de contenu du soin, le secteur n'est souvent devenu qu'un contenant, un cadre sur lequel on applique une offre de soins, recherchant la bonne adéquation entre une offre de soins et les besoins d'une population donnée (Lopez, 2001). Or le territoire, comme espace d'enracinement du concret d'une collectivité implique bien d'autres choses que le secteur géographique (Morin, 1993). Pour certains psychiatres, cette perte de sens est due en partie à la suppression du statut de médecin-directeur, les directeurs d'établissement de santé n'ayant plus la connaissance clinique des missions dévolues à l'établissement et privilégiant les logiques gestionnaires.

En outre, ce découpage découle en fait d'une conception très hospitalo-centrée, en référence aux normes OMS de l'époque en matière d'indices de nombres de lits par habitants. L'OMS préconisait ainsi un taux d'équipement de 3 lits pour 1000 habitants dans des services d'au maximum 200 lits. Cela s'est traduit par la création de secteurs de 200 lits pour une population d'environ 67 000 habitants. Il y a ici un paradoxe, le cadre géographique censé marquer la fin de l'asile (et la réduction du nombre de lits) ayant été construit sur la taille de l'hôpital et sur la localisation de l'hôpital. Cet hospitalo-centrisme s'est vu renforcé par le découpage en secteurs qui s'est souvent fait autour de l'hôpital, et l'absence

d'accompagnement juridique et financier de cette réforme de la prise en charge, limitant le développement de la politique de secteur en dehors de l'hôpital. L'extra-hospitalier a souvent été pensé à partir de l'intra-hospitalier. « *La dépendance quasi totale des pratiques sociales aux lieux pré-construits de leur exercice est exceptionnelle dans le domaine de la santé mentale. Même si d'autres grandes structures, institutions et domaines de la vie sociale ont à la fois subi et fait évoluer leur environnement spatial, la psychiatrie peut être analysée dans des termes plus étroits de dépendance* » écrivaient Chopart et Chaudoy en introduction de leur article sur l'évolution du cadre bâti de la santé mentale en Haute-Normandie (Chopart & Chaudoy, 1988). Malgré son ambition, la politique de secteur française n'a pas réussi (ou très rarement) à déplacer le centre de gravité du dispositif de soins de l'hôpital vers la communauté.

En outre, nous avons vu que l'idéologie du secteur était empreinte d'une conception ruraliste du territoire dont l'application en milieu urbain a montré les limites. Pour le psychiatre Jacques Hochmann (1971), la pratique française de secteur serait : « *une création issue d'un esprit tout imprégné d'une imagerie rurale, construite sur le modèle de la paroisse ou de la commune traditionnelle, héritage d'une époque où l'on habitait et travaillait, naissait, vivait, mourait dans le même canton. De l'asile-village au secteur villageois. De fait, une tradition d'agriculteur sédentaire, une pensée territoriale, imprègne fortement la psychiatrie en général et celle de secteur en particulier* ». Son application en milieu urbain a posé des difficultés, la logique technocratique de découpage en secteurs soulevant toute la question des espaces communautaires et de leur identification (Morin, 1993).

Malgré ses limites, le découpage en secteurs psychiatriques apparaît pionnier en matière de planification sanitaire en France. Cette façon de penser le territoire à l'échelle d'une maladie chronique entre les champs du sanitaire et du social, est en mesure aujourd'hui d'inspirer les politiques de santé d'une population vieillissante dont les besoins de soins divers et de proximité sont proches des problématiques développées depuis 50 ans en matière de santé mentale.

Enfin, le découpage en secteurs a permis dans une certaine mesure une répartition homogène de l'offre de soins en santé mentale sur le territoire. La plus ou moins bonne

adéquation de l'offre aux besoins de la population couverte varie en fonction de l'investissement et de la conception locale de la sectorisation psychiatrique qu'ont pu développer les acteurs du champ.

Si le développement plus ou moins important des structures extrahospitalières selon les secteurs peut être associé à des degrés d'engagement divers dans la politique de secteur de la part des médecins et directeurs d'établissements, la localisation des structures à l'intérieur des secteurs et à l'intérieur des villes, semble être la conséquence de plusieurs facteurs :

- l'héritage de l'hôpital historique,
- la morphologie du découpage sectoriel (et les notions l'ayant guidé),
- le caractère urbain ou rural de la zone,
- la recherche d'une accessibilité pour la population,
- les opportunités de locaux disponibles,
- le contexte politique local,
- les réactions du voisinage,
- la stratégie de communication de l'établissement.

Le jeu des différents acteurs dans le développement et la localisation des structures va entraîner certaines configurations spatiales, ne répondant pas toujours aux critères d'accessibilité pour la population. Par ailleurs, l'objectif initial de la politique de sectorisation était que la « communauté » joue un rôle thérapeutique à l'égard de ces personnes et favorise leur intégration. Ces résultats soulèvent donc de nouvelles questions : qu'en est-il des patients ? La désinstitutionnalisation a-t-elle réellement favorisé leur insertion, leur intégration dans la ville ? Se concentrent-ils dans des quartiers plus « acceptants » ou des zones plus défavorisées comme observé à l'étranger ? Comment ces équipements s'intègrent-ils dans ces différents quartiers ? Et finalement, est-ce que la localisation des services dans la communauté est suffisante pour parler de réelle intégration dans la communauté ?

Il est très difficile de répondre à ces questions avec des seuls outils quantitatifs. Il est donc nécessaire d'entreprendre une démarche plus qualitative, fondée sur des monographies, des entretiens avec les professionnels du champ et les usagers des services pour être en mesure de fournir quelques premiers éléments de réponse à ces interrogations. C'est ce que nous allons faire dans le chapitre 4, à travers l'étude de l'établissement public de santé de Maison-Blanche, situé à Neuilly-sur-Marne, en Seine-Saint-Denis. Cette étude de cas nous permettra d'explorer plus avant les processus impliqués dans la restructuration sociale et spatiale de l'offre en service de santé mentale et de dérouler cette histoire spatiale de la prise en charge de la maladie mentale sur un territoire donné.

Cependant cette étude de cas ne permettra pas d'analyser plus précisément les implantations de structures dans l'espace à dominante rurale où les problématiques qui se posent peuvent être différentes. En effet, dans ces zones faiblement peuplées, l'établissement psychiatrique va souvent constituer une source d'emplois importante voire principale pour certaines communes. L'éclatement de l'hôpital dans le territoire y est donc lourd de conséquences pour l'économie communale et ce facteur entre fortement en compte dans le développement des structures de prise en charge. Par ailleurs, du fait de la faible densité populationnelle et de l'importance économique et démographique d'un établissement psychiatrique, la psychiatrie peut apparaître moins stigmatisée et faire l'objet de moins de rejet de la part de la population, les habitants connaissant tous au moins un soignant exerçant à l'hôpital ou un patient. C'est le cas notamment dans les Hautes-Alpes avec le centre hospitalier de Laragne, en Lozère avec celui de Saint-Alban. La meilleure connaissance de la psychiatrie réduit les réactions de crainte et de stigmatisation à l'égard de la maladie mentale.

Chapitre 4

L'intégration dans la ville

des usagers des services de psychiatrie : mythe ou réalité ?

Ce dernier chapitre, à l'approche plus qualitative, vise, à travers l'étude monographique de l'établissement public de santé de Maison Blanche, à mettre un contenu social sous les processus explicatifs des localisations spatiales et sous l'évolution de la géographie des services. Il s'agit, en allant voir sur le terrain, d'articuler les échelles, d'utiliser la perception des acteurs pour mieux comprendre les processus sociaux décisifs et leurs implications pour les patients.

La première partie du chapitre propose une lecture spatiale de l'histoire de l'établissement depuis l'asile construit au début du XXe siècle jusqu'à l'implantation de structures d'hospitalisation « en ville », amenant peu à peu à la fermeture du site historique de Maison Blanche. Maison Blanche est en effet un des établissements, et peut-être le seul établissement français ayant poussé au plus loin la politique de sectorisation psychiatrique et le processus de désinstitutionalisation. C'est pourquoi nous l'avons choisi pour conclure cette traversée historique de la géo-psychiatrie française. L'histoire spatiale plus récente de l'établissement est analysée à travers de nombreux entretiens avec les acteurs du champ, des photographies, ainsi que des archives de l'hôpital.

Cette géographie de l'offre étant décrite, la deuxième partie va s'intéresser aux individus utilisant les services de l'hôpital. Grâce à l'accès aux données du département d'information médicale de l'établissement, il a été possible de situer les patients à leur lieu de résidence et ainsi d'observer les caractéristiques des quartiers où ils vivent. Les données ainsi analysées à une échelle aussi locale n'ont pas pu l'être au niveau national, les données du recueil français d'information médicale en psychiatrie n'étant disponibles qu'au niveau du code

postal de résidence. Par ailleurs, la montée en charge du dispositif de recueil d'information médicalisée dans les établissements français permet mal de mesurer l'exhaustivité et la qualité de l'information collectée. Il s'agit là donc d'une étude originale, les données la permettant n'étant disponibles que depuis peu et difficilement accessibles pour les chercheurs en sciences sociales.

La troisième partie est encore une recherche originale pour notre pays, il s'agit d'une étude exploratoire, empruntant aux démarches de la recherche participative, qui a pour but de produire une information sur l'expérience individuelle qu'ont de la ville les usagers des services de santé mentale. Nous avons pu mener cette étude grâce à la rencontre du groupe de recherche « Ville et Santé mentale » et des acteurs du projet européen EMILIA (*Empowerment of Mental Health Services Users through Life Long Learning, Integration and Action*). L'objectif est ici de voir dans quelle mesure le rapprochement des structures de la population a pu effectivement favoriser l'insertion des patients souffrant de troubles psychiques. Cette étude ne vise nullement l'exhaustivité, elle vient ici illustrer la réalité de cette géographie post-asilaire pour l'utilisateur des soins en santé mentale, et ce, en faisant appel à une méthode de recherche participative au sein d'une population particulière.

4.1 L'établissement public de santé mentale de Maison-Blanche : histoire d'une géo-psychiatrie

L'hôpital de Maison Blanche est un établissement public spécialisé dans la prise en charge des maladies mentales. Ouvert en 1900 dans la commune de Neuilly-sur-Marne, à 15 km de Paris, il était alors exclusivement dédié aux femmes. L'établissement de Ville-Evrard, implanté dans la même commune et ouvert en 1868, était quant à lui réservé aux patients des deux sexes. Les deux établissements sont séparés par une route nationale. La mixité des patients ne se fera qu'en 1971. L'hôpital de Maison Blanche est souvent présenté comme le « cinquième asile de la Seine », construit après ceux de Sainte-Anne, Ville-Evrard, Perray-Vaucluse et Villejuif. Le département de la Seine s'est en effet tardivement équipé en établissements psychiatriques, et ce, alors que Paris était le centre de diffusion des idées aliénistes du XIXe siècle (cf. chapitre 2). C'est en 1860 que le Baron Haussmann, préfet de

la Seine, constitua une commission chargée « *d'étudier les améliorations et les réformes à apporter dans le service des aliénés du département de la Seine* ». Il s'agissait à la fois de mettre un terme aux transferts des aliénés parisiens dans les asiles de province et à l'encombrement des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière où les aliénés étaient confondus avec les vieillards et les infirmes (Lamarche-Vadel & Préli, 1978). Les travaux de la Commission débouchèrent notamment sur les projets d'un asile central placé à Paris, destiné aux cas de folie récente et à l'enseignement clinique, et d'asiles « extra muros » pour les incurables et les curables. L'asile central (Sainte-Anne), en étant « (...) *placé au milieu du courant intellectuel de la capitale, desservi par les maîtres les plus éminents de la science, offrant à l'étude toutes les variétés de l'aliénation mentale, cet asile serait le véritable foyer de la science aliéniste* (...) » (Rapport de la Commission, pp.1-2, cité dans (Lamarche-Vadel & Préli, 1978)). Dans les établissements « extérieurs », en fait situés dans la Seine-et-Oise et non dans la Seine, « *il s'agira là moins de soigner l'aliénation mentale que de soulager la souffrance, moins de guérir les malades que de leur aménager une vie décente et ordonnée. Ils bénéficieront d'une vie hygiénique à l'air pur de la campagne, des travaux ordonnés des champs et du spectacle apaisant de la nature ; l'absence de traitements médicaux, le travail des malades allègeront d'autant le budget départemental* » (Lamarche-Vadel & Préli, 1978). Maison Blanche constitue donc l'un de ces asiles de la Seine « extra-muros » recevant les malades parisiens. Sorte de « ville hors la ville » (Roze, 2004), l'établissement est implanté dans les terres agricoles au nord de l'établissement de Ville-Evrard (pour plus d'information sur l'histoire de l'établissement, cf. (EPS Maison Blanche, 2001)). Il est alors relié à Paris par une ligne de tramway, accessible en une heure depuis la Porte de Vincennes. C'est d'ailleurs l'existence de cette possibilité de desserte par les transports publics qui a favorisé le choix d'implanter ce cinquième asile à Neuilly-sur-Marne, malgré sa situation dans la Seine-et-Oise et non dans les limites du département de la Seine.

Figure 39 Etablissement public de santé de Maison Blanche : site de Neuilly-sur-Marne

Entrée de l'hôpital
Maison Blanche
"Le Château"



Les pavillons et le parc



La fermeture des pavillons



Les murs de l'asile



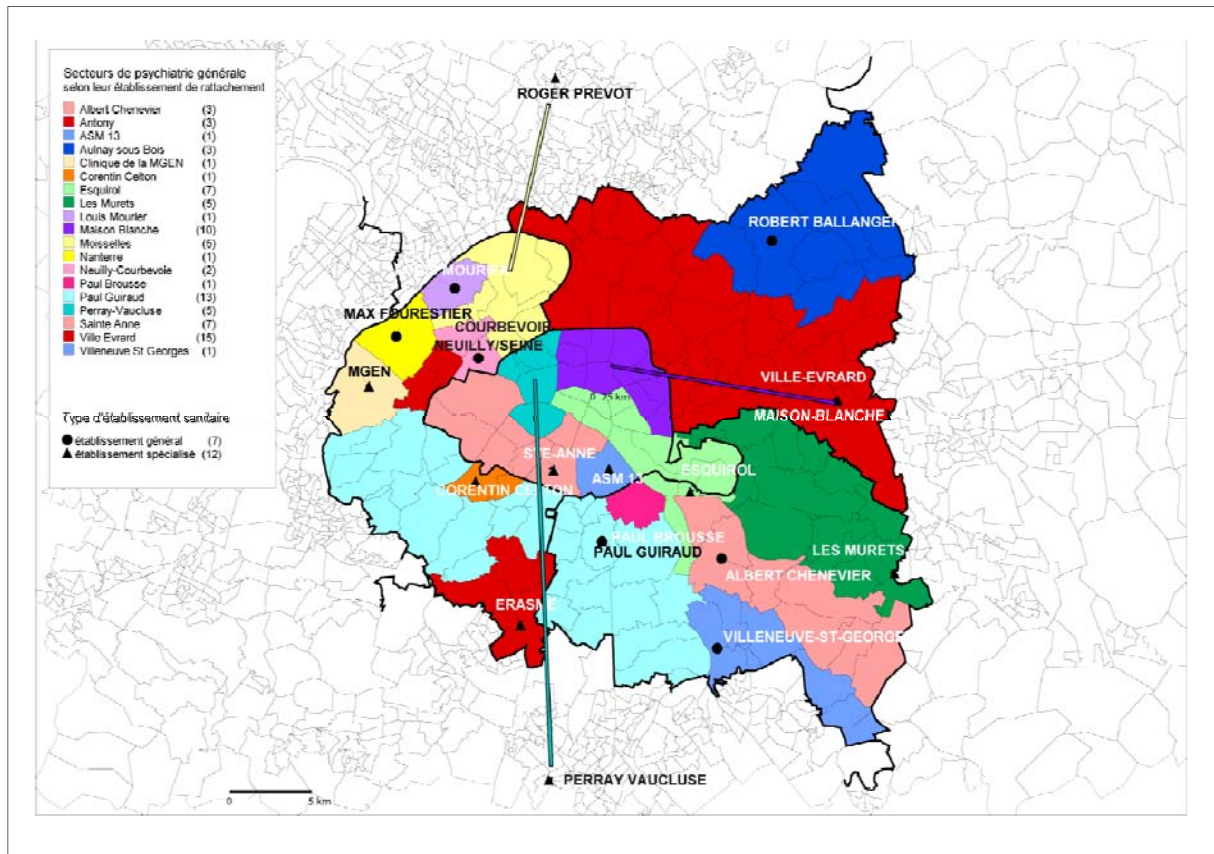
Source : Photographies de l'auteure 2009

Propriété de 60 hectares, dont près de la moitié a été vendue aujourd'hui à la ville de Neuilly-sur-Marne, le site compte une soixantaine de bâtiments, pour la plupart, des pavillons de soins. Se rendre aujourd'hui dans ces lieux fait une impression forte sur le curieux ou le visiteur. On a l'impression d'un village abandonné, déserté, les pavillons sont vides, désaffectés, des écriteaux indiquent la fermeture de tel pavillon (Figure 39). En effet, cet établissement qui recevait près de 3 000 patients en 1968, n'en compte plus en 2008 que 150. Les murs sont encore là, intacts, les bâtiments d'une architecture agréable paraissent énormes et imposants, mais les patients sont partis. Maison Blanche a entrepris une des plus grandes restructurations de la psychiatrie française en transférant la majeure partie de ses lits d'hospitalisation « en ville ». Si les modifications du paysage psychiatrique ont été fortes depuis les années 1960-1970 en France avec la multiplication de structures ambulatoires ou à temps partiel au plus près du domicile des patients, la France se démarque généralement des autres pays par sa non fermeture des hôpitaux psychiatriques. Le paysage de « cathédrales de la folie » abandonnées décrites dans la littérature anglophone, trouve peu de comparaisons en France, sauf peut-être dans l'exemple que nous allons étudier ici, Maison Blanche.

A partir des années 1970, selon les principes de la sectorisation psychiatrique, l'établissement de Maison-Blanche est en charge d'une population de 710 000 habitants, soit un tiers de la population de la commune parisienne, et ceci, malgré son implantation en Seine-Saint-Denis. La population de la Seine-Saint-Denis est, quant à elle, partagée entre deux établissements (l'hôpital spécialisé de Ville-Evrard, également implanté sur la commune de Neuilly-sur-Marne, et le centre hospitalier général Robert Ballanger situé dans la commune d'Aulnay-sous-Bois). Cette situation n'est pas particulière à Maison-Blanche, d'autres secteurs franciliens sont concernés par cette implantation hospitalière hors des limites géographiques des secteurs psychiatriques de rattachement (Figure 40). Ainsi, les habitants des 7^e, 8^e et 17^e arrondissements parisiens dépendent de l'hôpital de Perray-Vaucluse, situé à Epinay-sur-Orge, dans l'Essonne, éloigné de 30 km (et plus d'une heure en transport en commun). Les habitants du nord des Hauts-de-Seine dépendent de l'hôpital Roger Prévot, situé à Moisselles dans le Val d'Oise. Notons d'ailleurs que jusqu'au début des années 2000, les secteurs de psychiatrie générale aujourd'hui rattachés à Neuilly sur Seine-Courbevoie, dépendaient auparavant de l'hôpital de Clermont-de-l'Oise, situé en

Picardie. Au final, cinq établissements se partagent les secteurs de psychiatrie générale parisiens : Sainte-Anne situé dans le 14e arrondissement, l'Association de Santé Mentale située dans le 13e arrondissement (ASM 13), Esquirol implanté sur la commune de Saint-Maurice dans le Val de Marne, Perray-Vaucluse à Epinay-sur-Orge dans l'Essonne et Maison-Blanche à Neuilly-sur-Marne en Seine-Saint-Denis.

Figure 40 La sectorisation psychiatrique adulte de Paris et de la première couronne



Source : DREES, ARHIF

Interrogé sur les raisons de ce découpage parisien, le psychiatre Bailly-Salin, qui fut conseiller technique au Ministère de la Santé entre 1961 et 1982, raconte qu'il avait proposé un premier découpage du département de la Seine en « fromage de Brie » afin de répondre à l'égalitarisme des médecins, chacun voulant obtenir un secteur à Paris. « J'avais eu cette idée complètement stupide, je fais amende honorable aujourd'hui, car heureusement, ce n'est pas sorti des cartons. J'avais fait une carte de brie, chacun avait un p'tit bout de la place de l'Hôtel de ville ». Une seconde proposition de découpage consistait à suivre les axes du métro et ceux du RER qui commençaient à se mettre en place. Cette idée reçut un accueil très favorable,

mais c'est alors que l'éclatement du département de la Seine s'est produit en 1964 et a repoussé la mise en place de la sectorisation francilienne. Il a alors été choisi de faire une répartition beaucoup plus simple par arrondissement en essayant de respecter la norme des « 70 000 habitants » pour un secteur psychiatrique donné. On retrouve donc ici le fait que la logique administrative, mathématique a effacé les objectifs cliniques. Ainsi, le 15^e arrondissement qui comptait près de 200 000 habitants a été découpé en trois secteurs, les 7^e et le 8^e arrondissements en ont chacun constitué un. Le découpage géographique s'est fait ainsi relativement aisément. Le rattachement des secteurs aux établissements existants a été plus compliqué. Il y a eu une dévolution patrimoniale des établissements qui a fait l'objet d'importantes négociations. On échangeait ainsi entre Paris et la Seine-Saint-Denis une « usine des eaux (de Ville Evrard) contre un hôpital psychiatrique (de Maison Blanche) ». La géographie asilaire préexistante a ainsi pesé sur la géographie post-asilaire au moment de sa mise en place. La localisation (essentiellement dans le Sud et l'Est de Paris) et la taille initiales des établissements existants, des anciens asiles, a contraint le rattachement des secteurs. Le faible équipement de l'Ouest et du Nord de la capitale a ainsi participé à la moindre cohérence géographique du découpage des arrondissements de l'ouest de la capitale, de même que la disponibilité d'un seul établissement « intra-muros » avec un nombre de lits (et donc un nombre de secteurs potentiellement rattachables) plus limité que ses homologues « extra-muros ».

D'autre part, les réseaux d'acteurs de l'époque ont également joué un rôle important. S'il n'y avait pas de consultation « institutionnelle » des intéressés dans le choix du découpage et du rattachement, la commission des maladies mentales avait, en revanche, des consultations informelles avec les individus et des systèmes de répartition informels s'étaient déjà mis en place dans la deuxième moitié des années 1950. Le psychiatre Daumézon explique ainsi, comment, jusque dans les années 1950, les malades admis étaient distribués arbitrairement entre les divers services « *simplement en disant : tiens, aujourd'hui, on a 10 malades, on va tous les envoyer à Vaucluse, et tel autre jour à Maison Blanche* » (Fourquet & Murard, 1980), par ordre alphabétique ou numéro d'arrivée. La répartition des malades se faisait aussi par centre d'intérêt des psychiatres pour telle ou telle pathologie. Ces ententes, qui n'avaient rien d'officiel, ont commencé à orienter les choses. La rotation des malades devenant de plus en plus importante entre les services, du fait de l'apparition

des neuroleptiques et d'une plus grande libéralisation de la pensée des psychiatres (Bailly-Salin dans (Fourquet & Murard, 1980)), cette répartition arbitraire devenait inopérante. Certains psychiatres ont alors commencé à penser à fixer une « aire de recrutement » à leurs services.

Daumézon explique ainsi que « la fixation des aires de recrutement ne passait pas par la sécurité sociale, ni par la préfecture de la Seine. Il n'y avait aucune procédure, si ce n'est l'entendement avec moi ». Ces « petits arrangements entre amis » (chapitre 3) ont donc durablement façonné le paysage psychiatrique francilien, au-delà de critères objectifs de localisation et découpage.

La situation des établissements franciliens entraîne donc à relativiser l'affirmation d'une implantation « locale », « dans la communauté », lorsque l'hôpital de rattachement n'est pas implanté dans le secteur géographique qu'il dessert, et qu'il est même à plus d'une heure de transport public des populations concernées. Cependant, si nombre de ces hôpitaux ont maintenu leurs unités d'hospitalisation à temps plein dans l'enceinte de l'établissement du XIXe siècle, d'autres structures de prise en charge, à temps partiel ou en ambulatoire ont été implantées dans le secteur géographique de desserte. Les établissements de Maison Blanche, Ville-Evrard et Perray-Vaucluse font d'ailleurs partie des rares établissements à avoir implanté leurs structures d'hospitalisation à temps plein en dehors de l'hôpital pour intégrer au mieux leurs services dans la cité. L'hôpital de Ville-Evrard a ainsi ouvert des structures d'hospitalisation à Saint-Denis en 1999, Bondy en 2000 et Aubervilliers en 2003, et a des projets de relocalisation de lits d'hospitalisation à Montreuil et Bondy. Maison Blanche a, quant à lui, ouvert une structure d'hospitalisation dans le 19^e arrondissement en 2001, dans le 20^e en 2004, dans le 10^e en 2005, dans le 18^e (au sein de l'hôpital Bichat) en 2006 et a en projet une nouvelle structure dans le 19^e arrondissement. Perray-Vaucluse a ouvert une unité d'hospitalisation à Porte de Choisy dans le 13^e arrondissement de Paris en 2004, bien que l'établissement ait en charge les secteurs des 7^e, 8^e et 17^e arrondissements. Le tissu urbain dense de Paris empêche en effet de construire un hôpital, seules des réhabilitations de bâtiments sont envisageables et les locaux répondant aux contraintes hospitalières sont rares. L'établissement a dû faire face à des oppositions politiques fortes. Mais, selon la direction, cet emplacement à Porte de Choisy n'est pas si malheureux car il

concilie les exigences de rapprochement des patients et celles du personnel et dessert bien les secteurs parisiens tout en étant proche de l'autoroute pour Epinay où est situé l'établissement initial, avec certaines unités de soins et les logements des personnels. S'il est vrai que la localisation à Porte de Choisy est préférable à celle d'Epinay en termes d'accessibilité pour les patients résidants dans l'Ouest parisien, elle répond quand même peu aux critères idéaux d'implantation au plus proche du lieu de vie du patient.

4.1.1 L'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale de Maison-Blanche

L'établissement public de Maison-Blanche gère ainsi dix secteurs de psychiatrie générale qui couvrent les 9^e, 10^e, 18^e, 19^e et 20^e arrondissements parisiens, et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sur les 9^e, 10^e et 19^e arrondissements. Nous nous intéresserons ici uniquement aux secteurs de psychiatrie générale. Ces secteurs portent des codes (composés du numéro du département où est situé le secteur psychiatrique, de la lettre G pour les secteurs de psychiatrie générale (I pour infanto-juvénile et P pour les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire), les dix secteurs de Maison-Blanche sont ainsi les secteurs « 75G06 », « 75G07 », « 75G22 », « 75G23 », « 75G24 », « 75G25 », « 75G26 », « 75G27 », « 75G28 » et « 75G29 ».

Décrire les structures de prise en charge d'un établissement ayant une activité de psychiatrie est chose moins aisée qu'il n'y paraît. Nous pouvons d'ailleurs encourager à cet effet les sites tels que celui du Psycom (<http://www.psycom75.org>) qui tentent de lever l'opacité du système de soins psychiatriques pour les usagers. Cette étude monographique nous permet par ailleurs de mesurer l'écart entre les données recueillies à travers le répertoire FINESS des établissements de santé utilisé dans le chapitre 3, et la réalité du terrain.

La confrontation des données mises à disposition par l'établissement via son site Internet et des données issues du fichier administratif FINESS confirme l'idée que la qualité du répertoire FINESS est correcte en ce qui concerne les localisations. Dans le cas de Maison

Blanche, l'ensemble des sites d'implantation de structures sanitaires²⁶ sont présents dans le répertoire FINISS, soit 24 lieux de soins distincts, parmi lesquels trois sont implantés en dehors des secteurs géographiques desservis (l'hôpital même de Maison Blanche à Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Chelles (Seine-et-Marne) et un CATTP à Noisy-le-Grand (Seine-Saint-Denis). Ces structures à l'activité limitée ont été implantées dans ces communes afin de proposer leurs services aux patients de Maison Blanche pris en charge en hospitalisation, en accueil familial thérapeutique ou en appartement thérapeutique autour de l'établissement, notamment à Chelles, Neuilly-Plaisance, Noisy-le-Grand. 55 familles d'accueil reçoivent ainsi des patients adultes de Maison Blanche. Nous pouvons donc voir ici comment l'héritage du passé marque la géographie de l'offre de soins actuelle, malgré les politiques sanitaires visant à les modifier. Les structures de Chelles et Noisy-le-Grand ne se justifient pas par l'organisation actuelle du système de soins en santé mentale du département, elles sont un héritage de l'histoire passée de l'établissement.

Si la localisation des structures existantes est fiable dans le répertoire FINISS, l'identification de structures différentes à une même adresse pose problème. Elle semble assez aléatoire, à certaines localisations sont bien associées différentes structures de prise en charge, à d'autres, non. Cela confirme donc le choix que nous avons fait dans le chapitre 3 de raisonner en termes de localisations plutôt qu'en termes de structures réelles de prises en charge, leur nombre et leur nature ne pouvant être identifiés correctement à partir du répertoire FINISS.

Pour compliquer les choses, si à une même adresse peuvent correspondre plusieurs structures, une même structure peut servir plusieurs secteurs. Dans le cas présent, par exemple, le CATTP Gambetta situé dans le 20^e arrondissement est à disposition de trois secteurs de psychiatrie générale : les « 75G27 », « 75G28 », « 75G29 ». S'agit-il de trois lieux distincts à la même adresse et donc de trois CATTP ? Compter les structures de prise en charge s'avère un exercice périlleux.

26 Nous nous intéressons ici uniquement aux structures sanitaires, l'établissement de Maison-Blanche dispose également de structures sociales ou médico-sociales non prises en compte ici.

La Figure 41 s'applique à résumer les structures de prise en charge des secteurs de psychiatrie générale de Maison-Blanche, en distinguant les localisations mono ou « pluri-structures », et les localisations mono ou pluri-sectorielles.

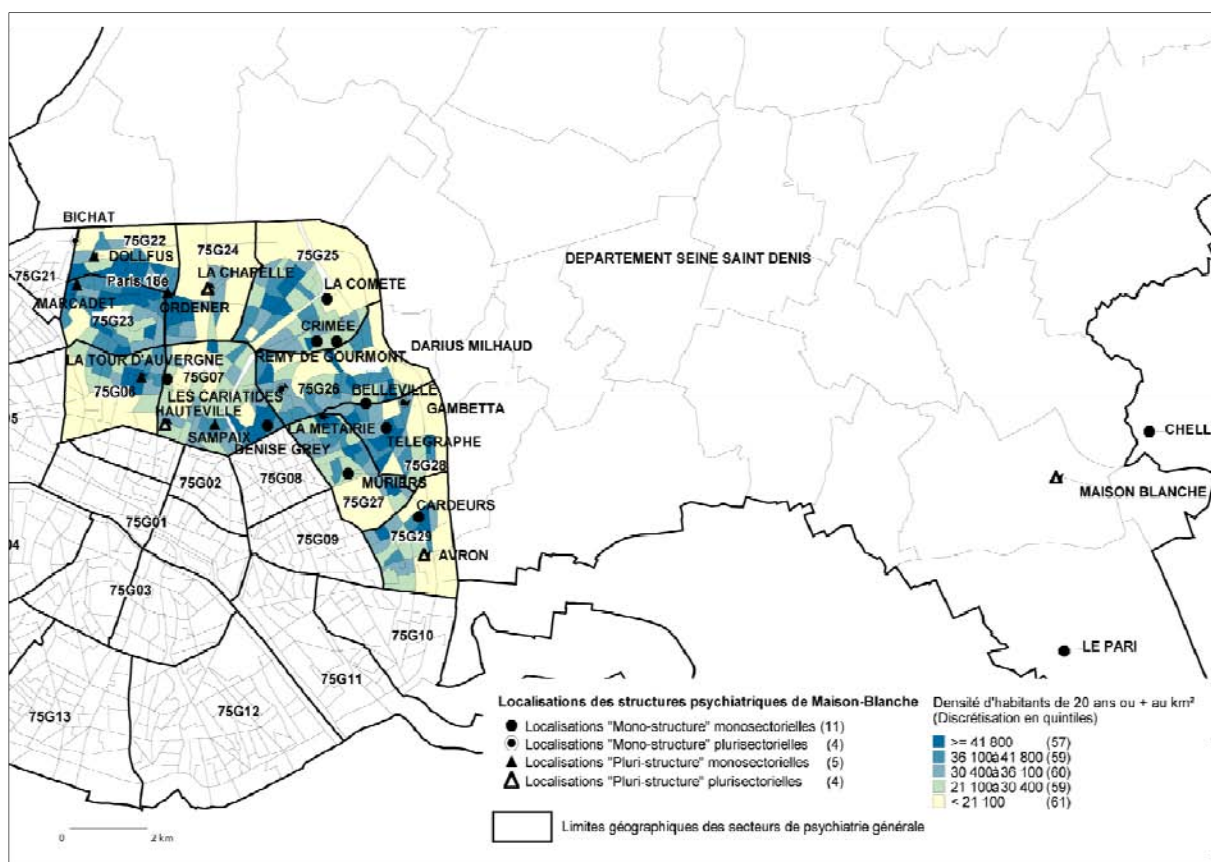
Figure 41 Les structures de prise en charge des secteurs de psychiatrie générale de Maison-Blanche

<p>Paris, 9^{ème} arrondissement</p> <p>Secteur 75G06 (Population RP99 : 46 224 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Tour d'Auvergne - CAP Hauteville - CATTP Les Carrières - Hôpital de jour Tour d'Auvergne - Unité d'hospitalisation Hauteville - Hôpital de weekend Maison-Blanche 		<p>Paris, 10^{ème} arrondissement</p> <p>Secteur 75G07 (Population RP99 : 72 673 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Sampaix - CAP Hauteville - Atelier thérapeutique Sampaix - CATTP Sampaix - Hôpital de jour Sampaix - CATTP Denise Grey (personnes âgées)
<p>Paris, 18^{ème} arrondissement</p> <p>Secteur 75G22 (Population RP99 : 41 974 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Dollfus - CATTP Dollfus - Unité d'hospitalisation Richat 	<p>Secteur 75G23 (Population RP99 : 65 228 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Marcadet - CMP Ordener - CATTP Marcadet - CATTP Le Pari - CATTP Ordener - Centre de post-cure La Chapelle 	<p>Secteur 75G24 (Population RP99 : 42 837 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP La Chapelle - CATTP La Chapelle - Unité d'hospitalisation Richat
<p>Paris, 19^{ème} arrondissement</p> <p>Secteur 75G25 (Population RP99 : 68 868 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Crimée - CATTP La Comète - Unité d'hospitalisation Clinique Remy de Gourmont - Unité de soins Maison Blanche 	<p>Secteur 75G26 (Population RP99 : 62 505 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Belleville - CATTP Darius Milhaud - Unité d'hospitalisation Clinique Remy de Gourmont - Unité de soins Maison Blanche 	
<p>Paris, 20^{ème} arrondissement</p> <p>Secteur 75G27 (Population RP99 : 47 060 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Muriers - CATTP Gambetta - Centre de postcure La Métairie - Unité d'hospitalisation Avron - Accueil familial thérapeutique Avron 	<p>Secteur 75G28 (Population RP99 : 48 671 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Télégraphe - CATTP Gambetta - Centre de postcure La Métairie - Unité d'hospitalisation Avron 	<p>Secteur 75G29 (Population RP99 : 48 971 habitants de 20 ans ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Cardeurs - CATTP Gambetta - CATTP Chelles - Centre de postcure La Métairie - Unité d'hospitalisation Avron

Quatre types de configurations apparaissent donc :

- les lieux de soins « mono-structure » et « monosectoriels » : il s'agit des sites « Cariatides », « Denise Grey », « Le Pari », « La Comète », « Darius Milhaud », « Chelles », « Crimée », « Belleville », « Mûriers », « Télégraphe » et « Cardeurs ». CMP ou CATTP, ces lieux de soins sont à vocation unique : un seul type de prise en charge y est effectué, et à destination de la population d'un seul secteur.
- les lieux de soins « mono-structure » et « plurisectoriels » : il s'agit des sites « Bichat », « Rémy de Gourmont », « Gambetta », « la Métairie ». Ces lieux se sont spécialisés dans un seul type de prise en charge (hospitalisation à temps plein, CATTP ou centre de postcure) mais les populations de plusieurs secteurs y ont accès, parfois donc en dehors de leur secteur géographique de rattachement, la spécialisation de la prise en charge (et la notion de masse critique) a donc été privilégiée par rapport à la proximité. Ce regroupement de secteurs peut être nécessaire pour les prises en charge plus lourdes, telles que l'hospitalisation à temps plein ou les centres de postcure.
- les lieux de soins « pluri-structure » et « monosectoriels » : il s'agit des sites « Tour d'Auvergne », « Dollfus », « Sampaix », « Marcadet », et « Ordener ». Dans ce cas, la masse critique est obtenue en concentrant différentes prises en charge en un même lieu, tout en respectant le critère de proximité pour les populations desservies. Il faut noter toutefois que les prises en charge regroupées ici sont plus « légères » (sans lits) que celles des localisations mono-structure à visée plurisectorielle.
- les lieux de soins à vocation « pluri-structure » et « pluri-sectorielle » : on y retrouve logiquement l'établissement de Maison Blanche, mais également les sites « Hauteville », « La Chapelle », « Avron », sortes de « centres de santé mentale ». Comme dans le second cas, la proximité est moins respectée, mais les lieux proposent une variété de prises en charge expliquant ce regroupement.

Figure 42 Les structures psychiatriques de l'établissement de Maison-Blanche en 2007



Source : INSEE, FINES

La carte de la Figure 42 semble montrer une relative couverture du territoire desservi... mais il faut imaginer sans doute des flux très complexes de patients selon le type de soins offert et les pathologies.

Lorsque nous comparons les caractéristiques sociodémographiques des IRIS équipés d'une structure psychiatrique avec celles des IRIS non équipés des secteurs rattachés à l'établissement de Maison Blanche (Tableau 14), les différences sont moins marquées que celles que l'on avait observées dans le chapitre 3 au sein des pôles urbains des 28 aires urbaines françaises de taille moyenne.

En fait, les IRIS des cinq arrondissements du Nord-Est parisien couverts par Maison Blanche sont très différents des IRIS analysés dans le chapitre 3. Nous y retrouvons les spécificités de la capitale française en termes de structure économique et sociale : un revenu

médian très supérieur, une plus forte proportion de diplômés du supérieur, une plus forte proportion de cadres, et à l'inverse moins d'ouvriers, une forte proportion de ménages isolés et moins de couples mariés, une plus forte proportion de personnes de nationalité étrangère. L'habitat est aussi très différent, avec une proportion beaucoup plus importante de locataires et moins de propriétaires, la quasi absence de maisons individuelles au profit d'immeubles collectifs. En matière de services également, la capitale diffère énormément des autres villes françaises étudiées dans le chapitre 3, avec une forte densité de banques, postes et de commerces par habitant, et un très faible nombre de structures pour adultes handicapés. Par ailleurs, la densification du tissu urbain et la valeur très élevée du foncier limitent fortement les possibilités d'implantation de structures sanitaires psychiatriques, comme celle d'autres structures de taille importante. Lorsque nous comparons les IRIS équipés d'une structure psychiatrique à ceux non équipés du Nord-Est parisien, une géographie qui opposerait services publics à services privés apparaît. Ainsi, les différences observées sont significatives uniquement pour la proportion plus importante de logements sociaux et de HLM dans les IRIS équipés, et la moindre densité de commerces, postes et banques (Tableau 14). La localisation des services dans Paris semble donc obéir à une autre logique que celle observée précédemment, leur localisation étant nettement plus contrainte par le bâti et le foncier. Les opportunités immobilières, et la concurrence entre services souhaitant s'y implanter, les enjeux politiques, vont donc peser plus fortement sur le choix des localisations.

Tableau 14 Comparaison des IRIS équipés et non équipés des secteurs psychiatriques de Maison-Blanche

Variables	IRIS équipés		IRIS non équipés		Test de l'égalité des variances Significativité Test de Student ¹
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Revenu annuel moyen par ménage (en euros)	30 714	5 261	31 214	7 540	NS
Nombre total d'habitants	2 684	914	2 287	854	NS
Nombre d'habitants par pièce	0,8	0,1	0,8	0,1	NS
Composition des ménages					
% de ménages isolés	47,0	7,2	49,6	10,4	NS
% familles monoparentales	20,3	7,0	18,1	6,5	NS
% de familles avec enfants	14,6	17,0	11,1	21,0	NS
% de familles mariées	57,0	5,9	57,4	10,8	NS
% de familles nombreuses (4 enfants et +)	7,6	4,9	7,3	13,4	NS
% personnes 0-19 ans	21,6	5,0	20,4	6,2	NS
% personnes 20-39 ans	33,8	6,6	36,0	6,5	NS
% personnes 40-59 ans	26,6	2,7	26,6	3,7	NS
% personnes 60-74 ans	10,4	2,7	10,4	3,1	NS
% personnes âgées de 75 ans et +	7,5	7,0	6,6	3,6	NS
% de personnes nées à l'étranger	16,6	6,1	16,9	7,4	NS
Niveau d'éducation					
% population sans diplôme	15,7	6,1	15,0	6,2	NS
% population avec BEP ou CAP	13,1	2,4	12,9	4,4	NS
% population avec Baccalauréat	12,4	2,0	12,5	2,3	NS
% population avec Bac + 2	9,9	2,7	10,1	2,6	NS
% population diplômée du supérieur	18,1	7,0	20,3	8,0	NS
% de jeunes scolarisés de 19 ans et plus	65,2	7,5	63,4	12,0	NS
Emploi					
% agriculteurs	0,0	0,0	0,0	0,1	NS
% artisans, chefs d'entreprises, commerçants	3,7	1,5	4,3	1,9	NS
% cadres	19,1	6,7	20,5	10,1	NS
% professions intermédiaires	16,2	4,2	17,5	10,6	NS
% employés	17,6	4,6	16,1	5,5	NS
% ouvriers	12,3	4,5	11,7	7,9	NS
% retraités	22,0	6,3	21,0	8,2	NS
% sans activité	8,2	1,9	8,9	3,2	NS
taux de chômage	15,2	3,8	15,0	4,9	NS
% CDD	12,9	2,7	12,8	3,6	NS
% intérimaires	1,4	0,7	1,5	0,8	NS

1 *** $p < 0,001$; ** $0,001 \leq p < 0,01$; * $0,01 \leq p < 0,05$; NS différence non significative.

Source : INSEE

Tableau 14 Comparaison des IRIS équipés et non équipés des secteurs psychiatriques de Maison-Blanche (suite)

Variables	IRIS équipés		IRIS non équipés		Test de l'égalité des variances Significativité Test de Student ¹
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Logement					
% propriétaires	23,6	13,2	26,7	14,1	NS
% locataires	70,9	13,9	66,1	17,2	NS
% maisons individuelles	0,9	0,8	1,5	6,7	NS
% immeubles collectifs	95,3	3,8	92,9	13,6	NS
% logements sans confort	2,8	2,3	3,7	3,2	NS
% logements sociaux	33,6	24,1	23,0	29,2	*
% foyers pour personnes âgées	0,4	0,7	0,4	1,1	NS
% hôtels	0,6	1,2	1,2	1,9	NS
% HLM	33,1	23,2	22,4	27,5	*
% habitat provisoire	0,0	0,1	0,0	0,1	NS
% emménagements logement avant 1982	43,1	9,6	40,1	9,6	NS
% emménagements logement entre 1990 et 1999	37,8	5,4	40,0	7,6	NS
% emménagements en 1998-1999	19,0	6,3	19,5	5,8	NS
% mouvement entre 2 recensements de population	53,5	9,7	57,4	8,9	NS
Equipements et services					
Densité de services publics (pour 1000 habitants)	0,8	1,7	5,4	62,0	NS
Densité de postes, banques	3,9	7,0	45,8	292,3	*
Densité de services éducatifs	5,9	5,9	5,8	7,2	NS
Densité de services sanitaires	8,9	36,1	7,2	67,9	NS
Densité de structures d'hébergement pour personnes âgées	2,2	3,7	1,0	2,6	NS
Densité de structures pour personnes handicapées	0,8	1,9	0,6	2,0	NS
Densité de structures sociales	1,8	4,4	1,2	3,0	NS
Densité de commerces	34,0	35,0	239,0	1 330,6	*
Densité de structures pour adultes handicapés	0,1	0,7	0,2	0,8	NS
Densité de chrs	0,2	0,8	0,5	1,6	NS

¹*** $p < 0,001$; ** $0,001 \leq p < 0,01$; * $0,01 \leq p < 0,05$; NS différence non significative.

Source : INSEE

Afin d'analyser les processus de décisions à l'origine de ces implantations, ainsi que le fonctionnement de ces implantations urbaines, leur intégration au territoire urbain, plusieurs entretiens ont été réalisés avec les personnels de Maison Blanche. Pour cela, la prise de contact avec les enquêtés a été facilitée par le Dr Caire, médecin responsable du département d'information médicale de l'établissement, qui nous a recommandée auprès de ses collègues. Sur ses conseils, ont ainsi été interrogés le responsable de la communication, ingénieur en organisation, le médecin responsable du département d'information médicale anciennement chef de secteur, les médecins chefs de secteur des structures concernées, ainsi que la responsable du service social. Toutes les personnes contactées ont accepté de participer à notre entretien, y associant parfois un infirmier, une assistante sociale. Les personnes ont été rencontrées dans leurs locaux, permettant une visite de chaque unité d'hospitalisation. Le Dr Caire et Jean-Claude Péna, responsable de la communication, ont été rencontrés préalablement. Leur connaissance globale de l'histoire de l'établissement et de ses développements récents et à venir ont permis de centrer nos recherches sur les structures d'hospitalisation implantées en ville et de construire la grille d'entretien semi-directif en direction des médecins chefs de secteur. Cette grille d'entretien est présentée en annexe 7. Le Dr Caire et M. Péna nous ont également donné accès à certains documents réalisés pour les 100 ans de l'établissement, ainsi qu'aux archives et aux journaux de l'établissement. Les éléments recueillis lors des entretiens et les archives parcourues ont été analysés. Les informations factuelles et traits majeurs sont réutilisés ici et intégrés dans le corps du texte, sans nécessairement renvoyer aux déclarations individuelles de nos interlocuteurs, sauf exception. Ils permettent ainsi de reconstituer l'histoire des implantations et la genèse des localisations. Cette analyse a également été alimentée par les entretiens recueillis dans la revue *Pluriels* de la Mission nationale d'appui en santé mentale qui consacrait en 2000 un numéro à la restructuration de Maison-Blanche (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, 2000).

Dans notre lecture géographique de l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie sur deux siècles, il nous paraît important de dérouler le fil de l'histoire psychiatrique jusqu'à son terme, ou plutôt jusqu'à son point le plus abouti à ce jour, à savoir l'implantation dans la communauté de la quasi-totalité des structures de soins. Cette volonté et les premiers entretiens réalisés nous ont donc amenée à centrer notre étude sur les quatre unités

d'hospitalisation de Maison-Blanche implantées dans Paris intra-muros. Comme nous l'avons dit précédemment, rares sont les établissements psychiatriques français à avoir envisagé de transférer leurs lits d'hospitalisation à temps plein au plus près de la population desservie. L'hôpital de Maison Blanche, avec Ville Evrard, est l'un des établissements ayant poussé au plus loin cette idée et sa réalisation, allant jusqu'à envisager la fermeture du site original de Neuilly-sur-Marne. Ce projet ne s'est d'ailleurs pas fait sans conflits, les enjeux sociaux étant très importants. Les syndicats de personnel se sont fortement opposés au transfert de lits de Neuilly vers Paris, allant jusqu'à séquestrer le directeur de l'époque pendant plusieurs jours pour faire entendre leur protestation à l'encontre des projets de restructuration. Le journal Libération titrait ainsi en avril 2003 « *Maison Blanche : un hôpital qui cherche asile* » (Figure 43). Dans un article intitulé « *Paris réintègre des « fous » intra-muros* » en septembre 1996, le journal Métro évoque ainsi « *un de ces lieux à part, véritable monstre asilaire étalé sur 60 hectares* » et « *la fin annoncée d'une profonde aberration qui faisait que la grande majorité des patients parisiens, hospitalisés pour des troubles mentaux, l'était loin, très loin de Paris* ». Avec l'évolution des thérapeutiques, l'apparition des neuroleptiques, et la mise en place de la sectorisation, la population hospitalisée à Neuilly-sur-Marne est passée de 3 000 patients en 1968 à 500 en 1995, posant notamment la question financière de l'entretien de ce vaste site de 60 hectares et de 103 bâtiments. C'est au cours des années 1990 que s'est concrétisée l'idée qu'en plus du développement de structures alternatives dans les zones couvertes par les secteurs de psychiatrie, il fallait rapprocher les lieux d'hospitalisation de la population. En effet, l'éloignement de Neuilly-sur-Marne des secteurs parisiens desservis par l'établissement posait des difficultés en termes de contacts avec le milieu de vie du patient, de visites à domicile. Il a donc été décidé d'ouvrir des structures d'hospitalisation à Paris et d'y transférer la majeure partie des patients hospitalisés. Quatre structures sont ainsi ouvertes entre 1998 et 2007, une cinquième est prévue en 2010.

Liberation 23 SEP. 1993

S O C I E T E

SANTE

Les fous s'arrêtent encore aux portes de Paris

En rupture avec la pratique vieille de 150 ans consistant à reléguer les malades mentaux hors de la capitale, un projet de création de lits intra-muros était en préparation. Mais la Ville recule.



Les patients réputés incurables sont encore hospitalisés en grande banlieue.

Libération, septembre 1993

Métro, septembre 1996

Paris réintègre ses «fous» intra-muros

Il y a un siècle, de gigantesques asiles ont été créés en banlieue. Aujourd'hui, un plan d'ensemble prévoit, par le biais de structures de soins à échelle humaine, le rapatriement de tous les lits d'hospitalisation dans la capitale.



Patrick Mordelet, directeur de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, est un homme heureux. Il dirige, pourtant, un service à grand caractère installé dans un immeuble de six étages dans le quartier de Saint-Ferréol, près de la Seine. Il dispose de plus de 100 lits et accueille, chaque jour, plus de 100 patients. Mais il n'est pas un homme heureux. Il n'a pas de collègues. Il est le seul à Paris à avoir une unité de soins à domicile. Il n'a pas de collègues. Il est le seul à Paris à avoir une unité de soins à domicile.

Le déménagement de ce centre psychiatrique de Neuilly-sur-Marne vers Paris se heurte au refus du personnel.

C'est un bateau vide. Presque déserté. L'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, symbole de l'époque du siècle dernier, ayant accueilli jusqu'à plus de 3 200 malades exilés de Paris, vit ses derniers mois. A Neuilly-sur-Marne, à 20 kilomètres de la capitale, le lieu est comme une petite ville, 60 hectares, 109 bâtiments. Aujourd'hui, les deux tiers des pavillons ont fermé, la moitié du site a été revendu à la municipalité. Il ne reste qu'un peu plus de 400 patients (1). De plus, près de dix ans, c'est la plus importante restructuration de la psychiatrie française. Mais elle patine. Les conflits se multiplient. L'objectif semblait limpide: ramener les fous à Paris. Maison-Blanche hospitalisant essentiellement les malades de l'est parisien, n'était-il pas plus sain de les hospitaliser dans Paris, près de leur famille?



Maison Blanche: un hôpital qui cherche asile

«C'est une injure». Patrick Mordelet est intérieurement optimiste. «Vous savez, un tel changement, cela prend dix ans», explique le directeur de Maison-Blanche qui a porté seul ce projet depuis le début. Trop tôt le personnel et les médecins», reconnaît Jean Vuilleumoz, conseiller municipal communiste à Paris et président du

Libération, avril 2003

Sur ces quatre structures, deux sont accolées à des établissements de santé généraux. Ainsi une structure est implantée sur le site du centre hospitalier de Bichat dans le 18^e arrondissement afin de desservir les populations des secteurs de cet arrondissement, la seconde est accolée à l'établissement de la Croix Saint Simon dans le 20^e arrondissement. Nous évoquerons par la suite très brièvement l'unité de Bichat, car son implantation dans les murs d'un hôpital général évite la plupart des éventuels conflits liés à son implantation en milieu urbain.

4.1.2 Formes et processus d'insertion dans le voisinage

Pour chacune des implantations urbaines, nous allons donc nous intéresser à l'environnement dans lequel elles se sont opérées, la stratégie de communication et d'intégration de l'établissement, les difficultés rencontrées, et les implications pour le voisinage, les patients, et plus globalement la prise en charge psychiatrique.

Les unités d'hospitalisation psychiatrique ne sont pas représentatives de l'ensemble des structures psychiatriques implantées hors de l'enceinte hospitalière. Ce sont des structures plus lourdes, des établissements de plus grande taille, plus visibles, recevant des patients potentiellement atteints de pathologies plus sévères nécessitant une hospitalisation à temps plein. Elles se différencient ainsi des CMP ou CATTP où les patients se rendent quelques heures en journée pour des consultations ou des activités thérapeutiques dans des locaux « banalisés » qui peuvent prendre la forme d'un appartement dans un immeuble d'habitation par exemple. Dans leur étude sur les attitudes de la population à l'égard des services de santé mentale implantés dans la communauté, Repper et Brooker (1996) ont résumé ainsi les six principales caractéristiques de la structure qui influencent les perceptions de la population. Ces six dimensions sont :

- le type de structure : les structures avec hébergement sont généralement moins acceptées que celles sans hébergement qui sont ouvertes sur des temps limités et qui n'impliquent pas une patientèle trop « handicapée ». Par ailleurs, l'attraction plus ou moins locale de la structure va également jouer : des services pour la population locale étant mieux perçus que ceux introduisant des « étrangers ». La nature de la population

accueillie entre en compte plus généralement (personnes âgées et handicapées physiques sont plus facilement acceptées car la population se sent concernée par ces problèmes qui peuvent lui arriver ; à l'inverse, les personnes souffrant de troubles mentaux, les détenus, les toxicomanes sont moins facilement acceptés, du fait notamment, de leur culpabilité perçue (Tringo, 1970)) ;

- la taille de la structure : les structures les plus grandes sont généralement moins bien acceptées car elles entraînent souvent du bruit, du trafic automobile, de l'activité et des perturbations. Une exception doit cependant être faite pour les structures ouvrant des perspectives favorables en matière d'emploi, c'est notamment le cas en zone rurale ;
- le nombre de structures : les habitants ont une plus forte probabilité de refuser un nouvel équipement lorsque c'est le premier dans la zone et qu'il peut en annoncer d'autres ou au contraire, si les habitants se perçoivent déjà surchargés de tels services ;
- le fonctionnement de la structure : les attitudes de la population sont fortement influencées par le niveau d'assurance et de garantie de sécurité qui peut leur être donné ;
- la réputation de la structure : la réputation de l'établissement peut améliorer les attitudes de la population, notamment lorsque des exemples similaires réussis sont connus ou si le projet est supporté par des politiques respectés ou des célébrités ;
- l'apparence de la structure : la colère du voisinage peut être désamorcée par une attention particulière à l'architecture intérieure et extérieure de l'établissement de sorte que sa destination soit cachée et que son apparence institutionnelle soit évitée. Le nom de l'établissement et sa signalisation peuvent créer de la tension et de l'anxiété s'ils sont trop explicites ou envahissants.

Donc les unités d'hospitalisation implantées en milieu urbain, de par leur taille, leur visibilité, la population accueillie (notamment dans les établissements publics habilités à recevoir tout type de patients, avec ou sans leur consentement, en situation de crise ou d'urgence) constituent des équipements peu souhaités par les habitants et sont davantage source d'oppositions. Cependant, nos entretiens nous ont montré que les structures de petite taille type CMP rencontraient également des difficultés avec le voisinage proche : les

habitants de tel immeuble demandant la construction d'une entrée distincte pour les personnes se rendant au CMP... Nous verrons au cours de la monographie suivante comment les autres dimensions (nombre de structures, réputation, apparence, fonctionnement) vont s'opérer dans le cas de Maison-Blanche.

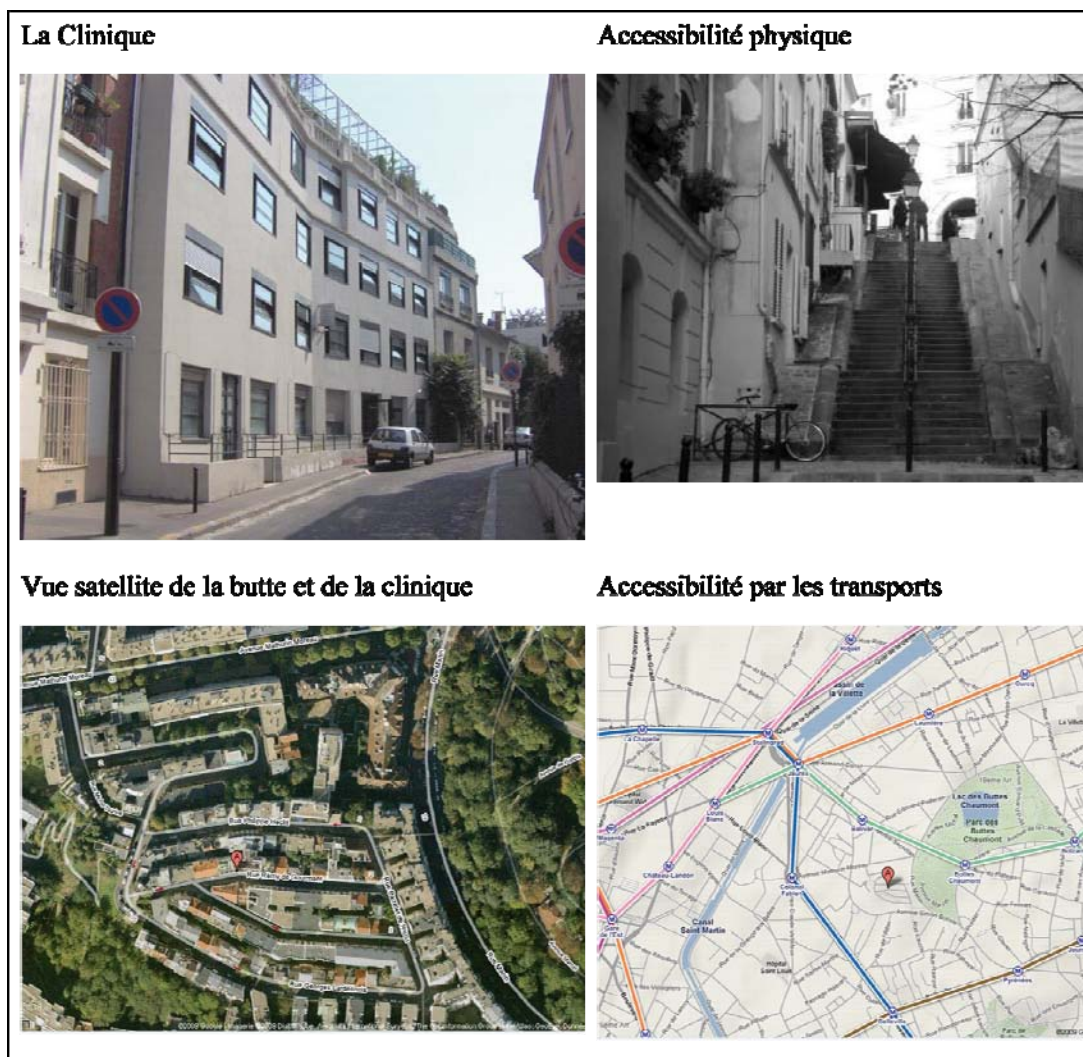
4.1.2.1 La clinique Rémy de Gourmont

La première unité d'hospitalisation ouverte par Maison Blanche à Paris est la clinique Rémy de Gourmont située sur la butte Bergeyre dans le 19^e arrondissement. Initialement, quand Maison Blanche envisageait de s'implanter « dans la ville », il s'agissait de s'implanter dans un hôpital général avec l'idée de faire de la psychiatrie une spécialité médicale comme les autres. C'était notamment une des idées prônées par le rapport Massé en 1992 qui préconisait de développer la psychiatrie à l'hôpital général dans la perspective d'une meilleure intégration de la santé mentale dans le système général de santé (Massé, 1992; Vermelen, 2003). Face aux difficultés et aux lenteurs des négociations avec l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, l'idée émerge d'ouvrir les possibilités d'implantation en ville à des lieux autres que l'enceinte d'un hôpital général. A l'époque, à Paris, des petites cliniques spécialisées en chirurgie, orthopédie, voire maternité, se trouvaient obligées de fermer faute de rentabilité. C'est ainsi que Maison Blanche a pu racheter une ancienne clinique médico-chirurgicale dans le 19^e arrondissement. La clinique est implantée dans un quartier résidentiel privé, très calme, près des Buttes-Chaumont (Figure 44). Si nous sommes bien dans Paris, les critères d'accessibilité et de fonctionnalité ne sont pas réellement remplis : la butte est située à l'écart de l'activité de la ville, tel un « village dans la ville » pour utiliser une expression fréquente des riverains (Bataille, Sauvayre, Salcedo & Ohana, 2000). En hauteur, le site est relativement éloigné des stations de métro et accessible seulement par de longs escaliers. Les places de stationnement étant rares, l'accès en voiture n'est pas non plus facilité. Enfin, il n'offre quasiment pas de services ou de commerces. Dans ce quartier résidentiel, un peu coupé de la ville, la clinique Rémy de Gourmont constitue « *le seul lieu institutionnel et le seul endroit où des personnes étrangères à la butte sont susceptibles de se rendre* » (Bataille et al., 2000).

La population du quartier est composée de nombreux ménages isolés, qu'ils soient jeunes (20-39 ans) ou âgés (75 ans et plus). Elle se démarque surtout par sa forte proportion de

diplômés du supérieur (25 % de la population de plus de 15 ans a un diplôme supérieur à un Bac + 2), mais également de propriétaires (36 %) par rapport aux autres quartiers du Nord-Est Parisien.

Figure 44 La clinique Rémy de Gourmont, implantée sur la Butte Bergeyre, dans le 19^e arrondissement



Sources : Photographie Etablissement Maison-Blanche, Google Maps

Quand Maison Blanche rachète la clinique, celle-ci est abandonnée. Sa dernière destination était une unité de soins palliatifs. Il y a eu des discussions au sein de l'établissement de Maison Blanche pour savoir s'il fallait faire de la communication autour du projet d'unité d'hospitalisation psychiatrique. La direction a finalement choisi de ne pas trop en faire, par crainte des réactions d'opposition du voisinage. Dans son étude sur la transférabilité du concept de « *service-dependent-ghetto* » en Ecosse (1996), Christine Milligan montre bien

comment de telles stratégies de communication « *low-key* » ont permis d'éviter les oppositions du voisinage, qui ignore souvent la destination finale de la location ou de la réhabilitation des bâtiments avant l'ouverture de la structure, ou tout au moins devient informé à une étape du processus trop tardive pour mobiliser quelque opposition effective. Nous verrons par la suite que ce choix va être reproché à Maison Blanche par les habitants du quartier. Le terme de « clinique » choisi par l'établissement pour afficher son activité va d'ailleurs prêter à confusion, les habitants ne s'attendant pas à voir le tout venant venir se faire soigner ici (y compris les urgences psychiatriques et les hospitalisations d'office sur injonction du préfet).

Les usagers des services de santé mentale sont plutôt très favorables à l'ouverture de ce type de structures. Pour Claude Finkelstein, présidente de la Fédération Nationale des Associations d'usagers de la psychiatrie (FNAPSY), il faut que « *se généralise ce que l'hôpital de Maison Blanche a commencé avec la clinique Rémy de Gourmont* ». Bien que regrettant le manque d'espace dont dispose la clinique (absence de jardin ou cour intérieure, espace de déambulation très limité), les usagers « *manifestent le désir d'être hospitalisés dans ce lieu, proche de leur domicile, accessible aux familles et aux amis, et moins stigmatisant que le site de Neuilly-sur-Marne* » (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, 2000). Interrogés par une équipe de sociologues (Bataille et al., 2000), les usagers de la clinique Rémy de Gourmont parlent très peu du voisinage de l'établissement, soulignent « l'étroitesse de l'hôpital Rémy de Gourmont » et le fait que la proximité de l'environnement urbain limite leur liberté d'accès à l'extérieur de l'établissement. Malgré l'exiguïté des locaux, la plupart des usagers confirment l'opinion de la FNAPSY, préférant être hospitalisés à Rémy de Gourmont plutôt qu'à Neuilly-sur-Marne : « *la clinique ne ressemble pas à un hôpital psychiatrique, ce qui rend la réalité plus présentable au visiteur familial* » (Bataille et al., 2000). Il suffit de regarder la Figure 45 pour s'en convaincre.

Figure 45 La déstigmatisation des structures psychiatriques

De l'isolement à l'intégration dans la ville : la psychiatrie à travers le temps

Le site historique de Neuilly-sur-Marne



L'unité Rémy de Gourmont



L'unité Hauteville



L'unité Avron



L'unité Bichat



Photographies de l'auteur, Etablissement Maison-Blanche, Google Maps

Et il est vrai que les visites sont nettement plus nombreuses et fréquentes à Rémy de Gourmont alors qu'elles se limitaient souvent au week-end à Neuilly-sur-Marne. Cependant, le manque d'espace de la structure se révèle particulièrement problématique pour les patients ayant besoin d'un séjour plus long en psychiatrie. Les professionnels sont d'ailleurs partagés, l'éloignement de la zone de résidence est parfois préférable pour certains patients, de même que la plongée dans l'environnement urbain peut fragiliser certains patients. Ainsi s'exprime un psychiatre dans l'étude sociologique précédemment citée : « *Il y a des gens qui sont dans des situations dont ils doivent être soustraits. La proximité de la ville est souvent très bonne pour des gens, et puis il y en a d'autres pour qui elle est totalement contre-indiquée. Il faut couper, il faut éloigner, il faut séparer* » (Bataille et al., 2000). Un autre de déclarer « *On a besoin de garder une unité d'hospitalisation à Maison Blanche pour que les malades puissent sortir, se promener, avoir de la place, crier. Parce que soit, on les garde bien, chimiquement isolés dans une petite chambre à Rémy de Gourmont, soit, on fait d'autres choses qui demandent beaucoup plus de personnel et de temps. Il s'agit de soigner autrement avec des activités et de la place. C'est pourquoi il faut garder une unité d'hospitalisation aérée où les gens peuvent circuler, faire du bruit et où on ne gêne pas un voisin râleur* ». Certains psychiatres, plutôt minoritaires, défendent ainsi l'idée de la nécessité d'une bi-localisation des structures d'hospitalisation, permettant de différencier les prises en charge selon le type de patients, l'intensité et la durée du traitement, mais cette position se heurte au risque du développement d'une psychiatrie « à deux vitesses ». Par ailleurs, dix ans après l'ouverture de la structure et l'expérience de trois autres implantations urbaines « complètes » (avec le transfert de l'ensemble des patients de Neuilly-sur-Marne), il semble que ces implantations aient fortement modifié les pratiques soignantes. Ainsi, l'actuel chef de secteur de la clinique, interrogé sur l'évolution de ses pratiques depuis son installation dans le 19^e arrondissement, a parfois l'impression d'avoir changé de métier. Selon lui, la psychiatrie de proximité pousse à une réhabilitation sociale plus complète. On ne peut plus faire une psychiatrie de la recherche des causes, un travail d'investigation poussée sur le passé du patient, on travaille davantage à sa réinsertion. « *Je ne suis plus un psychiatre « étiologicophile », cherchant les causes premières à la souffrance psychique, mais un psychiatre qui élabore un projet d'équipe pour réinsérer le patient, sorte de psychiatrie de réseau (...), le soin passe par la réinsertion sociale et professionnelle* ». Ce changement de paradigme est

difficilement évaluable actuellement, le recul sur ces pratiques est encore insuffisant. Mais une récente communication au congrès du comité français pour la réhabilitation psychosociale (Congrès CFRP « La réhabilitation, c'est maintenant ! », Versailles, 2008), citée par le psychiatre Gilles Vidon, a montré les progrès enregistrés, tant du côté de la qualité des soins que de la satisfaction des usagers et des professionnels (Vidon, 2008).

Enfin, si sous l'angle de vue des patients comme des soignants, l'implantation parisienne est globalement satisfaisante (même si certains patients n'hésitent pas à exprimer leur mécontentement sur les murs, comme sur l'Encadré 3), l'intégration de la structure dans le quartier a rencontré pas mal de difficultés, certaines étant dues à des erreurs de conception architecturale dans la réhabilitation de la structure, d'autres aux caractéristiques du quartier d'implantation ou encore à la stratégie d'implantation de l'établissement. Nous nous appuyerons ici sur l'étude sociologique réalisée par une équipe de l'EHESS à la demande de l'établissement de santé de Maison Blanche (Bataille et al., 2000). Cette étude montre ainsi que la stratégie d'intégration de l'hôpital s'est surtout occupée d'éviter la mobilisation, l'opposition des habitants à l'implantation de la structure. *« A aucun moment, l'identité habitante n'est saisie ou présentée comme partenaire du projet. Toutes les approches institutionnelles ont été placées sous le signe de la crainte et de la peur de la voir intervenir dans le processus de décision qui réalise la psychiatrie de proximité »*. La crainte administrative du pouvoir des habitants l'a emporté sur l'ambition de penser le projet d'intégration dans la cité. Les auteurs insistent sur l'importance qu'il y aurait à s'interroger aussi bien *« sur les représentations administratives du pouvoir des habitants que sur les représentations habitantes de la maladie mentale pour évaluer la réussite ou l'échec du projet de psychiatrie hospitalière de proximité »*. L'enquête montre en effet que les attitudes de rejet de la maladie mentale sont minoritaires dans le cas de la clinique Rémy de Gourmont.

Encadré 3 Ecrits des patients sur les murs des structures

« Tenez compte des gens, de leur histoire, de leur difficulté !

Sortez du XIXe siècle, sectaires ! Le dealer au moins, respecte son client ! le psy ne travaille pas, il ne fait que consolider sa position de pouvoir. Décourageants, démotivants. Nous voulons des emplois, pas des médocs.

Chochottes, Ni divan, ni prozac !

Les individus sont plus importants que le système.

Psychiatrie = vide, néant, rien, 0

Lacan et Foucault, réveillez-vous, ils sont devenus fous !

Discours psy = alignement de lieux communs mal compris, mal agencés, décontextualisés, péremptaires, ennemis de la personne humaine. Totale négligence des facteurs sociaux. »

*Tags recueillis par l'auteure sur le panneau indicatif du CMP rue des Mûriers,
20^e arrondissement de Paris, 2008*

Cela est également sensible à travers les tournures employées dans cette pétition sur les dysfonctionnements constatés à la clinique Rémy de Gourmont datée du 18 novembre 2000 :

« Nous comprenons la nécessité d'établissements tels que le vôtre, insérés dans le milieu urbain. Cependant nous souhaitons attirer votre attention sur de graves dysfonctionnements mettant en cause la tranquillité du voisinage et sa sécurité de même que celle de vos patients. Un premier fait récurrent est la gêne occasionnée par les hurlements que poussent, notamment la nuit, certaines des personnes hébergées dans votre établissement. Cette gêne n'est pas seulement synonyme de « tapage nocturne ». Elle va bien au delà dans la mesure où elle porte le témoignage d'une souffrance – que votre mission est d'alléger – extrêmement perturbante pour votre voisinage. De plus, à de nombreuses reprises, certains de vos pensionnaires se sont évadés de votre établissement et ont, par leur comportement semé le trouble parmi la population avoisinante. Le dernier épisode (synthétisé par l'auteure) : un patient a brisé la porte du 26 rue RDG, puis s'est présenté au 1^{er} étage du pavillon situé au 28 rue RDG, a insulté et effrayé la propriétaire des lieux avant de mettre le feu à un rideau. Par la suite, il s'est réfugié sur un des toits du 39 rue Georges Lardennois et a projeté sur les personnels soignants de la clinique (prévenus par une

habitante) un pot de fleurs de plus de 6 kg. Il a ensuite arrosé les infirmiers à l'aide d'un tuyau d'arrosage, et endommagé un store de toiture...

C'est la raison pour laquelle les soussignés vous demandent instamment de prendre les mesures nécessaires pour :

- isoler phoniquement votre établissement,
- prendre toutes les mesures (sécurité, effectifs...) pour que de nouvelles évasions ne puissent se reproduire. »

Des nuisances objectives sont ainsi évoquées par le voisinage. Le bâtiment est en effet totalement inséré dans le tissu résidentiel, ses murs sont communs avec des habitations. Au départ, les chambres d'isolement où sont placés temporairement les malades en crise, et donc souvent bruyants, étaient précisément mitoyennes des habitations et l'insonorisation n'avait pas été prévue, les voisins entendaient alors les malades frapper au mur, crier. D'autre part, la présence de la structure a engendré des problèmes de stationnement pour les résidents.

Ce quartier très résidentiel étant aussi caractérisé par son calme et son éloignement des bruits et des activités de la ville, on peut comprendre que ces nuisances sonores aient quelque peu fait réagir le voisinage.

L'étude montre une différence de réaction entre propriétaires et locataires. Les premiers ont en effet davantage prêté attention à l'ouverture d'un hôpital psychiatrique et à ses conséquences sur le maintien de la tranquillité du quartier. « Leur souci a d'emblée été qu'il ne nuise pas à la valeur de leur capital immobilier. Pour autant, par stratégie, ils ne recherchent pas le conflit. Ils considèrent que moins la clinique fera parler d'elle, plus ils préserveront cette valeur. » Les propriétaires rencontrent ainsi les objectifs de l'administration de l'établissement qui cherche aussi à faire le moins possible parler d'elle.

Certaines craintes initiales des habitants se sont avérées non vérifiées dans la réalité, notamment les craintes que le quartier ne devienne un espace de déambulation pour les patients, les craintes d'agressions, de comportements exhibitionnistes. En fait, plus que de nuisances sonores, les résidents parlent de « nuisances psychologiques », les hurlements et

tambourinages entendus sont le signe d'une souffrance psychique, difficilement supportable pour le voisinage, allant jusqu'à poser des problèmes familiaux, des troubles du sommeil chez les enfants... Malgré ces nuisances réelles, « *la démarche de la plupart des voisins est de rendre possible la présence de cet hôpital, de la rendre tolérable pour le plus grand nombre* ». Nous sommes là bien loin des attitudes de rejet de la maladie mentale. Cette implantation contredit en partie le modèle classique du *NIMBY*, des communautés qui ont un réflexe de rejet à l'encontre de la maladie mentale. Il semble ici que ce soit surtout l'établissement qui a eu peur de ces réactions de rejet et qui, en souhaitant les anticiper et les éviter, a manqué son projet réel d'intégration dans la communauté. Il faut rappeler ici le niveau d'éducation élevé de la population résidente. Or, les nombreuses études relatives aux attitudes et représentations de la population à l'égard de la maladie mentale, qui ont montré que cette stigmatisation s'appliquait à la fois aux patients, aux professionnels chargés de les prendre en charge (Schulze, 2007) et aux structures (Henderson & Thornicroft, 2009; Repper & Brooker, 1996; Sartorius, 2002; Sartorius, 2007; Thornicroft, 2006; Wolff, Pathare, Craig & Leff, 1996a), ont mis en évidence le fait que si ces attitudes variaient notamment en fonction de la sévérité du trouble (Gaebel, Zaské & Baumann, 2006), de l'hypothèse de dangerosité associée (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004), des attentes à propos de la responsabilité de la maladie mentale (Dietrich, Beck, Bujantugs, Kenzine, Matschinger & Angermeyer, 2004), et des caractéristiques de la structure elle-même (Taylor, Dear & Hall, 1979), elles variaient aussi fortement selon les caractéristiques sociodémographiques des individus, telles que l'âge, le sexe, le niveau culturel (Baumann, Zaeske & Gaebel, 2005; Baumann, 2007; Lauber, Nordt, Falcato & Rossler, 2004) et les caractéristiques physiques et sociales du quartier d'accueil (Taylor et al., 1979). La plupart des études concluent à une plus grande tolérance et bienveillance à l'égard de la maladie mentale de la part des individus ayant un niveau d'études élevé et ayant une connaissance ou une expérience de la maladie mentale (Brockington, Hall, Levings & Murphy, 1993; Dear & Wolch, 1987; Hall, Brockington, Levings & Murphy, 1993; Wolff, Pathare, Craig & Leff, 1996b). Brockington retrouve un lien fort entre la tolérance des sujets, leur âge, leur éducation, ou la proximité qu'ils peuvent avoir avec des personnes souffrant de troubles psychiques. L'effet de cette proximité est le plus communément admis ; le fait de connaître directement ou indirectement un malade mental permettrait une meilleure tolérance. Wolff signale que les

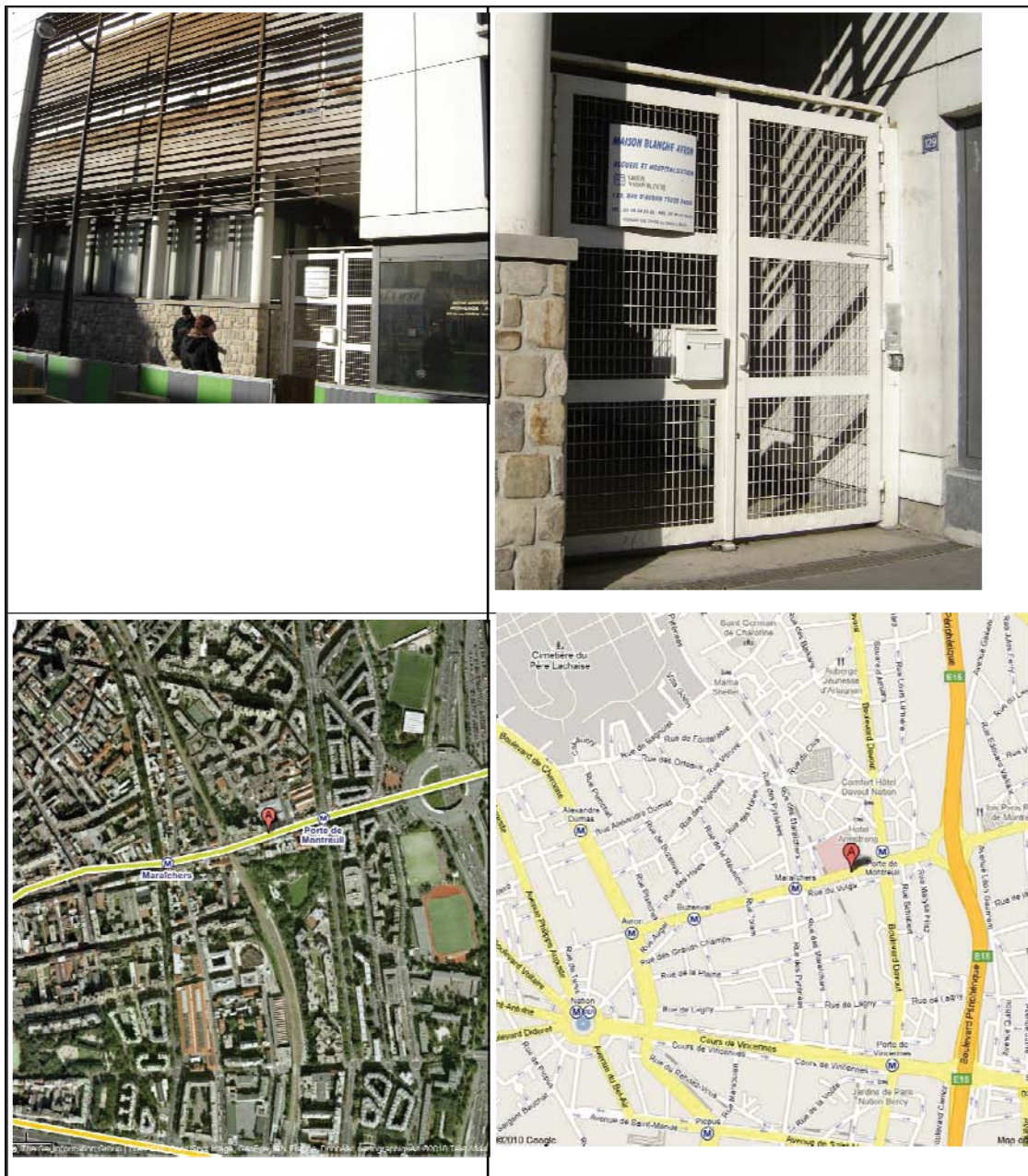
personnes les plus réticentes sont celles ayant des enfants et celles qui ont un faible niveau d'éducation. Les études françaises sur le sujet sont nettement plus rares. La seule enquête d'ampleur à ce jour est l'enquête « Santé mentale en population générale » (SMPG) réalisée par le Centre Collaborateur OMS pour la santé mentale. Cette étude confirme le rôle de la proximité, de la connaissance ou de l'expérience de la maladie mentale dans les attitudes de plus grande tolérance, ainsi que celui de l'âge, du niveau d'éducation et du revenu, qui sont les variables ayant le plus d'impact sur les représentations de la maladie mentale. Ils montrent également que des représentations archaïques de la folie persistent dans la population générale et qu'il ne suffit pas de changer les mots pour supprimer la stigmatisation : aliéné, fou, malade mental, personne souffrant de trouble psychique, asile, hôpital psychiatrique, centre hospitalier spécialisé, établissement de santé mentale, aliéniste, ou psychiatre (Defromont & Roelandt, 2003; Roelandt, Caria & Anguis, 2001; Roelandt, Caria, Defromont & Vandeborre, 2010; Surault, 2005).

Les écueils de cette première expérience ont permis d'éviter certaines erreurs dans les implantations suivantes, notamment en termes de conception architecturale (isolement phonique, sécurisation du bâtiment, espaces pour les patients...).

4.1.2.2 L'unité d'hospitalisation d'Avron

La deuxième implantation hospitalière urbaine a concerné le 20^e arrondissement de Paris à travers le site d'Avron en 2004. Contrairement à Rémy de Gourmont, dès le départ, le projet a consisté en un transfert total des lits et des patients des secteurs du 20^e arrondissement hospitalisés sur le site de Neuilly-sur-Marne. Relativement excentré par rapport au 20^e arrondissement, puisque situé à proximité de la Porte de Montreuil, le bâtiment a été implanté sur un terrain vierge, jouxtant l'hôpital général de la Croix Saint-Simon. Le bâtiment est moderne et anonyme, comme pour Rémy de Gourmont, le mot psychiatrie n'apparaît pas à l'entrée de l'établissement (Figure 46).

Figure 46 L'unité d'hospitalisation d'Avron, 20e arrondissement de Paris



Source : photographies de l'auteure 2009, Google Maps 2010

Cette « concentration sanitaire » en un même lieu répond à plusieurs souhaits : éviter les problèmes de voisinage et nouer des liens avec l'hôpital général pour la prise en charge somatique des patients psychiatriques et la prise en charge psychiatrique des patients hospitalisés en soins somatiques, notamment aux urgences, tout en permettant une mutualisation des moyens logistiques. Cependant, cette deuxième ambition n'a pas été réalisée et alors que les travaux avaient été entamés, il a fallu revoir les plans architecturaux, l'hôpital de la Croix Saint-Simon refusant un accès par son entrée. Le résultat est un échec

architectural, les patients accèdent par une première grille qui donne sur un long couloir donnant sur une seconde grille ouvrant sur l'accueil. Suite à l'expérience de Rémy-de-Gourmont, il avait été décidé de ne pas mener d'action de consultation des voisins, d'autant plus que ce quartier très hétérogène n'a pas de réelle identité. Le programme immobilier étant intégré dans un programme de logements sociaux de la Ville de Paris, rien ne laissait transparaître la future destination de l'établissement. Contrairement à la butte Bergeyre, le quartier d'implantation est ici très animé, bruyant. C'est un quartier plus populaire et plus jeune que celui de la Butte Bergeyre, le revenu moyen par ménage est plus faible, les familles avec enfants et familles nombreuses sont plus fréquentes, les ouvriers, employés, professions intermédiaires sont surreprésentés. Plus de trois habitants sur quatre sont locataires de leur logement. Les établissements éducatifs et sanitaires y sont bien implantés. C'est un quartier populaire et multiculturel, qui grouille de monde. La circulation est importante, les klaxons, doubles-files et problèmes de stationnement y sont légion. Cette situation participe à l'indifférence du voisinage, « personne ne s'aperçoit des cris, des hurlements » nous explique un psychiatre interrogé. L'établissement, comme les patients « passent totalement inaperçus, tout le monde s'en fout » nous dit un autre, et « en ce sens, c'est une très bonne localisation, le lieu est propice à l'intégration ». Les comportements étranges sont totalement tolérés (du moins ignorés), les patients ne sont victimes d'aucune stigmatisation. Il est cependant difficile de voir là une véritable intégration, il s'agit davantage d'une indifférence, la psychiatrie est invisible dans ce quartier. En revanche, d'autres nuisances sont apparues ici. Il ne s'agit pas cette fois de nuisances pour le voisinage, mais pour les patients, qui ont été victimes de problèmes d'intrusion, des toxicomanes venaient dealer dans l'hôpital. Ainsi la situation en ville qui favorise les visites de la famille et de l'entourage, favorise aussi ce type d'intrusion, surtout dans ce quartier populaire où la patientèle est jeune, parfois marginalisée. Cela a nécessité de fermer un peu plus la structure. D'ailleurs, des patients interrogés se sont plaints de ces intrusions, rackets, harcèlements.

Là encore, le psychiatre interrogé se dit très satisfait de cette évolution de la prise en charge avec le déplacement des structures dans Paris. L'hospitalisation psychiatrique est banalisée, dédramatisée, « on ne part plus à l'asile », « ce n'est plus une expédition au cercle polaire », cela permet une prise en charge plus précoce et plus de fluidité, de réactivité dans la prise en

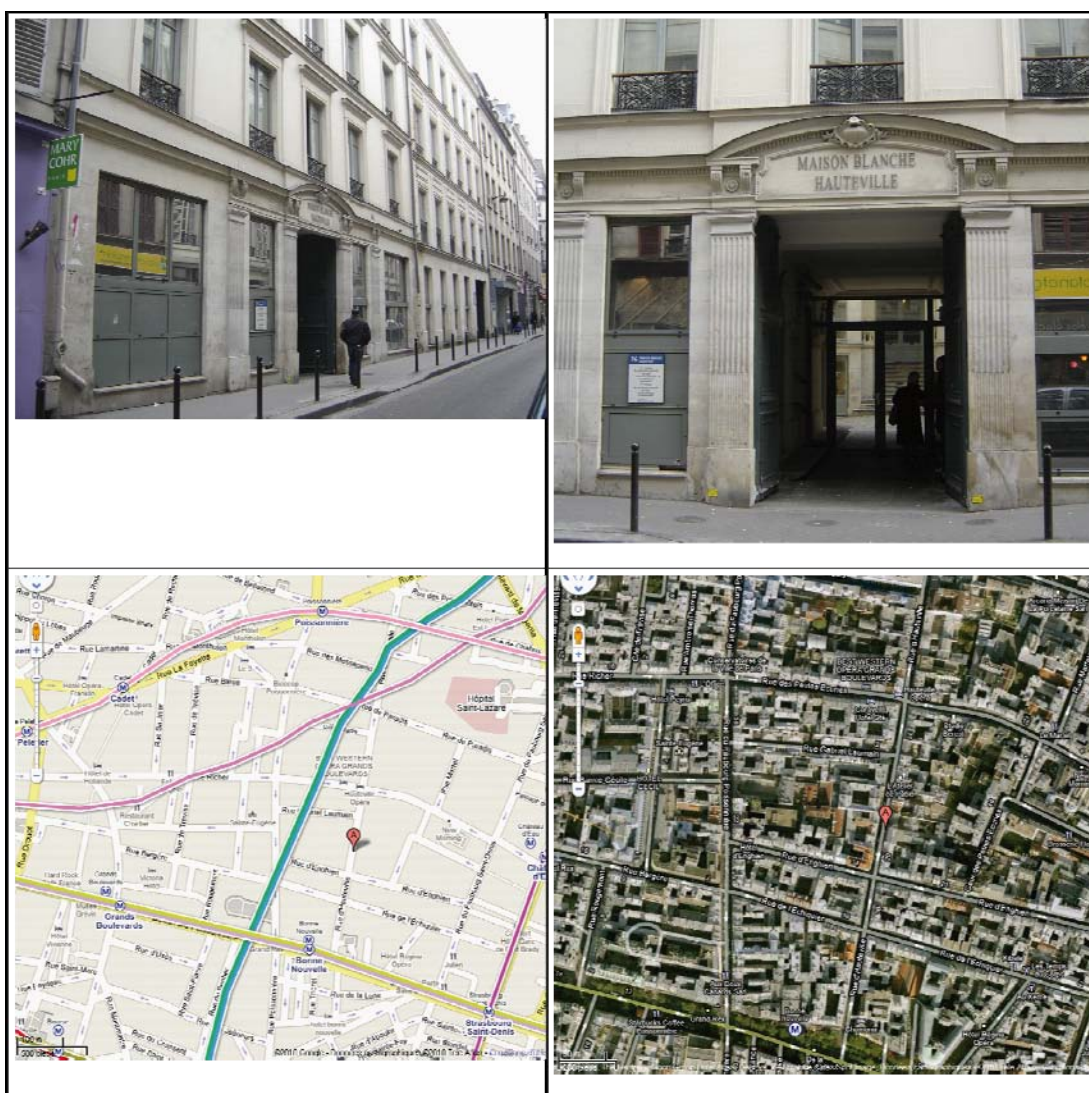
charge. Le seul inconvénient cité (qui aurait dû être évité si la coopération avec l'hôpital de la Croix Saint-Simon avait fonctionné) est le manque de temps pour les prises en charge somatiques. Les patients restant moins longtemps, il est plus difficile de surveiller leur état de santé physique.

4.1.2.3 L'unité d'hospitalisation d'Hauteville

La troisième implantation urbaine concerne les secteurs des 9^e et 10^e arrondissements, elle est située rue d'Hauteville, dans le 10^e (Figure 47). La structure a ouvert en 2005. Les deux arrondissements étant de petite taille, il n'aurait pas été pertinent de créer deux bâtiments distincts, une masse critique est nécessaire pour le bon fonctionnement de la structure. La localisation rappelle davantage celle de Rémy de Gourmont dans le sens où la structure n'est pas accolée à un autre bâtiment sanitaire.

Ce quartier d'implantation est encore différent des deux précédents. Le revenu moyen par ménage y est plus élevé, la densité de population est forte. Un quart de la population est de nationalité étrangère. Les logements sociaux et HLM représentent une faible part du parc de logements. Et la population paraît plus mobile entre deux recensements. Les commerces sont nombreux, de même que certaines structures sociales. Il semble que l'on soit dans une zone mixte à la fois résidentielle et commerciale.

Figure 47 L'unité d'hospitalisation Hauteville, 10e arrondissement de Paris



Source : photographies de l'auteure 2009, Google Maps 2010

L'unité d'hospitalisation occupe un ancien hôtel particulier du XVIII^e siècle, classé aux Monuments Historiques, en état de délabrement à l'époque de l'achat. Cette localisation exceptionnelle participe de la politique de communication de Maison Blanche qui souhaite montrer que le patient psychiatrique est considéré dignement. Et d'ailleurs les patients se montrent respectueux du lieu où ils sont accueillis, il n'y a pas de dégradation. La rue est très passante, commerçante, le quartier animé. Aucun conflit n'est recensé avec le voisinage. Pour l'architecte ayant participé aux travaux, Hauteville est à l'opposé des conceptions thérapeutiques et architecturales du XIX^e siècle et début XX^e où l'asile était conçu comme une « machine à guérir, une fuite hors de la ville, vers la nature intemporelle source de tous les apaisements ». « Le projet de la rue d'Hauteville fait du retour dans la ville un

élément fort, non pas dans la recherche d'un effet thérapeutique immédiat, mais dans le fait qu'il permet aux patients de continuer à vivre dans leur cadre ordinaire » (Roze, 2004). Les médecins et assistantes sociales de secteur interrogés sont très satisfaits de leur déménagement dans Paris. Selon eux, même les patients réticents au départ sont aujourd'hui très satisfaits d'être à Hauteville et ne veulent plus retourner à Neuilly-sur-Marne. Les démarches administratives des patients sont facilitées, de même que les rencontres avec les familles, l'entourage, les liens avec le tissu social sont resserrés. Les contacts sont ainsi plus fréquents avec le secteur associatif, le maire, les politiques, les hôpitaux généraux de l'assistante publique, les médecins libéraux, psychiatres ou généralistes qui ne se seraient pas déplacés jusqu'à Neuilly-sur-Marne. Les patients sont connus du quartier. Un psychiatre disait ainsi « *Nous sommes intégrés dans une vie de quartier comme une entreprise peut l'être, avec le relationnel de proximité, le voisinage qui va avec* ». Un autre « *Quand les patients sortaient de Maison Blanche (à Neuilly), ils étaient sur une nationale déserte, ce n'était pas particulièrement vivant, alors que là, quand ils sortent, ils sont dans un quartier qui vit* ». Les élus ont accompagné l'implantation et participé à son acceptation auprès de la population. Lors de l'inauguration de la structure, nous pouvions ainsi entendre M. Dreyfus, maire du 10^e arrondissement expliquer : « *ce déplacement à Paris du secteur de Maison Blanche est une très bonne chose car cela nous permet de solidariser une partie de la population qui est nécessairement réticente à cette installation. Cela nous permet d'expliquer, de faire comprendre ce qui se passe ici, cette médecine est nécessaire. Les citoyens ne peuvent pas faire semblant de ne pas savoir et refuser de savoir* », et le Dr Lhostis, adjoint au maire de Paris, de rappeler « *les interrogations, lorsque l'on met des lieux où il y a des comportements qui sont différents. (...) A chaque fois, il faut convaincre, il faut expliquer, il y a des peurs, il y a des inquiétudes. Certes cela parfois est un peu lourd à porter et peut-être agaçant à répéter, mais nous devons montrer qu'il faut garder une cité accueillante et évidemment que tous ces lieux là doivent pouvoir exister dans la cité et que derrière tout cela, il y a de la souffrance, il y a un besoin de prise en charge pour lequel il faut qu'on donne les meilleures conditions* » (Hôpital Maison Blanche, 2006).

Les recherches s'étant intéressées au rôle de la stratégie de communication de l'établissement lors de l'installation d'une nouvelle structure plaident davantage en faveur d'une information de la population résidente, d'une présentation du projet de structure,

soit d'une communication permettant une meilleure information des habitants sur la maladie mentale et une réduction de leurs craintes souvent dues à une méconnaissance de la maladie (Cowan, 1999; Repper & Brooker, 1996). L'absence de communication peut souvent à terme aggraver les relations avec le voisinage. Mais quelques études ont montré que ces stratégies « profil haut » pouvaient aller à l'encontre des droits des patients, en accordant plus d'importance aux potentiels opposants à une structure (Dear, 1992).

4.1.2.4 L'unité d'hospitalisation de Bichat

La quatrième implantation hospitalière urbaine ne sera que brièvement évoquée, elle a concerné le 18^e arrondissement et s'est faite dans l'enceinte de l'hôpital de Bichat (Figure 48). Elle n'est donc pas au cœur du tissu urbain comme les trois structures précédemment décrites. Cependant la mise à disposition d'un terrain de l'hôpital général n'a pas été sans heurts. En effet, le souhait de s'installer dans un hôpital général du 18^e arrondissement était ancien (années 1980) et n'a vu sa concrétisation qu'en 2007, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris n'ayant pas toujours vu d'un bon œil l'intégration de la psychiatrie de secteur dans ses locaux, lui préférant la psychiatrie universitaire. Ainsi, en 1993, le journal Libération titrait « Les fous s'arrêtent encore aux portes de Paris » et rapportait l'échec en cours de la création d'une unité d'hospitalisation à l'hôpital Bretonneau, dans le 18^e arrondissement de Paris. Alors que l'ouverture des travaux était proche, la mairie du 18^e qui s'était pourtant montrée favorable au projet, recule et émet un avis officiel négatif disant que la priorité ce sont les personnes âgées. Dans le même temps, la direction générale de l'Assistance Publique paraît hésiter : « *Nous avons trois urgences : ouvrir des lits pour les personnes âgées, développer des logements pour le personnel infirmier et ouvrir des lits pour la psychiatrie de secteur. Or, dans l'ancien Bretonneau, il n'y a de place que pour deux priorités. Il faudra bien choisir.* » « *Il y a toujours d'autres priorités que les malades mentaux. Là, ce sont les personnes âgées ; ailleurs, les logements sociaux pour le personnel* », constate le docteur Beau, « *les prétextes pour exiler les fous, il y en aura toujours* ». C'est finalement l'arrivée d'un nouveau directeur à Maison Blanche, connaissant la directrice de Bichat, qui semble avoir permis la réalisation du projet d'implantation. Même au sein d'un établissement sanitaire, l'intégration de la psychiatrie n'est donc pas acquise.

Figure 48 L'unité d'hospitalisation Bichat, 18e arrondissement de Paris



Source : Photographies Etablissement public de santé de Maison-Blanche Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Google Maps 2010

4.1.2.5 L'unité du Général Lassalle (en cours de construction)

Un dernier projet est en cours de réalisation en 2010 à Maison-Blanche, il vise le transfert de l'ensemble des patients du 19^e arrondissement, ceux actuellement hospitalisés à Rémy de Gourmont et ceux restés à Neuilly-sur-Marne. A terme, la clinique Rémy de Gourmont devrait être transformée en centre de postcure. La nouvelle structure devrait ouvrir en 2010, rue du Général Lasalle, dans le Bas-Belleville, dans le 19^e arrondissement (Figure 49). Il s'agit d'un immeuble qui appartenait à l'Education Nationale. Il est situé en face d'une école maternelle. L'établissement avait peur des réactions des parents d'élèves. Une rencontre a été organisée dans le cadre d'un conseil de quartier pour présenter le projet et contrairement à leurs craintes, il n'y a eu aucune réaction d'opposition, aucune crainte exprimée sur la dangerosité éventuelle des malades. Là encore, l'effort de communication de l'établissement a permis d'apaiser les éventuels peurs et questionnements.

Le bâtiment n'est pas collé à des immeubles d'habitation, contrairement à la clinique Rémy de Gourmont. Le quartier est plus populaire. La proportion d'étrangers est proche de 30 %, les ouvriers et les personnes sans activité sont surreprésentés, ainsi que les personnes non diplômées. La population est moins mobile que dans les autres quartiers d'implantation présentés, avec une proportion de propriétaires et de logements sociaux importante. Les commerces, postes et banques sont peu implantés dans ce quartier alors que les structures sociales et éducatives y sont présentes.

Avant l'achat par Maison Blanche, le bâtiment était inoccupé depuis 15 ans, mais il était occupé illégalement par une association d'artistes « La Générale » qui y avait installé des ateliers. Cette association très active et bien implantée dans le quartier était très soutenue politiquement. Maison Blanche a dû défendre la priorité de l'hôpital psychiatrique sur des artistes qui squattaient illégalement un lieu. Cette situation a entraîné des retards dans l'acquisition et la mise en œuvre des travaux.

Figure 49 L'unité d'hospitalisation du Général Lassalle, 19e arrondissement de Paris



Source : Les Inrockuptibles 2006, photographies Google Maps 2010

Ces exemples nous ont bien montré la réalité concrète de l'implantation d'une structure psychiatrique en milieu urbain dense et ont permis de soulever certains points à prendre en compte dans les politiques d'implantation de structures psychiatriques dans la communauté.

Prendre en compte les attitudes de la population à l'égard des problèmes de santé mentale est essentiel pour réussir l'implantation des structures dans la communauté. Dépasser les limites de la tolérance de la population accueillante peut nuire aux soins réalisés dans la communauté et à la qualité de vie de patients évoluant dans un environnement hostile (Hall, Brockington, Eisemann, Perris, Madianos & Maj, 1991).

Lorsque des oppositions s'expriment à l'encontre d'un projet de structures, elles reflètent trois préoccupations principales (Dear, 1992; Dear & Taylor, 1982; Wenocur & Belcher, 1990) : la structure est perçue comme une menace pour la valeur du bien immobilier des habitants, les habitants ont peur des patients, de leur potentielle dangerosité, enfin la structure remet en question la tranquillité du quartier. Or des études ont montré que la présence de telles structures n'affectaient pas la valeur foncière des biens immobiliers ou commerciaux (Boydell, Trainor & Pierri, 1989; Dear & Taylor, 1982). La proportion d'actes de violence attribuables à des personnes présentant des symptômes de maladie mentale grave est faible (entre 2,7 % et 10 % selon les études épidémiologiques), même si le risque que ces personnes commettent des actes violents est plus élevé que celui calculé pour des personnes non malades (tout au moins chez les psychotiques en situation d'abus d'alcool ou d'autres substances) (Lovell, 2005). Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont surtout beaucoup plus de risques d'être elles-mêmes victimes que le reste de la population, elles ont de même une plus forte probabilité de se suicider. Les images associant violence et santé mentale, folie et dangerosité sont fortement véhiculées par les médias. Plusieurs études sociologiques ont ainsi montré comment la façon sélective dont les médias présentent la maladie mentale, très souvent sous un angle négatif, renforcerait les stéréotypes du grand public (Lovell, 2005). Les médias présentent rarement des informations sur la maladie mentale sous un angle positif (Angermeyer & Matschinger, 1996; Angermeyer & Schulze, 2001). Il suffit de regarder les titres des journaux de la Figure 50, les faits divers mettant en cause une personne souffrant de troubles psychiques sont fortement médiatisés. On peut cependant noter en France une tentative de renversement de la situation en 2009 suite au discours du président de la République, prononcé le 2 décembre 2008 après le fait divers de Saint-Egrève, près de Grenoble, où un jeune étudiant avait été poignardé par un patient échappé de l'hôpital psychiatrique. Ce discours, dit discours d'Antony, a réveillé certaines consciences militantes et fait oublier quelques

instants les controverses internes de la profession et des associations d'usagers et de proches d'usagers. Nicolas Sarkozy, premier président de la République à se rendre officiellement dans un établissement psychiatrique, a focalisé les besoins de la psychiatrie sur les questions sécuritaires et de dangerosité des patients, proposant un plan de sécurisation des établissements, la mise en place d'un dispositif de géo-localisation des patients (type bracelet électronique) et de systèmes de vidéosurveillance, le développement d'unités d'hospitalisation fermées et de chambres d'isolement. Les réactions des professionnels et des patients ne se sont pas fait attendre, plusieurs rassemblements furent organisés, les médias furent à leur tour utilisés pour dénoncer cette vision anachronique de la psychiatrie. Journaux, télévision, radio ont ainsi servi de support à la diffusion d'une meilleure connaissance de la maladie mentale et des prises en charge qui étaient proposées. Cécile Prieur, dans Le Monde du 6 janvier 2009, propose un article sur le suivi en ville des patients psychiatriques, « *Des malades dans la ville* », rappelant les vertus thérapeutiques de l'intégration des patients dans la cité, et soulignant que le contact humain doit être privilégié par rapport aux murs. Télérama titrait le 21 janvier 2009 « *Trop de sécurité nuit gravement à la liberté* ». Eric Favereau, du journal Libération, évoque « *la psychiatrie malade de son enfermement* ». Sophie Dufau, pour Mediapart, également auteure de l'ouvrage « *Le naufrage de la psychiatrie* » (2006), explique comment « *la psychiatrie organise la résistance à l'enfermement des malades* ». France Culture a également consacré plusieurs émissions en février 2009 au sujet, des documentaires télévisés ont été diffusés. Cet effort momentané reste encore aujourd'hui insuffisant, et le patient psychiatrique conserve une image dangereuse pour une majorité de la population.

Figure 50 La psychiatrie et les faits divers

Meurtre d'un étudiant à Grenoble: le déséquilibré n'était a priori pas dangereux
 Par L'EXPRESS.fr, publié le 13/11/2008 10:32 - mis à jour le 13/11/2008 12:14

L'Hôpital psychiatrique dont s'est échappé l'homme de 52 ans, auteur de coups de couteau mortels sur un étudiant de 26 ans ce mercredi à Grenoble, n'avait décelé aucun signe avant-coureur.

La Dépêche, 14 janvier 2010

Publié le 14/01/2010 08:03 - Modifié le 14/01/2010 à 11:56 | Christian Coutorbe

Meurtre de Perpignan : l'université, en deuil, tente « d'évacuer le stress »

Un étudiant chinois maniaco-dépressif égorge la secrétaire et blesse trois autres personnes.

LeTélégramme.com

FRANCE

Schizophrène meurtrier à Grenoble. L'équipe médicale visée par les affaires sociales

29 octobre 2009 à 14:02

Le 12 novembre 2008, Jean-Pierre Guillaud, déjà auteur de plusieurs agressions à l'arme blanche pour lesquelles il avait été déclaré pénalement irresponsable, a mortellement poignardé Luc Meunier, 26 ans, à Grenoble après s'être échappé de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Isère). L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a mis en cause l'équipe médicale de l'hôpital psychiatrique.

L'Express, 22 janvier 2009

Le meurtrier présumé d'une employée de banque à Paris interné en psychiatrie

Par AFP, publié le 22/01/2009 à 11:40 - mis à jour le 23/01/2009 à 11:52

PARIS - Le meurtrier présumé d'une employée de banque de 32 ans, tuée mercredi dans le 10^{ème} arrondissement de Paris, a été interné dans un hôpital psychiatrique jeudi, six jours après de source proche de l'enquête.

Psychiatrie: un triple meurtrier s'évade
 Lefigaro.fr, 01/04/2009

Souffrant de graves troubles psychiatriques et auteur de trois meurtres, un patient de 54 ans s'est enfui samedi du centre médico-psychologique Jean-Martin-Charcot de Plaisir (Yvelines), où il était admis depuis 2001, révèle ce matin Le Parisien.

Publié le 04/01/2010 à 07:31 - Modifié le 04/01/2010 à 12:35 - Le Point.fr

FAIT DIVERS

Côte d'Azur : un déséquilibré revient sur les lieux de sa première agression

VAL DE MARNE
Sa permission de sortie a tourné au drame
Le Dauphiné Libéré, | le 15/02/10

Alors qu'il bénéficiait d'une permission de sortie, il s'est présenté de lui-même samedi matin devant l'hôpital psychiatrique de Villejuif (Val-de-Marne) où il était soigné. Là, dans un "état d'agitation très important", cet homme de 54 ans a alors affirmé qu'il avait tué sa femme. Ce que l'enquête a malheureusement confirmé. Au domicile du couple à Cholsy-le-roi (Val-de-Marne), les enquêteurs ont en effet découvert le corps sans vie de sa femme, 54 ans, couchée sur son lit "dans un bain de sang". Selon les premiers éléments, et alors qu'une autopsie doit être pratiquée aujourd'hui, elle aurait reçu des coups de ciseaux dans la carotide.

Le 18 décembre 2004, à 6h30, les corps sans vie de deux infirmières, l'hôpital psychiatrique de Pau sont retrouvés dans le pavillon où e étaient de garde. Lucette Gariod et Chantal Klimaszewski ont égorgées, et même décapitée pour la seconde. Sa tête a été posée sur télévision. La France est bouleversée par le drame. Et cette affaire au retentissement politique va se trouver à l'origine d'une nouvelle loi l'irresponsabilité pénale.

Publié le 27/12/2008 22:23 - Modifié le 30/12/2008 à 08:20 | © 2008 AFP

Schizophrène dangereux échappé à Marseille: les recherches se poursuivent

Les recherches restent infructueuses lundi pour trouver un schizophrène dangereux qui s'est échappé vendredi soir d'un hôpital marseillais et avait tué en 2004 à coups de hache un octogénaire dans les Hautes-Alpes.

"A cette heure, José Gaillard n'est pas interpellé", a déclaré à la presse le procureur de la République de Marseille Jacques Dallest, "la sécurité publique de Marseille est en train de le pourchasser activement depuis sa fuite de l'hôpital Edouard Toulouse dans la nuit de vendredi à samedi". "C'est un schizophrène réputé dangereux, il est important de le retrouver au plus vite", a-t-il ajouté.

Cette fugue relance le débat sur l'équilibre entre sécurité et qualité des soins dans les hôpitaux psychiatriques où des soignants dénoncent le manque de moyens.

La Dépêche, 27 février 2008

Marianne 2, 16 août 2008

Faits divers. Questions à la psychiatrie

Le débat est inévitable. Comment Stéphane Moritoiret, l'assassin du petit Valentin, sauvagement tué de 44 coups de couteau, a-t-il pu ne jamais croiser le chemin d'un psychiatre? Ou bien, s'il l'a croisé, comment l'institution psychiatrique a-t-elle pu relâcher dans la nature un patient qui, selon les informations fournies par le procureur de la République de Bourg-en-Bresse, présente les symptômes d'un schizophrène en crise? Schizophrènes d'ailleurs reconnus par la voisine de Stéphane Moritoiret. « Lui et sa compagne se croyaient persécutés », a-t-elle confié à l'hebdomadaire (19 août). « Stéphane me disait qu'il était entouré de soldats », « Il était plus que croyant, illuminé. »

Nous l'avons vu en début de ce chapitre, les attitudes à l'égard de la maladie mentale varient selon le niveau d'éducation et la connaissance du sujet. Une meilleure information de la population à l'égard de cette pathologie, différente de celle diffusée par les médias lors d'incidents mettant en cause un patient souffrant de troubles psychiques, peut favoriser les attitudes positives et la tolérance à l'égard des patients et des structures chargées de les prendre en charge. C'est l'objet des récentes campagnes d'information françaises sur la maladie mentale (Figure 51) qui cherchent à déstigmatiser la maladie. Mais comme nous

l'avons dit en introduction, la France est là bien en retard par rapport aux autres pays. Or l'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques dans la communauté passe par cette déstigmatisation (Roelandt et al., 2010). Cette information doit être faite au niveau national mais aussi par les établissements, à un niveau beaucoup plus local, les établissements pouvant alors adapter leur message aux caractéristiques du public qu'ils ont en face. Elle doit également être faite en permanence, sur du long terme, et pas seulement momentanément en réaction à une situation de crise, comme observé en 2009. Dans le cas de la clinique Rémy de Gourmont, nous avons pu voir que les habitants auraient souhaité participer à l'intégration des patients. C'est le repli de l'hôpital, la peur de gêner, de déranger, qui a limité cette intégration.

Les caractéristiques de la population du voisinage de la structure peuvent s'avérer d'utiles prédicteurs de l'opposition éventuelle à l'encontre de l'implantation d'un service et peuvent orienter la stratégie de communication de l'établissement. Les individus n'ont pas les mêmes expériences, pas la même éducation, n'entretiennent pas les mêmes relations et n'évoluent pas dans des environnements sociaux homogènes, ils n'ont donc pas les mêmes schémas de pensée et les mêmes attitudes à l'égard de la maladie mentale (Repper & Brooker, 1996). L'étude sociologique de Bataille montre l'importance de prendre en compte l'identité habitante pour réussir l'intégration de la psychiatrie dans la communauté.

Figure 51 Campagnes françaises de déstigmatisation de la maladie mentale



Source : <http://www.advocacy.fr>, <http://www.accepterlesdifferences.com>

Dans les autres exemples que nous avons étudiés, s'il n'y a pas de rejet de la structure ou de la patientèle, nous sommes loin de l'intégration dans la communauté imaginée par les penseurs de la psychiatrie de secteur. La simple intégration de structures psychiatriques au sein du milieu de vie des patients ne suffit pas à accompagner sa réhabilitation, son insertion sociale. La proximité va certes limiter les risques de désinsertion, d'éloignement de la famille, des proches, elle va également parfois favoriser les relations avec les autres

professionnels, mais l'idée de prendre en charge le patient dans son milieu de vie, en utilisant la connaissance de ce milieu, les relations des patients, l'idée que la communauté participe à la réhabilitation de la personne ne semblent pas réalisées dans les faits, tout au moins en milieu urbain.

Nous avons vu également que dans certaines situations spécifiques, l'éloignement et l'espace étaient préférables pour le patient, certains professionnels allant jusqu'à envisager la possibilité de bi-localisation, le risque étant cependant de recréer une structure de relégation et d'exclusion hors de la ville.

4.1.3 Le devenir du site historique

L'implantation de ces structures d'hospitalisation dans Paris s'est faite par fermeture et délocalisation des lits initialement installés dans le site historique de l'établissement de Maison-Blanche à Neuilly-sur-Marne. Les 60 hectares de terrain et les pavillons de soins sont aujourd'hui bien déserts. Maison-Blanche y a encore des structures de soins, dont 150 lits d'hospitalisation. Des unités de soins pour les patients aux séjours prolongés pour lesquels un projet de réhabilitation psycho-sociale est mis en place, ont été ouvertes. Une partie des bâtiments du site de Neuilly-sur-Marne a été rachetée par la municipalité. Il y a eu différents projets : faire un lycée international (mais c'est l'établissement d'en face, Ville-Evrard qui a obtenu le projet), faire des logements, mais aucun n'a abouti à ce jour. Il faut trouver des financements, des promoteurs. Certains bâtiments sont classés, il est difficile de les détruire ou de les transformer.

Suite à la polémique à propos des tentes de sans abris au bord du Canal Saint Martin à Paris, les vastes établissements publics ont été contactés pour connaître les possibilités d'hébergement. C'est ainsi qu'en 2006, des centres d'accueil pour sans abris ont été ouverts dans les pavillons inoccupés du site de Neuilly-sur-Marne, ces centres sont gérés par des associations et non par l'établissement de santé. Dans une certaine mesure, l'hôpital retrouve ici sa première fonction d'asile.

Ces anciennes « cathédrales de la folie », encore fortement marquées par l'image de la maladie mentale et de l'enfermement, constituent des établissements à la réhabilitation

difficile. Dans la plupart des cas, des structures médico-sociales sont implantées dans les espaces inoccupés (maisons d'accueil spécialisé, foyers d'hébergement...). La conversion du sanitaire vers autre chose que du sanitaire ou du médico-social reste rare. Les hôpitaux psychiatriques et leurs terrains attenants représentent pourtant un grand nombre d'hectares, constituant une sorte de « friche sanitaire », pour reprendre les termes de Pierre Juhan, (directeur d'hôpital, chargé de mission à la Mission nationale d'appui en santé mentale), lors de notre entretien, à propos des terrains laissés à l'abandon à la suite de l'arrêt de l'activité sanitaire qui s'y exerçait. Les établissements psychiatriques, du fait de la forte baisse du nombre de lits ces vingt dernières années, comptent souvent des espaces vides, des pavillons inoccupés. Ces terrains représentent des valeurs foncières et des intérêts pour les investisseurs qui sont très variables. Certains établissements ont cédé ou vendu une partie de leur terrain et bâtiments à la commune. D'autres ont ouvert des musées d'art et d'histoire de la folie comme à Ville-Evrard, en Seine-Saint-Denis, ou à Saint-Avé, dans le Morbihan. La localisation plus ou moins rurale ou urbaine va fortement jouer sur les transformations possibles. S'il est envisageable de créer des institutions scolaires ou universitaires en milieu urbain, cela paraît plus difficile en zone rurale isolée où la tendance va plutôt être à transformer les bâtiments en structures médico-sociales, structures d'exclusion renforçant l'image ségrégative de l'établissement (Pidolle, 1995).

L'héritage de ces lieux, de ces localisations spécifiques pèse à nouveau sur leur possible transformation.

Si en France, les établissements psychiatriques ne se trouvent que depuis très peu de temps face à cette problématique, à l'étranger, quelques géographes se sont intéressés à ces transformations de lieux fortement stigmatisés. Joseph, Kearns et Moon (2009; 2006) se sont penchés sur le destin des anciens asiles aujourd'hui fermés. Ils les considèrent comme des lieux célèbres, ayant initialement acquis une renommée à travers la forme progressiste de traitement proposée aux malades mentaux. Cette renommée s'est ensuite dégradée, les asiles apparaissant dès le début du XXe siècle comme des lieux dépassés et indésirables. Ces lieux marqués par ce passé sont aujourd'hui fermés. Les auteurs, à travers notamment l'exemple néo-zélandais, montrent comment l'ombre du stigmate de la maladie mentale et de l'enfermement associé, va peser directement ou indirectement sur les restructurations et

les négociations les entourant. Dans certains cas, l’empreinte du stigmaté attaché à ces lieux est directe : on note la prédilection des entrepreneurs pour proposer de transformer le lieu en établissement pénitentiaire, suggérant une association facile entre deux types d’enfermement (Dolan, 1987), ou encore on relève le projet d’implantation d’un parc d’attraction de l’horreur ou d’une maison hantée (Joseph, Kearns & Moon, 2009). Un effet indirect se déduit de l’état de détérioration physique des établissements avant leur fermeture, car ils ne sont plus entretenus, laissés à l’abandon. Pour les auteurs, le concept de paysage thérapeutique développé en géographie culturelle et en géographie de la santé (Curtis, 2004; Gesler, 2005; Gesler, 2009; Gesler & Kearns, 2002; Gesler, 1992; Kearns & Moon, 2002; Williams, 1999; Williams, 2002) s’applique totalement aux lieux des anciens asiles : l’architecture des bâtiments, la qualité des terrains, l’éloignement des villes, les espaces verts, peuvent constituer des attributs thérapeutiques. Quand Gesler introduit la notion de paysage thérapeutique (Gesler, 1992), il évoque des lieux ou des emplacements qui ont une réputation de vertu soignante, fondée sur une combinaison de facteurs incluant l’histoire du lieu, ses attributs naturels, son association symbolique. L’emplacement initial de l’hôpital tel que pensé par les aliénistes du XIXe siècle, et l’image pérenne que la population en a aujourd’hui, correspondent à cette notion. Les auteurs montrent comment cette image d’un paysage reculé, d’espaces verts, d’un bâtiment prestigieux, soi-disant thérapeutique, peut être à la fois une assurance de valeur financière pour les établissements favorablement situés et un obstacle pour le « recyclage » productif des établissements particulièrement éloignés des centres d’activités économiques et sociaux.

Aux Etats-Unis, selon une étude menée en 1987, plus de la moitié des bâtiments ou établissements fermés ont été transformés à des fins de loisirs, d’hébergement ou d’éducation, comme si l’utilisation à des fins psychiatriques ou de détention était limitée par le stigmaté associé aux lieux et la nécessité d’en changer l’image (Dolan, 1987). En Angleterre, beaucoup d’établissements ont été transformés en hébergement luxueux. Chaplin et Peters notent comment les développeurs de projets immobiliers emploient des adjectifs publicitaires faisant appel aux attributs passés du lieu, cette fois avec des connotations positives : « isolement, éloignement de la ville, refuge ». Paradoxalement, l’asile peut maintenant être acheté comme un idéal de communauté auto-gérée, avec la sécurité de rester à l’abri de la société (Chaplin & Peters, 2003). En Italie, les établissements

ont généralement été utilisés pour d'autres soins de médecine somatique ou psychiatrique ou pour d'autres services publics (écoles, hébergements pour personnes âgées, musées) (d'après notre entretien avec le psychiatre italien De Girolamo).

Ces premières recherches sur le sujet posent la question du devenir de ces institutions, particulièrement celles éloignées des centres urbains. Comment peut-on favoriser ces restructurations, tout en valorisant cet héritage passé ? Comment conjuguer objectifs de santé publique et objectifs économiques et sociaux ?

En France, selon une étude du Centre National de l'Expertise Hospitalière, réalisée en 2006 dans le cadre du plan santé mentale 2005-2008, on évaluait à 20 % la proportion des établissements pouvant envisager une cession partielle de leur domaine foncier ou optimiser les revenus associés. Environ un tiers des établissements affirme pouvoir envisager une reconversion partielle du domaine foncier au profit d'une activité sanitaire ou médico-sociale (CNEH, 2006). Cette option permet de maintenir en partie l'emploi local, mais elle peut être perçue comme un retour à la fonction asilaire et ségrégative de l'asile. La transformation à des fins non sanitaires, voire simplement le transfert vers le secteur marchand sont rares. Plusieurs contraintes à ces transformations ont été mises en évidence par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (2005). Ainsi, dans notre pays, le patrimoine des établissements hospitaliers est souvent régi par un environnement juridique plus ou moins contraignant : classement des bâtiments ou inscription au titre des monuments historiques, obligeant les projets d'évolution à conserver les parties protégées, voire contribuer à leur mise en valeur ; caractère inaliénable et imprescriptible des biens du domaine public (sauf mise en œuvre d'une procédure de déclassement). Le caractère imprescriptible des biens publics n'existe pas en Angleterre, au Canada ou en Nouvelle-Zélande, et permet la vente des terrains et bâtiments à des organismes privés, si le patrimoine historique est préservé. Ces deux contraintes juridiques, ajoutées à l'atypicité du patrimoine hospitalier (de par ses dimensions, son ancienneté, sa vocation passée, ses caractéristiques urbaines et architecturales) rendent difficiles les possibilités de reconversion, notamment par le secteur marchand. A contrario, Pidolle propose d'adapter le concept économique de « milieux innovateurs » à ces lieux. Il s'agit de promouvoir une dynamique locale fondée sur l'accumulation dans un territoire de ressources collectives

spécifiques (accumulation d'un savoir-faire, capacité d'adaptation, volontarisme externe à l'institution) (Pidolle, 1995). Pidolle propose d'appliquer cette dynamique pour développer des prises en charge spécifiques en santé mentale auxquelles les secteurs de psychiatrie répondent peu ou mal. Mais ne serait-il pas intéressant de chercher comment accompagner et transformer cette dynamique à d'autres fins ? L'hôpital de Sainte-Anne, à Paris, est dans cette démarche, avec une réflexion sur l'identité du lieu, ses qualités historiques, son inscription dans la ville et son ouverture vers celle-ci à travers la volonté de faire de Sainte-Anne un quartier de Paris, ouvrant ses espaces verts au public, installant des équipements publics de recherche dans ses locaux (Chassaniol, Littauer & Loison, 2003). Patrick Mordelet, l'ancien directeur de l'établissement de Maison-Blanche, évoque également la nécessité de dépasser les logiques de site qui voudraient toujours remplacer une activité hospitalière par une activité identique ou voisine (sanitaire, sociale ou médico-sociale) (Mordelet, 1997) et la nécessité de penser la reconversion en même temps que la fermeture du site.

Les murs de l'asile tombent, les portes s'ouvrent, les structures se développent dans l'espace urbain, au plus proche du lieu de vie des patients, et donc les patients sortent, ne sont plus contenus en un lieu, l'hôpital, mais se rendent dans différentes structures de prise en charge.

Les études étrangères présentées dans le chapitre 1 ont montré que malgré la disparition de l'asile, les patients se retrouvaient concentrés dans certains lieux, certains quartiers, défavorisés et à proximité de structures amenées à les prendre en charge. La deuxième partie de ce chapitre va s'intéresser à la distribution spatiale des patients recourant aux services psychiatriques de Maison-Blanche.

4.2 L'implantation des patients dans la ville

Après avoir analysé l'implantation des structures, il est temps de s'intéresser à la localisation des personnes dans la ville. Les études étrangères présentées dans le chapitre 1 ont observé des concentrations spatiales des personnes fréquentant les services psychiatriques dans les quartiers défavorisés à proximité des structures auxquelles ils recourent. A notre connaissance, aucune étude française n'a été réalisée sur cet aspect. Les données nationales disponibles depuis peu sur les patients pris en charge en psychiatrie ne permettent de localiser les patients qu'au niveau de leur code postal de résidence, les données relatives aux personnes ayant un recours à la psychiatrie de ville ne sont connues qu'au niveau communal. Pour descendre à une échelle plus fine, il est nécessaire de recueillir les données au sein de l'établissement hospitalier, pour les patients pris en charge dans les secteurs de psychiatrie (ou dans les autres établissements hospitaliers privés ou non sectorisés). C'est ce que nous avons fait auprès de l'établissement de santé de Maison-Blanche.

Grâce au Département d'information médicale de l'hôpital de Maison-Blanche²⁷, nous avons pu avoir accès aux données anonymisées (mais localisées) des patients suivis à Maison-Blanche. La base de données consultée, extraite du recueil d'information médicale en psychiatrie (RIM-Psy) comprenait 13 853 observations correspondant aux patients vus au moins une fois par les équipes des secteurs de psychiatrie de Maison-Blanche (psychiatrie générale et infanto-juvénile) entre le 1^{er} janvier et le 28 octobre 2008.

Une première étape de la construction de notre base de données à partir de cette source, a consisté à supprimer les doublons identifiés (adresse, date de naissance et sexe identiques). 70 doublons ont ainsi été exclus du fichier.

Comme nous l'avons vu précédemment l'hôpital de Maison-Blanche couvre, pour la psychiatrie générale, cinq arrondissements parisiens. « Officiellement », conformément à la

²⁷ Remerciements particuliers à Mme Delaplace et au Dr Caire pour m'avoir permis d'accéder à ces précieuses données.

politique de sectorisation psychiatrique, seule la population adulte de ces cinq arrondissements relève de l'établissement de Maison-Blanche, les autres patients étant considérés comme « hors secteur ». Nous avons donc ensuite sélectionné les patients majeurs, ils sont au nombre de 11 702.

Dans les faits (ici dans la situation donnée de l'hôpital de Maison-Blanche), 87 % des patients adultes de la base de données relèvent de ces cinq arrondissements. 4 % de la population suivie réside dans d'autres arrondissements de Paris (ou arrondissement non précisé), 5 % dans d'autres communes d'Ile-de-France (dont 2 % en Seine-Saint-Denis, département d'implantation de l'hôpital). Un peu moins de 2 % de la population réside en dehors de la région, voire à l'étranger. Enfin, pour près de 3 % des individus, les données relatives à l'adresse étaient manquantes.

Le géocodage des adresses (récupération des coordonnées longitude-latitude en utilisant le système de coordonnées WGS84) a été effectué à l'aide du logiciel gratuit Batchgeocodeur (<http://batchgeocodeur.mapjnz.com>). La géolocalisation à la rue (dans la plupart des cas au numéro de la voie) a été possible pour 97,6 % des adresses de notre base de données.

L'analyse porte donc sur 9 855 individus majeurs résidants dans les cinq arrondissements parisiens relevant des secteurs de Maison-Blanche, suivis entre janvier et octobre 2008 pour des troubles psychiques au sein de cet établissement. La prise en charge peut être ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet.

Cette population ne se distingue pas de la population majeure totale suivie par l'établissement. Elle compte ainsi 52 % de femmes pour 48 % d'hommes, proportions sensiblement égales aux proportions nationales observées dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003 avec 54 % de femmes (Coldefy, 2007). Cette répartition par sexe est similaire à celle observée en population générale dans les cinq arrondissements parisiens.

La structure par âge de la population suivie en psychiatrie diffère cependant quelque peu de la structure observée dans la population résidente de la zone étudiée (au recensement de

1999, Tableau 15). Les 40-59 ans sont ainsi surreprésentés dans la file active²⁸ des secteurs de Maison-Blanche, tandis que les classes extrêmes sont légèrement moins représentées dans la file active des patients suivis.

Tableau 15 Structure par âge de la file active et de la population des cinq arrondissements

	18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans ou +	Total
Nombre de patients	1 683	2 306	2 377	2 036	957	597	9 956
% de patients	16,9	23,2	23,9	20,4	9,6	6,0	100,0
% de la population	21,1	23,7	18,7	14,9	9,5	12,2	100,0

Sources : DIM Maison Blanche, INSEE RP 1999

La base de données analysée contenait une information sur le diagnostic « principal ». Dans le RIM-Psy (recueil d'information médicale en psychiatrie), le diagnostic principal est entendu comme « le diagnostic qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la durée de la séquence » (Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisé en psychiatrie, Bulletin officiel, Fascicule spécial n° 2006/5 bis). Il est renseigné par un code de la Classification internationale des maladies dans sa dixième révision (CIM10). Cette classification est divisée en chapitres, dont le cinquième concerne les troubles mentaux et du comportement (F00-F99) (annexe 6 et Encadré 4).

Encadré 4 Œuvre d'artiste illustrant la nomenclature des maladies mentales

Les œuvres de Marco Decorpeliada ont à voir avec la question de l'épinglage diagnostique en psychiatrie par lequel il a été personnellement malmené. Dans une tentative de se dérober à cet étiquetage qui l'emprisonne dans des catégories, il « lui » réplique en fabriquant des objets qui interrogent cette nosographie psychiatrique. Il existe, à ses yeux, une correspondance entre les codes attribués aux troubles mentaux dans la classification psychiatrique américaine, le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4), et les codes des produits du catalogue « PICARD SURGELES » : deux items, un même chiffre. À « 20.1, Schizophrénie, type catatonique continue », il répond « 20.1, Crevettes Roses entières cuites » et à « 42.0, Trouble obsessionnel compulsif (TOC) », il réplique « 42.0, Carottes en bâtonnets cuites vapeur ». L'artiste-patient tourne ainsi en dérision cette classification des troubles psychiques.

Œuvre de Marco Decorpeliada (1947-2006), exposée à la Maison Rouge, Paris, février 2010

Il est important de noter la proportion importante (36 %) de diagnostics non encore renseignés dans notre base d'enquête (certaines équipes préfèrent renseigner le diagnostic en fin d'année plutôt qu'au fil de l'eau) au moment de l'analyse. En outre, 3 % des patients ont un diagnostic qui ne relève pas du chapitre des troubles psychiques.

28 La file active est constituée de l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année.

Les deux principaux diagnostics rencontrés sont la schizophrénie et les troubles schizotypiques et délirants pour 25 % des patients, les troubles de l'humeur et troubles affectifs pour 16 % des patients. Deux autres catégories de diagnostics sont chacune recensées pour 6 à 7 % des patients, il s'agit des troubles névrotiques et apparentés (troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes) et des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives concernent 3 % des patients. Les autres groupes diagnostiques (troubles mentaux organiques, syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques, les retards mentaux, les troubles du développement psychologique et les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence) concernent chacun moins de 1 % des patients.

Les données nationales comparables sont rares. Jusqu'en 2006, les informations relatives aux patients hospitalisés ou pris en charge par les secteurs de psychiatrie ne faisaient pas l'objet de remontées nationales. Les informations étaient collectées au niveau des secteurs de psychiatrie au travers de la « fiche patient », mais aucun recueil national de ces données n'était organisé, à l'exception de quelques enquêtes transversales en 1988, 1993, 1996, 1998, et 2003. Cependant ces photographies à un moment donné de la population prise en charge diffèrent quelque peu de la population suivie à l'année. Malgré le mode de recueil utilisé lors de ces enquêtes (sont inclus dans l'enquête les patients pris en charge à temps complet en psychiatrie un jour donné, à temps partiel une semaine donnée, en ambulatoire une quinzaine donnée), certains patients sont surreprésentés dans ces coupes transversales, notamment ceux suivis pour des durées longues, pour lesquels les caractéristiques cliniques, sociodémographiques peuvent différer de celles observées dans l'ensemble de la population ayant eu recours au moins une fois dans l'année à une équipe de secteur psychiatrique ou ayant été hospitalisé dans un établissement psychiatrique. Ainsi, si l'on compare les données observées pour les secteurs de Maison-Blanche en 2008 aux données transversales observées au niveau national pour les secteurs de psychiatrie générale en 1998 (les données 2003 n'ont pu être exploitées que pour les prises en charge à temps complet (Le Fur, Lorand, Lucas-Gabrielli & Mousquès, 2007)), nous observons quelques différences dans la structure par pathologie, qu'il est difficile d'expliquer par une éventuelle spécificité de la population suivie par l'établissement de Maison-Blanche. L'ordre d'importance des

catégories diagnostiques dans les deux populations est équivalent, excepté pour les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives qui apparaissent nettement moins fréquemment dans notre échantillon parisien. Les données de l'enquête menée en 1998 dans les secteurs de psychiatrie générale comptaient parmi les patients suivis sur une période donnée : 32 % de patients souffrant de schizophrénie ou troubles schizotypiques et délirants, 20 % de troubles de l'humeur, 12 % de troubles névrotiques, 9 % de troubles de la personnalité et du comportement et 8 % d'addictions (Casadebaig, Ruffin & Quemada, 2001).

Nous analyserons donc distinctement la distribution spatiale à leur lieu de résidence, de l'ensemble de la file active, celle des patients souffrant des deux troubles les plus fréquemment suivis dans la file active des secteurs de psychiatrie générale, soit la schizophrénie et les troubles apparentés, d'une part, et les troubles de l'humeur, d'autre part. Le choix de regarder plus précisément ces trois ensembles de patients répond à plusieurs options : disposer d'un effectif statistique suffisant par IRIS de résidence, tout en prenant en compte certains problèmes liés à la fiabilité des diagnostics recueillis en psychiatrie. Ainsi, les critères diagnostiques peuvent différer selon les théories dont se réclament les médecins ou selon les modèles prévalant dans diverses institutions à un moment donné (Dory, 1991). La géographie des maladies mise en avant peut alors refléter davantage la géographie de la culture médicale des soignants. Dans les études étrangères, cette difficulté a souvent été résolue par le fait qu'elles ne portent que sur un établissement et que l'on peut soutenir l'hypothèse d'une homogénéité théorique des différents médecins amenés à prendre en charge les patients. Nous travaillons ici sur les données du seul établissement de Maison Blanche, il peut tout de même exister quelques différences théoriques entre les équipes des différents secteurs auxquelles nous essaierons de prêter attention. Par ailleurs, la fiabilité du diagnostic peut différer selon les entités nosographiques. Le diagnostic de schizophrénie et troubles schizotypiques apparentés est une entité relativement fiable, alors que les troubles de l'humeur, comme pour les troubles à la frontière entre névrose et psychose, ou les pathologies présentant une évolution dans la symptomatologie pour un même patient au cours du temps peuvent faire l'objet de variations diagnostiques. Il nous a donc paru intéressant d'analyser distinctement ces trois ensembles pathologiques.

La transcription des données dans le maillage des IRIS a été réalisée sous Mapinfo. Un code IRIS est attribué à chaque observation, permettant de travailler à un niveau agrégé, respectant ainsi la confidentialité des données médicales. Les cinq arrondissements parisiens sont découpés en 296 IRIS. 16 IRIS comptent moins de 500 habitants et sont retirés de l'analyse car les taux de recours calculés sur ces faibles populations donnent parfois lieu à des valeurs aberrantes et viennent biaiser l'analyse (ils seront grisés sur les cartes), cela exclut donc 155 patients résidants dans ces zones faiblement peuplées.

Le taux de recours à la psychiatrie publique sectorisée de l'établissement de Maison-Blanche dans la zone d'étude est de 18 pour 1 000 habitants de 20 ans ou plus. Ce taux varie de 16,8 pour 1 000 dans le 18^e arrondissement à 19,3 pour 1 000 dans le 20^e. Le taux de recours pour les schizophrènes varie quant à lui de 3,2 pour 1 000 dans le 18^e à 5,9 dans le 20^e arrondissement. Pour les troubles de l'humeur, la variation va également dans le même sens avec 1,9 pour 1 000 dans le 18^e et 4,4 pour 1 000 dans le 20^e arrondissement.

Pour comparer les taux d'incidence de plusieurs populations sans que les différences de structure d'âge n'interviennent, la méthode la plus « naturelle » est de corriger les taux d'incidence (Bouyer, Hémon, Corder, Derriennic, Stücker, Stengel et al. 1998) et de calculer des taux standardisés par sexe et âge. Cela revient à pondérer les taux d'incidence bruts par sexe et âge par la structure par sexe et âge d'une population de référence. Ici la population de référence choisie est la population générale de la zone d'étude.

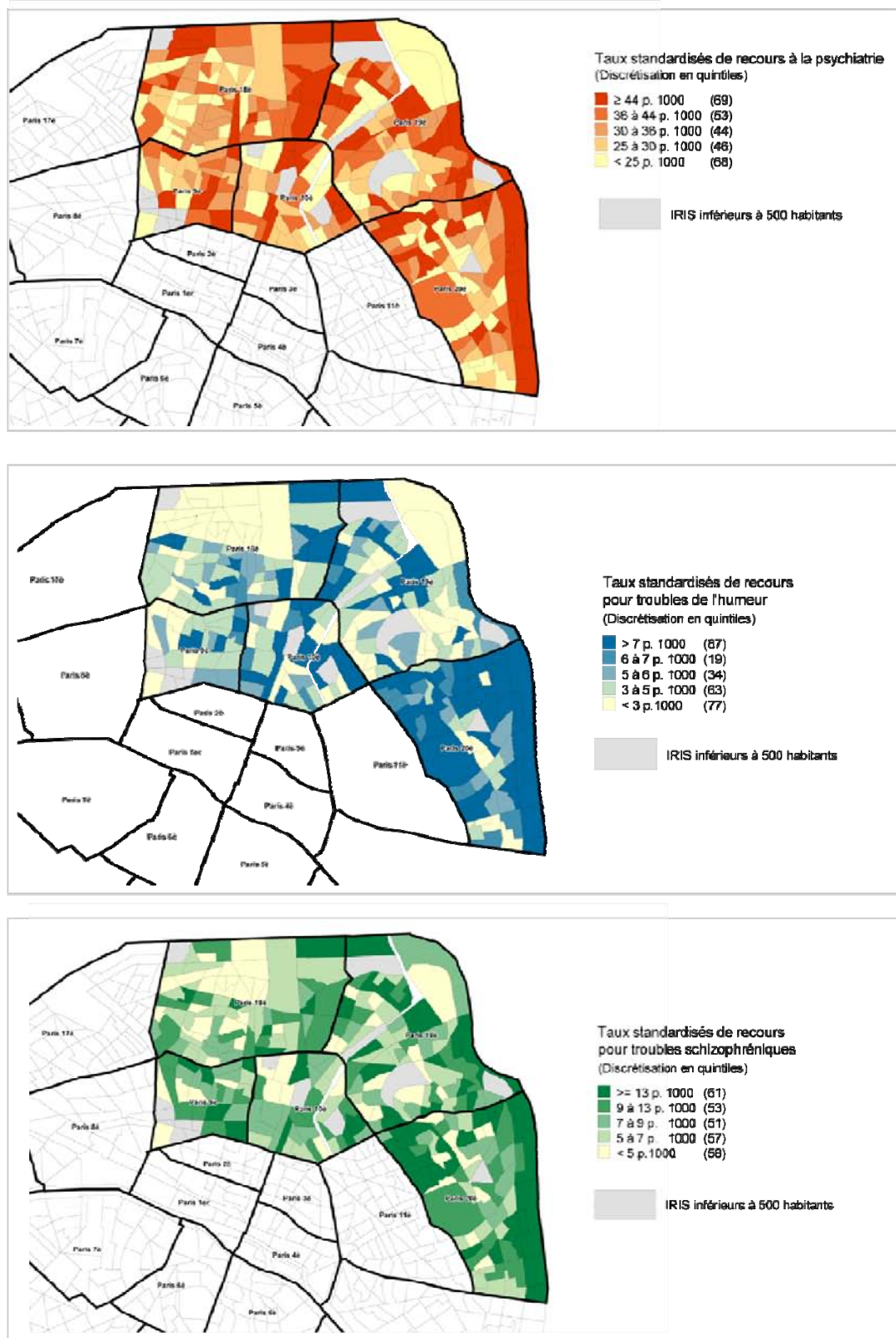
Les taux de recours standardisés à la psychiatrie publique sectorisée, tous troubles confondus, varient dans un rapport de 1 à 10²⁹ entre les IRIS des cinq arrondissements parisiens de l'étude. Ces mêmes taux varient dans un rapport de 1 à 30 lorsqu'on analyse distinctement les recours pour troubles de l'humeur ou pour troubles schizophréniques. Cette dispersion est relativement forte, même si entre les IRIS du Nord-Est parisien, de fortes variations peuvent être observées. Ainsi, le salaire moyen par ménage varie dans un rapport de 1 à 3 entre les IRIS, la part des 0-19 ans ou celle des plus de 75 ans varie également dans un rapport égal ou supérieur à 4. Les disparités sont encore plus fortes pour la structure par catégorie socio-professionnelle, par niveau de diplôme entre les IRIS qui

29 Toutes les données de dispersion suivantes sont écrêtées à 1 % de chaque côté de la distribution.

peut varier de 1 à 20 pour la proportion de cadres, de 1 à 10 pour celles des diplômés du supérieur. La dispersion est plus importante à l'intérieur de chaque arrondissement qu'entre chacun d'entre eux. Entre les cinq arrondissements parisiens, le revenu moyen par ménage, la proportion de cadres ou de diplômés du supérieur va varier dans un rapport de 1 à 1,5 entre les 18^e, 19^e et 20^e arrondissements et le 9^e par exemple. La dispersion est de 1 à 3 pour le taux de chômage, la proportion de familles nombreuses. Mais à l'intérieur même d'un arrondissement tel que le 18^e, les variations de revenu vont de 1 à 3 selon les quartiers, la proportion de cadres peut être près de 100 fois supérieure dans un quartier, la proportion de diplômés du supérieur 10 fois plus importante dans un quartier que dans l'autre. Le 19^e arrondissement est également marqué par de fortes disparités, notamment dans la structure par âge des quartiers (rapport de 1 à 15 pour la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus) ou la proportion de personnes nées à l'étranger (rapport de 1 à 7). Les mêmes constats peuvent être faits concernant les taux de recours à la psychiatrie. Le taux de recours global à la psychiatrie publique varie, en moyenne, de 34 pour 1 000 dans le 9^e arrondissement à 40 pour 1 000 dans le 19^e. Les différences sont plus importantes lorsqu'on regarde le taux de recours par pathologie qui varie dans un rapport de 1 à 2 pour les troubles de l'humeur comme pour les troubles schizophréniques entre le 18^e et le 20^e arrondissements. Ces deux dernières différences s'expliquent en partie par des différences de pratique de recueil de l'information médicale entre les secteurs, certaines équipes remplissant au jour le jour le recueil, d'autres préférant attendre la fin d'une période ou d'un séjour pour renseigner le diagnostic, apparaissant donc avec davantage de diagnostics non renseignés au moment de notre enquête. A l'intérieur d'un même arrondissement, les disparités peuvent être très importantes. Le taux de recours global varie dans un rapport de 1 à 10 selon les quartiers, allant de 10 à 100 pour 1 000 habitants dans le 20^e arrondissement par exemple. Les disparités sont encore plus fortes selon le diagnostic déclaré, jusqu'à 1 à 30 pour les recours diagnostiqués comme troubles schizophréniques.

Les trois cartes de la Figure 52 illustrent ces disparités et montrent une distribution non aléatoire du phénomène, et avec des différences selon les grands groupes pathologiques observés.

Figure 52 Distribution par quartier de résidence des taux de recours à la psychiatrie

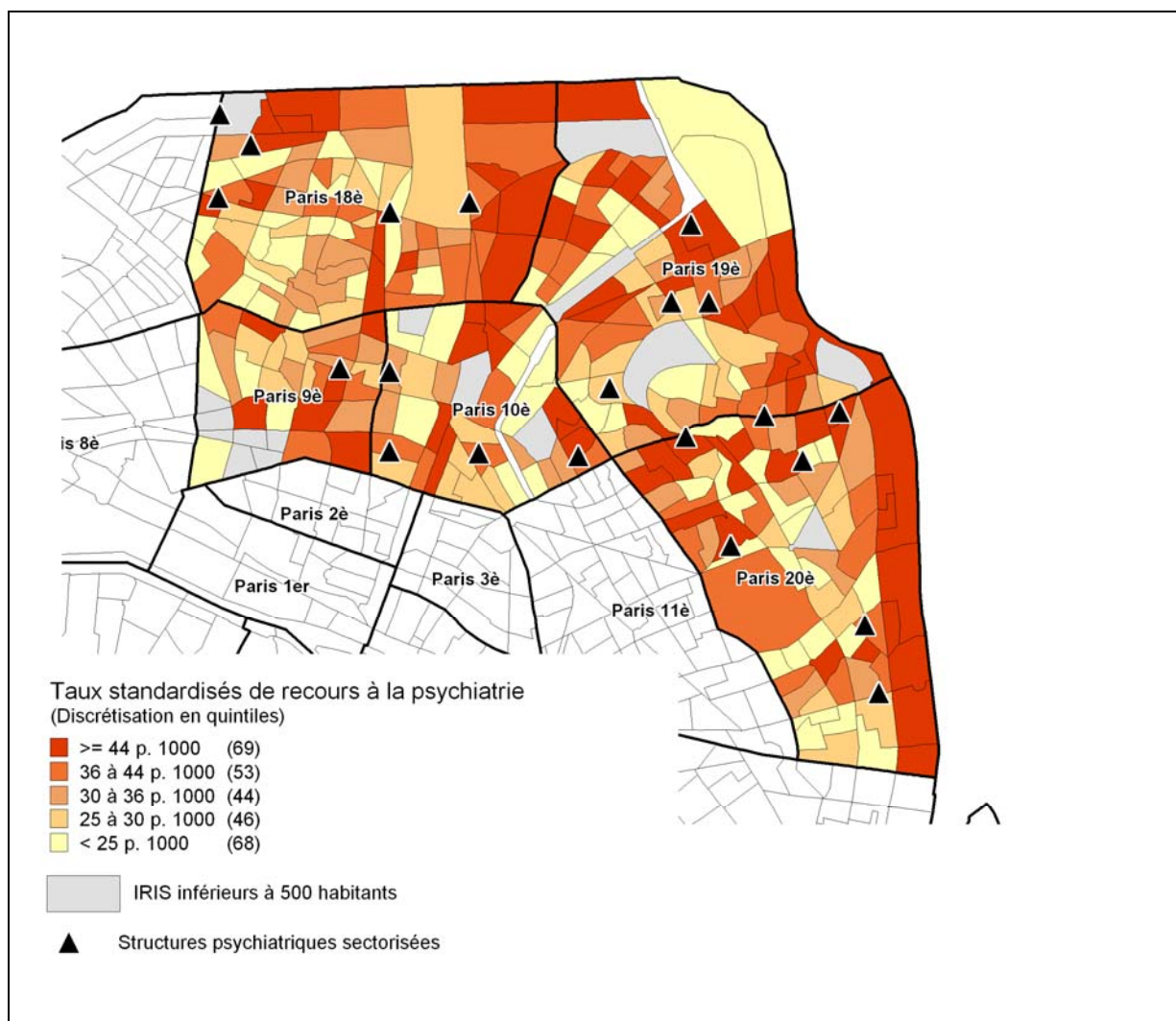


Source : Etablissement public de santé Maison Blanche, Département d'information médicale

Comme nous l'avons écrit précédemment, une des limites de ces analyses fines est liée à la source même d'information et aux différences de codage entre les équipes de secteur. Ainsi si la première carte présentant les taux standardisés de recours, tous diagnostics confondus, peut être considérée comme exhaustive, le taux de renseignement du diagnostic par secteur peut quant à lui être très différent et expliquer en partie le faible taux de recours apparent par diagnostic notamment dans la moitié Nord du 18^e arrondissement.

Si l'on superpose maintenant la géographie de l'offre à la géographie du recours aux structures (Figure 53), il est difficile d'identifier visuellement des concentrations de patients à proximité des structures de soins.

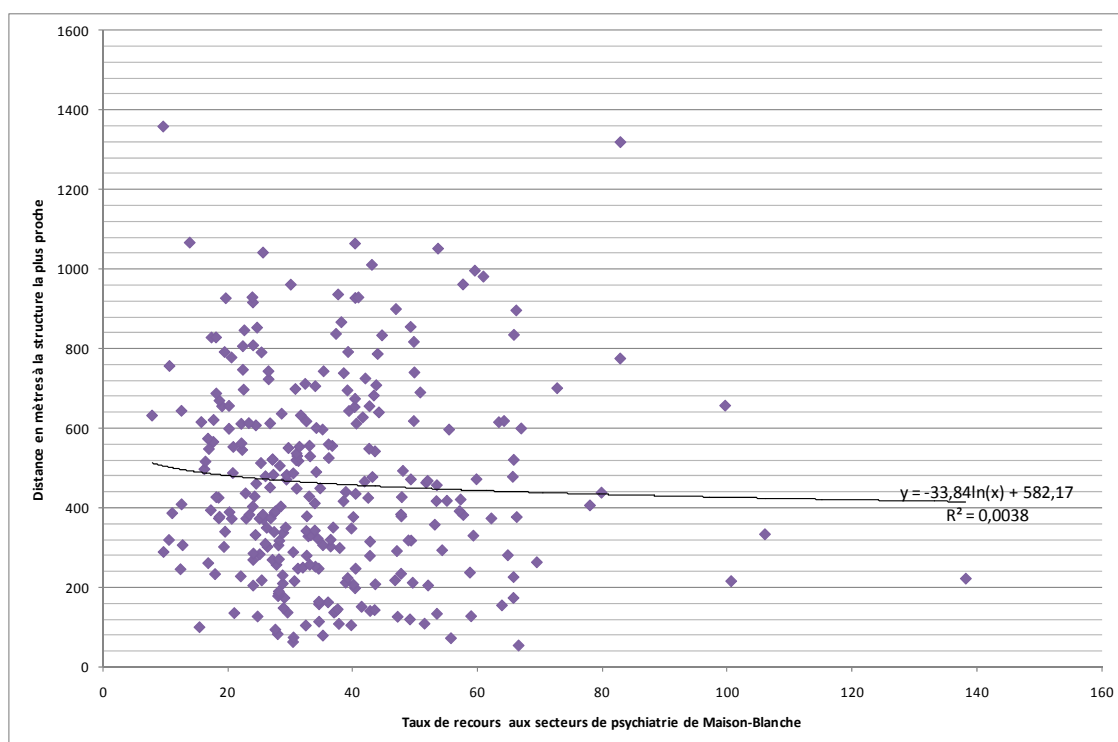
Figure 53 Localisation des structures psychiatriques et taux de recours



Sources : Etablissement public de santé Maison Blanche, Département d'information médicale, FINESS

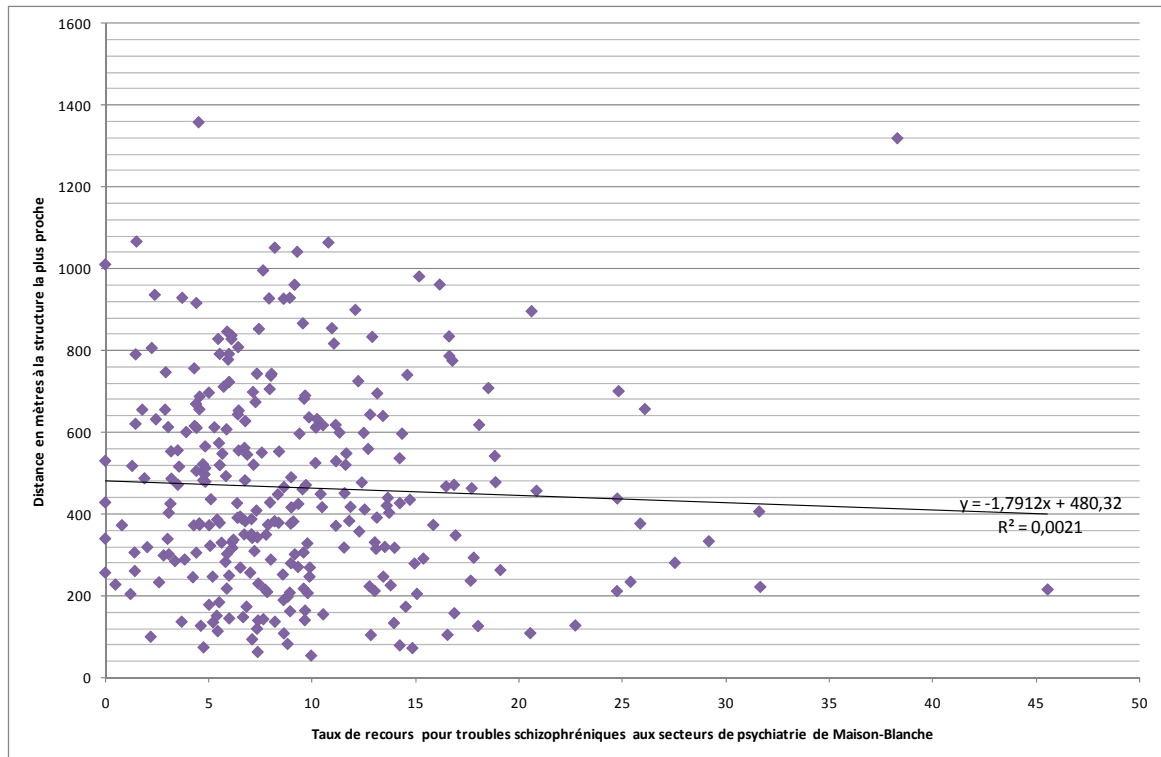
Cette absence de concentration particulière des patients autour des structures psychiatriques chargées de les accueillir semble confirmée par l'analyse des corrélations entre taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale et distance d'accès à la structure la plus proche (distance calculée à partir du centroïde des IRIS de résidence) (Figure 54 et Figure 55).

Figure 54 **Corrélation entre taux de recours par IRIS et distance de l'IRIS à la structure la plus proche**



Sources : Données établissement Maison Blanche, INSEE, FINESS

Figure 55 Corrélation entre taux de recours pour troubles schizophréniques par IRIS et distance de l'IRIS à la structure la plus proche

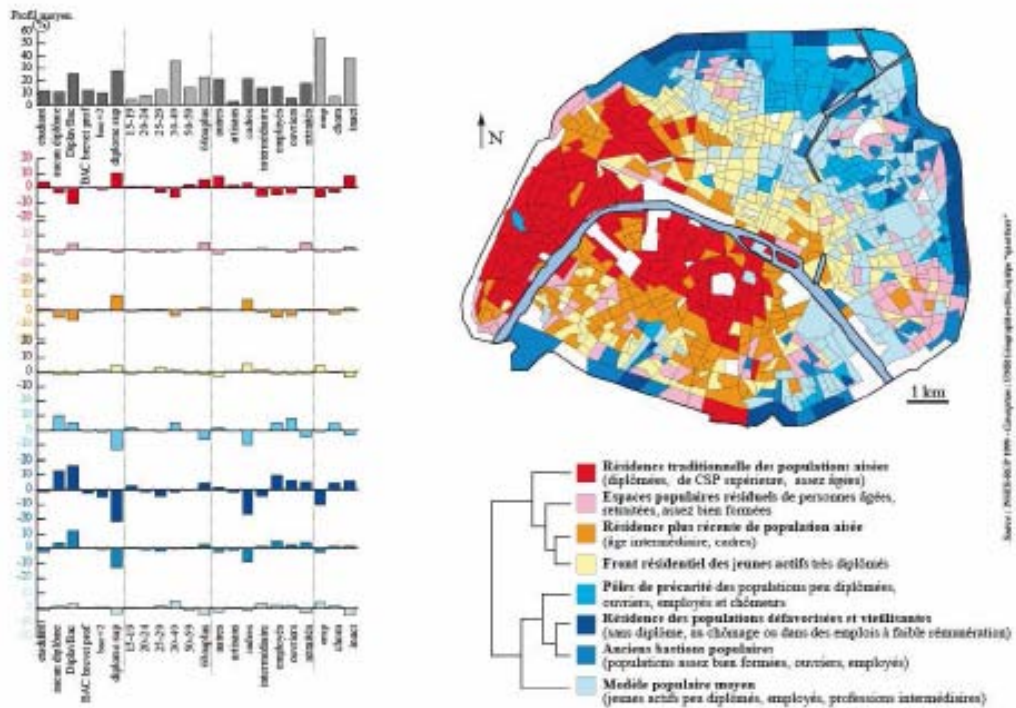


Sources : Données établissement Maison Blanche, INSEE, FINESS

La cartographie des taux de recours aux secteurs de psychiatrie rappelle plus une cartographie de la précarité sociale, telle qu'elle a pu notamment être décrite dans l'ouvrage collectif « Regards sur les quartiers parisiens : contextes spatiaux, usages politiques et pratiques citadines » (Blidon, Fleury, Guérin-Pace, Humain-Lamoure & Rhein, 2008) à travers des profils socio-résidentiels des quartiers (Figure 56).

Figure 56 Les profils socio-résidentiels des quartiers parisiens

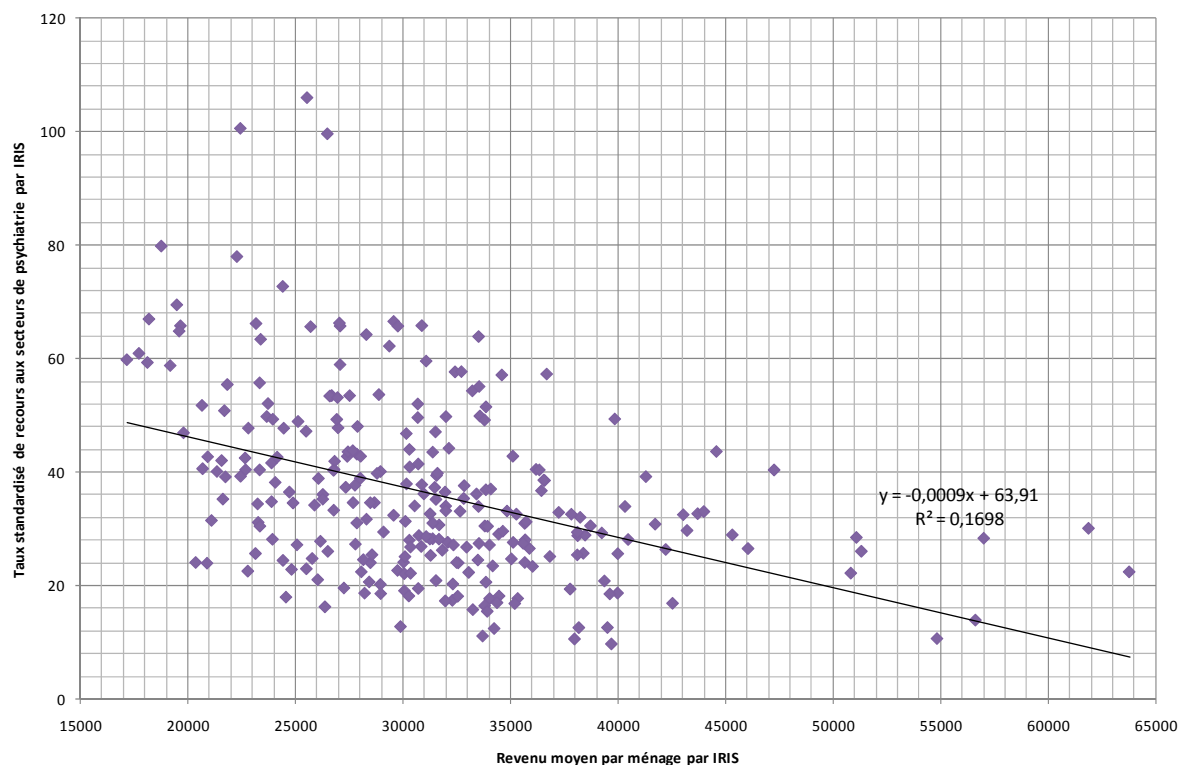
Figure 2.1 Les profils des types socio-résidentiels



Source : Blidon et al., 2008

Une première façon de vérifier cette hypothèse est d’analyser le niveau différentiel de revenu des ménages de chacun des quartiers. Le revenu des ménages constitue un indicateur synthétique, puissant révélateur des inégalités structurelles socio-spatiales, notamment en Ile-de-France (François, Mathian, Ribardière & Saint-Julien, 2003). Le nuage de points de la Figure 57 montre ainsi une corrélation négative assez forte (coefficient de -0,4, significatif) entre taux de recours à la psychiatrie et revenu moyen par ménage dans le quartier de résidence des patients.

Figure 57 Corrélation entre revenu moyen par ménage et taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale de Maison-Blanche dans les IRIS



Sources : Données établissement Maison Blanche, INSEE, FINESS

Cette relation entre recours psychiatrique et revenu dans le quartier a cependant besoin d'être détaillée, le revenu constituant un indicateur synthétique qui peut masquer différents aspects de la précarité sociale. Nous appuyant notamment sur les travaux effectués sur les taux d'admission hospitalière en psychiatrie par quartiers dans les villes de New-York et de Londres (Curtis, Copeland, Fagg, Congdon, Almog & Fitzpatrick, 2006) faisant eux-mêmes référence à des recherches précédentes sur le même thème, nous avons souhaité préciser cette relation entre revenu et recours à la psychiatrie. Ainsi, les études étrangères mettent en avant plusieurs groupes de facteurs « écologiques » généralement positivement associés avec des niveaux plus élevés de recours à la psychiatrie hospitalière (Abas, Vanderpyl & Robinson, 2008; Almog, Curtis, Copeland & Congdon, 2004; Amaddeo & Jones, 2007; Congdon, Smith & Dean, 1998; Curtis, 2007; Curtis et al., 2006; Dean & James, 1981; Dear & Wolch, 1987; Dekker, Peen, Goris, Heijnen & Kwakman, 1997; Drukker, Gunther & Van Os, 2007; Fone, Dunstan, John & Lloyd, 2007; O'Reilly, Rosato, Connolly &

Cardwell, 2008; Sundquist & Ahlen, 2006; Tansella, Bisoffi & Thornicroft, 1993; Thornicroft, 1991). Il s'agit :

- de niveaux relativement élevés de pauvreté et de précarité socio-économique au niveau local,
- de niveaux relativement élevés de fragmentation sociale et d'isolement individuel dans la communauté locale, faisant référence aux travaux de Durkheim sur le concept d'anomie (Durkheim, 1897),
- de fortes concentrations locales de minorités ethniques,
- d'une proximité spatiale de la zone d'implantation du service psychiatrique.

Nous avons vu dans notre cas que la distance aux services ne semblait pas jouer un rôle important dans le recours à la psychiatrie. Le milieu urbain de très forte densité ne permet pas d'apprécier le poids de ce facteur. Quant à l'isolement social lié à la nationalité, il se trouve que les données sur les minorités ethniques font en France actuellement l'objet de vifs débats et les données statistiques disponibles à un niveau fin ne permettent de produire comme indicateur que la proportion de personnes nées à l'étranger par quartier. Cela n'est pas nécessairement un inconvénient majeur, dans la mesure où la notion de communauté ethnique est moins importante en France que dans les pays anglo-saxons. Nous nous intéresserons donc principalement aux deux premiers facteurs mis en avant.

Afin de mieux comprendre cette relation entre revenu et recours à la psychiatrie, nous avons choisi d'utiliser un modèle classique de régression, permettant de contrôler les effets de redondance, de multicolinéarité et de comparer les liens entre les différents indicateurs de précarité disponibles.

Tout d'abord, une régression multiple expliquant le taux de recours général en prenant en compte la distance aux structures et le revenu moyen des habitants du quartier (Tableau 16) confirme les éléments observés sur les figures Figure 54 et Figure 57 : la distance ne joue pas et le revenu explique une bonne partie de la variabilité des taux de recours aux secteurs de psychiatrie (17 % de la variance expliquée).

Tableau 16 Régression multiple du taux de recours aux secteurs de psychiatrie de Maison-Blanche

	Valeur	Ecart-type	T de Student	Significativité
Constante	64,3733	4,15824	15,48	<0,0001
Distance	-0,00113	0,00377	-0,3	0,7655
Revenu moyen par ménage	-0,00088386	0,00012053	-7,33	<0,0001

Sources : INSEE, FINESS

Nous introduisons donc ensuite dans le modèle d'autres variables permettant d'identifier différents aspects de la précarité.

La notion de fragmentation sociale, d'anomie peut être approchée à travers les indicateurs suivants, disponibles dans le recensement de la population : la proportion de ménages d'une personne, la proportion de familles non mariées, la proportion de familles monoparentales, la mobilité depuis moins d'un an, le caractère locatif du logement, ainsi que la proportion de personnes en contrat à durée déterminée.

La notion de précarité, ou pauvreté, peut être qualifiée à partir de la proportion d'ouvriers ou d'employés, le taux de chômage, la proportion de population non diplômée, la proportion de logements HLM, la proportion de logements sans confort et celles de ménages vivant à l'hôtel.

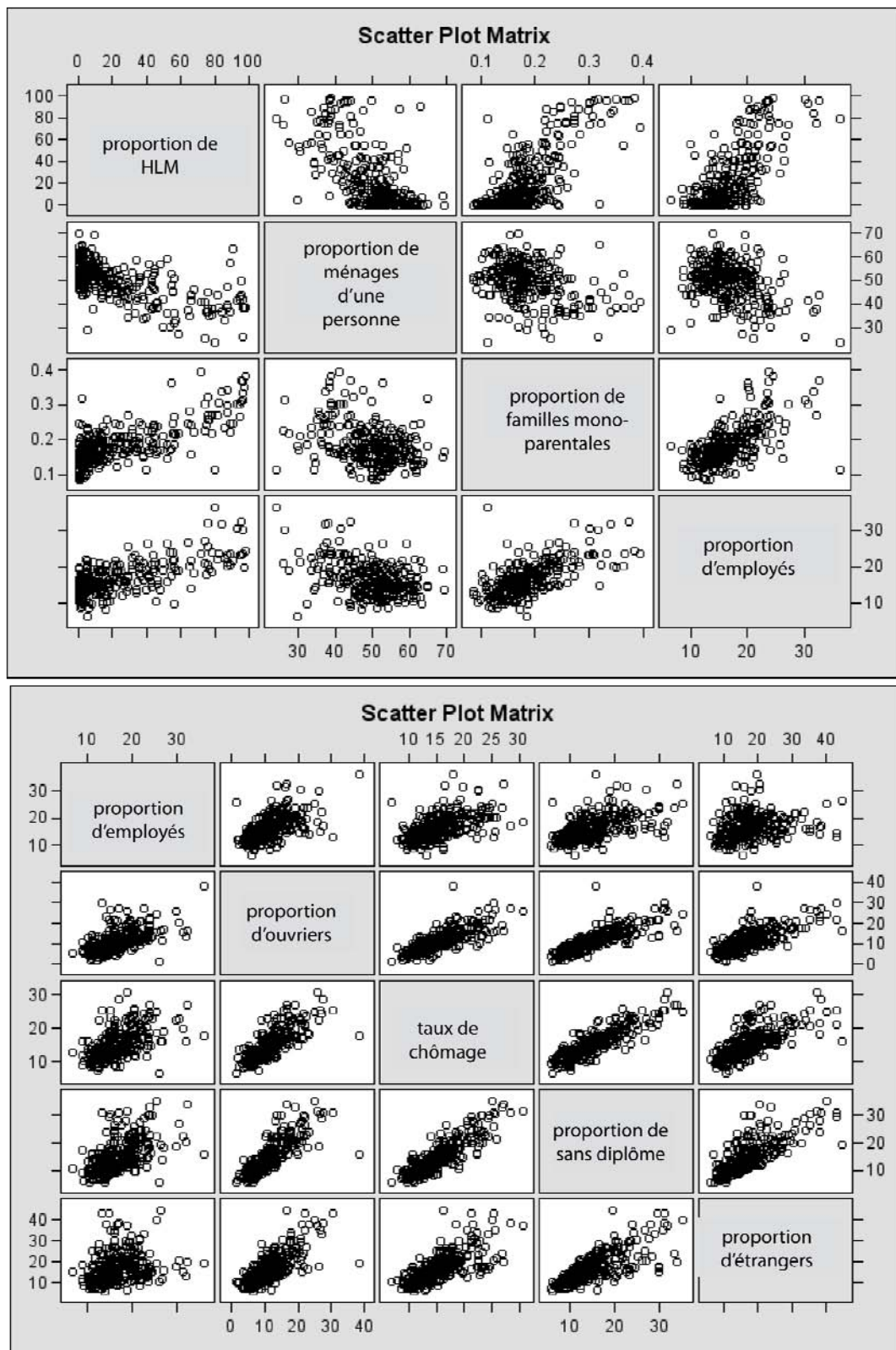
Il apparaît alors (Tableau 17) que les variables les plus discriminantes dans la variabilité du recours à la psychiatrie de secteur sont les caractéristiques relatives au logement (logements HLM, sans confort, hébergement à l'hôtel). Les caractéristiques de l'habitat sont elles-mêmes fortement corrélées à certains indicateurs de fragmentation sociale, notamment la monoparentalité, ou l'isolement des ménages, mais aussi à certains indicateurs de précarité tels que la proportion d'employés, d'ouvriers, eux aussi corrélés avec la proportion de personnes non diplômées, d'étrangers (cf. matrice de corrélation, Figure 58).

Tableau 17 Modèle de régression du taux de recours standardisé aux secteurs de psychiatrie générale

Variabiles	Valeur	Ecart-type	T de Student	Significativité
Constante	51,62811	21,87101	2,36	<0,05
Distance moyenne aux structures	-0,00485	0,0037	-1,31	0,19
Revenu moyen par ménage	-0,0005025	0,00024863	-2,02	<0,05
Part de ménages d'une personne	0,09058	0,18324	0,49	0,62
Part de couples non mariés	-0,2681	0,20736	-1,29	0,2
Part de familles monoparentales	54,55374	30,33031	1,8	0,07
Part de locataires	-0,37674	0,14993	-2,51	<0,05
Part de déménagement en 1998-1999	0,16006	0,30794	0,52	0,6
Part de CDD	0,2427	0,42448	0,57	0,57
Part d'employés	0,97591	0,3222	3,03	<0,01
Part d'ouvriers	-0,32392	0,37741	-0,86	0,39
Taux de chômage	-0,8395	0,4848	-1,73	0,08
Part de logement sans confort	1,93168	0,55728	3,47	<0,01
Part de HLM	0,33859	0,11181	3,03	<0,01
Part de logements type hôtels	-1,75724	0,65794	-2,67	<0,01
Part de sans diplôme	0,21181	0,43506	0,49	0,63
Part d'étrangers	0,14579	0,37088	0,39	0,69

Sources : INSEE, FINES

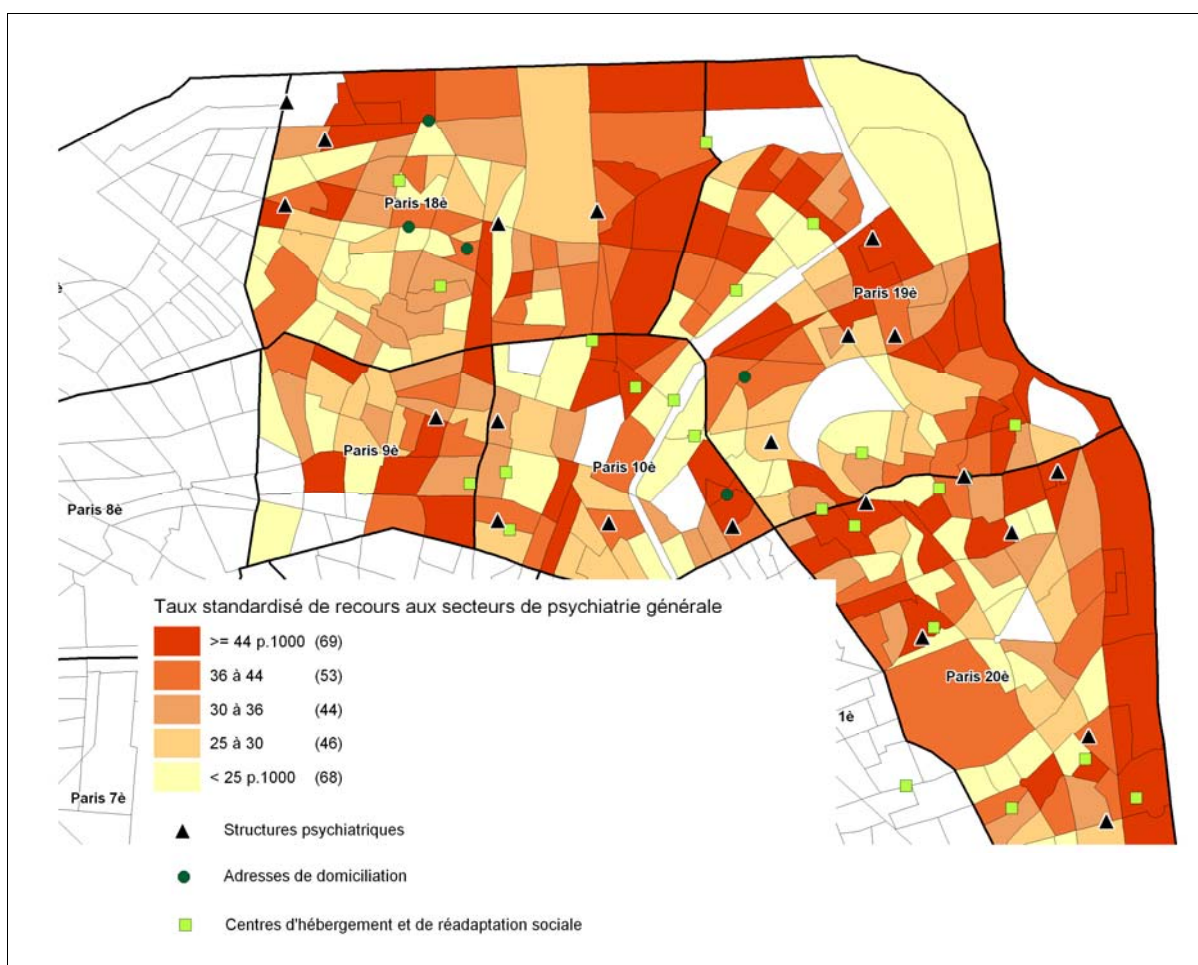
Figure 58 Matrice de corrélation des variables du modèle de régression



Sources : INSEE, FINESS

S'agissant du logement des patients, lors du géocodage, nous nous sommes aperçue de concentration de patients à une même adresse. Cette concentration, estompée au moment de l'anonymisation des données et de leur agrégation au niveau des IRIS, révèle en fait la présence de certaines structures sociales, de type centre d'hébergement et de réadaptation sociale, hôtels sociaux mais aussi simples adresses de domiciliation de personnes sans abri, que nous avons représentées dans la Figure 59 et qui mériteraient une analyse plus précise, limitée cependant par la confidentialité des données.

Figure 59 Taux de recours et structures d'hébergement social

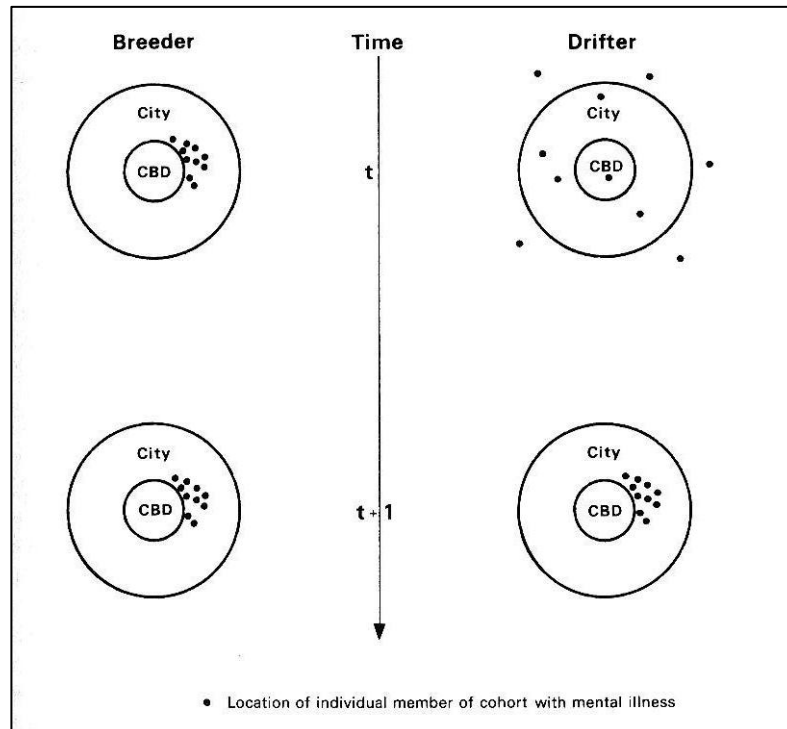


Sources : Données établissement Maison Blanche, INSEE, FINESS

Les liens observés entre précarité sociale et recours à la psychiatrie publique suggèrent que des processus causaux directs ou indirects sont à l'œuvre parmi les populations qui ont recours à la psychiatrie. Les arguments proposés pour expliquer cette association sont complexes et procèdent d'une combinaison de différents processus. Deux théories

s'opposent ainsi pour expliquer les interrelations entre caractéristiques de défavorisation sociale d'un lieu et recours à la psychiatrie. Il s'agit de la « *breeder theory* » ou théorie de « l'environnement générateur » et de la « *drift theory* » (Jones & Moon, 1987) ou théorie du glissement (Figure 60).

Figure 60 Les théories de l'environnement générateur et du glissement



Source : JONES Kelvyn, MOON Graham, *Health, disease and society : an introduction to medical geography*, Routledge, London and New-York, 1987, 376 p.

Selon la première approche, les malades ont toujours habité les quartiers défavorisés de la ville. Le fait de vivre dans ces endroits augmenterait la probabilité pour les individus d'avoir un trouble mental au cours de leur vie car les caractéristiques de l'environnement génèrent ou exacerbent la maladie mentale. C'est le modèle qu'adoptent Faris et Dunham dans leur étude sur Chicago (Faris & Dunham, 1939), ainsi que Giggs à Nottingham en montrant de fortes associations entre désorganisation sociale et maladie mentale (Giggs, 1973; Giggs, 1986; Giggs & Cooper, 1987). Giggs met en évidence des corrélations entre les taux d'incidence de la schizophrénie et des indicateurs sociaux et économiques défavorables, tels qu'un statut social bas, un chômage élevé et une faible cohésion sociale mesurée à partir des taux élevés de mobilité spatiale et d'isolement social. Il parle d' « aires

pathogènes qui semblent détruire la santé mentale ». Deux hypothèses parallèles viennent appuyer cette théorie. La première est celle de l'isolement social. Elle argumente que la désorganisation sociale et la mobilité résidentielle vont causer des coupures, des discontinuités dans les relations de soutien, d'appui, entraînant davantage de stress et permettant aux maladies mentales de se développer. La seconde est une hypothèse de classe sociale qui lie le stress de vivre dans des conditions défavorisées à la maladie mentale.

Plus récemment, de nombreuses études se sont développées pour analyser les disparités spatiales des taux de troubles psychiques en fonction des caractéristiques de l'environnement local (Araya, Dunstan, Playle, Thomas, Palmer & Lewis, 2006; Chaix, Leyland, Sabel, Chauvin, Rastam, Kristersson et al. 2006; Fone, Dunstan, Lloyd, Williams, Watkins & Palmer, 2007; Fone & Dunstan, 2006; O'Campo, Salmon & Burke, 2009; Propper, Jones, Bolster, Burgess, Johnston & Sarker, 2005; Stafford, De Silva, Stansfeld & Marmot, 2008; Weich, Twigg, Lewis & Jones, 2005). Malgré la variété des méthodes et concepts utilisés dans ces recherches, qui rend difficile la revue systématique de la littérature (Truong & Ma, 2006), la plupart des études mettent en évidence une relation significative entre caractéristiques du contexte et santé mentale. Cette relation est toutefois très modeste en regard des caractéristiques individuelles. Le contexte est généralement analysé à travers différentes dimensions (séparément ou globalement) :

- sa composition socio-économique,
- ses infrastructures : qualité des services, offre de soins et environnement physique,
- son environnement social incluant le capital social « écologique » avec ses différentes dimensions cognitives et structurelles, inter-groupe et intra-groupe, horizontales et verticales (McKenzie & Harpham, 2008).

Ces caractéristiques vont pouvoir influencer sur la santé mentale des individus de différentes manières, notamment, en imposant un niveau de stress quotidien (manque de ressources, environnement physique déplaisant...), en jouant sur les relations entre individus (méfiance...), et sur la vulnérabilité aux événements négatifs (Cutrona, Russell, Brown, Clark, Hessling & Gardner, 2005).

La deuxième approche ou théorie du « glissement » a été développée par Myerson (1940). Ici, avant de devenir malade, le statut social de l'individu n'est pas spécifique, tout comme sa résidence géographique. Une fois entré dans la maladie, l'individu va expérimenter la stigmatisation et la perte de confiance en soi, entraînant un déclin de son statut social. La maladie, dans le cas de Myerson, la schizophrénie, est alors accompagnée par un glissement vers le bas dans les catégories sociales et, par là même, une relocalisation dans une zone sociale appropriée, là où les patients peuvent trouver des logements abordables. La localisation résidentielle de la schizophrénie est alors le résultat d'une condition acquise, plus qu'une conséquence inévitable de la localisation initiale.

C'est le modèle adopté par Gerard et Houston dans la ville de Worcester, au Massachussets, qui ont montré que la plupart des patients vivaient dans le quartier défavorisé de la ville depuis peu de temps (Gerard & Houston, 1953). Dunham, Turner et Wagenfield se sont intéressés au glissement de statut intra et inter-générationnel (Dunham, 1965; Turner & Wagenfield, 1967). Dunham a ainsi montré sur la ville de Détroit que le statut social des schizophrènes admis à l'hôpital était significativement inférieur à celui de leurs parents.

Les deux théories proposent des explications plausibles à la concentration résidentielle de la maladie mentale et opèrent ensemble. Ce qui est intéressant, c'est comment cette concentration spatiale se forme, comment les caractéristiques sociales, la localisation spatiale et la maladie mentale interagissent (Jones & Moon, 1987).

Nous avons donc démontré par notre analyse des données individuelles regroupées à l'échelle fine des IRIS que les patients, comme les structures psychiatriques, tendent à se localiser dans des zones urbaines défavorisées. Cependant, notre étude ne montre pas une concentration des patients autour des structures instituées pour les prendre en charge, comme dans la notion de « *service dependent ghetto* » développée par Dear et Wolch (1987). Il faut replacer cette observation dans le contexte plus général des effets sociaux de politiques urbaines menées sur des bases très différentes, en France et aux Etats-Unis. L'abandon de quartiers centraux dégradés, relativement fréquent aux Etats-Unis, n'a eu ni la même ampleur ni la même durée en France, où les processus d'embourgeoisement (ou de

gentrification) des zones centrales des villes témoignent d'une valorisation assez continue des quartiers centraux, même lors des phases d'industrialisation puis de déclin des activités industrielles urbaines. Il n'existe donc pas en France de poches de pauvreté ou de ghettos pauvres qui soient très étendus dans les zones centrales des villes, là où se situe l'offre de services psychiatriques, par comparaison avec les villes américaines où les deux distributions spatiales sont plus systématiquement associées.

La question importante, du point de vue géographique, mais aussi pour la psychiatrie, serait d'identifier plus précisément les processus qui relient la maladie à divers aspects du milieu de vie des personnes, via leur socialisation.

Les récentes revues de la littérature dans le champ de la géographie de la santé mentale signalent que les recherches commencent à se déplacer vers l'étude de l'impact du lieu sur l'expérience d'« inclusion et d'exclusion sociales » des personnes souffrant de troubles psychiques (Philo, 2005; Wolch & Philo, 2000). Avec la désinstitutionalisation, la responsabilité de la prise en charge de la santé mentale s'est déplacée de l'Etat, à travers l'asile, à un milieu, un « paysage » de soins fournis par un ensemble d'acteurs formels et informels, incluant la famille et l'individu lui-même (Goodwin, 1989). L'ambition de la psychiatrie de secteur consistait à limiter au maximum les hospitalisations et permettre aux patients de mener une vie en milieu ordinaire. Il s'agissait d'accompagner le patient dans un projet de vie avec sa maladie, comme un diabétique apprend à vivre avec son diabète. Bien que ce processus ait forcé le patient à franchir les frontières entre lieux de soins psychiatriques et espaces de la vie ordinaire, cela n'a pas nécessairement été suivi par des communautés « intégrantes », comme nous avons pu le voir dans le cas de l'opposition à l'implantation de structures psychiatriques. Cinquante ans après la naissance de la psychiatrie de secteur, alors que les prises en charge se font essentiellement en ambulatoire, qu'en est-il de ces ambitions initiales ? Les usagers de la psychiatrie sont pour la plupart amenés à s'organiser dans un contexte urbain : quelles difficultés particulières y rencontrent-ils, sont-ils accompagnés pour y faire face ? D'autre part, comment qualifier ce « milieu ouvert » qu'ils pratiquent ? Y a-t-il des recompositions de la relégation dans les espaces de la ville ou à travers les espaces du soin ? Jusqu'où peut-on dire que l'intégration

de la psychiatrie « en ville » permet l'intégration des patients ? La dernière partie de ce chapitre propose d'explorer cet aspect de la géo-psychiatrie.

4.3 Vivre en ville pour les usagers de la psychiatrie

Vivre en ville ne va pas de soi. Vivre en ville, lorsqu'on est usager de la psychiatrie, ou lorsqu'on souffre d'un trouble psychique, c'est s'exposer à des difficultés particulières qui peuvent être accentuées par la maladie : se déplacer, se confronter à l'espace public et aux discriminations, ou parfois se trouver encore plus isolé et exclu de toute prise en charge, vivre enfermé parmi la ville. La vie « en ville », permise par le développement des prises en charge ambulatoires et à temps partiel, est-elle le garant d'une intégration sociale pour les personnes souffrant de troubles psychiques ? Le fait de résider ou de se déplacer en ville conduit-il à créer et maintenir des liens sociaux ? La proximité des services psychiatriques est-elle une garantie suffisante de leur accessibilité et surtout favorise-t-elle au final la réhabilitation des patients ?

Les études consacrées à l'impact de la désinstitutionalisation sur les expériences d'inclusion et d'exclusion sociale et spatiale des patients restent rares. L'une d'elles a été réalisée à Nottingham par Vanessa Pinfold (2000). Son étude fait appel aux expériences des personnes souffrant de troubles psychiques pour explorer les positions, rôles et bénéfices thérapeutiques établis par le « réseautage socio-spatial » dans la communauté. Elle analyse ainsi comment les patients trouvent une place dans la vie quotidienne, dans un contexte de politique de santé centrée sur l'intégration ou la réintégration dans la communauté. L'apparition d'un trouble psychique sévère va modifier le cours de la vie de l'individu. Ses relations sociales, sa carrière scolaire ou professionnelle, ses activités, et plus généralement son mode de vie, vont être affectés par les épisodes maladifs. Les patients, qui auraient été autrefois hospitalisés en psychiatrie, arrivent aujourd'hui à vivre dans des logements indépendants ou plus ou moins protégés. Si cette situation est préférable et souhaitable, elle s'accompagne souvent d'un nouvel isolement social pour l'utilisateur des services de santé mentale. Plusieurs études, dont celle de Pinfold, ont montré que les personnes souffrant de troubles psychiques tendent à avoir des réseaux plus réduits que la population générale

(Cohen & Sokolovsky, 1978; Henderson, Duncan-Jones, McAuley & Ritchie, 1978; Pattison, DeFrancisco, Wood, Frazier & Crowder, 1975; Pinfold, 2000). Or cette situation est problématique lorsqu'on sait que le nombre et le type de relations sociales d'un individu affectent son support social, ses opportunités d'intégration dans la communauté, et sa santé mentale.

Nous avons donc cherché à analyser l'expérience socio-spatiale de la ville par les personnes souffrant de troubles psychiques en questionnant la réalité de l'intégration dans la communauté souhaitée par la politique de secteur.

Pour cela, nous sommes allés à la rencontre d'usagers des services de santé mentale. Le projet initial était, dans le cadre du séminaire « Ville et santé mentale » que nous animons avec les chercheurs du groupe de Lisbonne³⁰, de proposer à des usagers de venir intervenir lors de ce séminaire pour présenter leurs pratiques et représentations de la ville, afin de compléter notre panorama des relations entre ville et santé mentale. Tim Greacen, psychologue et directeur du laboratoire de recherche de Maison-Blanche, nous avait proposé de venir assister à un atelier de formation qu'il organisait auprès d'usagers afin de présenter notre projet. Ce fut là notre première rencontre avec Emmanuelle Jouët, chargée de mission, et le groupe EMILIA (*Empowerment of Mental Health Services Users through Life Long Learning, Integration and Action*), en début d'année 2008. Le projet EMILIA est un projet de recherche européen visant à réaliser le « droit à la formation tout au long de la vie » pour les usagers des services psychiatriques. C'est une recherche-action fondée sur le principe de l'« *empowerment* », soit l'autonomisation via l'éducation au long de la vie. L'hypothèse sous-jacente est qu'en accompagnant la formation et l'insertion professionnelle des patients, on améliore leur qualité de vie. L'équipe française d'EMILIA est constituée d'une chargée de mission et d'une trentaine d'usagers d'un secteur de Maison-Blanche, le secteur Flandres (75G25) situé dans le 19^e arrondissement. Pour intégrer le dispositif EMILIA, ces usagers devaient remplir certains critères : être majeur, sans emploi, avoir un

30 Le groupe de Lisbonne est un groupe pluridisciplinaire de recherche en sciences sociales, créé à la suite du Colloque Ville et Santé Mentale : projections, politiques, ressources, symptômes, organisé en 2007 par la Fédération de Recherche des Sciences de la Ville (Paris VII, ENSA-PVS). Il réunit Aurélia Michel, historienne, Pauline Rhenter, politologue, Livia Velpry, Delphine Moreau et Benoît Eyraud, sociologues, et moi-même, géographe.

diagnostic de trouble bipolaire ou schizophrénique et avoir plus de trois ans d'« expérience » des services psychiatriques.

Lorsque nous les rencontrons, le projet EMILIA est à mi-parcours, plusieurs programmes de formation ont déjà eu lieu ou sont en cours, notamment une formation à la réalisation, la passation et la saisie d'une enquête par questionnaire sur le thème de la douleur physique dans les services de santé mentale.

Notre demande d'intervention au séminaire a alors rencontré les objectifs du projet EMILIA. Cette demande permettait de proposer un module de formation à la recherche scientifique, à travers la communication orale et la valorisation scientifique. Notre projet initial s'est ainsi vu transformé en véritable recherche participative, car pour présenter leurs représentations et pratiques de l'espace urbain, les usagers avaient besoin de mettre en place un travail de recherche avec notre aide. Le protocole de recherche fut donc discuté ensemble, de même que les objectifs, les techniques mobilisées. Nous avons également sollicité Thierry Ramadier, chercheur au CNRS au sein du laboratoire Image et Ville à Strasbourg, à participer à cette recherche. Ses travaux sur les représentations cognitives de l'espace urbain (Ramadier, 2002; Ramadier, Lee-Gosselin & Frenette, 2005; Ramadier, Petropoulou, Haniotou, Bronner & Enaux, 2008; Repper & Brooker, 1996), sur les outils de recueil des pratiques et des représentations spatiales des individus (Ramadier, 2003; Ramadier & Bronner, 2006), nous permirent d'affiner notre problématique et les techniques mobilisées pour mener à bien ce projet dans un contexte fortement contraint, contraint à la fois par le temps (la communication orale des résultats était intégrée au séminaire ville et santé mentale dont la dernière séance était prévue en décembre 2008), et contraint par les objectifs et statuts du groupe EMILIA.

4.3.1 Une démarche participative

La démarche de recherche participative est encore peu utilisée en géographie, elle est par contre en plein développement dans le domaine de la recherche en santé mentale, notamment au Royaume-Uni, où les orientations politiques recommandent l'implication des usagers dans les processus de recherche (Rose & Lucas, 2007). Une démarche participative consiste à associer les sujets de la recherche dans la construction de la

recherche et dans la production de la connaissance. L'objet d'étude retrouve un statut de sujet et participe à la définition de la problématique, à la collecte des données et à l'interprétation des résultats. Il s'agit non plus de faire une recherche sur un groupe d'individus mais avec ou par les individus. Dans le domaine de la santé mentale, plusieurs études ont montré les avantages de cette démarche (Faulkner, 2009).

Pour Thornicroft, les usagers des services peuvent être mieux placés que les professionnels pour évaluer l'adéquation des services aux besoins des patients (Thornicroft & Tansella, 2005; Thornicroft & Rose, 2005). D'autres études ont montré un gain dans la qualité et la sincérité des réponses obtenues lorsque des patients sont interviewés par des pairs (Allam, Blyth, Fraser, Hodgson, Howes, Repper et al. 2004; Faulkner, 2008; Ramon, 2000; Rose, 2001; Simpson & House, 2002). L'implication des usagers dans la recherche peut aussi avoir des bénéfices pour les individus impliqués, tels que l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances, un sentiment d'accès à l'autonomie et de valorisation (Allam et al., 2004). Elle contribue à l'amélioration du protocole de recherche et des méthodes, à la pertinence de l'objet de recherche et à son utilité pour les usagers (Chamberlin, 2005; Trivedi & Wykes, 2002). Enfin, elle peut faciliter l'accès au public enquêté (Hanley, Bradburn, Barnes, Evans, Goodare, Kelson et al. 2003).

Les méthodes de recherche participative avec les usagers en santé mentale doivent faire face à certaines difficultés. Tout d'abord, le temps, le temps de formation et de supervision des usagers dont les besoins d'encadrement peuvent être plus importants du fait de leur vulnérabilité psychique. La démarche demande également aux chercheurs une ouverture d'esprit, une grande flexibilité, la nécessité d'être clair pour échanger et partager les opinions des usagers. Ensuite, certaines difficultés sont à anticiper telles que la possibilité qu'un patient tombe malade, s'absente, quitte le processus en cours de route, ne vienne pas à une réunion, entraînant un glissement du calendrier de la recherche. Enfin, les chercheurs peuvent s'inquiéter d'une perte de contrôle sur la recherche (Rose & Lucas, 2007).

Cette démarche était assez nouvelle pour nous tous. Tout d'abord, le statut des usagers a fait l'objet de nombreuses discussions au sein de notre groupe pluridisciplinaire. Pour les chargés de projet du groupe EMILIA, les usagers sont considérés comme des « experts de la

ville », dans une stratégie d'*empowerment*, et notre rôle était de les accompagner dans la réalisation de la recherche, jusqu'à sa valorisation lors du séminaire. Il s'agit de s'appuyer sur, et de valoriser, leurs compétences, leurs savoirs éventuellement spécifiques sur la ville en tant qu'usagers des services psychiatriques. Cependant, ne s'improvise pas chercheur un expert de quelque domaine que ce soit et l'apprentissage de la recherche ne peut se réaliser en six mois.

Notre recherche participative avec le groupe EMILIA est donc à considérer ici comme une recherche exploratoire, fortement impliquante et ouvrant de nombreuses questions sur lesquelles nous reviendrons.

Alison Faulkner (2009) liste les différents termes utilisés pour nommer ces usagers-chercheurs, termes reflétant des rôles et des niveaux d'expérience différents. Les « *peer specialists* » et les « *experts by experience* » renvoient à l'expérience de vie qui est gagnée par le simple fait d'être patient, usager des services de psychiatrie. Les « *service user researchers* » vont apporter ouvertement leur expérience personnelle à l'objet de recherche. Enfin, les « *academic user researchers* » possèdent en plus des précédents une formation à la recherche.

Les usagers d'EMILIA furent considérés comme des « co-chercheurs », experts de l'expérience de vie avec une maladie psychique. Leurs savoir et expertise sur les pratiques et les représentations de la ville des personnes souffrant de troubles psychiques ont donc été mobilisées dans la construction du protocole de recherche, dans le choix des outils et méthodes d'observation, dans la valorisation des résultats. Ils renverraient donc davantage à la notion de « *service user researchers* ».

4.3.2 Une approche multi-méthode

Le groupe de Lisbonne, composé de six chercheurs en sciences sociales, et le groupe EMILIA, composé de quatre à six usagers-co-chercheurs et des deux chargés de projet de Maison-Blanche, se sont donc rencontrés cinq fois entre juillet et décembre 2009 pour questionner ensemble les relations entre ville et santé mentale du point de vue des patients.

Nous avons initialement envisagé d'aborder notre recherche par trois démarches :

L'organisation de séances thématiques à définir ensemble, telles que les soins dans la cité versus l'hôpital éloigné, les lieux recherchés/les lieux craints, qu'est-ce qui fait lien dans la ville ?

La réalisation de ce que nous avons appelé des « promenades-diagnostics » entre binôme chercheur-co-chercheur, chacun présentant sa ville, son quartier à son interlocuteur. L'espace urbain fait ainsi l'objet d'un premier diagnostic.

La réalisation d'une étude menée en collaboration entre chercheurs et co-chercheurs pour préciser cette définition de la ville et de sa perception auprès d'un échantillon des usagers de services de santé mentale.

Lors de notre première rencontre, seuls quatre co-chercheurs EMILIA étaient présents, l'absentéisme est un élément important à prendre en compte dans les recherches souhaitant associer des usagers de la psychiatrie. Chercheurs et co-chercheurs étaient très intéressés par la démarche, tout en cherchant un peu leurs positions.

Des réflexions en petit groupe ont permis d'avoir quelques premiers éléments de questionnements et l'accord des quatre co-chercheurs d'EMILIA présents sur leur participation active au travail de recherche. Deux autres co-chercheurs nous ont rejoints par la suite.

Lors de cette première rencontre, des usages et des représentations de la ville différents apparaissent déjà entre les co-chercheurs. Certains la recherchent, ne s'imaginent vivre qu'en ville, profitent de ses avantages, avec sa population. Parmi ceux qui l'apprécient (ou du moins leur quartier), certains ont un discours ambivalent, ils ont l'impression de « ne pas être à Paris », dans les parcs et espaces verts, se sentent « hors de Paris ». Les espaces du quartier apparaissent comme des lieux de sociabilité importants. Pour d'autres, les trajectoires de soins et les conditions de vie vont influencer sur l'usage du quartier. L'expérience psychiatrique a changé l'expérience du quartier, avec la découverte d'un réseau de soins, d'une nouvelle dimension de la ville. Pour certains usagers, les pratiques de

la ville sont centrées sur la psychiatrie, d'autres au contraire cherchent à y mettre une distance. L'aspect « communauté, proximité » vient alors s'opposer à l'hôpital psychiatrique. La psychiatrie de secteur crée un rapport plus ou moins serré à une communauté qui gravite autour de certaines structures de soins implantées en ville comme le CMP. Si pour certains co-chercheurs, la ville apparaît plus comme une ressource que comme un facteur de stress, cette vision n'est pas partagée par l'ensemble du groupe. La ville peut ainsi apparaître hostile, notamment Paris avec son gigantisme et sa densité de population. Certains se sentent « perdus dans cette fourmilière » où on est contraint de « supporter les gens ». La taille de la ville oblige à se déplacer, que ce soit pour se rendre sur les lieux de soins, pour le travail, la formation, les démarches administratives. Et ces déplacements s'avèrent difficiles pour la majorité des co-chercheurs interrogés, le métro est particulièrement problématique. Cette difficulté oblige à développer des stratégies de contournement : on peut éviter les heures d'affluence, emprunter des parcours connus, se faire accompagner. Le traitement pharmacologique va également influencer ces perceptions.

La dimension temporelle a également été évoquée : déjà pour la question des déplacements, mais aussi pour la « vie de la ville » qui varie selon les heures de la journée et de la nuit.

Ces premiers éléments de réflexion ont ainsi permis d'orienter et de préciser notre questionnement. Les co-chercheurs, étant inscrits dans une démarche d'insertion via le projet EMILIA, ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population suivie en psychiatrie, pouvant entraîner un biais dans le rapport décrit à la ville. D'autre part, les co-chercheurs dans le cadre du projet EMILIA, sont amenés à développer une méta-réflexion sur l'ensemble des usagers des services de santé mentale. L'enquête envisagée auprès d'autres usagers des services de santé mentale est un moyen de corriger ce biais.

4.3.2.1 Les diagnostics en marchant

Lors de la première réunion, avait été suggérée l'idée de faire des « promenades-diagnostics » ou « diagnostics en marchant ». Les promenades-diagnostics ou parcours commentés sont des sortes de cheminements urbains dans l'espace de vie de l'individu (Augoyard, 1979; Moser & Weiss, 2003). Cette méthode constitue une variation sur les techniques classiques d'entretien qualitatif. Seule ou combinée à d'autres approches, elle s'avère particulièrement

utile pour explorer et améliorer les connaissances des expériences des patients de leur espace de vie ou espace d'action au sens de Cummins et al. (espace dans l'individu réalise ses activités) (2007). Elle permet un entretien en profondeur, conduit par les chercheurs accompagnant les enquêtés dans une excursion à travers leur environnement familial. Le chercheur est ainsi amené à « marcher à travers » les expériences vécues du quartier par l'enquêté (Carpiano, 2009). Par l'interrogation et l'observation, le chercheur peut à la fois examiner les expériences vécues par l'enquêté, ses interprétations et les pratiques à l'intérieur de son environnement spatial. Pour Kusenbach (2003), cette technique, dite du « go-along » ou « walk-along » permet d'explorer et d'éclairer particulièrement cinq aspects :

- la perception qu'ont les individus de leur environnement,
- leurs pratiques spatiales,
- les liens entre leur biographie et leur lieu de vie,
- l'architecture sociale des différents lieux (les différentes formes de relation entre les individus, et la situation des enquêtés à l'intérieur de ces espaces sociaux)
- les domaines sociaux (les modèles d'interactions et la façon dont le lieu façonne la nature des interactions).

Cette méthode permet également d'augmenter la participation de l'enquêté et de réduire le rapport de pouvoir qui existe entre l'enquêteur et l'enquêté. Cela place les deux individus dans un rapport plus égalitaire, répondant aux objectifs de la recherche participative (Townley, Kloos & Wright, 2009).

Dans notre cas, les promenades-diagnostics ont été réalisées dans les deux sens : les co-chercheurs ont présenté leur quartier aux chercheurs et inversement, afin de respecter les objectifs d'une réelle démarche participative.

Six binômes chercheur-co-chercheur ont été mis en place afin de réaliser les « promenades-diagnostics » proposées dans le protocole de recherche. Une grille d'entretien semi-structurée a été élaborée à partir des thèmes évoqués lors de la première séance, et de différentes lectures échangées sur les usages et représentations de la ville (Authier, 2001;

Bailly, 1996; Bertrand, 1977; Di Méo, 1999; Guérin-Pace & Filippova, 2008; Lynch, 1999), notamment les rapports au logement, au quartier, à la ville, le caractère agréable ou désagréable de certains lieux. Il est ainsi recommandé au binôme d'évoquer un certain nombre de thèmes prédéfinis, sans s'y limiter. En effet, un autre avantage des promenades-diagnostic est la mise en situation qu'elles génèrent, l'entretien va être ainsi davantage sensible au contexte, aux simples observations comme aux événements qui peuvent survenir (rencontre d'un voisin, accident, dispute dans la rue...).

La promenade devait s'effectuer dans le quartier ou l'espace de vie de chacun dans une journée-type. Certains binômes ont utilisé une carte du quartier ou de la ville afin d'y représenter les trajets effectués, les limites du quartier, les lieux fréquentés, marquants ou points de repères (personnels ou collectifs). Un compte-rendu de ces promenades-diagnostic est présenté en annexe 8.

Ces promenades-diagnostic, d'une durée d'une heure et demie à deux heures, ont constitué une première exploration des usages de la ville. Les constats issus de cette première étape exploratoire de la construction d'un protocole de recherche sont de plusieurs ordres : outre l'ambivalence des perceptions du même lieu par la même personne, les stratégies d'évitement, de contournement, d'adaptation aux situations stressantes ont été pointées. La dimension « situationnelle/événementielle » de la représentation de la ville, mise en exergue par le cheminement commenté, a permis de souligner l'extrême variabilité de la perception de la ville selon les situations, les contextes, les événements qui peuvent surgir, comme le moment de la journée. Enfin, c'est la variabilité de la frontière entre intérieur et extérieur qui a frappé d'un cheminement à l'autre: depuis le corps, le logement, le « quartier », jusqu'au « hors quartier ».

Si la mise en situation dans l'espace urbain des promenades-diagnostic permettait effectivement une « incarnation » directe du rapport à la ville, ainsi qu'une projection de l'histoire personnelle dans la ville, à différentes échelles, comme l'instauration d'un climat favorable entre l'enquêteur et l'enquêté, facilitant certains questionnements a priori difficiles, la méthode présente certaines limites. Une information riche et très diverse est recueillie, mais sa structuration est malaisée, notamment en tenant compte de l'influence du

contexte de la promenade-diagnostic. L'entretien va être influencé par de nombreux éléments non contrôlés par le chercheur, comme le temps qu'il fait, la saison, l'heure de la journée (avec ses types d'activités sociales différents), mais aussi la santé physique de la personne. D'autre part, cette méthode est très chronophage et nos moyens humains ne permettaient pas de l'appliquer à plus grande échelle. Elle a cependant permis d'enrichir notre connaissance des usages et représentations de la ville par les usagers des services de psychiatrie et d'alimenter le questionnement à généraliser à une échelle plus grande.

4.3.2.2 L'enquête quantitative

La deuxième phase de la recherche a consisté dans la construction et la passation d'un questionnaire. Ce choix a été préféré à la réalisation d'entretiens plus qualitatifs pour des questions de temps, mais aussi d'aptitudes des co-chercheurs et de certains chercheurs à pratiquer ce type d'enquête. Un questionnaire à soumettre à d'autres usagers apparut plus facile aux co-chercheurs. D'autre part, cette méthode permet une exploitation rapide de premiers résultats présentables au séminaire de décembre. Il est prévu de compléter ce questionnaire par un entretien collectif avec les enquêtés volontaires afin de discuter des résultats ou de thèmes marquants apparus lors de l'analyse.

Le questionnaire a été construit par les chercheurs et co-chercheurs, avec l'aide de Thierry Ramadier. La construction et la passation du questionnaire ont constitué une des étapes les plus enrichissantes de la démarche participative avec les usagers co-chercheurs. Ils avaient une première expérience de passation de questionnaire avec l'enquête CLUD (Comité de Lutte contre la douleur), ont participé pleinement à la réalisation, au test, à la simplification du questionnaire.

Ainsi, certains aspects spécifiques de la population enquêtée et des lieux d'enquête ont été discutés et pris en compte dans l'étude. Il s'agissait notamment de veiller à une durée raisonnable de passation du questionnaire, l'attention des personnes souffrant de troubles psychiques étant limitée sur la durée. Les questions et modalités de réponses devaient être simples et facilement compréhensibles par les usagers. Le questionnaire étant passé dans les lieux de soins (CMP et CATTP du 19^e arrondissement), les enquêtés sont souvent rencontrés alors qu'ils attendent leur consultation médicale. Cette situation peut s'avérer

angoissante pour le patient qui n'a pas toujours l'esprit disponible pour répondre à un questionnaire. C'est un facteur à prendre en compte dans la façon d'aborder l'enquêté. Les délais d'attente peuvent être très longs dans ces structures et les patients ont du temps. Enfin, les co-chercheurs ont grandement facilité l'accès aux structures de soins enquêtées et la passation des questionnaires grâce à leur expérience du milieu psychiatrique, leur connaissance du ressenti des patients en train d'attendre leur consultation, leur anticipation et gestion des situations éventuellement délicates avec certains patients.

Afin de questionner au mieux la ville à travers des éléments « quantitatifs », nous avons essayé d'intégrer autant que possible la « mise en situation » un jour donné, c'est à dire, l'interpellation du contexte pour alimenter le récit sur la ville, comme cela avait été possible dans les promenades-diagnostics.

Le questionnaire est composé de quatre parties interrogeant les opinions des usagers sur leur quartier de résidence, leurs déplacements de la veille à travers un carnet de bord, les occurrences et la nature de certaines activités et déplacements, leurs caractéristiques socio-démographiques, résidentielles et mobiles. Enfin, une question ouverte sur le rapport à la ville était proposée en fin de questionnaire.

Le questionnaire est présenté en annexe 9. Une première version a été testée en octobre 2008 auprès de 13 individus, appelant certaines modifications. La version définitive a été passée dans deux structures psychiatriques de Maison Blanche, un CMP et un CATTP, en journée et en soirée, en novembre 2008 par différents binômes chercheurs-co-chercheurs.

Au total, 49 questionnaires ont pu être exploités, les 13 questionnaires de la phase de test ont été intégrés partiellement dans l'analyse. Aucune sélection n'était faite a priori parmi les patients. Tous les patients présents dans les lieux étaient invités à participer à l'étude et à répondre au questionnaire. L'entretien se faisait autant que possible dans un bureau à l'écart du public.

La population enquêtée compte 63 % d'inactifs. Les patients habitent pour la plupart (61 %) un logement indépendant, 28 % sont hébergés par de la famille ou des amis et 11 % dans une structure sociale ou médico-sociale. La plupart vivent seuls. 45 % habitent leur quartier

(souvent le 19^e arrondissement) depuis moins de trois ans, 44 % depuis dix ans ou plus. Lorsqu'on les interroge sur les motifs d'installation dans ce quartier, on note une absence de choix réel. La localisation répond plus à des contraintes financières, des opportunités, voire des placements par des associations, par la préfecture, par l'équipe de secteur de Maison-Blanche.

Les personnes étaient ensuite interrogées sur les lieux appréciés et moins appréciés de leurs quartiers. Parmi les lieux appréciés, ont été fréquemment cités les sites, monuments, espaces verts (Buttes Chaumont, Villette, Canal, parcs...), mais aussi les lieux commerçants (les marchés, certaines rues commerçantes). En troisième position, viennent les lieux culturels (essentiellement les cinémas), puis les cafés. Enfin les lieux de soins, notamment le CATTP La Comète, sont cités par certains patients parmi les lieux appréciés du quartier.

Les parcs permettent ainsi de « *changer d'air, se changer les idées* ». Au contraire dans les lieux animés tels que les rues ou centres commerciaux, les patients vont chercher « *la mixité de la population, le mouvement, ça incite à sortir, à aller vers les autres, surtout quand on sort de l'hôpital* ». Il est vrai que pendant l'hospitalisation, même intra-urbaine, le temps est comme arrêté, la ville et son contexte, son animation ont disparu, le temps de l'hospitalisation est un temps anesthésié, hors du monde.

Concernant les lieux désagréables, nous pouvons distinguer essentiellement deux types de lieux, les lieux où règne un sentiment d'insécurité du fait des populations qui y « traînent » (à rapporter éventuellement à l'évolution du 19^e arrondissement : développement des activités, plus de populations de « passage », qui « stationnent ») et les lieux peu animés, déserts. « *J'évite les endroits isolés, je veux voir du monde* » nous dit un patient, « *je n'aime pas les rues vides, les égouts, les endroits déserts* » explique un autre.

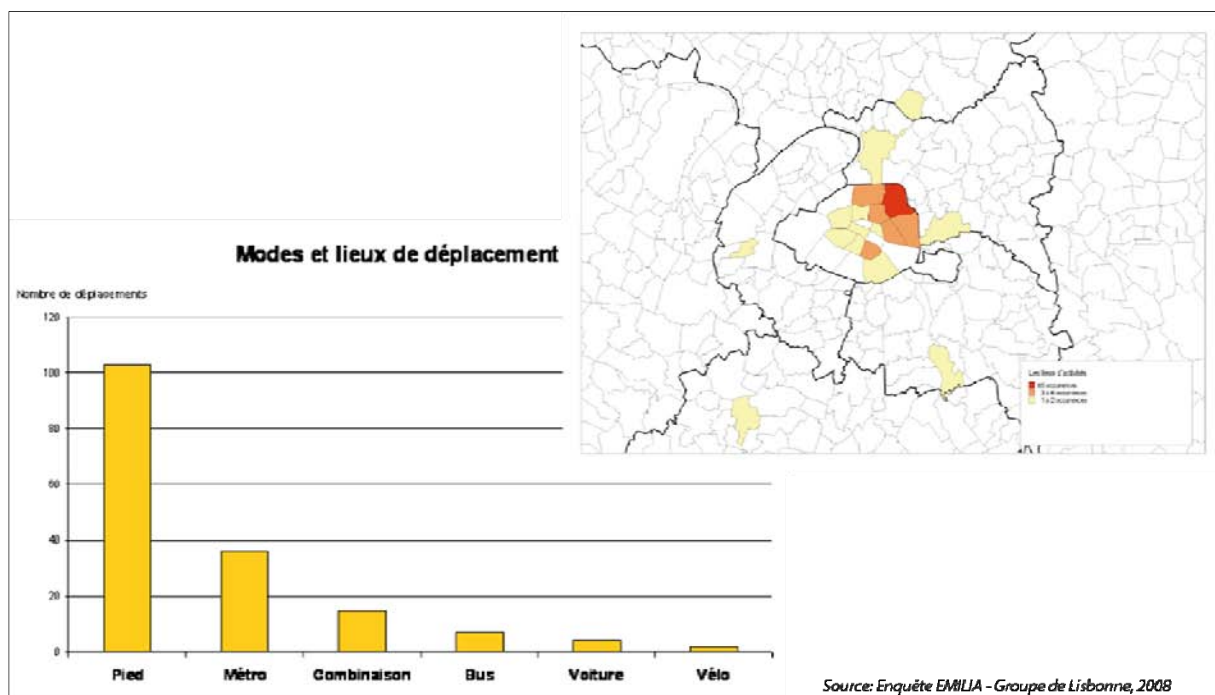
Afin de mettre en situation la personne interrogée, nous lui demandons ensuite de remplir un carnet de bord des déplacements de la veille (ou du dernier jour ouvré). La personne devait raconter précisément ses déplacements, même les plus anodins de la veille, en précisant à chaque fois, le motif, le mode, le lieu, le temps et les impressions sur le trajet.

Premier fait : Quatre personnes ne sont pas sorties de chez elle la veille de l'enquête. Les autres personnes ont déclaré de deux à huit déplacements (un déplacement égale un trajet aller). Un tiers des personnes ne sont sorties de chez elles qu'à l'occasion d'une activité (soit deux déplacements).

Près de la moitié des personnes sont restées uniquement dans leur quartier d'habitation. Comme on peut le voir sur la carte, le 19e arrondissement est l'arrondissement où ont eu lieu la grande majorité des déplacements. Les arrondissements limitrophes sont ensuite davantage pratiqués, enfin les déplacements autres concernent très peu d'individus.

Comme on le voit sur la Figure 61, les déplacements se font très majoritairement à pied. Le métro arrive en deuxième position, mais assez loin derrière. Selon l'enquête nationale Transports et déplacements 2008 de l'INSEE, la marche à pied est caractéristique des personnes inactives, qu'elles soient retraitées, chômeuses, étudiantes ou toute autre forme d'inactivité. L'absence ou le nombre réduit de déplacements sont également caractéristiques de ces populations (à l'exception des chômeurs)

Figure 61 Modes et lieux de déplacements



Les trois principaux motifs de déplacement sont : le travail, les courses, et les soins (spécialisés ou non). Viennent ensuite la promenade, le fait de marcher sans but précis, les activités plus sociales (restaurants, cafés, sorties avec amis et famille, loisirs) et les démarches administratives.

Les activités pratiquées le plus fréquemment dans le quartier d'habitation sont :

- les cafés, bars, restaurants,
- la pharmacie,
- le bureau de tabac,
- les promenades,
- les soins,
- et les courses.

Les déplacements en dehors du quartier de résidence concernent surtout les déplacements pour motifs culturels, de loisirs, pour voir des amis ou de la famille et pour le travail.

Les déplacements à pied sont perçus très positivement, le caractère agréable du déplacement revient souvent. Les opinions sont plus mitigées à l'égard du métro, qui est jugé agréable quand le trajet est court, ou quand il n'y a pas trop de monde. Les principaux reproches à l'égard du métro portent sur la foule, le manque de communication, les difficultés d'accessibilité quand on est chargé, ou l'absence d'escalators.

On proposait ensuite aux personnes une liste d'activités, et les interrogeait sur la dernière occurrence, le lieu et le mode de déplacement.

Les activités les plus récemment pratiquées sont :

- les courses alimentaires,
- la visite au CMP,
- les promenades
- la sortie au restaurant, bar, café
- la pharmacie.

Mises à part les sorties, toutes les activités sont réalisées dans le quartier de résidence, y compris les activités de soins.

Le mode de déplacement est très lié au lieu où a été pratiquée l'activité. Donc les déplacements sont piétonniers pour les courses alimentaires, la pharmacie, les promenades, les CMP, le médecin ; alors que le métro et autres transports en communs sont davantage mobilisés pour les sorties, relations sociales.

On peut dire à ce point de vue, que le CMP et le CATTP semblent remplir, au moins pour les interrogés, leur mission de proximité, vu que les patients s'y rendent pour la plupart à pied ou en bus, contrairement à l'hôpital psychiatrique (malgré la présence de la clinique Rémy de Gourmont dans le 19^e arrondissement).

Si nous essayons maintenant de mettre toutes ces informations ensemble, nous arrivons à définir trois groupes d'usagers de la ville :

- le premier groupe, appelé ici, avec beaucoup de guillemets, les « reclus » fait référence à la présentation de Valérie Léger lors de la dernière séance de notre séminaire sur des types de troubles de l'habitat mis en évidence par un bailleur social, qui identifie un type de dysfonctionnement dans l'usage de l'habitat, qu'elle appelait le « mode d'habiter reclus ». Il s'agit ici de personnes qui sortent peu de chez elles, se déplacent quasiment exclusivement pour leurs soins ou pour des démarches administratives. Elles sont au nombre de cinq dans notre enquête, c'est le cas notamment d'une personne en maison de retraite qui se rend au CMP en ambulance, une autre qui se plaint de vertiges ou de douleurs quand elle se déplace ;
- le deuxième groupe appelé ici les « domo-centrés » en référence aux travaux de Thierry Ramadier, concerne 19 personnes qui se caractérisent par des déplacements essentiellement dans leur quartier de résidence. Ils font des trajets courts, essentiellement piétonniers, les déplacements ont pour objectif les courses, des promenades. Les liens sociaux semblent réduits, ces individus vont rarement au cinéma ou voir des spectacles, visitent peu leur famille, vont peu au restaurant. Ils sont plutôt stables (pas de déménagement dans les 10 dernières années, 36-59 ans). La plupart sont

inactifs et fréquentent le CATTP. Ils aiment beaucoup la marche, à la fois utilisée pour réfléchir, ou pour se calmer, pour respirer ;

- enfin, le dernier groupe, le plus nombreux avec 25 personnes, est appelé ici les « mobiles » dans le sens où 80 % d'entre eux se déplacent en dehors de leur quartier d'habitation, utilisent plusieurs modes de déplacement, font des trajets plus longs, souvent pour le travail, auquel ils ajoutent d'autres déplacements (courses..). 58% sont actifs, leurs journées en dehors de leur domicile sont plus longues que les autres groupes. Les activités sociales sont nettement plus fréquentes que dans les autres groupes : restaurant, cinéma, sport, amis, sont des activités pratiquées récemment. Les individus sont globalement plus jeunes que les précédents groupes, plus diplômés, et ont beaucoup déménagé les dix dernières années. Ce dernier groupe déclare aimer davantage la ville, le monde, l'animation proposée par la vie urbaine.

Pour être menée à bien, cette dernière approche imposerait de recueillir des éléments de littérature sur les usages spécifiques de la ville par certains groupes homogènes du point de vue de leur situation sociale, de leur activité, de leur âge, de leur genre, etc. Cela aurait permis de tester d'une part, l'hypothèse d'une spécificité des pratiques et représentations de la ville des personnes souffrant de troubles psychiques par rapport à d'autres inactifs par exemple. Il ne nous a pas été possible non plus de demander le diagnostic des enquêtés. Nous pouvons cependant approcher la sévérité de la maladie à travers le recours unique aux autres structures psychiatriques que le CMP.

Dans les deux premiers groupes obtenus, les personnes semblent avoir un réseau social plus limité, avec les conséquences potentiellement négatives que cela peut avoir sur la santé mentale et le bien-être de l'individu. Pour les personnes à l'activité et à l'espace social limités, les soins se trouvent souvent au centre des déplacements et activités, et en constituent une part importante. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études (Holmeseber & Riger, 1990; McCormick, Funderburk, Lee & Hale-Fought, 2005; Pinfold, 2000; Tolsdorf, 1976). Les réseaux socio-spatiaux d'une part importante des patients restent fortement attachés à la communauté psychiatrique. Est-ce que l'on peut dire d'un usager dont les pratiques seraient à la fois contraintes et restreintes aux sphères du soin qu'il vit en milieu « ouvert » ? L'intégration physique, matérielle dans la communauté ne signifie pas

obligatoirement intégration sociale et psychologique (sentiment d'appartenance à une communauté) (Aubry & Myner, 1996; Wong & Solomon, 2002). L'intégration dans la communauté implique *d'être de* la communauté et pas seulement d'être physiquement situé *dans* la communauté (Bond, Salyers, Rollins, Rapp & Zipple, 2004). Plus encore, est-ce que la désinstitutionnalisation n'a pas créé des situations d'injonctions à l'autonomie qui sont impossibles à réaliser pour certains patients? C'est le questionnement auquel arrive également Vanessa Pinfold. Pour la géographe, il faut dépasser les oppositions duales entre capacité/incapacité, entre dépendance/indépendance, intégration/isolement, maladie/réhabilitation, normal/anormal, et aller vers une conception alternative de l'intégration dans la communauté pour les personnes souffrant de troubles psychiques, conception située quelque part entre ces pôles. Selon elle, l'intégration ne doit pas être pensée de manière normative, laissant une forte place à l'éducation, au travail et à l'indépendance à la fois résidentielle, sociale, financière et émotionnelle. Les usagers des services de santé mentale sont incités à vivre une vie « ordinaire », normalisée. L'intégration dans la communauté impliquerait une « normalisation » (Wolfensberger & Tullman, 1982) dans le sens où les individus souffrant de troubles psychiques vivraient, travailleraient, joueraient et mèneraient leur vie comme, et avec les mêmes potentialités que les individus sans troubles psychiques. Mais leur réhabilitation ne se situe-t-elle pas à un autre niveau de l'échelle qui va de l'isolement à l'intégration, de la dépendance à l'indépendance? Quelques géographes ont ainsi remis en question la définition d'intégration dans la communauté, d'inclusion sociale. Emploi, indépendance et participation sociale n'assurent pas nécessairement une réelle intégration et n'améliorent pas la qualité de vie des individus qui peuvent être victimes de discrimination, d'abus et d'exclusion (Hall, 2004; Hall, 2005; Hall, 2010). Être un citoyen socialement intégré, nécessite d'être actif, de participer, d'être utile, et autonome (Parr, 2008), attentes parfois difficiles à réaliser, voire impossibles pour certains patients. Par ailleurs, ces attentes normatives, dominantes, peuvent ne pas correspondre à celles des individus souffrant de troubles psychiques, qui souhaitent développer d'autres façons ou d'autres espaces à l'intérieur desquels ils peuvent expérimenter l'intégration (Hall, 2004; Hall, 2005). Ces espaces sont ceux que Pinfold (2000) décrit comme des havres de paix, ou des oasis pour Philo, Parr et Burns (2005). Ce sont des espaces où les personnes ne respectant pas les normes standards d'intégration

peuvent se rassembler, partager des expériences, obtenir de l'aide, un soutien, se sentir en sécurité et « normal » dans un environnement acceptant (Hall, 2010). Ces espaces « semi-institutionnels » (Parr, 2000) se situent dans un entre-deux, entre les lieux ségrégatifs de l'asile et les lieux intégrés de la communauté.

Enfin, l'évaluation scientifique de l'intégration des patients dans la communauté est délicate. D'une part, il est difficile pour le chercheur de se distancier des attitudes normatives de son époque. D'autre part, la recherche participative, qui est bien souvent aussi une recherche action, rend plus difficile, voire impossible une froide évaluation. Les perceptions sensibles et les représentations mentales de la ville variant aussi énormément dans la population générale, on ne dispose pas d'une référence stable à laquelle comparer l'expérience vécue par et avec les malades. C'est donc en multipliant ces expériences que l'on pourra voir peu à peu se dégager des formes d'intégration plus ou moins favorables au confort de ces personnes en ville, voire à l'évolution de leurs maladies.

Conclusion

« Il y aurait à écrire tout une histoire des espaces qui serait en même temps une histoire des pouvoirs – depuis les grandes stratégies de la géopolitique jusqu’aux petites tactiques de l’habitat, de l’architecture institutionnelle, de la salle de classe ou de l’organisation hospitalière, en passant par les implantations économique-politiques. Il est surprenant de voir combien le problème des espaces a mis longtemps à apparaître comme problème historico-politique »

Michel Foucault, L’œil du pouvoir, Dits et écrits, Gallimard, 1977

Dans « des espaces autres », texte écrit en 1967 mais publié seulement en 1984, Michel Foucault, propose le concept d’hétérotopie. Alors que les utopies désignent des emplacements sans lieu réel, les hétérotopies seraient des lieux réels, effectifs, « dessinés dans l’institution même de la société, (...), sorte de contre-emplacements, d’utopies effectivement réalisées, (...) sorte de lieux hors de tous les lieux, bien que pourtant ils soient effectivement localisables ». Il distingue les hétérotopies de crise des hétérotopies de déviation. Les premières sont des lieux qui accueillent les individus en état de crise (adolescents, femmes en couches, vieillards...) et investissent des lieux spécifiques (collège du XIXe siècle, service militaire...), alors que les secondes vont accueillir « les individus dont le comportement est déviant par rapport à la moyenne ou à la norme exigée » dans ces lieux spécifiques que sont les maisons de repos, les cliniques psychiatriques, les maisons de retraite ou les prisons. Michel Foucault pointe ainsi des lieux-objets à explorer et propose d’appeler l’analyse systématique de ces espaces différents l’*hétérotopologie*.

La recherche présentée au cours de ces pages, s’apparente ainsi à une *hétérotopologie* de la psychiatrie, une lecture spatiale de ses mutations à travers l’analyse de la localisation de l’offre de soins, de son rapport à l’espace et du rapport à l’espace des individus dont elle a la charge.

Cette *hétérotopologie* de la psychiatrie française constitue une première dans notre pays. Les géographes français n’avaient jusqu’à présent pas investi ce champ de recherche, malgré la

forte régularité et le caractère très réfléchi de son inscription spatiale que nous avons démontrée tout au long de cet ouvrage. Dans cette recherche, nous avons cherché à raconter, à traverser cette histoire spatiale de la prise en charge de la maladie mentale. Cette volonté de lecture dynamique, d'analyse de la trajectoire sur deux siècles des lieux de soins en psychiatrie, rencontre naturellement certains écueils. Chaque phase de l'histoire de la psychiatrie française pourrait constituer à elle seule le sujet d'une recherche approfondie. Et il nous sera peut-être reproché de survoler trop succinctement cette histoire et cette géographie, de ne pas aller suffisamment au fond des choses. Mais ce survol, cet effleurement du vaste champ ouvert par l'approche géographique de la prise en charge de la maladie mentale, est le corollaire de notre souhait de pallier au retard de la recherche française dans ce domaine, et de présenter, à travers cette lecture spatio-temporelle de l'offre de soins en psychiatrie, un premier défrichage français du vaste et passionnant champ des recherches en géographie de la santé mentale.

Comme dans les autres pays européens, les hôpitaux psychiatriques se sont développés en France au cours du XIX^e siècle. La construction de ces établissements peut être considérée comme l'expression concrète d'une innovation thérapeutique reconnaissant le caractère médical de la « folie » et la nécessité d'un traitement dans des établissements spécifiquement consacrés à la maladie mentale. L'analyse de la diffusion spatio-temporelle de ces établissements sur le territoire national a montré les limites de la pertinence des modèles classiques de diffusion spatiale d'une innovation.

Le modèle de diffusion par contagion n'apparaît pas applicable dans notre cas d'étude, excepté pendant la phase d'expansion au XIX^e siècle où son application reste cependant limitée au Nord du pays, région économiquement et socialement plus développée à cette époque. Alors que le modèle de diffusion hiérarchique semble plus approprié dans le cas de la diffusion des établissements psychiatriques français, notamment en début de période (et avant la mise en place de la loi de 1838), il reste insuffisant pour expliquer l'ensemble du processus et la localisation des établissements. Par exemple, la capitale parisienne, bien qu'au centre de l'émergence des idées cliniques et thérapeutiques sur le traitement moral des maladies mentales et la nécessité d'institutions spécialisées pour leur prise en charge, attendra la seconde moitié du XIX^e siècle pour s'équiper de tels établissements. Paris a

longtemps préféré envoyer les personnes souffrant de troubles mentaux dans les établissements de province. Cette situation, qui a perduré jusqu'à la fin du XXe siècle, peut être mise en relation avec les attitudes de rejet à l'encontre de la maladie mentale et des structures chargées de sa prise en charge. Ces attitudes vont générer une mise à distance perpétuelle de ces lieux de soins non désirés par la population. Dans le cas de Paris, nous voyons ainsi l'écart existant entre la diffusion d'une idée, d'un nouveau modèle de soins, ici, le mouvement aliéniste, et la diffusion de son expression concrète, l'asile d'aliénés. Alors que la première a pu obéir au modèle de diffusion classique des innovations (allant du centre, Paris, aux centres urbains importants puis à ceux de taille moyenne), la seconde a été influencée par d'autres facteurs qui ont aidé ou ralenti son développement. Ainsi, l'existence préalable d'établissements religieux, le dynamisme et l'intérêt social et économique de certaines villes du département ont influé sur la diffusion des établissements.

La loi de 1838 institutionnalisant la prise en charge des aliénés au sein d'établissements spécifiques et la nécessité pour chaque département français de disposer d'une telle structure, a également perturbé le processus de diffusion hiérarchique, en imposant la couverture territoriale du dispositif et l'échelle de diffusion (le département). Bien que la loi de 1838 n'ait aucunement modifié le rythme des créations d'établissements, ni impulsé le mouvement, elle a interrompu le processus spontané de diffusion de l'innovation sur le territoire.

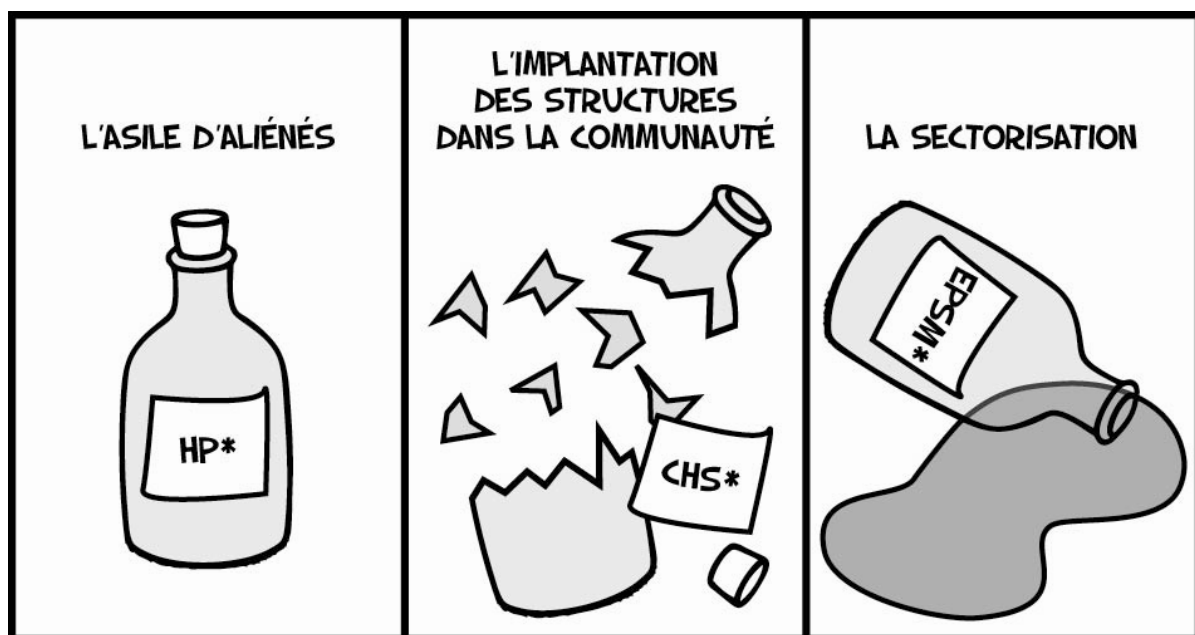
De même, dans la seconde moitié du XXe siècle, la circulaire de 1960 mettant en place la politique de sectorisation psychiatrique, a interrompu le processus de diffusion, empêchant la couverture complète du territoire. Ce nouveau texte législatif accompagne en effet un changement de paradigme dans la discipline, l'hôpital psychiatrique ne constituant plus l'unique modalité de prise en charge de la maladie mentale. La création d'établissements spécialisés n'apparaît plus nécessaire, surtout à partir des années 1980 où l'on prône l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général. De ce fait, quelques départements français ne seront jamais équipés d'un établissement public spécialisé dans la prise en charge de la maladie mentale.

Ces résultats remettent en question la pertinence des modèles de diffusion classiques des innovations pour l'interprétation du développement des systèmes de santé et invitent à une approche basée sur des modèles plus complexes tels que ceux proposés notamment par l'écologie politique. Il est ainsi nécessaire de prendre en compte les facteurs sociaux, économiques et politiques globaux qui influencent le contexte local, autant que les facteurs locaux qui jouent sur le développement du système de santé. Cette prise en compte globale permet d'intégrer le rôle de l'évolution des représentations sociales et des progrès médicaux, le rôle de la gestion politique de la diffusion, celui des profonds changements de la hiérarchie urbaine au cours du XIXe siècle, ainsi que le rôle de l'héritage du passé sur les développements ultérieurs.

Il est intéressant de voir comment les choix de localisation ont évolué tout au long du processus de diffusion. Ainsi, les établissements pionniers, foyers de diffusion de l'innovation et créés avant 1800 sont majoritairement situés dans des villes-centres. Au cours du XIXe siècle, si les localisations dans les villes-centres restent majoritaires, les localisations rurales deviennent de plus en plus fréquentes. Elles deviennent même prédominantes au XXe siècle. La conception de l'environnement favorable à l'espace hospitalier s'est donc modifiée au cours du temps. Les contraintes de proximité ont diminué avec le développement des transports et des technologies de l'information et de la communication, la situation centrale initiale des établissements n'est plus nécessaire. De plus, les localisations de ces « fonctions centrales », au sens du service à la population, sont perturbées au milieu du XIXe siècle, car les hygiénistes prônent les localisations extra-urbaines pour assurer une meilleure qualité des soins dans un environnement plus calme (lequel a aussi secondairement pour résultat l'évitement ou l'exclusion de ces populations). Les conceptions médicales de la localisation la plus adéquate de chaque époque semblent ici privilégiées dans les facteurs explicatifs de la localisation des établissements à l'échelle communale : éloignement de la ville au XIXe siècle puis rapprochement dans la seconde partie du XXe. Mais ces conceptions médicales sont souvent associées à des contraintes économiques ou architecturales. Si les critères d'accessibilité sont évoqués dans les arguments avancés pour justifier les localisations des établissements psychiatriques avec la prise en compte des voies de communication, ils apparaissent donc très minoritaires en regard des représentations sociales et médicales de la maladie mentale.

La seconde moitié du XXe siècle est le théâtre d'une profonde mutation de la prise en charge de la maladie mentale et de ses implications géographiques, avec la multiplication, la diversification et la dispersion de l'offre de soins à destination des personnes souffrant de troubles psychiques. Le Dr Kannas, lors de nos entretiens, avait comparé cette évolution et ce changement de spatialité de l'institution psychiatrique à une bouteille dont le contenu représenterait le soin, métaphore que nous avons cherché à mettre en image dans la Figure 62. La bouteille représente l'hôpital psychiatrique, l'asile du XIXe siècle, la prise en charge se faisant à l'intérieur de ses murs. La désinstitutionnalisation ou la politique de secteur vise à répandre, à diffuser le soin, hors de l'hôpital, dans le milieu de vie du patient. Mais dans les faits, le mouvement ne s'est souvent résumé qu'à la seule implantation de structures dans la communauté, telles des éclats de verre dispersés sur le sol. L'hôpital psychiatrique reste au cœur du dispositif et n'est pas renversé. Le centre de gravité de la prise en charge n'est pas déplacé dans la communauté.

Figure 62 De l'asile à la ville en images



* HP : Hôpital psychiatrique
 CHS : centre hospitalier spécialisé
 EPSM : établissement public de santé mentale

Source : Dessin Aude Sirvain 2010, d'après entretien avec le Dr Kannas

Le processus de désinstitutionnalisation, soit la fermeture de lits d'hospitalisation en psychiatrie et le développement de structures implantées au plus proche du lieu de vie des patients, s'accompagne en France d'un découpage géo-démographique du territoire en secteurs psychiatriques. Comme pour la période asilaire, nous retrouvons cette volonté française de quadriller le territoire afin d'assurer une couverture équitable de la population. Au département de 1838 correspond en 1960 une zone de 70 000 habitants environ au sein de laquelle une même équipe de soins assure la prise en charge de la population, à travers une gamme de services répartis sur le territoire. L'ambition clinique est inversée. Si l'ère asilaire visait à mettre à l'écart le patient, l'ère post-asilaire vise à maintenir ou à réinsérer le patient dans son environnement. Le découpage en secteurs géographiques de taille « humaine » devait permettre une prise en charge globale de la santé mentale de la population, depuis la prévention jusqu'à la réinsertion sociale, en évitant la ségrégation et la séparation de certains malades. La traduction administrative de cette ambition thérapeutique a fait oublier peu à peu ces objectifs initiaux au profit d'une logique gestionnaire. Le découpage en secteurs a ainsi fait rarement l'objet d'une véritable évaluation des besoins de la population et a davantage répondu à un souci d'égalitarisme entre psychiatres. Les principes d'égalité et la logique administrative, mathématique, ont été préférés à la recherche d'une cohérence territoriale ou d'une cohésion populationnelle. La situation initiale de l'établissement historique a également fortement joué dans le découpage. Dans notre analyse, la diffusion de la politique de secteur n'a pu être mise en évidence faute d'éléments chronologiques, mais nous avons pu identifier quatre configurations spatiales des secteurs psychiatriques. Elles correspondent à des conceptions différentes du territoire et de la prise en charge psychiatrique et questionnent l'argument d'une conception territoriale des soins appropriée aux besoins de la population couverte.

En France, ce découpage a précédé le développement de structures psychiatriques extrahospitalières. La localisation de l'établissement historique et ces différentes formes de division de l'espace ont influencé les modèles spatiaux de localisation des services, favorisant plus ou moins leur répartition homogène sur le territoire et l'accessibilité pour les patients. La politique de secteur vise à rapprocher les structures de soins de la population, aucune valeur thérapeutique n'est associée ici au « milieu » ou à l'environnement de la structure. Le critère principal de localisation est donc bien ici

l'accessibilité pour la population, l'aspect thérapeutique venant plus globalement du « milieu de vie » du patient. Dans les faits, si les contraintes d'accessibilité constituent un élément déterminant dans le choix de localisation d'une structure, d'autres facteurs entrent en compte dont les contraintes financières et architecturales, les opportunités immobilières, l'héritage des structures anciennes, les oppositions du voisinage, l'importance accordée à la politique d'implantation par l'établissement support et l'aspect politique et économique pour la commune d'accueil. L'absence d'instance de consultation de la population préalable à l'implantation d'une nouvelle structure limite le pouvoir d'opposition des habitants, même si celui-ci arrive à se faire entendre à travers des pétitions, des interventions auprès des élus locaux.

Lorsque nous analysons les caractéristiques socio-démographiques des quartiers d'implantation des structures psychiatriques dans les 28 aires urbaines françaises de taille moyenne, nous parvenons à une classification en quatre groupes situant les quartiers sur un gradient allant des quartiers les plus fréquemment équipés en structures psychiatriques extrahospitalières aux moins équipés, soit des environnements les plus « acceptants » aux plus « rejetants » à l'égard de ce type de structures. Bien que l'on observe certaines similarités avec les études étrangères en matière d'opposition entre quartiers centraux et périphériques, caractérisés par des différences en termes de mobilité résidentielle, structures par âge et structures familiales, la précarité sociale n'apparaît pas dans notre étude comme un déterminant important des localisations de structures psychiatriques, contrairement aux études étrangères où le caractère précaire des zones acceptantes est fréquemment mis en avant pour interpréter ces implantations. Par rapport aux Etats-Unis, les contrastes sociaux de voisinage sont moins marqués en France, et la zone centrale des villes reste très prisée par les classes favorisées. Il y a en France une tendance à la dissociation entre les caractères de centralité et ceux de la précarité sociale, alors qu'ils tendent à être confondus aux Etats-Unis ou au Royaume-Uni, ayant abouti à la constitution de « ghettos de services de dépendance » dans les quartiers défavorisés des centres-villes. Ces résultats tendent à prouver que l'effet de centralité l'emporte sur l'effet de relégation dans les quartiers défavorisés puisque lorsque ces deux effets sont séparés comme en France, il n'y a pas d'effet ghetto.

L'analyse de la « géopsychiatrie » de l'établissement public de santé mentale de Maison-Blanche en Seine-Saint-Denis, proposée dans le chapitre 4, nous a permis d'inscrire une réalité sociale derrière ces grandes tendances nationales. L'analyse à l'échelle locale permet en utilisant la perception des acteurs de mieux comprendre les processus sociaux décisifs et leurs implications pour les patients. Le choix de l'établissement Maison-Blanche se justifie dans notre analyse par le fait que c'est actuellement l'établissement français ayant poussé au plus loin la politique de sectorisation psychiatrique et le processus de désinstitutionnalisation, en allant jusqu'à délocaliser ses unités d'hospitalisation « en ville » et en envisageant la fermeture du site historique de Neuilly-sur-Marne. Cette situation nous a permis de dérouler le fil de l'histoire spatiale de la psychiatrie institutionnelle française jusqu'à son aboutissement ultime en France en 2010, à l'exception de l'évocation de la « virtualisation » et de la « mise en mouvement » des lieux de soins en psychiatrie à travers les équipes mobiles de psychiatrie sur lesquelles nous reviendrons par la suite. Cependant, la spécificité du tissu urbain parisien dans lequel sont implantés les secteurs de psychiatrie générale de Maison-Blanche, a limité l'illustration initialement souhaitée des grands traits nationaux mis en avant dans le chapitre 3 à partir de l'analyse des aires urbaines de taille moyenne. Cela devra faire l'objet de monographies complémentaires. L'analyse de la délocalisation des structures d'hospitalisation de l'établissement de Maison-Blanche dans les arrondissements du Nord-Est parisien depuis la fin des années 1990 nous a permis d'étudier les difficultés auxquelles un établissement hospitalier doit faire face pour développer de telles structures, le processus même de localisation et les implications de cette localisation urbaine pour le voisinage, les patients et plus globalement la prise en charge psychiatrique.

La décision d'implanter des structures d'hospitalisation au plus près du lieu de vie des patients entraîne nécessairement un déplacement (et souvent une réduction des effectifs) d'une partie des équipes de soins vers cette nouvelle structure, vidant peu à peu le site historique. Le directeur d'établissement a donc à faire face à une forte opposition interne de la part des syndicats professionnels. Avant les années 1980, le développement de structures extrahospitalières était encore plus difficile. Le mode de financement alors en cours était basé sur le nombre de journées d'hospitalisation, le développement de structures extrahospitalières avec son corollaire, la réduction du nombre de lits d'hospitalisation, entraînait peu à peu une asphyxie de l'établissement qui, pour développer la sectorisation,

devait en fin de compte se détruire. Il est peu de dire que cette aberration administrative a freiné la mise en place de la politique de secteur et que le rôle d'acteurs militants a été particulièrement important dans le développement de la sectorisation dans les années 1960 et 1970. L'analyse de l'implantation parisienne des quatre unités d'hospitalisation de Maison-Blanche a montré l'importance de prendre en compte l'identité habitante du quartier dans un projet d'intégration de la psychiatrie dans la communauté. Il n'existe pas une stratégie générale de communication de l'établissement auprès de la population voisine de la structure, mais des stratégies à adapter en fonction des caractéristiques de la population du quartier. En effet, les études relatives aux attitudes à l'égard de la maladie mentale s'accordent pour dire qu'une meilleure connaissance de la maladie accroît la tolérance à l'égard des patients, des structures et des professionnels en charge de leur rétablissement. Les représentations de la maladie mentale ne sont pas homogènes selon les catégories sociales, les classes d'âge, les niveaux d'éducation. Il est important que l'établissement, en l'absence d'importante campagne nationale de déstigmatisation de la maladie mentale sur la durée et ciblée, adapte sa stratégie d'implantation et de communication à la population qui va recevoir la structure et qui va accueillir les patients. Des stratégies d'évitement de conflit de la part de l'établissement ont été mises en avant, stratégies souvent fondées sur des représentations des réactions potentielles du voisinage parfois non vérifiées.

Les patients, à travers leurs représentants, sont plutôt satisfaits de ces implantations à proximité du lieu de vie. Ces lieux sont moins stigmatisants que le site historique, la proximité permet des visites plus nombreuses et donc le maintien des liens sociaux et familiaux est facilité. Cependant, ces structures manquent souvent d'espace de déambulation, amenant certains patients à se sentir davantage enfermés dans ces structures.

Du point de vue des soignants interrogés, les avis, bien que plutôt favorables, sont partagés. Le changement du lieu de soins a modifié leurs propres pratiques, les relations avec les différents intervenants sanitaires, sociaux et médicosociaux sont facilitées. Quant à ses effets sur les patients, ils reconnaissent que l'éloignement temporaire du milieu de vie peut être préférable pour certains patients, tels que les toxicomanes. Par ailleurs, la thérapie est plus qu'auparavant orientée vers un projet de réinsertion.

Le développement de ces structures implantées dans la communauté vise à favoriser l'insertion sociale du patient. L'analyse des lieux de résidence des patients suivis par l'établissement montre de fortes variations de taux de recours à la psychiatrie selon les quartiers. Le taux de recours apparaît ainsi fortement corrélé au revenu moyen par ménage observé au niveau du quartier ainsi qu'aux caractéristiques de l'habitat. Une proportion non négligeable des patients suivis en psychiatrie vivent dans des centres d'hébergement, dans des hôtels sociaux, voire dans la rue. Ces résultats questionnent la réalité de l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques. Le seul développement de structures extrahospitalières au plus près du lieu de vie des patients ne permet pas de parler d'une réelle intégration des patients dans la ville. La dernière partie de cette recherche, à travers une analyse exploratoire originale réalisée en collaboration avec des « co-chercheurs » usagers de la psychiatrie, a cherché à rendre compte de l'expérience socio-spatiale de la ville vécue par les personnes souffrant de troubles psychiques, questionnant ainsi la réalité de l'intégration dans la communauté souhaitée par le politique de secteur. Cependant, l'absence d'éléments comparatifs en population générale, a fortement limité les apports de cette démarche dont les principaux intérêts résident dans l'exploration de méthodes de recherche originales en géographie telles que la démarche participative et les promenades-diagnostic.

En mêlant approches quantitatives et qualitatives, cette recherche parvient à proposer à la fois des tendances générales observées au niveau national et à expliciter ces tendances, à leur donner du sens et une réalité humaine et sociale difficilement cernables par d'unique outils quantitatifs. L'approche quantitative correspond à une vision positiviste de l'espace, permettant de modéliser les phénomènes, leur diffusion, les comportements, ici les localisations, découpages sectoriels et associations spatiales. Cette approche très féconde se trouve enrichie par une approche plus humaniste, interactionniste, au niveau des individus, de leurs perceptions, des lieux, ces « *hétérotopies* », et de leurs rôles en matière de santé, d'intégration ou d'exclusion socio-spatiale. Enfin, en intégrant les dimensions historiques, politiques et sociales dans la construction de cette « géopsychiatrie » française, nous faisons appel aux approches structuralistes des faits de santé. Adopter l'une ou l'autre approche va éclairer certains aspects de la question et en obscurcir d'autres, ne proposant qu'une vision partielle et partielle du phénomène étudié (Philo, 1996, p.1). Dans notre recherche, la

conjugaison des techniques quantitatives et qualitatives s'est montrée particulièrement utile, les entretiens avec les acteurs, professionnels ou usagers, ayant ajouté du sens et de la puissance explicative aux analyses quantitatives. Gatrell (2002), dans son introduction aux géographies de la santé, parle de triangulation à propos de ces combinaisons méthodologiques qui peuvent être simultanées ou séquentielles.

Au-delà de l'utilisation de méthodes variées, cette recherche a nécessité de s'appropriier les acquis des différentes sciences sociales telles que la sociologie, l'anthropologie et l'histoire. Ce décentrement disciplinaire a fortement enrichi la démarche géographique d'exploration de la prise en charge de la maladie mentale.

L'approche multi-scalaire mobilisée dans cette recherche, depuis le niveau national à l'échelle du quartier, en passant par le département, le secteur psychiatrique et les aires urbaines, a permis de comprendre les interactions complexes entre ces différents niveaux. Certains phénomènes ne peuvent être observés qu'à l'une ou l'autre échelle. La déclinaison locale d'une politique nationale peut prendre plusieurs formes et se façonne dans un espace non neutre qu'il est important d'analyser.

Enfin, cette première ébauche d'une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France appelle certains prolongements.

La qualité du recensement des structures psychiatriques dans le répertoire FINESS a empêché de différencier les structures selon la nature de la prise en charge dans l'analyse des localisations et de leur dispersion sur le territoire. Il serait souhaitable, dans le futur, de pouvoir distinguer les structures et leurs difficultés d'intégration dans l'espace urbain.

Nous l'avons évoqué précédemment, le choix de l'établissement de Maison-Blanche, s'il est justifié par notre volonté de conter l'histoire spatiale de la prise en charge de la maladie mentale jusqu'à son niveau le plus abouti dans notre pays, opère dans un contexte urbain très particulier, celui de la capitale parisienne. Réaliser d'autres études monographiques sur des établissements implantés dans des contextes spatiaux différents, et notamment dans celui des aires urbaines de taille moyenne que nous avons analysées dans le chapitre 3, permettrait de compléter et de valider les modèles mis en avant dans ce chapitre,

notamment l'impact de la configuration spatiale du secteur psychiatrique sur la localisation des structures, et la concentration des structures dans certains quartiers de la ville.

De même, le temps ne nous a pas permis de développer l'analyse spécifique de la désinstitutionalisation et de ses implications géographiques dans les espaces ruraux. Dans ces espaces, le poids économique de la structure pèse nettement plus dans l'économie locale, les logiques foncières, les images, représentations et connaissances de la maladie mentale sont différentes. Ces différents aspects peuvent aboutir à une géopsychiatrie sensiblement différente de celle présentée ici.

Au-delà des murs, les hommes. L'histoire et la géographie de la prise en charge de la maladie mentale sont marquées par le renversement des rapports au milieu de vie, navigant entre exclusion et intégration. La volonté d'extraire du milieu de vie a été remplacée par celle de maintenir la personne et de l'insérer dans ce même milieu. Nous avons démontré que cette intégration de la personne n'était que partielle et que le déplacement des structures ne suffisait pas à intégrer le patient dans l'espace « ordinaire ».

Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-psy), mobilisé dans l'étude de l'établissement de Maison-Blanche, a été généralisé à l'ensemble des établissements de santé publics et privés en 2007. La qualité et l'exhaustivité discutables du recueil en 2008 n'ont pas permis une exploitation nationale de ces données. Mais la montée en charge du dispositif devrait bientôt permettre de riches analyses sur la distribution géographique des personnes souffrant de troubles psychiques ayant recours à l'offre de soins hospitalière. Cette exploitation constituerait une première en France, l'absence de remontée nationale de données de morbidité psychiatrique ayant jusqu'à présent empêché toute analyse de ce type. L'exploitation de ces données permettra d'observer la distribution géographique des patients selon les diagnostics, d'observer d'éventuelles spécificités locales et de les mettre en relation avec les éléments de contextes sociologiques et géographiques de l'environnement.

La réalité de l'intégration sociale et spatiale des personnes souffrant de troubles psychiques est elle aussi à approfondir. Des enquêtes à plus grande échelle seraient nécessaires. L'exploitation des enquêtes de l'INSEE « Handicap santé ménages » et « Handicap santé

institutions » qui abordent plusieurs aspects de la participation socio-spatiale des individus pourrait être un moyen d'approfondir ce questionnement.

Enfin, le tableau géographique de la prise en charge de la maladie mentale ne saurait être complet sans que soient évoqués le développement des espaces interstitiels de la ville dans lesquels se logent une part non négligeable de personnes souffrant de troubles psychiques, et le travail des équipes mobiles de psychiatrie et maraudes qui vont à la rencontre de ces individus en souffrance. La prise en charge psychiatrique des sujets sédentarisés dans ces « non-lieux » (Quesemand-Zucca, 1999) réinterroge la géographie des lieux de soins en psychiatrie qui se dématérialisent. « *Disséminés à travers la mégapole, des hommes s'insinuent dans les failles de la ville, trous, détours, dessus de bouche de métro, arrières de palissades, alentours des voies de dégagement : des ombres investissent les terrains « non à bâtir », les terrains non prévus pour l'humain. Où est la limite ? Que nous renvoie cette errance dans la ville moderne de notre propre difficulté à y vivre et que s'est-il passé pour qu'au fur et à mesure que nos villes se bétonnent, se ferment et s'enrichissent, elles se creusent de failles, de trous, de fentes, dans le béton où se loge de l'humain « en surplus » ?* » (Quesemand-Zucca, 1999, p.1). Sylvie Quesemand-Zucca, dans son ouvrage particulièrement intéressant « Je vous salis ma rue : clinique de la désocialisation » (2007), crée le concept d' « asphaltisation » pour décrire l'effacement du monde social de « ces êtres qui se fondent dans les trottoirs comme des sables mouvants ».

Le nombre croissant de personnes en situation précaire et souffrant de troubles psychiques appelle à réinventer des dispositifs de prise en charge pour répondre à ces nouvelles vulnérabilités. Le travail des équipes mobiles, ces services nomades qui se déplacent au « domicile sans-domicile », qui « vont vers » les personnes en souffrance, constitue une de ces réponses, mais pose la question de la légitimité des interventions dans ces espaces publics « privatisés » (voir à ce propos la très récente thèse de sociologie d'Ana Marquès, « Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité » (2010)) et du désamarrage de la psychiatrie de ses quartiers traditionnels (Lovell, 1996). Si la géographie de l'errance et de la précarité commence à être documentée (Declerck, 2003; Zeneidi & Fleuret, 2007; Zeneidi-Henry, 2002), celle des dispositifs en charge de ces populations vulnérables et désaffiliées reste encore à écrire.

Nous espérons avoir contribué par ce travail à éveiller l'intérêt pour une recherche qui demande impérativement à être poursuivie. Nous avons quelque peu défriché le terrain ; à d'autres à présent de le cultiver en pensant à tous ces êtres en souffrance, pour qui, peut-être encore plus que pour nous tous :

« Vivre, c'est passer d'un espace à un autre, en essayant le plus possible de ne pas se cogner. »

(Perec, 2000, p.16)

Glossaire

ACM	Analyse des correspondances multiples
AFC	Analyse factorielle des correspondances
AFDM	Analyse factorielle sur données mixtes
ANRT	Association nationale recherche technologie
ARS	Agence régionale de santé
BPE	Base permanente des équipements
BEP	Brevet d'études professionnelles
CAP	Certificat d'aptitudes professionnelles
CAP	Centre d'accueil permanent
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CHG	Centre hospitalier général
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CIFRE	Convention industrielle de formation par la recherche
CIM 10	Classification internationale des maladies (10 ^e révision)
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CMP	Centre médico-psychologique

DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DOM	Département d'outre mer
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESS	Ecole des hautes études en sciences sociales
EMILIA	<i>Empowerment of Mental Health Services Users through Life Long Learning, Integration and Action</i>
EPS	Etablissement public de santé
EPSM	Etablissement public de santé mentale
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
HAD	Hospitalisation à domicile
HLM	Habitation à loyer modéré
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRIS	Ilot regroupé pour l'information statistique
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
NIMBY	<i>Not in my backyard</i>

NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
RIM-Psy	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
SIREN	Système d'identification du répertoire des entreprises
SIREN	Système d'identification du répertoire des établissements
SMPG	Santé mentale en population générale
SMPR	Service médico-psychologique régional (en milieu pénitentiaire)
UMR	Unité mixte de recherche

Bibliographie

Abas, M.A., Vanderpyl, J., Robinson, E. (2008). Socioeconomic deprivation and extended hospitalization in severe mental disorder: A two-year follow-up study. *Psychiatric Services*, 59(3), 322-325.

Affonso, D.D., Andrews, G.J., Jeffs, L. (2004). The urban geography of SARS: paradoxes and dilemmas in Toronto's health care. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 568-578.

Allam, S., Blyth, S., Fraser, A., Hodgson, S., Howes, J., Repper, J., Newman, A. (2004). Our experience of collaborative research: service users, carers and researchers work together to evaluate an assertive outreach service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 368-373.

Almog, M., Curtis, S., Copeland, A., Congdon, P. (2004). Geographical variation in acute psychiatric admissions within New York City 1990-2000: growing inequalities in service use ? *Social Science Medicine*, 59(2), 361-376.

Amaddeo, F., Jones, J. (2007). What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services ? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale-An International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(1), 16-19.

Amat-Roze, J.-M., Remy, G. (1990). La géographie du sida en Afrique. *Cahiers géos*, 1-37.

Amouros, C., Blanc, A. (2001). Erving Goffman et les institutions totales. Paris: L'Harmattan.

Anatra, B. (1987). [The plague of 1647-1658 in the Western Mediterranean: the Italian side]. *Bol Asoc Demogr Hist*, 5(2), 3-13.

Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science Medicine*, 43 1721-1728.

Angermeyer, M.C., Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How to focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24 469-486.

Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry*, 24(4), 225-232.

Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Corrigan, P.W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 175-182.

Anonymous (1855). The accumulation of chronic lunatics in asylums: questions of further accomodation. *Asylum Journal*, 1.

Araya, R., Dunstan, F., Playle, R., Thomas, H., Palmer, S., Lewis, G. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science Medicine*, 62(12), 3072-3083.

Atkinson, S. (1995). Restructuring health care: Tracking the decentralization debate. *Progress in Human Geography*, 19(4), 486-503.

Aubry, T., Myner, J. (1996). Community integration and quality of life: a comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbors. *Can J Commun Ment Health*, 15(1), 5-20.

Audisio, M. (1980). La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale. *Domaines de la psychiatrie*.

Augoyard, J.-F. (1979). Pas à pas. Essai sur le cheminement quotidien en milieu urbain. Paris: Editions du Seuil.

Authier, J.-Y. (2001). Du domicile à la ville : vivre en quartier ancien. *Anthropos*.

Bachrach, L. (1996). Deinstitutionalization: promises, problems and prospects. In H. Knudsen, G. Thornicroft (Eds.), *Mental health service evaluation* (pp.3-18). Cambridge: Cambridge University Press.

Bailly, A. (1996). La ville, espace vécu. *Penser la ville : théories et modèles* (pp.163-172): Anthropos.

Bailly, A., Béguin, H. (2000). *Introduction à la géographie humaine*. Armand Colin.

Baker, S.R. (1979). Diffusion of High Technology Medical Innovation - Computed-Tomography Scanner Example. *Social Science Medicine Part D-Medical Geography*, 13(3D), 155-162.

Bastos, F.I., Barcellos, C. (1995). The Social Geography of Aids in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 29(1), 52-62.

Bataille, P., Sauvayre, A., Salcedo, H., Ohana, J. (2000). L'ouverture d'un hôpital psychiatrique de proximité à Paris : l'expérience de la clinique Rémy de Gourmont.

Baumann, A., Zaeske, H., Gaebel, W. (2005). Attitude change in the German public after three years of interventions to reduce the stigma attached to schizophrenia: 2001 and 2004. *Schizophrenia Bulletin*, 31(2), 538.

Baumann, A.E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a 'stranger'. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 131-135.

Beaumont, J.R., Sixsmith, A.J. (1984). Elderly severely mentally infirm (ESMI) units in Lancashire: an assessment of resource allocation over space. *London Papers and Regional Science*, 13 (Planning and analysis in health care systems).

Berger, M. (2004). *Les périurbains de Paris. De la ville dense à la métropole éclatée ?* CNRS Éditions.

Bertin, J. (1967). *Sémiologie graphique*. Paris: Gauthiers-Villars.

- Bertin, J. (1977). *La graphique et le traitement graphique de l'information*. Paris: Flammarion.
- Bertrand, M.-J. (1977). *Pratique de la ville*. Masson.
- Bille, M. (1963a). Influence of Distance on Admissions to Mental-Hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 39 226-8.
- Bille, M. (1963b). The Influence of Distance on Admissions to Mental Hospitals; First Admissions. *Acta Psychiatr Scand*, 39 SUPPL169.
- Billiard, I. (2001). Résultats d'appel à propositions de recherches - Santé mentale. *Cahiers de recherche de la MiRe*, 12 24-25.
- Binet, A. (1892). *Les altérations de la personnalité*. Paris: Alcan.
- Blanc, N. (2002). *Revue de livres*. Cybergeog.
- Blidon, M., Fleury, A., Guérin-Pace, F., Humain-Lamoure, A.-L., Rhein, C. (2008). Regards sur les quartiers parisiens : contextes spatiaux, usages politiques et pratiques citadines. (pp.1-234).
- Boeckh, J., Dear, M., Taylor, S.M. (1980). Property-Values and Mental-Health Facilities in Metropolitan Toronto. *Canadian Geographer-Geographe Canadien*, 24(3), 270-285.
- Boisguérin, B. (1990). Les secteurs de psychiatrie générale en 1987. *Informations rapides*, 165 -15.
- Boisguérin, B. (1992). Les secteurs de psychiatrie générale en 1989. *Documents statistiques*, (139), -17.
- Boisguérin, B. (1995). Les secteurs de psychiatrie générale en 1991. *Documents statistiques*, 229 -33.
- Boisguérin, B. (1996). Les secteurs de psychiatrie générale en 1993. *Documents statistiques*, 253 -35.

Boisguérin, B. (1998). Les secteurs de psychiatrie générale en 1995. Documents statistiques, 304 -37.

Bond, G.R., Salyers, M.P., Rollins, A.L., Rapp, C.A., Zipple, A.M. (2004). How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 569-588.

Bonnafé, L. (1977). De la doctrine post-esquirolienne. *Annales médico-psychologiques*, 2(1), 559-570.

Bonnafé, L. (1986). Sources du désaliénisme. *VST*, 166.

Bourjol, M. (1969). Les institutions régionales de 1789 à nos jours. Paris: Berger-Levrault.

Bouyer, J., Hémon, D., Corder, S., Derriennic, I., Stücker, I., Stengel, B., Clavel, J. (1998). *Epidémiologie: principes et méthodes quantitatives*.

Bowen, J.T., Laroe, C. (2006). Airline networks and the international diffusion of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Geographical Journal*, 172 130-144.

Boydell, J., Trainor, J.N., Pierri, A.M. (1989). The effect of group homes for the mentally ill on residential property values. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(9), 957-958.

Braudel, F. (1986). *L'identité de la France*. Paris: Arthaud.

Bretagnolle, A., Giraud, T., Mathian, H. (2008). La mesure de l'urbanisation aux Etats-Unis, des premiers comptoirs coloniaux aux Metropolitan Areas (1790-2000). *Cybergeo, Systèmes, Modélisation, Géostatistiques*.

Brockington, I.F., Hall, P., Levings, J., Murphy, C. (1993). The Community Tolerance of the Mentally-Ill. *British Journal of Psychiatry*, 162 93-99.

Brown, L.A. (1981). *Innovation diffusion: A new perspective*.

Browne, W.A.F. (1837). *What Asylums Were, Are and Ought to Be*. Edinburgh, Scotland..

- Brun, J., Rhein, C. (1994). *La ségrégation dans la ville*. L'Harmattan.
- Bucknill, J.C. (1855). On the employment of seclusion in the treatment of insane. *Asylum Journal*, 1.
- Bueltingsloewen, I.v. (2007). *L'hécatombe des fous : la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris: Aubier.
- Burguière, A., Revel, J. (1989). *Histoire de la France. L'espace français*.
- Burti, L., Benson, P.R. (1996). Psychiatric reform in Italy: Developments since 1978. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(3-4), 373-390.
- Canguilhem, G. (1943). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.
- Carpiano, R.M. (2009). Come take a walk with me: The "Go-Along" interview as a novel method for studying the implications of place for health and well-being. *Health Place*, 15(1), 263-272.
- Carrel, A. (1935). *L'Homme, cet inconnu*.
- Casadebaig, F., Ruffin, D., Quemada, N. (2001). Caractéristiques de la population prise en charge en secteur de psychiatrie générale en 1993 et 1998. Evolution clinique et démographique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 49 513-521.
- Castel, R. (1977). *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*.
- Chaix, B., Leyland, A.H., Sabel, C.E., Chauvin, P., Rastam, L., Kristersson, H., Merlo, J. (2006). Spatial clustering of mental disorders and associated characteristics of the neighbourhood context in Malmo, Sweden, in 2001. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 427-435.
- Chamberlin, J. (2005). User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(1), 10-14.

Chamussy, H., Vigouroux, M. (1997). Pratiques religieuses. In Reclus (Ed.), Atlas de France : Société et culture (pp.114-124).

Chapireau, F. (2007). La statistique publique psychiatrique au XXe siècle. In M. Coldefy (Ed.), La prise en charge de la santé mentale (pp.253-266).: La Documentation Française.

Chapireau, F. (2008). Thirty years later: The Italian psychiatric revolution in retrospect. *Evolution Psychiatrique*, 73(3), 517-528.

Chaplin, R., Peters, S. (2003). Executives have taken over the asylum: the fate of 71 psychiatric hospitals. *Psychiatric Bulletin*, 27 227-229.

Chassaniol, J.-L., Littauer, P., Loison, M. (2003). Sainte-Anne un quartier dans Paris. *Gestions hospitalières*, 423 140-142.

Chauvin, P., Lebas, J. (1998). Précarité et santé.

Chopart, J.-B., Chaudoy, R. (1988). Une logique de pouvoir et de domination. *Vie sociale et Traitement*, 2 24-27.

Christaller, W. (1933). *Die zentralen Orte in Süddeutschland*. Iéna: Université d'Iéna.

Clerval, A. (2008). *La gentrification à Paris intra-muros : dynamiques spatiales, rapports sociaux et politiques publiques.*: Université de Paris I.

Clery-Melin, P., Kovess, V., Pascal, J.-C. (2003). Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. (p.-106).

CNEH (2006). *Plan de santé mentale - Analyse de l'enquête et état des lieux*.

Cohen, C.I., Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner-city. *Schizophrenia Bulletin*, 4(4), 546-560.

Coldefy, M. (2004). *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000*. Document de travail, Série Etudes et recherche.

Coldefy, M. (2007a). La prise en charge de la santé mentale. La documentation française.

Coldefy, M. (2007b). Les secteurs de psychiatrie générale. La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques (pp.23-46).: La Documentation Française.

Coldefy, M., Lepage, J. (2007). Les secteurs de psychiatrie générale en 2003. Document de travail, Série Etudes et recherche.

Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., Mousquès, J. (2009a). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Questions d'économie de la santé IRDES, 142.

Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., Mousquès, J. (2009b). Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. Pratiques et Organisation des soins, 40(3), 197-206.

Colombier, J., Doublet, F. (1785). Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés. Paris: Imprimerie Royale.

Congdon, P., Smith, A., Dean, C. (1998). Assessing psychiatric morbidity from community registers: Methods for Bayesian adjustment. Urban Studies, 35(12), 2323-2352.

Conolly, J. (1854). Third notice of the eighth report of the commissioners in lunacy. Asylum Journal, 1.

Conolly, J. (1859). On residences for insane. Journal of Mental Science, 5.

Conrad, P., Schneider, J. (1980). Deviance and medicalisation: from badness to sickness. Londres: Mosby.

Constans, A., Lunier, L., Dumesnil, E.J.B. (1878). Rapport sur le service des aliénés en 1874.

Constans, A., Lunier, L., Dumesnil, E.J.B. (1901). Historique de l'assistance des aliénés et développement du service dans le département de la Seine. Montévrain: Imprimerie typographique de l'Ecole d'Alembert.

Couty, E. (2009). Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.

Cowan, S. (1999). Understanding public opinion relating to the establishment of community mental health facilities: Implications of a discourse analytic approach. *Journal of Community Applied Social Psychology*, 9(4), 289-307.

CREDES (2003). Territoires et accès aux soins. (p.-38).

Crepet, P. (1990). A Transition Period in Psychiatric-Care in Italy 10 Years After the Reform. *British Journal of Psychiatry*, 156 27-36.

Croze, M. (1988). Tableaux démographiques. La population en France : histoire et géographie.

Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A.V., Macintyre, S. (2007). Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science Medicine*, 65(9), 1825-1838.

Currie, W. (1792). Historical account of the climates and diseases of the United States of America. Philadelphia.

Currie, W. (1811). A view of the diseases most prevalent in the United States of America. Philadelphia.

Curtis, S. (2004). Health and inequality : geographical perspectives. London: Sage publication.

Curtis, S. (2007). Géographie sociale et géographie de la santé. In S. Fleuret, J.-P. Thouez (Eds.), *Géographie de la santé : un panorama* (pp.26-36): Economica.

Curtis, S. (2007). Socio-economic status and geographies of psychiatric inpatient service use. Places, provision, power and wellbeing. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale-An International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(1), 10-15.

Curtis, S., Copeland, A., Fagg, J., Congdon, P., Almog, M., Fitzpatrick, J. (2006). The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care: a comparison of London and New York City. *Health Place*, 12(1), 19-37.

Cutrona, C.E., Russell, D.W., Brown, P.A., Clark, L.A., Hessling, R.M., Gardner, K.A. (2005). Neighborhood context, personality, and stressful life events as predictors of depression among African American women. *J Abnorm. Psychol.*, 114(1), 3-15.

Daudé, E. (2001). Analyse de processus centralisés de diffusion spatiale : le cas des établissements des réseaux de services aux entreprises, *Actes du colloque Théo Quant'01*, 10 p. *Théo Quant'* (pp.1-10).

Daumézon, G. (1977). Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France. *Annales médico-psychologiques*, 2(1), 80-87.

Daumézon, G. (1978). Evolutions thérapeutiques. *Projet*, (125), 551-560.

de Girolamo, G., Mors, O., Rossi, G., Grandi, L., Ardigo', W., Munk-Jorgensen, P. (1988). Admission to general hospital psychiatric wards in Italy. 1. A comparison between two catchment areas with differing provision of outpatient care. *Int J Soc Psychiatry*, 34(4), 248-257.

de Montlibert, C. (1995). *L'impossible autonomie de l'architecte*. Presses universitaires de Strasbourg.

Dean, K.G., James, H.D. (1981). Social-Factors and Admission to Psychiatric-Hospital - Schizophrenia in Plymouth. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 6(1), 39-52.

- Dear, M. (1977a). Locational Factors in Demand for Mental-Health Care. *Economic Geography*, 53(3), 223-240.
- Dear, M. (1977b). Psychiatric-Patients and the Inner-City. *Annals of the Association of American Geographers*, 67(4), 588-594.
- Dear, M. (1978). Planning for mental health care: a reconsideration of public facility theory. *International Regional Science Review*, 3 93-111.
- Dear, M. (1981). Social and spatial reproduction of the mentally ill. In M. Dear, A.J. Scott (Eds.), *Urbanization and urban planning in capitalist society* London: Methuen.
- Dear, M. (1992). Understanding and overcoming the NIMBY syndrome. *Journal of the American Planning Association*, 58(3), 288-300.
- Dear, M. (2000). Asylum and post-asylum geographies after twenty-five years. *Health Place*, 6(3), 257-259.
- Dear, M., Taylor, S. (1982). *Not on our street: community attitudes to mental health care.* Londres: Pion.
- Dear, M., Wittman, I. (1980). Conflict over the location of mental facilities. *Progress in Research and Applications*, 3(Geography and the urban environment), 345-362.
- Dear, M., Wolch, J. (1987). *Landscapes of despair : From Deinstitutionalization to Homelessness.*
- Declerck, P. (2003). *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris.* Paris: Pocket.
- Declerck, P., Duprat, P., Gaslonde, O., Hassin, J., Pichon, J.-P. (1996). *L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF.*
- Defromont, L., Roelandt, J. (2003). Les représentations sociales du "fou", du "malade mental" et du "dépressif". *L'information psychiatrique*, 79 887-894.

Dekker, J., Peen, J., Goris, A., Heijnen, H., Kwakman, H. (1997). Social deprivation and psychiatric admission rates in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 485-492.

Desalvia, D., Barbato, A. (1993). Recent Trends in Mental-Health-Services in Italy - An Analysis of National and Local Data. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38(3), 195-202.

Desrozières, A. (2000). *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique.* Paris: La Découverte.

Deutsch, A. (1937). *The mentally ill in America: a history of their care and treatment from colonial times.* New York: Doubleday Doran.

Di Méo, G. (1999). Géographies tranquilles du quotidien : une analyse de la contribution des sciences sociales et de la géographie à l'étude des pratiques spatiales. *Les Cahiers de Géographie du Québec*, 43(118), 75-93.

Dias, P.R., Nobre, F.F. (2001). Analysis of spatial diffusion patterns for AIDS cases in some Brazilian states. *Cad Saude Publica*, 17 1173-1187.

Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 348-354.

Dodier, N., Rabeharisoa, V. (2006). Les transformations croisées du monde "psy". *Politix*, 73 9-22.

Dolan, L.W. (1987). Reuse of state hospital property, 1970-1985. *Hospital and Community Psychiatry*, 38 408-410.

Donzelot, J., Mével, C., Wyvekens, A. (2003). *Faire société, la politique de la ville aux Etats-Unis et en France.* Paris: Editions du Seuil.

Dortier, J.-F. (2004). *Dictionnaire des sciences humaines.*

Dory, D. (1991). *Eléments de géopsychiatrie*.

Drukker, M., Gunther, N., Van Os, J. (2007). Disentangling associations between poverty at various levels of aggregation and mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale-An International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(1), 3-9.

Drury, P. (1983). Some Spatial-Aspects of Health-Service Developments - the British-Experience. *Progress in Human Geography*, 7(1), 60-77.

Dufau, S. (2006). *Le naufrage de la psychiatrie*.

Dunham, H.W. (1965). *Community and schizophrenia : an epidemiological analysis*. Detroit: Wayne State University.

Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. PUF.

Eaton, W.W., Muntaner, C. (1999). Socioeconomic stratification and mental disorder. In A.V. Horwitz, T.L. Scheid (Eds.), *A Handbook for the study of mental health - Social context, theories and systems* (p.-259): Cambridge University Press.

Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi, Dépression et société*. Paris.

Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris.

Ehrenberg, A., Lovell, A. (2001). *La maladie mentale en mutation*. Paris.

EPS Maison Blanche (2001). *1900-2000 Centenaire de Maison Blanche*.

Escofier, B., Pagès, J. (1998). *Analyses factorielles simples et multiples*. Dunod.

Esquirol, J.-E.-D. (1818). *Des établissements consacrés aux aliénés en France et les moyens de les améliorer*.

Esquirol, J.-E.-D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. (pp.398-538).

Estroff, S. (1998). *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion.* Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

Eyraud, B. (2006). Quelle autonomie pour les "incapables" majeurs ? *Politix*, 73 109-136.

Farge, A., Lae, J.-F., Cingolani, P., Magloire, F. (2004). *Sans visages. L'impossible regard sur le pauvre.* Paris: Bayard.

Fargion, V. (2006). Le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement. *Revue française des affaires sociales*, 2-3 285-311.

Faris, R.E.L., Dunham, H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas.* Chicago: University of Chicago Press.

Fasolo, E., Frisanco, R. (1991). Mental-Health-Care - Recent Developments in Italy. *Social Policy Administration*, 25(3), 218-226.

Faulkner, A. (2008). *Genuine User involvement: what does it look like ?* NCRM Research Methods Festival.

Faulkner, A. (2009). Principles and motives. In J. Wallcraft, B. Schrank, M. Amering (Eds.), *Handbook of service user involvement in Mental Health research* (pp.13-24).: Wiley.

Fleuret, S., Thouez, J.-P. (2007). *Géographie de la santé : un panorama.* Economica.

Floersch, J. (2002). *Meds, Money, and Manners. The Case Management of Mental Illness.* Columbia University Press.

Fone, D., Dunstan, F., Lloyd, K., Williams, G., Watkins, J., Palmer, S. (2007). Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health ? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 338-345.

Fone, D.L., Dunstan, F. (2006). Mental health, places and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health Place*, 12(3), 332-344.

Fone, D.L., Dunstan, F., John, A., Lloyd, K. (2007). Associations between common mental disorders and the Mental Illness Needs Index in community settings - Multilevel analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191 158-163.

Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon.

Foucault, M. (2002). *Maladie mentale et psychologie*. PUF.

Fourquet, F., Murard, L. (1980). *Histoire de la psychiatrie de secteur*.

François, J.-C., Mathian, H., Ribardière, A., Saint-Julien, T. (2003). Les disparités des revenus des ménages franciliens en 1999 : approches intercommunale et infracommunale et évolution des différenciations intercommunales 1990-1999. (pp.1-133).: Direction régionale de l'équipement, Division de l'urbanisme et du schéma directeur.

Furet, F., Ozouf, J. (1977). *Lire et écrire : l'alphabétisation des Français de Calvin   Jules Ferry*.

Gaebel, W., Zaske, H., Baumann, A.E. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 41-45.

Galzigna, M., Terzian, H. (1980). *L'Archivio della Follia*. Marsilio Editori.

Gatrell, A. (2002). *Geographies of health: an introduction*. Blackwell.

Gauchet, M., Swain, G. (1997). *Le vrai Charcot*. Paris: Calmann-Lévy.

George, M.-C., Tourne, Y. (1994). *Le secteur psychiatrique*. PUF.

Gerard, D.L., Houston, L.G. (1953). Family Setting and the Social Ecology of Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 27(1), 90-101.

Gesler, W. (2005). Therapeutic landscapes: An evolving theme. *Health Place*, 11(4), 295-297.

Gesler, W., Kearns, R. (2002). *Culture, Place, Health*. London: Roudledge.

Gesler, W.M. (1992). Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science Medicine*, 34(7), 735-746.

Gesler, W.M. (2009). Therapeutic Landscapes. In K. Rob, T. Nigel (Eds.), *International Encyclopedia of Human Geography* (pp.229-230). Oxford: Elsevier.

Giddens, A. (1985). Time, space and regionalisation. In D. Gregory, J. Urry (Eds.), *Social relations and spatial structures* Londres: Macmillan.

Giggs, J.A. (1973). Distribution of Schizophrenics in Nottingham. *Transactions of the Institute of British Geographers*, (59), 55-76.

Giggs, J.A. (1986). Mental-Disorders and Ecological Structure in Nottingham. *Social Science Medicine*, 23(10), 945-961.

Giggs, J.A. (1990). The changing provision and location of services for mentally ill and mentally handicapped in Nottingham: 1945-1990. *Revue belge de géographie*, 114(4), 237-245.

Giggs, J.A., Cooper, J.E. (1987). Ecological Structure and the Distribution of Schizophrenia and Affective Psychoses in Nottingham. *British Journal of Psychiatry*, 151 627-633.

Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Editions de Minuit.

Goldstein, J. (1997). *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française. Les Empêcheurs de penser en rond*.

Goodwin, S. (1989). Community care for the mentally ill in England and Wales: myths, assumptions and reality. *Journal of Social Policy*, 18(1), 27-52.

Gould, P. (1993). *The slow plague : A geography of the AIDS pandemic*. Cambridge.

Guérin-Pace, F. (1990). La dynamique d'un système de peuplement : évolution de la population des villes françaises de 1831 à 1982. (pp.1-235).: Université de Paris VII.

Guérin-Pace, F., Filippova, E. (2008). *Ces lieux qui nous habitent*. Editions de l'Aube.

Guérois, M., Paulus, F. (2002). *Commune centre, agglomération, aire urbaine : quelle pertinence pour l'étude des villes ?* *Cybergeo*, (212).

Guerois, M., Paulus, F. (2002). *Commune centre, agglomération, aire urbaine : quelle pertinence pour l'étude des villes ?* *Cybergeo, Espace, Société, Territoire*, 212.

Guilmin, A., Parayre, C., Boisguérin, B. (2000). *Bilan de la sectorisation psychiatrique*. Document de travail, Collection Statistiques, 2 -66.

Habermas, J. (1990). *Connaissance et intérêt*. Gallimard.

Hacking, I. (2001). *Entre science et réalité : La construction sociale de quoi ?* Paris: La Découverte.

Hägerstrand, T. (1953). *Innovation diffusion as a spatial process*. Chicago.

Hall, E. (2004). *Social geographies of learning disability: narratives of exclusion and inclusion*. *Area*, 36(3), 298-306.

Hall, E. (2005). *The entangled geographies of social exclusion/inclusion for people with learning disabilities*. *Health Place*, 11(2), 107-115.

Hall, E. (2010). *Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 48-57.

Hall, G.B., Joseph, A.E. (1988). *Group Home Location and Host Neighborhood Attributes - An Ecological Analysis*. *Professional Geographer*, 40(3), 297-306.

Hall, P., Brockington, I., Eisemann, M., Perris, C., Madianos, M., Maj, M. (1991). *Difficult to Place Psychiatric-Patients*. *British Medical Journal*, 302(6785), 1150.

Hall, P., Brockington, I.F., Levings, J., Murphy, C. (1993). *A Comparison of Responses to the Mentally-Ill in 2 Communities*. *British Journal of Psychiatry*, 162 99-108.

Hanley, B., Bradburn, J., Barnes, M., Evans, C., Goodare, H., Kelson, M., Kent, A., Oliver, S., Thomas, S., Wallcraft, J. (2003). Involving the public in NHS, public health and social care research: briefing notes for researchers. INVOLVE.

Haworth, A. (1980). The Distance Factor in the Use of Psychiatric Facilities. *Medical Journal of Zambia*, 15(1), 6-9.

Henckès, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française*. (p.-820): EHESS.

Henckès, N. (2009). Narratives of change and reform processes: Global and local transactions in French psychiatric hospital reform after the Second World War. *Social Science Medicine*, 68(3), 511-518.

Henderson, C., Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet*, 373(9679), 1928-1930.

Henderson, S., Duncan-Jones, P., McAuley, H., Ritchie, K. (1978). The patient's primary group. *British Journal of Psychiatry*, 132 74-86.

Henry, N.F. (1978). Diffusion of Abortion Facilities in Northeastern United-States, 1970-1976. *Social Science Medicine Part D-Medical Geography*, 12(1D), 7-15.

Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris: Le Seuil.

Hochmann, J. (2006). *Histoire de la psychiatrie*. PUF.

Hodge, D., Gatrell, A. (1976). Spatial constraint and the location of urban public facilities. *Environment and Planning A*, 8 215-230.

Holmeseber, P., Riger, S. (1990). Hospitalization and the Composition of Mental-Patients Social Networks. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 157-164.

Hôpital Maison Blanche (2006). *La lettre*.

Howard, J. (1780). *The state of the prisons in England and Wales, with preliminary observations, and an account of some foreign prisons and hospitals*.

Hoyez, A.C. (2007). The 'world of yoga': The production and reproduction of therapeutic landscapes. *Social Science Medicine*, 65(1), 112-124.

Hunter, J.M., Shannon, G.W. (1984). Exercises on Distance Decay Using Mental-Health Historical Data. *Journal of Geography*, 83(6), 277-285.

Hunter, J.M., Shannon, G.W. (1985). Jarvis Revisited - Distance Decay in Service Areas of Mid-19Th Century Asylums. *Professional Geographer*, 37(3), 296-302.

Hunter, J.M., Young, J.C. (1971). Diffusion of Influenza in England and Wales. *Annals of the Association of American Geographers*, 61(4), 637-653.

Hunter, J.M., Shannon, G.W., Sambrook, S.L. (1986). Rings of madness: Service areas of 19th century asylums in North America. *Social Science Medicine*, 23(10), 1033-1050.

Imbert, J. (1982). *Histoire des hôpitaux en France*. Privat.

Ingram, D. (1971). The concept of accessibility: search of an operational form. *Regional Studies*, 5 73-76.

Jarvis, E. (1850). The influence of distance from and proximity to an insane hospital, on its use by any people. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 42 333-364.

Jessua, C., Labrousse, C., Vitry, D., Gaumont, D. (2001). *Dictionnaire des sciences économiques*. Presses universitaires de France.

Johnson, S., Thornicroft, G. (1993). The sectorisation of psychiatric services in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28 45-47.

Jones, J. (1999). *Community-based mental health care in Britain and Italy: geographical perspectives*. Unpublished Ph.D. thesis: University of Sheffield, Department of Geography.

Jones, J. (2000). Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950: a cross-national comparative study. *Health Place*, 6(3), 171-187.

Jones, K., Moon, G. (1987). *Health, disease and society : an introduction to medical geography*. London and New-York: Routledge.

Joseph, A.E. (1979). Referral System As A Modifier of Distance Decay Effects in the Utilization of Mental-Health Care Services. *Canadian Geographer-Geographe Canadien*, 23(2), 159-169.

Joseph, A.E., Boeckh, J.L. (1981). Locational Variation in Mental-Health-Care Utilization Dependent Upon Diagnosis - A Canadian Example. *Social Science Medicine Part D-Medical Geography*, 15(3D), 395-404.

Joseph, A.E., Kearns, R.A. (1996). Deinstitutionalization meets restructuring: the closure of a psychiatric hospital in New Zealand. *Health Place*, 2(3), 179-189.

Joseph, A.E., Kearns, R.A., Moon, G. (2009). Recycling former psychiatric hospitals in New Zealand: Echoes of deinstitutionalisation and restructuring. *Health Place*, 15(1), 79-87.

Joseph, I. (1996). *La folie dans la place*.

Kearns, R. (1996). AIDS and medical geography: embracing the Other? *Progress in Human Geography*, 20 123-131.

Kearns, R., Moon, G. (2002). From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. *Progress in Human Geography*, 26 605-625.

Kearns, R.A., Joseph, A.E. (2000). Contracting opportunities: interpreting post-asylum geographies of mental health care in Auckland, New Zealand. *Health Place*, 6(3), 159-169.

Kirkbride, T.S. (1854). *On the construction, organization and general arrangements of hospitals for the insane*. Philadelphia: Lindsay Blakiston.

Kovess, V., Mangin-Lazarus (1996). *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*.

Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: the go-along interview as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.

- Labasse, J. (1980). *L'hôpital et la ville, Géographie hospitalière*. Paris: Hermann.
- Lafont, M. (1987). *L'extermination douce*.
- Lamarche-Vadel, G., Préli, G. (1978). *L'Asile*. Paris.
- Lane, D., Pumain, D., van der Leeuw, S., West, G. (2009). *Complexity perspectives on innovation and social change*. Springer.
- Lantéri-Laura, G. (2001). *Eléments pour une histoire de la psychiatrie*.
- Laplaigne, D. (1989). *Sans famille à Paris, orphelins et enfants abandonnés de la Seine au XIXe siècle*. Paris: Centurion.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., Rossler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(3), 265-274.
- Le Bras, H., Lefebvre, M. (1983). Une population en voie d'extinction : le clergé français. *Population*, 38(2), 396-403.
- Le Fur, P., Lorand, S., Lucas-Gabrielli, V., Mousquès, J. (2007). La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. In M. Coldefy (Ed.), *La prise en charge de la santé mentale* (pp.173-181). Paris: La Documentation française.
- Lebart, L., Morineau, A., Piron, M. (1998). *Statistique exploratoire multidimensionnelle*.
- Lemey, P., Suchard, M., Rambaut, A. (2009). Reconstructing the initial global spread of a human influenza pandemic: a Bayesian spatial-temporal model for the global spread of H1N1pdm. *PLoS Curr Influenza*, RRN1031.
- Livre Blanc de la Psychiatrie Française (1967). Privat.
- Longin, Y. (1999). Petite histoire des hôpitaux psychiatriques français. *L'Evolution psychiatrique*, 64(3), 611-615.

- Lopez, A. (2001). Les séparations territoriales au sein de l'organisation de l'offre de soins : la sectorisation sanitaire. In DATAR (Ed.), (p.-22).
- Lösch, A. (1954). *The Economics of Location*. Yale: Yale University Press.
- Lovell, A. (1996). Mobilité des cadres et psychiatrie "hors les murs". In I. Joseph, J. Proust (Eds.), *La folie dans la place* (pp.55-81).
- Lovell, A. (2003). Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale : rapport final. In Institut National de Veille Sanitaire (Ed.), (p.-104).
- Lovell, A. (2004). L'impact des facteurs socio-économiques. In *La Documentation française* (Ed.), *Santé mentale et société* (pp.44-46).
- Lovell, A. (2005). Violence et santé mentale : travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.
- Lovell, A., Ehrenberg, A. (2001). *La maladie mentale en mutation*.
- Lucas, V., Tonnelier, F. (1995). Distance d'accès aux soins en 1990. In IRDES (Ed.), (pp.1-72).
- Lynch, K. (1999). *L'image de la cité*. Paris: Dunod.
- Mamelet, M.-R. (1977). Naissance administrative du secteur en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, 2(1), 77-80.
- Mamelet, M.-R. (1978). La politique de secteur. *Projet*, 125(Spécial Pratiques psychiatriques), 588-598.
- Mangen, S.P. (1985). *Mental health care in the European community*. Croom Helm.
- Marquès, A. (2010). *Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité.*: Thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

Massé, G. (1992). Une psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale.

Mayer, J.D. (1996). The political ecology of disease as one new focus for medical geography. *Progress in Human Geography*, 20(4), 441-456.

Mayhew, L. (1986). *Urban hospital location*. Londres: Allen et unwin.

McCormick, B.P., Funderburk, J.A., Lee, Y., Hale-Fought, M. (2005). Activity characteristics and emotional experience: Predicting boredom and anxiety in the daily life of community mental health clients. *Journal of Leisure Research*, 37(2), 236-253.

McKenzie, K., Harpham, T. (2008). *Social Capital and Mental Health*.

Meade, M.S., Earickson, R.J. (2000). *Medical geography*.

Meng, B., Wang, J., Liu, J., Wu, J., Zhong, E. (2005). Understanding the spatial diffusion process of severe acute respiratory syndrome in Beijing. *Public Health*, 119(12), 1080-1087.

Merenne-Schoumaker, B. (1996). *La localisation des services*.

Merler, S., Ajelli, M. (2010). The role of population heterogeneity and human mobility in the spread of pandemic influenza. *Proceedings of the Royal Society B-Biological Sciences*, 277(1681), 557-565.

Meyers, C. (2005). *Les lieux de la folie - D'hier à demain dans l'espace européen*. Erès.

Mignot, H. (1960). Réflexions sur des principes d'organisation de la lutte contre les maladies sociales, n°4, avril 1960. *L'information psychiatrique*, 4.

Milligan, C. (1996). Service Dependent Ghetto formation--a transferable concept ? *Health Place*, 2(4), 199-211.

Milon, A. (2009). *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*.: Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé.

Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (1977). Santé et sécurité sociale : Tableaux, Edition 1975-1976. La Documentation française.

Ministère de la Santé Publique (1958). Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale (1956). Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, 13(4).

Ministère de la Santé Publique (1959). Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale (1957). Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, 14(5).

Ministère de la Santé Publique (1960). Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale (1958). Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, 15(3).

Ministère de la Santé Publique (1961). Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale (1959). Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, 16(4).

Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale (1971). Santé et sécurité sociale : Tableaux, Edition 1970-1971.

Ministère de l'intérieur et des cultes (1881). Loi de 1838 - Discussions des députés et des pairs. Paris.

Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale (1984). Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1982-1983. La Documentation française.

Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (2005). Dynamisation des actifs immobiliers des établissements hospitaliers. (p.-69).

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (2000). Maison Blanche : une restructuration en devenir. Pluriels, (24), 1-17.

Montaigne, M.E.d. (1588). Les Essais.

Moon, G. (1988). "Is there one round here ?" - investigating reaction to small-scale mental health hostel provision in Portsmouth, England. In C.J. Smith, J.A. Giggs (Eds.), Location and stigma (pp.203-223). Boston: Unwin Hyman.

Moon, G., Kearns, R.A. (2007). A la recherche d'une nouvelle géographie de la santé. In S. Fleuret, J.-P. Thouez (Eds.), *Géographie de la santé : un panorama* (pp.11-25).

Moon, G., Kearns, R., Joseph, A. (2006). Selling the private asylum: therapeutic landscapes and the (re)valorization of confinement in the era of community care. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 31(2), 131-149.

Mordelet, P. (1997). Restructuration hospitalière et transformation d'un hôpital psychiatrique : l'exemple de Maison-Blanche. *Gestions hospitalières*, 370 719-723.

Morin, P. (1993). Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de populations marginalisées.: Université de Québec à Montréal.

Morrill, R.L., Kelley, M.B. (1970). Simulation of Hospital Use and Estimation of Location Efficiency. *Geographical Analysis*, 2(3), 282-300.

Moser, G., Weiss, K. (2003). *Espaces de vies. Aspects de la relation homme-environnement*. Paris: A/ Colin.

Mundy, J. (1861). Five cardinal questions on administrative psychiatry. *Journal of Medical Science*, 7 343-370.

Muntaner, C., Eaton, W.W., Miech, R., O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26 53-62.

Myerson, A. (1940). Review of "Mental disorders in urban areas. *American Journal of Psychiatry*, 96 945-997.

Nykiforuk, C.I.J., Eyles, J., Campbell, H.S. (2008). Smoke-free spaces over time: a policy diffusion study of bylaw development in Alberta and Ontario, Canada. *Health Social Care in the Community*, 16(1), 64-74.

O'Campo, P., Salmon, C., Burke, J. (2009). Neighbourhoods and mental well-being: What are the pathways ? *Health Place*, 15(1), 56-68.

Odier, B., Escaffre, J.-P. (2004). L'asphyxie programmée de la psychiatrie publique. *Le passant ordinaire*, 49.

O'Reilly, D., Rosato, M., Connolly, S., Cardwell, C. (2008). Area factors and suicide: 5-year follow-up of the Northern Ireland population. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 106-111.

Ozouf-Marignier, M.-V. (1986). Politique et géographie lors de la création des départements français (1789-1790). *Hérodote*, 40 140-150.

Pagès, J. (2004). Analyse factorielle de données mixtes. *Revue de Statistique Appliquée*, 52(4), 93-111.

Palagianò, C., Arena, G. (1987). The state of psychiatric care in Italy after the coming into force of law 180 (May 13th, 1978). *Geogr Med*, 17 129-150.

Parr, H. (2000). Interpreting the ['hidden social geographies'] of mental health: ethnographies of inclusion and exclusion in semi-institutional places. *Health Place*, 6(3), 225-237.

Parr, H. (2008). *Mental health and social space*. Blackwell publishing.

Pattison, M., Defrancisco, D., Wood, P., Frazier, H., Crowder, J. (1975). A psychosocial kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132(12), 1246-1250.

Pederson, P.O. (1970). Innovation diffusion within and between national urban systems. *Geographical Analysis*, 1 2203-2254.

Pelicier, Y. (1976). *Histoire de la psychiatrie*. PUF.

Penfold, R.B., Kelleher, K.J. (2007). Use of surveillance data in developing geographic dissemination strategies: A study of the diffusion of olanzapine to Michigan children insured by Medicaid. *Clinical Therapeutics*, 29(2), 359-370.

Perec, G. (2000). *Espèces d'espaces*.

Philo, C. (1987). Fit Localities for An Asylum - the Historical Geography of the 19Th-Century Mad-Business in England As Viewed Through the Pages of the Asylum-Journal. *Journal of Historical Geography*, 13(4), 398-415.

Philo, C. (1996). Staying in ? Invited comments on 'Coming out: exposing social theory in medical geography'. *Health Place*, 2(1), 35-40.

Philo, C. (1997). Across the water: reviewing geographical studies of asylums and other mental health facilities. *Health Place*, 3(2), 73-89.

Philo, C. (2000). Post-asylum geographies: an introduction. *Health Place*, 6(3), 135-136.

Philo, C. (2004). *A Geographical History of Institutional Provison for the Insane from Medieval Times to the 1860s in England and Wales: The Space Reserved for Insanity*. Lewiston and Queenston, USA, and Lampeter, Wales, UK: Edwin Mellen Press.

Philo, C. (2005). The geography of mental health: an established field ? *Current Opinion in Psychiatry*, 18 585-591.

Philo, C., Parr, H., Burns, N. (2005). "An oasis for us": 'in-between' spaces of training for people with mental health problems in the Scottish Highlands. *Geoforum*, 36(6), 778-791.

Pidolle, A. (1995). Quelques spécificités de la psychiatrie en milieu rural. (p.-53).

Piel, E., Roelandt, J.-L. (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale. (p.-86).

Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251-267.

Pierson, P. (2004). *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton University Press.

Pinel, P. (1800). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*.

Pinfold, V. (2000). 'Building up safe havens...all around the world': users' experiences of living in the community with mental health problems. *Health Place*, 6(3), 201-212.

- Propper, C., Jones, K., Bolster, A., Burgess, S., Johnston, R., Sarker, R. (2005). Local neighbourhood and mental health: Evidence from the UK. *Social Science Medicine*, 61(10), 2065-2083.
- Prue, D.M., Keane, T.M., Cornell, J.E., Foy, D.W. (1979). Analysis of Distance Variables That Affect Aftercare Attendance. *Community Mental Health Journal*, 15(2), 149-154.
- Pumain, D. (1992). Les systèmes de villes. In A. Bailly, R. Ferras (Eds.), *Encyclopédie de géographie* (pp.645-664). Paris: Economica.
- Pumain, D. (2006). *Hierarchy in natural and social sciences*. Dordrecht: Springer.
- Pumain, D., Riandey, B. (1986). Le fichier de l'Ined : "urbanisation de la France". *Espace Population Sociétés*, (11), 269-278.
- Pumain, D., Saint Julien, T. (2001). *Les interactions spatiales : flux et changements dans l'espace géographique*. Paris.
- Pumain, D., Saint-Julien, T. (1997). *L'analyse spatiale - Tome 1 - Localisations dans l'espace*. Armand Colin.
- Pumain, D., Saint Julien, T., Ferras, R. (1990). *France, Europe du sud*. Montpellier: Reclus.
- Pyle, G.F. (1983). Three decades of medical geography in the United States. In N.D. Mcglashan, J.R. Blunden (Eds.), *Geographical aspects of health: Essays in honor of Andrew Learmonth* (pp.81-101). London: Academic Press.
- Quesemand-Zucca, S. (1999). Leçons de géographie. *Psychologie clinique*, 7 1-4.
- Quesemand-Zucca, S. (2007). Je vous salis ma rue, clinique de la désocialisation.
- Quétel, C. (2009). Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours.
- Ramadier, T. (2002). Rapport au quartier, représentation de l'espace et mobilité quotidienne. *Espace et Société*, 108-109 111-131.

Ramadier, T. (2003). Les représentations cognitives de l'espace : modèles, méthodes et utilité. In G. Moser, K. Weiss (Eds.), *Espaces de vie : aspects de la relation homme-environnement* (pp.177-200). Paris: A. Colin.

Ramadier, T., Bronner, A.-C. (2006). Knowledge of the environment and spatial cognition: JRS as a technique for improving comparisons between social groups. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 33(2), 285-299.

Ramadier, T., Lee-Gosselin, M., Frenette, A. (2005). Conceptual perspective for explaining spatio-temporal behaviour in urban areas. In M.E.H. Lee-Gosselin, S.T. Dohery (Eds.), *Integrated land-use and transportation models: behavioural foundations* (pp.87-100). Oxford: Elsevier.

Ramadier, T., Petropoulou, C., Haniotou, H., Bronner, A.-C., Enaux, C. (2008). Mobilité quotidienne et morphologie urbaine : les constantes paysagères des lieux fréquentés et représentés comme indicateurs des valeurs environnementales. In M. Thériault, F. Desrosiers (Eds.), *Information Géographique et Dynamiques Urbaines 1. Analyse et simulation de la mobilité des personnes* (pp.167-196).: Edition Lavoisier-Hermès Science.

Ramon, S. (2000). Participative mental health research: users and professional researchers working together. *Mental health care*, 3(7), 224-227.

Repper, J., Brooker, C. (1996). Public attitudes towards mental health facilities in the community. *Health Social Care in the Community*, 4(5), 290-299.

Revelle, C.S., Swain, R.W. (1970). Central Facilities Location. *Geographical Analysis*, 2(1), 30-42.

Rhein, C. (2000). Structures sociales en Île-de-France. *Données urbaines*, 3.

Rhenter, P. (2004). De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale (1985-2003).: Doctorat de Science Politique, Université Lumière Lyon 2.

Rhodes, L.A. (1991). Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit. University of California Press.

Ribardière, A. (2005). *Précarité sociale : quand les mailles s'en mêlent - Etude des découpages territoriaux de l'action sociale départementale et de la politique de la Ville en Ile-de-France.* (pp.1-467).: Université Paris I Panthéon-Sorbonne.

Richmond, C., Elliott, S., Matthews, R., Elliott, B. (2005). The political ecology of health: perceptions of environment, economy, health and well-being among 'Namgis First Nation. *Health Place*, 11(4), 349-365.

Roelandt, J., Caria, A., Anguis, M. (2001). *La santé mentale en population générale : images et réalités.*

Roelandt, J., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A. (2010). Représentations sociales du "fou", du "malade mental" et du "dépressif" en population générale en France.

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations.* New York: Free Press.

Rose, D. (2001). *Users' Voices: the Perspectives of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care.* London: Sainsbury Centre for Mental health.

Rose, D., Lucas, J. (2007). The user and survivor movement in Europe. In M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft (Eds.), *Mental health policy and practice across Europe* (pp.336-355).

Roze, T. (2004). L'établissement de soins psychiatriques Maison-Blanche, rue d'Hauteville à Paris 10e. *Architecture et psychiatrie* (pp.172-178).

Sabatini, W. (1987). Data on the Diffusion of the American Plague in the Province of Torino Italy. *Apicoltore Moderno*, 78(1), 39-41.

Saint Julien, T. (1985). *La diffusion spatiale des innovations.* Montpellier: GIP Reclus.

Salem, G. (1998). *La santé dans la cille.* Karthala: ORSTOM.

Sans, P. (1998). *Le Placement familial : ses secrets et ses paradoxes.*

Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada.* (p.-109).

- Saporta, G. (1990). Probabilités, analyse de données et statistiques. Editions Dunod.
- Sartorius, N. (2002). One of the last obstacles to better mental health care: The stigma of mental illness. *Neuropsychiatrie*, 16(1-2), 5-10.
- Sartorius, N. (2007). Stigmatized illnesses and health care. *Croatian Medical Journal*, 48(3), 396-397.
- Schmitt, B., Niel, X. (1999). La diffusion des services sanitaires et sociaux depuis 1980. *Etudes et Résultats, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, (32).
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Schumpeter, J. (1912). *Théorie de l'évolution économique*. Gallimard.
- Schumpeter, J. (1939). *Le cycle des affaires*.
- Shannon, G.W. (1994). The Slow Plague - A Geography of the Aids Pandemic - Gould, P. *Annals of the Association of American Geographers*, 84(4), 760-761.
- Shannon, G.W., Dever, G.E.A. (1974). *Health care delivery: spatial perspectives*. New York: Mc Graw-Hill.
- Shannon, G.W., Willoughby, J. (2004). Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in Asia: A medical geographic perspective. *Eurasian Geography and Economics*, 45(5), 359-381.
- Shannon, G.W., Bashshur, R.L., Metzner, C.A. (1969). The Concept of Distance as a Factor in Accessibility and Utilization of Health Care. *Medical Care Review*, 26 143-161.
- Shannon, G.W., Bashshur, R.L., Metzner, C.A. (1971). Spatial Diffusion of An Innovative Health Care Plan. *Journal of Health and Social Behavior*, 12(3), 216-226.
- Sicot, F. (2001). *Maladie mentale et pauvreté*. L'Harmattan.

Simon, H. (1929). Aktiverer Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.

Simpson, E.L., House, A.O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *British Medical Journal*, 325 1265-1270.

Sixsmith, A.J. (1988). Locating mental health facilities: a case study. In C.J. Smith, J.A. Giggs (Eds.), *Location and Stigma: contemporary perspectives on mental health and mental health care* (pp.175-202). Londres: Unwin Hyman.

Slupczynska, E. (1975). [Effect of distance between a hospital and the patient's home on the frequency of admissions to psychiatric hospitals]. *Psychiatr Pol*, 9(3), 255-263.

Smallman-Raynor, M., Cliff, A.D. (2008). The geographical spread of avian influenza a (H5N1): Panzootic transmission (December 2003-May 2006), pandemic potential, and implications. *Annals of the Association of American Geographers*, 98(3), 553-582.

Smallman-Raynor, M., Johnson, N., Cliff, A.D. (2002). The spatial anatomy of an epidemic: influenza in London and the county boroughs of England and Wales, 1918-1919. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 27(4), 452-470.

Smith, C.A., Wright, D., Day, S. (2007). Distancing the mad: Jarvis's Law and the spatial distribution of admissions to the Hamilton Lunatic Asylum in Canada, 1876-1902. *Social Science Medicine*, 64(11), 2362-2377.

Smith, C.J. (1976). Distance and Location of Community Mental-Health Facilities - Divergent Viewpoint. *Economic Geography*, 52(2), 181-191.

Smith, C.J. (1977). The geography of mental health. *Association of American Geographers*, Resource paper, 76(4).

Smith, C.J., Hanham, R.Q. (1981). Proximity and the formation of public attitudes towards mental illness. *Environment and Planning A*, 13 147-165.

Snow, J. (1854). On the mode of communication of cholera. London.

Sorre, M. (1943). Les fondements de la géographie humaine, Tome 1 : Les fondements biologiques". Armand Colin.

Souris, M., Gonzalez, J.-P., Shanmugasundaram, J., Corvest, V., Kittayapong, P. (2010). Retrospective space-time analysis of H5N1 Avian Influenza emergence in Thailand. *International Journal of Health Geographics*, 9(3), 1-40.

Stafford, M., De Silva, M., Stansfeld, S., Marmot, M. (2008). Neighbourhood social capital and common mental disorder: Testing the link in a general population sample. *Health Place*, 14(3), 394-405.

Staszak, J.-F., Collignon, B., Chivallon, C., Debarbieux, B., Généau de Lamarlière, I., Hancock, C. (2001). *Géographies anglo-saxonnes*. Paris.

Statistique de la France (1865). *Statistique des asiles d'aliénés pour les années 1854 à 1860*. Strasbourg: Imprimerie administrative de Veuve Berger-Levrault.

Sundquist, K., Ahlen, H. (2006). Neighbourhood income and mental health: A multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health Place*, 12(4), 594-602.

Surault, P. (2005). Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation discrimination. *L'information psychiatrique*, 81 313-324.

Tansella, M., Bisoffi, G., Thornicroft, G. (1993). Are Social Deprivation and Psychiatric-Service Utilization Associated in Neurotic Disorders - A Case Register Study in South Verona. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(5), 225-230.

Taylor, S.M., Dear, M.J., Hall, G.B. (1979). Attitudes Toward the Mentally-Ill and Reactions to Mental-Health Facilities. *Social Science Medicine Part D-Medical Geography*, 13(4D), 281-290.

Teitz, M. (1968). Towards a Theory of Urban Public Facility Location. *Papers of the Regional Science Association*, 13 35-51.

- Terrenoire, J.-P. (2003). Cartographie et analyse écologique quantitative de la pratique religieuse rurale et urbaine en France. *Sociétés contemporaines*, 49-50 63-84.
- Thornicroft, G. (1991). Social Deprivation and Rates of Treated Mental Disorder - Developing Statistical-Models to Predict Psychiatric-Service Utilization. *British Journal of Psychiatry*, 158 475-484.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: OUP.
- Thornicroft, G., Rose, D. (2005). Health services research: is there anything to learn from mental health ? *J Health Serv Res Policy*, 10(1), 1-2.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale-An International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(1), 1-3.
- Thurnam, J. (1853). Statistics of land attached to the county asylums of England. *Asylum Journal*, 1.
- Tolsdorf, C.C. (1976). Social Networks, Support, and Coping - Exploratory-Study. *Family Process*, 15(4), 407-417.
- Townley, G., Kloos, B., Wright, P.A. (2009). Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health Place*, 15(2), 520-531.
- Tringo, J.L. (1970). The hierarchy of preference toward disability groups. *Journal of Special Education*, 4(3), 293-306.
- Trivedi, P., Wykes, T. (2002). From passive subjects to equal partners - Qualitative review of user involvement in research. *British Journal of Psychiatry*, 181 468-472.

Truong, K.D., Ma, S. (2006). A systematic review of relations between neighborhoods and mental health. *J Ment Health Policy Econ*, 9(3), 137-154.

Tuckel, P., Sessler, S., Maisel, R., Leykam, A. (2006). The diffusion of the influenza pandemic of 1918 in Hartford, Connecticut. *Social Science History*, 30(2), 167-196.

Tuke, S. (1813). *Description of the Retreat*.

Turner, R., Wagenfield, M. (1967). Occupational mobility and schizophrenia - an assessment of the social causation and selection hypothesis. *American sociological review*, 32 104-113.

Velpry, L. (2006). L'expérience sociale de la maladie mentale : être un patient à long terme en psychiatrie de secteur. (pp.1-520).: Université Paris 5 René Descartes.

Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie*.

Vermelen, Philippe (2003). Dix ans après le rapport Massé, La psychiatrie à l'hôpital général : mérites et limites. *Revue Hospitalière de France*, 490 13-17.

Vexliard, A. (1957). *Le clochard. Etude de la psychologie sociale*. Paris: Desclée de Brouwer.

Vidon, G. (2008). Vers la fermeture des hôpitaux psychiatriques ? *Gestions hospitalières*, 537-541.

Volle, M. (1997). *Analyse des données*.

Wacquant, J.L.D. (1999). *Les prisons de la misère*. Editions Raisons d'agir.

Wallace, R., Wallace, D. (1995). U.S. apartheid and the spread of AIDS to the suburbs: a multi-city analysis of the political economy and spatial epidemic threshold. *Social Science Medicine*, 41 333-

Wang, J.F., Christakos, G., Han, W.G., Meng, B. (2008). Data-driven exploration of 'spatial pattern-time process-driving forces' associations of SARS epidemic in Beijing, China. *Journal of Public Health*, 30(3), 234-244.

Webster, N. (1799). *A brief history of epidemic and pestilential diseases*. Hartford.

Weich, S., Twigg, L., Lewis, G., Jones, K. (2005). Geographical variation in rates of common mental disorders in Britain: prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 187 29-34.

Wenocur, S., Belcher, J. (1990). Strategies for overcoming barriers to community based housing for the chronically mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 26(4), 330-341.

White, A.N. (1979). Accessibility and Public Facility Location. *Economic Geography*, 55(1), 18-35.

Williams, A. (2002). Changing geographies of care: employing the concept of therapeutic landscapes as a framework in examining home space. *Social Science Medicine*, 55(1), 141-154.

Williams, A.M. (1999). *Therapeutic landscapes: the dynamic between place and wellness*. New-York: University Press of America.

Williams, A.M. (2000). The diffusion of alternative health care: a Canadian case study of chiropractic and naturopathic practices. *Canadian Geographer-Geographe Canadien*, 44(2), 152-166.

Wolch, J. (1980). Residential location of the service-dependent poor. *Annals of the Association of American Geographers*, 70(3), 330-341.

Wolch, J., Philo, C. (2000). From distributions of deviance to definitions of difference: past and future mental health geographies. *Health Place*, 6(3), 137-157.

Wolfensberger, W., Tullman, S. (1982). A Brief Outline of the Principle of Normalization. *Rehabilitation Psychology*, 27(3), 131-145.

Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff, A. (1996a). Public education for community care - A new approach. *British Journal of Psychiatry*, 168(4), 441-447.

Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff, J. (1996b). Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 183-190.

Wolpert, J. (1975). Opening closed spaces. *Annals of the Association of American Geographers*, 66 1-13.

Wolpert, J., Wolpert, E.R. (1976). Relocation of Released Mental-Hospital Patients Into Residential Communities. *Policy Sciences*, 7(1), 31-51.

Wolpert, J., Dear, M., Crawford, R. (1975). Satellite Mental Health Facilities. *Annals of the Association of American Geographers*, 65(1), 24-35.

Wolpert, J., Dear, M., Crawford, R. (1975). Satellite Mental Health Facilities. *Annals of the Association of American Geographers*, 65(1), 24-35.

Wong, Y.L.I., Solomon, P. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: conceptual model and methodological issues. *Mental Health Services Research*, 4 13-28.

Wood, E., Chan, K., Montaner, J.S.G., Schechter, M.T., Tyndall, M., O'Shaughnessy, M.V., Hogg, R.S. (2000). The end of the line: has rapid transit contributed to the spatial diffusion of HIV in one of Canada's largest metropolitan areas? *Social Science Medicine*, 51(5), 741-748.

Zeneidi, D., Fleuret, S. (2007). Sans-abris et santé. In S. Fleuret, J.-P. Thouez (Eds.), *Géographie de la santé : un panorama* (pp.45-58).: Economica.

Zeneidi-Henry, D. (2002). Les SDF et la ville, géographie du savoir-survivre. Bréal.

Annexes

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Alain Pidolle, psychiatre

Ana Marquès, sociologue

Aude Caria, psychologue, responsable de la Maison des Usagers, Centre hospitalier de Sainte-Anne

Aurélia Michel, historienne

Benoît Eyraud, sociologue

Bernard Azema, psychiatre, CREA Languedoc-Roussillon

Bernard Odier, psychiatre, ASM 13

Carole Festa, directrice d'hôpital, Groupe public de santé de Perray-Vaucluse

Christine Fontaine, cadre supérieur socio-éducatif, Groupe public de santé de Perray-Vaucluse

Colette Ligout, infirmière, EPS Barthélémy-Durand

Delphine Moreau, sociologue

Dominique Testart, Directeur d'hôpital, Centre hospitalier de Digne

Dr Bouley, psychiatre hospitalier, EPS Maison Blanche

Emmanuelle Jouet, chargée de mission projet EMILIA

Equipe EMILIA : Sébastien, Mohamed, Lucien, Gilles

Erik Monduit de Caussade, psychiatre hospitalier, EPS Maison Blanche

Evelyne Lohr, historienne, chargée de la gestion du patrimoine en Seine-Saint-Denis

Frederic Bevernage, DIM, Centre psychothérapique de l'Ain

Guy Baillon, psychiatre hospitalier

Jacques Marescaux, directeur d'hôpital, Centre hospitalier Saint Jean de Dieu

Jean-Claude Chastanet, chargé de mission, DHOS

Jean-Claude Péna, responsable de la communication, EPS Maison Blanche

Jean-Luc Roelandt, psychiatre hospitalier, EPSM Armentières

Laurent Igheroussene, habitant du 10^e arrondissement

Livia Velpry, sociologue

Lucie Bonnet, sociologue, GSPM-IMM-EHESS

Marie Le Corre, directeur d'hôpital, Centre psychothérapeutique du Vion

Michael Villamaux, psychologue

Michel Caire, psychiatre hospitalier, EPS Maison Blanche

Mme Depardieu, assistante sociale, EPS Maison Blanche,

Mme Jean-Louis, responsable du service social, EPS Maison Blanche

Pauline Rhenter, politologue

Pierre Baillet, psychiatre hospitalier, EPS Maison Blanche

Pierre Bailly-Salin, psychiatre hospitalier

Pierre Juhan, directeur d'hôpital, chargé de mission à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Pierre Noel, psychiatre hospitalier

Serge Kannas, psychiatre hospitalier, chargé de mission à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Tim Greacen, psychologue, directeur du laboratoire de recherche de Maison Blanche

Annexe 2 : Programme du séminaire « Ville et santé mentale » 2007-2008

Comité d'organisation :

Magali Coldefy (IRDES et UMR Géographie-Cités Université Paris 1),
Benoît Eyraud (CEMS- IMM-EHESS),
Aurélia Michel (Pôle Sciences de la ville- Université Diderot - Paris 7),
Delphine Moreau (GSPM – IMM- EHESS),
Pauline Rhenter (GREPH- LEPS- Université Lyon 1 – Centre Collaborateur de
l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale),
Livia Velpry (CESAMES, Université Paris5-INSERM-CNRS – Université Paris 8).

Séminaire mis en place par le Pôle Science de la Ville de l'université Paris 7, avec l'appui de la Délégation Interministérielle à la Ville et du Groupe de Recherche en Epistémologie Politique et Historique (GREPH- LEPS) de l'Université Lyon 1.

Séance 1 : De l'aliénisme à l'hygiénisme : transformations de l'espace urbain et psychiatrique aux XIXe et XXe siècles

Bernard Allemandou, pédopsychiatre, professeur associé à l'Université de Bordeaux II en sociologie de la santé et chercheur à la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, « Hygiénisme et gestion de l'espace urbain : de l'hygiène à la santé publique à Bordeaux au 19ème siècle (1800-1872) ».

Evelyne Lohr, historienne, chargée de la gestion du patrimoine en Seine-Saint-Denis, « La mise en place du réseau d'hôpitaux parisiens sous le Second Empire ».

Christian De Montlibert, sociologue, professeur émérite à l'Université Marc Bloch de Strasbourg, « Psychiatrie et architecture : de l'asile au secteur ».

Séance 2 : De l'asile à la ville, entre lieu de vie et lieu de soin

Aude Fauvel, historienne, Max Planck Institute for the History of science, Berlin, « La fin de la vision positive de l'asile au tournant du XXe siècle ».

Nicolas Henckès, sociologue, CERMES, « La ville dans l'élaboration du secteur psychiatrique ».

Séance 3 : Puissance et impuissance du territoire : politiques sanitaires / politiques urbaines

Emmanuel Vigneron, professeur de géographie à l'Université de Montpellier III, conseiller scientifique à la Nouvelle Fabrique des Territoires, « La psychiatrie, un modèle de territorialisation avant l'heure ? »

Béatrice Deries, sociologue, Université Lyon II, « La santé communautaire dans la politique de la ville ».

Séance 4 : Les transformations de l'intervention dans l'espace public

Clément Orillard, architecte-enseignant, Ecole nationale supérieure d'architecture, « Gérer l'espace public, la figure française de l' « établissement public » face au néolibéralisme ».

Ana Marquès, sociologue, GSPM-IMM-EHESS, « Comment les équipes mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont devenues la réponse à un « nouveau » problème : la présence dans la rue de personnes souffrant de troubles psychiques ».

Séance 5 : Les lieux de vie à l'épreuve du trouble et de la souffrance

Lucie Bonnet, sociologue, GSPM-EHESS, « Marquer les frontières entre le « social » et la « santé mentale » : les politiques du logement à l'épreuve de la souffrance psychique ».

Matthieu Elgard, politologue, EHESS, « L'expérience d'un lieu de vie « protégé » ».

Valérie Léger, psychologue, Aiguillon habitat, « La prise en charge par un bailleur social des troubles de l'habitat ».

Séance 6 : Vivre en ville, vivre en société pour les usagers de la psychiatrie

Présentation par le groupe de Lisbonne et le groupe EMILIA de la construction d'un protocole de recherche exploratoire sur les pratiques et représentations de la ville par les usagers des services de santé mentale, avec la collaboration de Thierry Ramadier, psychologue, laboratoire IMAGE, Université de Strasbourg.

Annexe 3 : Loi sur les aliénés du 30 juin 1838

Au palais de Neuilly, le 30 juin 1838.

Louis-Philippe, Roi des Français, à tous présents et à venir, Salut.

Nous avons proposé, les Chambres ont adopté, nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

TITRE Ier- DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Article 1er. - Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Art. 2. - Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Art. 3. - Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. - Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du Roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du Roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 5. - Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. - Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. - Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

TITRE II - DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Section 1ère

Des placements volontaires

Art. 8. - Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction ;

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin ;

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet vu au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. - Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. - Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement, 1^o au procureur du Roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2^o au procureur du Roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. - Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. - Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1^o le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ; 2^o ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. - Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du Roi.

Art. 14. - Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1^o Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;

2^o L'époux ou l'épouse ;

3^o S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;

4^o S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;

5^o La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6^o Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. - Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'article 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. - Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. - En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur, qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

Section II

Des placements ordonnés par l'autorité publique

Art. 18. - A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. - En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. - Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. - A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un

ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. - Les procureurs du Roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

Art. 23. - Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. - Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

Section III

Dépenses du service des aliénés

Art. 25. - Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. - La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département, conformément à l'article 1er.

Art. 27. - Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des articles 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. - A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi de finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le conseil général sur l'avis du préfet, et approuvées par le Gouvernement.

Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture.

Section IV

Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés

Art. 29. - Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du Roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. - Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Art. 31. - Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur, ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes ; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versées directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature.

Néanmoins les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du Roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. - Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du Roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du Roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. - Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire, ou à la diligence du procureur du Roi, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. - Les dispositions du Code civil, sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du Roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par ledit jugement.

Le procureur du Roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conversation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. - Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur.

Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

Art. 36. - A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels elles seraient intéressées.

Art. 37. - Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans : ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administration dans les établissements privés.

Art. 38. - Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du Roi, le tribunal pourra nommer, en chambre de conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller, 1^o à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2^o à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. - Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés ;

Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Art. 40. - Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

TITRE III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 41. - Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12, du second paragraphe de l'article 13, des articles 15, 17, 20, 21, et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

La présente loi, discutée, délibérée et adoptée par la Chambre des Pairs et par celle des Députés, et sanctionnée par nous ce jourd'hui, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Donnons en mandement à nos Cours et Tribunaux, Préfets, Corps administratifs, et tous autres, que les présentes ils gardent et maintiennent, fassent garder, observer et maintenir, et, pour les rendre plus notoires à tous, ils les fassent publier et enregistrer partout où besoin sera ; et, afin que ce soit chose ferme et stable à toujours, nous y avons fait mettre notre sceau.

Fait au palais de Neuilly, le 30e jour du mois de Juin, l'an 1838.

Signé LOUIS-PHILIPPE.

Vu et scellé du grand sceau
Le Garde des sceaux de France,
Ministre Secrétaire d'État au département de la justice et des cultes,
Signé BARTHE.

Par le Roi :
Le Pair de France,
Ministre Secrétaire d'Etat au département de l'intérieur,
Signé MONTALIVET.

Certifié conforme par nous
Garde des sceaux de France,
Ministre Secrétaire d'Etat au département de la justice et des cultes,
A Paris, le 6 Juillet 1838,
BARTHE

Annexe 4 : Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés, notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières. La modernisation des locaux des établissements existants (hôpitaux psychiatriques autonomes, hôpitaux psychiatriques départementaux, quartiers psychiatriques, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics) (1) a été commencée en même temps que la construction d'établissements neufs est progressivement réalisée. Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale, dont le rôle va en s'accroissant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955.

La conjugaison de ces éléments nouveaux a eu pour résultat :

- de modifier considérablement les caractéristiques présentées par la population admise à l'hôpital psychiatrique ainsi que par la population présente, comparativement à la période écoulée. Non seulement le malade entre à l'hôpital psychiatrique à la suite d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais il sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes et à la surveillance de postcure organisée au dispensaire d'hygiène mentale. Par ailleurs, dans la plupart des établissements la sortie de sujets hospitalisés depuis de longues années a pu intervenir;
- de transformer corrélativement le rôle joué par l'établissement psychiatrique qui, de plus en plus, devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un " asile " où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société.

Dans ces conditions, l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.

Le moment paraît donc venu de faire le point de l'organisation à prévoir pour permettre de réaliser de nouveaux progrès dans la lutte contre les maladies mentales.

La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales.

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale

devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure.

Il va sans dire qu'un tel objectif ne peut être atteint d'emblée ; les difficultés matérielles sont en effet nombreuses et ne pourront se résoudre que peu à peu ; mais chaque département doit prendre conscience très nettement de ce que toutes les réalisations partielles qui pourront être envisagées dans le domaine de la lutte contre les maladies mentales devront désormais s'intégrer dans le cadre du programme général qui sera établi selon les instructions de la présente circulaire. Seule la convergence des efforts dans un sens bien défini permettra de réaliser un jour, et partout, une organisation entièrement satisfaisante.

La détermination de ce programme suppose l'étude préalable d'un certain nombre d'éléments ; elle implique en outre un inventaire précis des ressources disponibles et des besoins à prévoir. Ces deux points seront examinés successivement dans les deux premiers chapitres ; un troisième chapitre donnera le schéma détaillé du dispositif à instituer. Enfin, dans un quatrième chapitre seront développées quelques considérations pratiques.

CHAPITRE I

BASE DE L'ETUDE ET DOCUMENTS NECESSAIRES

L'étude de l'organisation à prévoir doit s'effectuer sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs départements ou d'une région.

Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. Il ne saurait être question, en conséquence, de calculer les besoins d'un département en tenant compte des malades que son hôpital psychiatrique hospitalise actuellement au titre d'autres départements. Par contre, comme il est précisé au chapitre III, à l'intérieur du département, le programme théorique tendra à déterminer plusieurs secteurs géographiques qui devront être dotés à plus ou moins longue échéance d'un équipement complet en organismes de prévention, d'hospitalisation et de postcure.

Pour établir le programme d'organisation, il convient de disposer d'un certain nombre d'éléments sur la situation démographique et économique du département ; ces éléments sont les suivants:

- Carte du département sur laquelle seront indiqués le ou les hôpitaux psychiatriques existants dans la ou les zones qu'ils ont à desservir;
- Tableau sommaire précisant la répartition de la population du département par arrondissement et dans les principales agglomérations ;
- Tableau de la répartition par âge de la population du département ;
- Précisions sur les moyens de communication.

Les grandes voies du réseau routier et ferré seront soulignées sur la carte du département.

Toutes indications utiles sur les moyens de communication existant devront être précisées dans une note annexe.

CHAPITRE- II

INVENTAIRE DES RESSOURCES DISPONIBLES ET DES BESOINS A PREVOIR

Considérations générales.

Dans la plupart des cas, le problème immédiat qui apparaît le plus préoccupant est l'encombrement du ou des hôpitaux psychiatriques existants.

A priori, ce problème paraît devoir être aggravé dans l'avenir par l'exécution de travaux de modernisation, à réaliser suivant les directives contenues dans la circulaire séparée concernant le plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. Ces travaux auront, en effet, pour résultat de réduire d'une façon sensible les possibilités d'encombrement des établissements au-delà de leur capacité réglementaire. Dans certains cas même, à plus ou moins longue échéance, ces réalisations sont susceptibles d'avoir pour résultat de réduire la capacité réglementaire d'hospitalisation.

C'est pourquoi la construction de lits nouveaux à l'hôpital psychiatrique existant paraît, à première vue, la seule solution permettant de régler les problèmes posés par l'encombrement actuel et à prévoir.

Il n'est pas question de rejeter totalement cette solution à priori et dans tous les cas ; mais on ne doit la retenir, dans les conditions précisées au chapitre IV, qu'après une étude approfondie de tous les problèmes posés par l'organisation de la lutte contre les maladies mentales dans le département.

A cet effet, il convient de déterminer avec une approximation suffisante les besoins actuels et à prévoir du département en matière d'hospitalisation des malades mentaux, en tenant compte sur ce point du dispositif qui doit être organisé pour réduire au minimum le nombre des hospitalisations effectuées et leur durée. Ce dispositif exposé ci-dessous a pour but d'intégrer l'établissement psychiatrique dans un ensemble extra-hospitalier assurant le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance de postcure.

SECTION 1

Besoins actuels et à prévoir.

A. - Hospitalisation

Il y a lieu d'envisager successivement le problème des enfants et celui des adultes.

1° Enfants.

Deux catégories d'enfants ont leur place à l'hôpital psychiatrique, en raison, soit du fait qu'il s'agit de sujets nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques, soit du fait qu'ils relèvent de techniques de rééducation analogues à celles qui sont requises pour le traitement des malades mentaux proprement dits.

- Enfants nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques :

Il est indispensable de créer des services de neuropsychiatrie infantile, où seront traités en service libre les enfants du département d'implantation atteints de troubles mentaux. le nombre de sujets à prévoir en ce domaine est relativement réduit, et une bonne

organisation de ce service doit permettre une rotation rapide. C'est dire que l'importance du nombre de lits à prévoir pour ce type de sujets est faible.

- Enfants relevant de techniques de rééducation :

L'hospitalisation des enfants arriérés profonds du département est du rôle de l'hôpital psychiatrique chaque fois qu'une autre solution ne peut être retenue (établissement spécialisé public ou privé, hospice, etc.).

Les types de services d'enfants répondant à la définition de l'I.M.P. (enfants éducatibles et semi-éducatibles) doivent, par contre, de préférence, être créés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Cette solution est souhaitable tant pour le sujet lui-même que pour le fonctionnement de l'établissement psychiatrique.

Cependant dans l'immédiat, la suppression des I.M.P. existant dans le cadre des hôpitaux psychiatriques ne peut être envisagée en raison de l'insuffisance de l'équipement en la matière dans la plupart des départements, à moins que cette suppression ne soit compensée par la création de nouvelles possibilités d'hospitalisation pour les catégories d'enfants intéressées.

De toute manière, l'extension de ces I. M. P. ou la création de services de même nature rattachés à des établissements psychiatriques doit être évitée dans toute la mesure du possible. En tout état de cause, l'établissement psychiatrique ne doit desservir que les besoins propres au département dans lequel il est implanté.

2° Adultes.

L'étude à effectuer doit tenir compte des éléments suivants :

a) Origine démographique des malades.

Il convient tout d'abord d'étudier l'origine démographique de la population traitée à l'hôpital psychiatrique considéré. Cette étude permettra, dans un certain nombre de cas, de voir que, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'effectif de la population hospitalière sera sensiblement réduit.

En effet, l'encombrement de certains établissements tient :

- soit au fait que le ou les départements voisins ont été jusqu'à présent insuffisamment équipés ou même dépourvus de formation spécialisée : c'est le cas de l'hôpital psychiatrique qui est appelé à desservir en totalité ou en partie plusieurs départements, en vertu d'une convention précédemment passée à cet effet, ou d'un accord tacite ;

- soit au fait que l'établissement a été appelé précédemment à recevoir par transfert collectif des malades originaires d'autres départements. Un certain nombre de ces malades y restent encore en traitement actuellement, mais il n'est plus prononcé de nouvelles admissions au titre de ces départements.

L'étude entreprise devra faire abstraction de ces malades « étrangers » au département. Il faut rappeler, en effet, que la loi du 30 juin 1838 a fait obligation à chaque département d'assurer l'hospitalisation de ses ressortissants et qu'une collectivité départementale n'a pas à prendre en charge les dépenses entraînées par les travaux d'équipement rendus nécessaires par la présence à l'établissement de malades relevant d'une autre collectivité.

D'ailleurs, dans bien des cas, la mise en service d'hôpitaux psychiatriques en construction ou en cours d'étude permettra d'apporter, dans un délai plus ou moins rapide, la solution à l'encombrement actuel ou à prévoir dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques existants.

b) Amélioration du « rendement » de l'établissement.

Dans l'étude des besoins tels qu'ils se manifestent actuellement, il conviendra de ne pas perdre de vue que l'aménagement de l'équipement des hôpitaux psychiatriques et le développement des moyens thérapeutiques a pour conséquence, chaque fois que les efforts entrepris en ce sens ont pu être suffisamment poussés, une réduction des durées de séjour et une diminution de la « sédimentation hospitalière ».

C'est ainsi que, ces dernières années, l'augmentation de la population hospitalisée, que l'on constatait depuis la fin de la dernière guerre, a pu être, dans un certain nombre de cas, freinée d'une façon très nette -, il a même été possible d'obtenir une réduction légère de l'effectif des malades présents, malgré l'augmentation considérable du nombre des admissions enregistrées au cours de ces dernières années. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que pour tel hôpital psychiatrique, le tableau comparatif suivant peut être dressé :

	1938	1958
Population présente	728	699
Entrées et réintégrations	141	781
Sorties définitives	88	715

Dans cet exemple, qui est loin d'être unique, on peut donc relever une réduction légère de la population traitée, alors que le nombre des entrées s'est accru de 450 p. 100 pendant la période considérée cependant que le nombre des sorties était augmenté de plus de 700 p. 100.

c) Vieillards.

Dans la détermination des besoins à satisfaire pour les adultes, une place particulière devra être faite au problème des personnes âgées.

En principe, la place des personnes âgées est à leur foyer et éventuellement, dans les maisons de retraite.

Ce n'est qu'exceptionnellement, lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires, qui réclament d'ailleurs un personnel relativement important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide.

En tout état de cause, l'insuffisance de l'équipement du département desservi en matière de maisons de retraite ne peut être la justification de besoins élevés en ce domaine à l'hôpital psychiatrique.

Je vous rappelle, par ailleurs, que, ainsi que je l'ai indiqué par circulaire du 24 mars 1956 concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire, il n'est pas question de créer des " hospices " psychiatriques pour malades chroniques.

3° Éléments chiffrés.

La norme arrêtée par les experts de l'O.M.S. concernant le chiffre optimum de capacité d'hospitalisation s'établit, pour les pays d'Europe occidentale, à 3 lits pour 1 000 habitants. Ce pourcentage englobe à la fois les besoins concernant les adultes et les enfants relevant de la neuropsychiatrie infantile.

L'équipement français s'élève, compte tenu des travaux en cours, à 2,1 lits pour 1000 habitants sur la base d'une population de 45 millions d'habitants. Or, dans un certain nombre de pays voisins du nôtre, l'équipement disponible dépasse largement la norme visée par l'O.M.S.

Cet élément doit donc entrer en ligne de compte pour la détermination de l'équipement optimum dont le département doit être doté.

B. - Prévention, traitements ambulatoires et postcures

Les besoins réels en lits d'hospitalisation doivent être corrigés compte tenu des organismes extra-hospitaliers existants ou à créer grâce auxquels on peut soit éviter l'hospitalisation, soit la réduire au minimum.

Parmi ces moyens, il faut citer:

- le dispensaire d'hygiène mentale
- l'hôpital de jour;
- le foyer de postcure ,
- les ateliers protégés.

1° Le dispensaire d'hygiène mentale.

Le schéma théorique suivant peut être fourni pour un département d'importance démographique moyenne:

Il est nécessaire de prévoir au chef-lieu un centre d'hygiène mentale doté de locaux propres ; il peut être installé soit dans des locaux indépendants, soit, ce qui paraît préférable, dans un dispensaire polyvalent. Ce centre doit fonctionner au minimum quatre fois par semaine. Dans bien des départements le dispensaire, situé à l'intersection de deux secteurs, confié à deux équipes médico-sociales distinctes, devra être conçu de telle façon que ces deux équipes puissent y exercer en même temps.

Dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants, un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent est également à prévoir. Suivant l'importance de la zone desservie, le travail en deux équipes doit, le cas échéant, être prévu.

Dans les départements à densité démographique peu importante, certaines agglomérations de plus de 10 000 habitants et même certains gros bourgs représentant des pôles attractifs pour la population environnante doivent être dotés d'un dispensaire d'hygiène mentale ou d'une section spécialisée dans un dispensaire polyvalent.

Enfin, des consultations doivent pouvoir être assurées dans certaines communes suivant une fréquence variable.

2° Hôpital de jour.

Des établissements de ce genre existent depuis longtemps dans certains pays étrangers (Angleterre, Hollande, États-Unis).

Deux sont en cours de création dans la région parisienne.

L'hôpital de jour est un organisme de traitement, où les malades sont traités dans la journée, pour regagner leur foyer chaque soir.

Il est possible de mettre en œuvre dans les établissements de ce genre la plupart des thérapeutiques modernes, à l'exception de celles (insulinothérapie par exemple) qui nécessitent une hospitalisation complète des sujets.

La création et le fonctionnement d'un hôpital de jour sont relativement peu onéreux puisque les dépenses purement hôtelières sont réduites, en principe, au seul repas de midi et que la permanence du personnel soignant n'est pas à prévoir de jour et de nuit.

Ce type de formation est appelé, tout au moins dans les grosses agglomérations, à rendre des services extrêmement importants. Permettant la mise en œuvre de la psychothérapie, de la chimiothérapie, etc., le traitement en " hôpital de jour ", chaque fois qu'il est possible, évite la coupure entre le malade et sa famille et, partant, la désadaptation sociale du sujet.

La création d'établissements de ce type doit donc être envisagée dans toutes les zones à densité démographique importante. Le fonctionnement financier de ces établissements est à prévoir sur la base d'un prix de journée, comme dans un établissement d'hospitalisation.

3° Foyers de postcure.

Dans trop de cas, la sortie de certains malades se heurte à des difficultés d'ordre médico-social : parfois, le malade est dépourvu de famille, parfois, le retour du sujet dans un foyer dès sa sortie présente de sérieux inconvénients. Un milieu de transition est alors nécessaire pour assurer la réadaptation du malade dans les meilleures conditions possibles.

C'est à cette nécessité que répond le foyer de postcure.

Conçu sous une forme familiale (20 à 30 lits en moyenne), les malades y trouvent la solution aux problèmes de la vie courante (logement et repas). Ils peuvent, pendant leur séjour au foyer, reprendre contact avec leur métier, mais une surveillance médico-sociale est exercée pendant cette période de transition sur leur état de santé.

4° Ateliers protégés.

Il s'agit d'ateliers où les malades, tout en gagnant leur vie, restent sous surveillance médico-sociale. Ce type d'ateliers peut être créé notamment dans le cadre de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure.

Hôpitaux de jour, foyers de postcure, ateliers protégés sont des réalisations qui tenteront surtout les organisations privées désintéressées agissant, en liaison avec les médecins des hôpitaux psychiatriques, dans le domaine de l'hygiène mentale. Mais rien n'empêche les collectivités publiques intéressées d'en poursuivre elles-mêmes la réalisation.

La mise en place de ces organismes, qui permet de réduire dans une certaine mesure l'importance des besoins en matière d'équipement hospitalier, est peu onéreuse et peut donc, en règle générale, être effectuée relativement facilement.

Le programme d'organisation à établir doit donc insister tout particulièrement sur le dispositif extra-hospitalier à mettre en place en ce domaine.

CHAPITRE III

ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE

CONTRE LES MALADIES MENTALES

Les besoins du département en lits et en organismes de prévention, de traitement et de postcure étant ainsi déterminés, il convient d'étudier l'organisation à prévoir pour cet ensemble.

Ce problème consiste à examiner la place que doit prendre l'établissement psychiatrique existant dans l'organisation départementale de la lutte contre les maladies mentales et à déterminer les répercussions éventuelles que les mesures adoptées entraîneront, tant sur le fonctionnement de l'établissement que sur l'équipement du département en matière de lits pour malades mentaux.

Les buts à atteindre sont les suivants :

1° Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récidives. Cette conception entraîne la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré- et postcure. Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de postcure, le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique. C'est la condition même pour qu'il accepte cette postcure. Par ailleurs, nul plus que le médecin de l'hôpital psychiatrique n'est intéressé au but poursuivi qui est d'éviter des hospitalisations inutiles ;

2° Éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel. Il est donc nécessaire que les établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour ou du foyer de postcure, soient facilement accessibles pour la population qu'ils desservent.

I. - Organisation générale.

Pour atteindre ces buts, l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée Secteur. Dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement psychiatrique sera le département d'implantation. Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler " sous-secteur " et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de postcure nécessaires. A titre indicatif, un service de deux cents lits, recevant des malades des deux sexes, comportant son service libre, peut prendre en charge, sur la base de trois lits pour 1 000 habitants fixée par l'Organisation mondiale de la santé, un sous-secteur de 67 000 habitants environ. En fait, les premières années, les populations desservies devront être bien supérieures en nombre, compte tenu du nombre de lits disponibles et de l'insuffisance du nombre de médecins spécialisés.

La notion d'établissement ou de service pour un seul sexe ne peut être maintenue dans ce cadre. Les médecins-chefs devront se voir confier un service leur permettant de recevoir les

malades des deux sexes qu'ils auront dépistés au dispensaire et qu'ils auront à suivre en postcure dans les divers organismes créés (foyers de postcure, etc.).

Une telle organisation ne soulève aucun problème de principe. Seules des contingences locales peuvent s'opposer à cette modification ou la retarder. Cette question ne devra pas être perdue de vue, de façon à ce que, chaque fois que cela s'avérera possible et, notamment, à l'occasion d'une redistribution des services, rendue nécessaire pour l'arrivée d'un nouveau médecin-chef, elle trouve une solution conforme aux présentes instructions.

Dans le cas où, dans l'immédiat, celle solution ne peut être retenue, une liaison étroite devra être assurée entre les deux médecins-chefs qui seront appelés à effectuer des consultations dans le même sous-secteur.

Dans cette organisation, le médecin du service d'hospitalisation qui assure les consultations d'hygiène mentale et prend en charge des organismes extra-hospitaliers visés au chapitre II, travaille également en équipe avec le personnel propre au service (assistantes sociales, psychologues, secrétaires, etc.). La caractéristique de la politique de secteur est que chaque membre de l'équipe extra ou intra-hospitalière a des contacts quasi journaliers avec tous les autres.

Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre.

II. - Cas particuliers.

Dans certains cas, il a été créé dans le département un poste de psychiatre départemental, chargé des dispensaires d'hygiène mentale. Parfois également un service de neuropsychiatrie fonctionne dans un centre hospitalier. Enfin, dans certains départements, il a été fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer certaines consultations d'hygiène mentale.

Il convient d'intégrer ces activités dans l'organisation de secteur qui doit être mise en place, compte tenu des remarques ci après :

a) Psychiatre départemental.

Dans la plupart des cas, ces postes ont été créés dans des départements dépourvus d'hôpitaux psychiatriques et pour pallier provisoirement, dans une certaine mesure, cette absence d'équipement spécialisé.

Lors de la création de l'établissement il convient d'examiner si le maintien du poste est nécessaire, compte tenu du nombre de médecins affectés à l'hôpital psychiatrique.

Dans le cas d'un département d'importance démographique moyenne, qui sera doté d'un équipement satisfaisant en lits pour malades mentaux et en personnel médical, le maintien du poste en tant que psychiatre départemental ne sera pas envisagé, les praticiens attachés à l'établissement pouvant assurer, dans le cadre défini ci-dessus, le fonctionnement des consultations d'hygiène mentale.

Dans le cas de départements importants par leur densité démographique ou lorsque la création du poste de psychiatre départemental sera intervenue ou est envisagée pour pallier certaines contingences locales, deux cas seront à distinguer.

La création du poste a été rendue nécessaire par le besoin d'intensifier les consultations pour adultes.

Premier cas. - Il est indispensable que l'activité du titulaire du poste s'intègre dans l'organisation de " secteur " précédemment définie. Il doit donc d'abord être chargé d'un service d'adultes à l'hôpital psychiatrique et assurer les consultations du secteur correspondant à l'importance de son service.

Il sera chargé, en plus, de certaines tâches extra-hospitalières dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales sur le plan départemental (consultations antialcooliques, consultations d'hygiène mentale proprement dites, etc.). Ces tâches devront s'intégrer dans la politique générale du secteur. Compte tenu de ce surcroît d'attributions, le service dont il sera chargé dans le cadre de l'hôpital psychiatrique et dans son prolongement extra-hospitalier pourra être réduit par rapport à celui confié à ses collègues de l'établissement

Deuxième cas.- Le psychiatre départemental est essentiellement chargé de consultations pour enfants:

L'intéressé doit alors, parallèlement, être chargé d'un ou plusieurs établissements pour enfants inadaptés du département et notamment du ou des services d'enfants entrant dans les catégories visées au chapitre II, existant éventuellement à l'hôpital psychiatrique.

Son activité en consultations d'hygiène mentale pour adultes, dans le cas où elle resterait nécessaire, devra s'intégrer dans le travail confié à un des médecins chefs de l'hôpital psychiatrique.

b) Service de neuropsychiatrie.

Bien entendu, les services de cliniques des villes de faculté, qui doivent assumer un rôle très particulier, ne sont pas visés par les directives qui suivent.

Il convient d'examiner dans chaque cas la possibilité d'harmoniser l'activité du service de neuropsychiatrie avec l'activité de secteur organisée à partir des services de l'hôpital psychiatrique.

Certes, le service hospitalier de neuropsychiatrie ne pourra pas, dans certains cas, assurer le traitement de tous les malades mentaux d'un secteur déterminé. E convient donc d'étudier une formule souple qui permette, en confiant à ce service des fonctions particulières pour le traitement hospitalier de certains malades dans un secteur donné, de faire participer le chef de ce service aux tâches extra-hospitalières de ce même secteur en étroite liaison avec le médecin de l'hôpital psychiatrique qui recevra des malades de même origine démographique qui ne pourraient être traités, en raison de l'importance de leurs troubles, dans le service de neuropsychiatrie. Cette conception s'oppose donc d'une façon absolue au fonctionnement du service de neuropsychiatrie en service de tirage.

Dans tous les cas où il existe, dans le département, un service hospitalier de neuropsychiatrie et un hôpital psychiatrique, le directeur départemental de la santé devra se pencher tout particulièrement sur le problème de la coordination entre ces deux services, dans l'esprit des indications qui précèdent.

c) Médecins de clientèle privée.

Compte tenu de l'insuffisance numérique du personnel médical de l'hôpital psychiatrique du département, susceptible d'effectuer des consultations d'hygiène mentale, il a été parfois fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer des dispensaires.

Cette activité doit, de la même façon, être intégrée dans le travail confié aux équipes desservant chaque secteur du département.

CHAPITRE IV

SOLUTIONS PRATIQUES ET MODALITÉS D'ÉTABLISSEMENT

DU PROGRAMME

1. - Solutions pratiques.

L'étude effectuée pour déterminer, dans le cadre de l'organisation du secteur à prévoir, l'équipement optimum en lits et en organismes divers de prévention, de traitement et de postcure fera apparaître la nécessité de la création de nouveaux dispensaires, de foyers de postcure, d'hôpitaux de jour, et permettra par ailleurs de déterminer le nombre de lits d'hospitalisation dont le département doit disposer.

a) Organismes extra-hospitaliers.

Aucun département ne peut se considérer comme étant dans une situation satisfaisante à cet égard ; partout ces organismes doivent être développés, ou même créés de toutes pièces.

Même dans les départements où le problème de l'hospitalisation des malades semble devoir être prochainement résolu (par exemple par la construction d'un hôpital psychiatrique neuf, ou par le rapatriement devenu possible des malades étrangers au département hospitalisés jusqu'alors à l'hôpital psychiatrique) le problème de la mise en place d'un dispositif extra-hospitalier satisfaisant reste encore entier.

Ce n'est qu'au prix de la création de ce dispositif que l'hôpital psychiatrique pourra éviter un encombrement progressif. Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore. L'absence du dispositif extra-hospitalier nécessaire, soit en interdisant, soit même simplement en retardant la sortie de ces malades, entraînerait inéluctablement à plus ou moins brève échéance une surpopulation de l'hôpital psychiatrique, annihilant ainsi les efforts faits par la collectivité.

J'insiste sur le fait que la mise en place des organismes extra-hospitaliers ci-dessus énumérés, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets.

b) Équipements en lits.

Il est bien évident que, sur le plan général, malgré la mise en place des organismes de pré- et postcure et l'accélération du " rendement " des hôpitaux psychiatriques, le nombre de lits dont notre pays dispose pour l'hospitalisation des malades mentaux est très insuffisant.

Dans bien des départements, le hiatus restera marqué entre la population hospitalisée à prévoir et le nombre de lits modernisés dont l'hôpital psychiatrique disposera.

En règle générale, la meilleure solution consistera à construire ces lits nouveaux non par extension de l'établissement existant, mais par création d'une nouvelle formation spécialisée à un autre pôle démographique du département, soit sous la forme d'un hôpital psychiatrique départemental, voire privé, faisant fonction de public, si le nombre de lits nécessaire est égal ou supérieur à 300, soit sous la forme d'un quartier psychiatrique rattaché à un hôpital général si ce nombre est inférieur à 300, et dans la mesure où la structure de l'hôpital s'y prête. Cette dernière formule présente à la fois l'intérêt d'être relativement économique en ce qui concerne la construction et de faciliter le « quadrillage » souhaitable à l'organisation de la politique de secteur.

Lorsqu'on s'orientera vers la création d'un quartier psychiatrique ne comportant qu'un nombre de lits restreint, il ne faudra pas perdre de vue que cet organisme devra être mis en mesure de traiter la totalité des malades mentaux du secteur qu'il desservira et non pas seulement une certaine catégorie d'entre eux ; autrement dit, la formule des services d'« aigus » rattachés à un hôpital général déversant leurs « chroniques » sur l'hôpital psychiatrique départemental est à proscrire.

Ce n'est qu'après l'étude de cette organisation future des soins aux malades mentaux dans le cadre du département que l'on pourra déterminer la capacité réglementaire vers laquelle tendra l'hôpital psychiatrique existant à travers la réalisation de son plan directeur de modernisation.

Dans certains cas, la construction de nouveaux pavillons à l'hôpital psychiatrique existant sera envisagée pour assurer le « volant » nécessaire à la modernisation des pavillons anciens. Ces réalisations ne pourront être envisagées qu'avec prudence, et seulement dans la mesure où elles ne risquent pas de gêner la réorganisation de l'équipement psychiatrique du département.

II. - Modalités d'établissement du programme.

Le programme d'équipement et d'organisation du département, fixant les buts à atteindre pour doter le département d'un dispositif extra et intra-hospitalier suffisant sera établi, suivant le cas, dans les conditions suivantes :

a) Département pourvu d'un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques.

Ce programme sera proposé par les médecins chefs de service. Il sera établi par le directeur départemental de la santé, assurant la coordination entre les différents points de vue exprimés.

b) Département dépourvu de tout équipement psychiatrique et doté d'un psychiatre départemental.

Le programme sera proposé par le psychiatre départemental. Il sera établi par le directeur départemental de la santé.

c) Département dépourvu d'hôpital psychiatrique et ne comportant pas un poste de psychiatre départemental.

Le programme sera établi par le directeur départemental de la santé.

Dans les trois cas visés ci-dessus, le programme devra, bien entendu, être arrêté par le préfet et adopté par le conseil général.

Aux termes de cette procédure, il me sera soumis pour approbation par les soins de l'autorité préfectorale, accompagné des renseignements visés au chapitre III.

Mes services sont à votre disposition, dans le cas où des problèmes particuliers seraient à régler, pour vous donner tous les conseils qui vous seraient utiles pour l'établissement de ce programme, préalablement à sa présentation devant le conseil général.

Au moment où l'importance prise par les maladies mentales parmi les fléaux sociaux apparaît chaque jour plus préoccupante, j'appelle tout particulièrement votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'étude qui est demandée soit effectuée dans le plus court délai possible.

(1) Ces différentes catégories administratives d'établissements ne seront pas distinguées dans le cadre de la présente circulaire ; les termes – « hôpital psychiatrique » ou « établissement psychiatrique » seront employés pour désigner indifféremment l'un ou l'autre de ces établissements, qui, du point de vue technique, sont exactement comparables.

Annexe 5 : Grille d'entretien

Profession et position de l'interviewé, ancienneté, autres expériences

- processus de décision derrière la localisation des services de santé mentale : choix, critères, contraintes techniques, intervenants. Quels sont les facteurs qui jouent dans le processus de localisation, et peut-on les prioriser, ou voir en s'appuyant sur des exemples de structures récemment créées lesquels ont le plus joué ? (opportunités, caractéristiques du lieu, stock existant, évitement des consultations, rôle de la ville...)
- stratégie ou politique institutionnelle en matière de consultation des résidents – à quel stade du projet et de son développement ? Rencontre-t-on des oppositions ? lesquelles ? par qui ? comment s'expriment-elles ? y a-t-il des concertations auprès des résidents du quartier avant l'implantation d'une structure ? Quelles sont les réactions les plus fréquemment rencontrées, à l'annonce d'un projet de structure psy ? suite à son ouverture ? exemples... où sont déposées les éventuelles plaintes (possibilité de les consulter à l'hôpital, à la mairie ? y a-t-il des différences selon les lieux ?
- Influence de sentiments et des oppositions de la communauté locale à l'implantation d'une structure de santé mentale dans le processus de décision. Quelle est l'influence de ces oppositions dans le processus de décision ?
- Exemples de cas récents d'opposition ou de réactions des résidents.
- Définition et interprétation d'une implantation réussie dans la communauté.

A propos d'un exemple précis :

- quels changements pour les patients d'une relocalisation : sont-ils devenus plus indépendants ?
- communauté locale : comment les résidents ont réagi à la structure, aux patients, aux soignants ? leur opinion a-t-elle évolué au cours du temps ? Y a-t-il plus d'interactions entre la structure, les patients, la communauté locale ? Est-ce que le personnel soignant a des connections personnelles avec ce voisinage ?
- concept de communauté : ressentez-vous un sens de la communauté dans ce voisinage ? Comment définiriez-vous une « communauté » ?
- soins dans la ville : que pensez-vous des soins implantés dans la ville ? pensez-vous que cet équipement représente un bon soin communautaire ?
- définition des soins dans la communauté : comment les définiriez-vous ? Pensez-vous que les soins dans la communauté est le bon moyen pour les soins de santé mentale ? Comment envisagez-vous le futur (positif et négatif) ?
- A votre avis, comment fonctionnent les soins dans la communauté à Paris, et au niveau national ?
- Pensez-vous que l'implantation de cette structure soit une bonne place pour un équipement de santé mentale ? pensez-vous que certains lieux sont mieux que d'autres ?
- Par rapport à l'opposition envers l'implantation de structures dans la ville, pourquoi pensez-vous qu'il y a une opposition dans certains lieux et pas dans d'autres ?

Annexe 6 : Chapitre V de la CIM10

Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

Comprend : troubles du développement psychologique

A l'exclusion de : symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)

Ce chapitre comprend les groupes suivants :

Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F00-F09)

Ce groupe réunit un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrales, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau. Le dysfonctionnement peut être primaire: c'est le cas des maladies, lésions ou atteintes qui touchent le cerveau de manière directe ou sélective ; il peut également être secondaire: c'est le cas des maladies et des troubles somatiques qui affectent le cerveau au même titre que les autres organes ou systèmes de l'organisme.

La démence (F00-F03) est un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisé par une altération de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Le syndrome ne s'accompagne pas d'un obscurcissement de la conscience. Les déficiences des fonctions cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social; ou de la motivation. Ce syndrome survient dans la maladie d'Alzheimer, dans les maladies vasculaires cérébrales, et dans d'autres affections qui de manière primaire ou secondaire, affectent le cerveau.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire, pour identifier la maladie sous-jacente.

F00* Démence de la maladie d'Alzheimer (G30.-+)

La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive d'étiologie inconnue dont la neuropathologie et la neurochimie sont caractéristiques. Elle débute habituellement de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années.

F00.0 Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce (G30.0+)*

Démence de la maladie d'Alzheimer survenant avant l'âge de 65 ans, évoluant assez rapidement vers une détérioration et comportant de multiples perturbations marquées des fonctions corticales supérieures.

Démence dégénérative primaire de type Alzheimer, à début présénile, Démence présénile, de type Alzheimer, Maladie d'Alzheimer, type 2

F00.1 Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif (G30.1+)*

Démence de la maladie d'Alzheimer survenant après l'âge de 65 ans, habituellement à la fin de la huitième décennie ou au-delà; elle évolue de façon lentement progressive et se caractérise essentiellement par une altération de la mémoire.

Démence dégénérative primaire de type Alzheimer, à début sénile, Démence sénile, de type Alzheimer (DSTA), Maladie d'Alzheimer, type 1

F00.2 Démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte (G30.8+)*

Démence atypique, de type Alzheimer

F00.9 Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision (G30.9+)*

F01 Démence vasculaire

La démence vasculaire résulte d'un infarctus cérébral dû à une maladie vasculaire, par exemple, une maladie cérébrovasculaire hypertensive. Les infarctus sont habituellement de petite taille mais leurs effets sont cumulatifs. La démence survient habituellement à un âge avancé.

Comprend : démence artériopathique

F01.0 Démence vasculaire à début aigu

Démence vasculaire qui s'installe, habituellement de façon rapide, à la suite d'ictus cérébraux répétés, liés à des thromboses vasculaires, des embolies ou des hémorragies. Il est rare que la cause en soit un infarctus massif unique.

F01.1 Démence vasculaire par infarctus multiples

Démence vasculaire dont le début est progressif, qui fait suite à de nombreux épisodes ischémiques transitoires provoquant des lacunes dans le parenchyme cérébral.

Démence à prédominance corticale

F01.2 Démence vasculaire sous-corticale

Démence vasculaire avec antécédent d'hypertension artérielle et de foyers de destruction ischémique dans la substance blanche profonde des hémisphères cérébraux. Le cortex cérébral est habituellement indemne, ce qui tranche avec le tableau clinique qui peut être proche de celui de la démence de la maladie d'Alzheimer.

F01.3 Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale

F01.8 Autres formes de démence vasculaire

F01.9 Démence vasculaire, sans précision

F02 Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs*

Démences dues, ou supposées dues, à d'autres causes que la maladie d'Alzheimer ou à une maladie vasculaire cérébrale. Elles peuvent débuter à tout âge, mais ne surviennent que rarement à un âge avancé.

F02.0 Démence de la maladie de Pick (G31.0+)*

Démence évoluant progressivement, débutant à l'âge mûr, caractérisée par des modifications précoces, lentement progressives, du caractère et par une détérioration sociale, aboutissant à une déficience des fonctions intellectuelles, de la mémoire et du langage, accompagnées d'une apathie, d'une euphorie et, plus rarement, de symptômes extrapyramidaux.

F02.1 Démence de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (A81.0+)*

Démence évoluant progressivement, comportant des signes neurologiques étendus, due à des altérations neuropathologiques spécifiques que l'on suppose provoquées par un agent transmissible. Elle débute habituellement à l'âge mûr ou plus tard, mais peut débuter chez l'adulte à n'importe quel âge. Son évolution est subaiguë, aboutissant à la mort en un à deux ans.

F02.2* Démence de la maladie de Huntington (G10+)

Démence survenant dans le contexte d'une dégénérescence cérébrale étendue. La maladie est transmise par un gène autosomique dominant unique. Les symptômes apparaissent typiquement dans la troisième et la quatrième décennies. L'évolution est lentement progressive, aboutissant habituellement à la mort en 10 à 15 années.

Démence de la chorée de Huntington

F02.3* Démence de la maladie de Parkinson (G20+)

Démence survenant au cours de l'évolution d'une maladie de Parkinson avérée. Aucune caractéristique clinique distinctive n'a été mise en évidence jusqu'ici.

Démence dans : paralysie agitante, parkinsonisme

F02.4* Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] (B22.0+)

Démence survenant au cours de l'évolution d'une maladie VIH, en l'absence de toute autre maladie ou infection concomitante pouvant expliquer les signes cliniques.

F02.8* Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs

Démence au cours de : carence en : acide nicotinique [pellagre] (E52+), vitamine B12 (E53.8+), dégénérescence hépatolenticulaire (E83.0+), épilepsie (G40.-+), hypercalcémie (E83.5+), hypothyroïdie acquise (E01, E03.-+), intoxications (T36-T65+), lipidose cérébrale (E75.-+), lupus érythémateux disséminé (M32.-+), neuro-syphilis (A52.1+), périartérite noueuse (M30.0+), sclérose en plaques (G35+), trypanosomiase (B56.-+ ; B57.-+)

F03 Démence, sans précision

Démence: SAI, dégénérative primaire SAI, présénile SAI, sénile SAI, forme dépressive ou délirante, Psychose: SAI, présénile SAI, sénile SAI

A l'exclusion de : démence sénile avec delirium ou état confusionnel aigu (F05.1), sénilité SAI (R54)

F04 Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives

Syndrome dominé par une altération de la mémoire, récente et ancienne, avec conservation de la mémoire immédiate, par une réduction de la capacité à apprendre des informations nouvelles et par une désorientation temporelle. Il peut y avoir une confabulation marquée, mais la perception et les autres fonctions cognitives, y compris l'intelligence, sont habituellement intactes. Le pronostic dépend de l'évolution de la lésion sous-jacente.

Psychose ou syndrome de Korsakov non alcoolique

A l'exclusion de : amnésie : SAI (R41.1), antérograde (R41. 1), dissociative (F44.0), rétrograde (R41.2), syndrome de Korsakov : induit par l'alcool ou sans précision (F10.6), induit par d'autres substances psycho-actives (F11-F19 avec le quatrième chiffre .6)

F05 Delirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives

Syndrome cérébral organique sans étiologie spécifique, caractérisé par la présence simultanée de perturbations de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions, et du rythme veille-sommeil. La durée est variable et le degré de gravité varie de léger à très sévère.

Comprend : état confusionnel (non alcoolique) aigu(ë) ou subaigu(ë), psychose infectieuse aigu(ë) ou subaigu(ë), réaction organique aigu(ë) ou subaigu(ë), syndrome: aigu(ë) ou subaigu(ë), cérébral aigu(ë) ou subaigu(ë), psycho-organique aigu(ë) ou subaigu(ë)

A l'exclusion de : delirium tremens induit par l'alcool ou sans précision (F10.4)

F05.0 Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit

F05.1 Delirium surajouté à une démence

Affections répondant aux critères cités plus haut mais survenant au cours d'une démence (F00-F03).

F05.8 Autres formes de delirium

Delirium d'origine mixte

F05.9 Delirium, sans précision

F06 Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection somatique

Comprend diverses affections causées par un trouble cérébral dû à une affection cérébrale primitive, à une affection somatique touchant secondairement le cerveau, à des substances toxiques exogènes ou des hormones, à des troubles endocriniens, ou à d'autres maladies somatiques.

A l'exclusion de : associés à : delirium (F05.-), démence classée en F00-F03 induits par l'alcool et d'autres substances, psycho-actives (F10-F19)

F06.0 État hallucinatoire organique

Trouble caractérisé par des hallucinations persistantes ou récurrentes, habituellement visuelles ou auditives, survenant en l'absence d'une obnubilation de la conscience, et que le sujet peut reconnaître ou non en tant que telles. Les hallucinations peuvent être à l'origine d'une élaboration délirante, mais les idées délirantes ne dominent pas le tableau clinique; les hallucinations peuvent être reconnues comme pathologiques par le sujet lui-même.

État hallucinatoire organique (non alcoolique)

A l'exclusion de : hallucinose alcoolique (F10.5), schizophrénie (F20.-)

F06.1 Catatonie organique

Trouble caractérisé par une diminution (stupeur) ou une augmentation (agitation) de l'activité psychomotrice et par des symptômes catatoniques. Les deux pôles de la perturbation psychomotrice peuvent alterner.

A l'exclusion de : schizophrénie catatonique (F20.2), stupeur : SAI (R40.1), dissociative (F44.2)

F06.2 Trouble délirant organique [d'allure schizophrénique]

Trouble caractérisé par la présence, au premier plan du tableau clinique, d'idées délirantes persistantes ou récurrentes. Les idées délirantes peuvent être accompagnées d'hallucinations. Certaines caractéristiques évoquant une schizophrénie, comme des hallucinations bizarres ou des troubles du cours de la pensée, peuvent être présentes.

États délirants et états délirants et hallucinatoires d'origine organique, Psychose d'allure schizophrénique au cours d'une épilepsie

A l'exclusion de : schizophrénie (F20.-), troubles : délirants persistants (F22.-), psychotiques : aigus et transitoires (F23), induits par des substances psycho-actives (F11-F19 avec le quatrième chiffre .5)

F06.3 Troubles organiques de l'humeur [affectifs]

Troubles caractérisés par une altération de l'humeur ou de l'affect, habituellement accompagnés d'une altération du niveau global d'activité, il peut s'agir de troubles dépressifs, hypomaniaques, maniaques ou bipolaires (voir F30-F32), mais secondaires à une maladie organique.

A l'exclusion de : troubles de l'humeur non organiques ou sans précision (F30-F39)

F06.4 Trouble anxieux organique

Trouble caractérisé par la présence des caractéristiques descriptives essentielles d'une anxiété généralisée (F41.1), d'un trouble panique (F41.0), ou d'une association des deux, mais secondaire à une maladie organique.

A l'exclusion de : troubles anxieux non organiques ou sans précision (F41.-)

F06.5 Trouble dissociatif organique

Trouble caractérisé par une perte partielle ou complète de l'intégration normale entre souvenirs du passé, conscience de l'identité et des sensations immédiates, et contrôle des mouvements corporels (voir F44.-), mais secondaire à une maladie organique.

A l'exclusion de : troubles dissociatifs [de conversion] non organiques ou sans précision (F44.-)

F06.6 Labilité [asthénie] émotionnelle organique

Trouble caractérisé par une incontinence ou une labilité émotionnelles, une fatigabilité, et diverses sensations physiques désagréables (par exemple des vertiges) et par des douleurs, mais secondaire à une maladie organique.

A l'exclusion de : troubles somatoformes non organiques ou sans précision (F45.-)

F06.7 Trouble cognitif léger

Trouble caractérisé par une altération de la mémoire, des difficultés d'apprentissage et une réduction de la capacité à se concentrer sur une tâche, sauf pendant des périodes de courte durée. Le sujet éprouve souvent une fatigue mentale accentuée quand il fait des efforts mentaux, et un nouvel apprentissage peut être subjectivement difficile même quand il est objectivement réussi. Aucun de ces symptômes ne présente une sévérité suffisante pour justifier un diagnostic de démence (F00-F03) ou de delirium (F05.-). Ce diagnostic ne doit être fait qu'en présence d'un trouble somatique spécifié; il ne doit pas être fait en présence de l'un des troubles mentaux ou du comportement classés en F10-F99. Le trouble peut

précéder, accompagner ou succéder à des infections et des troubles physiques très divers, cérébraux et généraux, sans qu'il existe obligatoirement des preuves directes en faveur d'une atteinte cérébrale. Il peut être différencié d'un syndrome postencéphalitique (F07.1) et d'un syndrome post-commotionnel (F07.2) sur la base de son étiologie, de sa symptomatologie, moins riche et moins sévère, et de sa durée, habituellement plus courte.

F06.8 Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique

Psychose épileptique SAI

F06.9 Trouble mental sans précision, dû à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique

Syndrome cérébral organique SAI, Trouble mental organique SAI

F07 Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux

Une altération de la personnalité et du comportement peut constituer un trouble résiduel ou concomitant d'une maladie, d'une lésion, ou d'un dysfonctionnement cérébral.

F07.0 Trouble organique de la personnalité

Trouble caractérisé par une altération significative des modes de comportement qui étaient habituels au sujet avant la survenue de la maladie; les perturbations concernent, en particulier, l'expression des émotions, des besoins et des pulsions. Le tableau clinique peut, par ailleurs, comporter une altération des fonctions cognitives, de la pensée, et de la sexualité.

Personnalité pseudopsychopathique organique, Pseudodébilité organique, Psychosyndrome de l'épilepsie du système limbique, Syndrome (des) : frontal, lobotomisés, post-leucotomie

A l'exclusion de : changement durable de la personnalité après : expérience de catastrophe (F62.0), maladie psychiatrique (F62.1), syndrome : post-commotionnel (F07.2), post-encéphalitique (F07.1), trouble spécifique de la personnalité (F60.-)

F07.1 Syndrome post-encéphalitique

Altération résiduelle du comportement, non spécifique et variable après guérison d'une encéphalite virale ou bactérienne. Le syndrome est réversible, ce qui constitue la principale différence entre ce tableau et les troubles organiques de la personnalité.

A l'exclusion de : trouble organique de la personnalité (F07.0)

F07.2 Syndrome post-commotionnel

Syndrome survenant à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance) et comportant de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions, ou à l'alcool.

Syndrome : cérébral post-traumatique, non psychotique, post-contusionnel (encéphalopathie)

F07.8 Autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux

Trouble affectif organique de l'hémisphère droit

F07.9 Trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision

Psychosyndrome organique

F09 Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision

Psychose : organique SAI, symptomatique SAI

A l'exclusion de : psychose SAI (F29)

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)

Ce groupe comprend de nombreux troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psycho-actives, prescrites ou non par un médecin. Le troisième caractère du code identifie la substance impliquée, alors que le quatrième caractère sert à spécifier les tableaux cliniques; les quatrièmes caractères doivent être utilisés, selon les besoins, pour chacune des substances indiquées; il convient toutefois de noter que les quatrièmes caractères du code ne sont pas tous applicables à chaque substance.

L'identification de la substance psycho-active doit se faire à partir de toutes les sources d'information possibles. Ces dernières comportent: les informations fournies par le sujet lui-même, les analyses de sang, d'urine, etc., les symptômes physiques et psychologiques caractéristiques, les signes et comportements cliniques, les drogues trouvées chez le patient,

les renseignements de tierces personnes bien informées. De nombreux sujets consomment plusieurs catégories de substances psycho-actives différentes. Le diagnostic principal se fera, si possible, en fonction de la substance toxique (ou de la catégorie de substances toxiques) qui est responsable du tableau clinique ou qui en détermine les caractéristiques essentielles. Des diagnostics supplémentaires doivent être codés quand d'autres substances psycho-actives ont été consommées en quantité suffisante pour provoquer une intoxication (quatrième chiffre .0), des conséquences nocives (quatrième chiffre .1), une dépendance (quatrième chiffre .2) ou d'autres troubles (quatrième chiffre .3-9).

Le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances multiples (F19) doit être réservé à des cas où le choix des substances psycho-actives se fait de façon chaotique et sans discrimination, ou dans lesquels il n'est pas possible de différencier les effets provenant des unes ou des autres.

A l'exclusion de : abus de substances n'entraînant pas de dépendance (F55)

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme quatrième chiffre avec les rubriques F10-F19 :

.0 Intoxication aiguë

État consécutif à la prise d'une substance psycho-active et entraînant des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, de l'affect ou du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques. Les perturbations sont directement liées aux effets pharmacologiques aigus de la substance consommée, et disparaissent avec le temps, avec guérison complète, sauf dans les cas ayant entraîné des lésions organiques ou d'autres complications. Parmi les complications, on peut citer: les traumatismes, les fausses routes avec inhalation de vomissements, le delirium, le coma, les convulsions et d'autres complications médicales. La nature de ces complications dépend de la catégorie pharmacologique de la substance consommée et de son mode d'administration.

États de transe et de possession au cours d'une intoxication par une substance psycho-active, Intoxication pathologique, Ivresse : SAI, alcoolique aiguë, « Mauvais voyages" (drogues)

.1 Utilisation nocive pour la santé

Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psycho-actives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Abus d'une substance psycho-active

.2 Syndrome de dépendance

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psycho-active, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Le syndrome de dépendance peut concerner une substance psycho-active spécifique (par exemple le tabac, l'alcool ou le diazépam), une catégorie de substances (par exemple les substances opiacées), ou un ensemble plus vaste de substances psycho-actives pharmacologiquement différentes.

Alcoolisme chronique, Dipsomanie, Toxicomanie

.3 Syndrome de sevrage

Ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières et dont la gravité est variable; ils surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psycho-active consommée de façon prolongée. La survenue et l'évolution du syndrome de sevrage sont limitées dans le temps et dépendent de la catégorie et de la dose de la substance psycho-active consommée immédiatement avant l'arrêt ou la réduction de la consommation. Le syndrome de sevrage peut se compliquer de convulsions.

.4 Syndrome de sevrage avec delirium

État dans lequel le syndrome de sevrage décrit sous le quatrième chiffre .3 se complique d'un delirium (voir les critères de F05.-). Cet état peut également comporter des convulsions. Lorsque des facteurs organiques jouent également un rôle dans cette étiologie, l'état doit être classé en F05.8.

Delirium tremens

.5 Trouble psychotique

Ensemble de phénomènes psychotiques survenant durant ou immédiatement après la consommation d'une substance psycho-active, qui ne peuvent être entièrement expliqués par une intoxication aiguë et qui n'entrent pas dans le cadre d'un syndrome de sevrage. Ce trouble se caractérise par la présence d'hallucinations (typiquement auditives, mais souvent également polysensorielles), d'une distorsion des perceptions, d'idées délirantes (souvent de type paranoïaque ou persécutoire), de perturbations psychomotrices (agitation ou stupeur), et d'un affect anormal, pouvant aller d'une peur intense à l'extase. Les fonctions élémentaires ne sont habituellement pas touchées, mais il peut exister un certain degré

d'obnubilation de la conscience, n'atteignant toutefois jamais le caractère d'une confusion grave.

Hallucinoïse alcoolique, Jalousie alcoolique, Paranoïa alcoolique, Psychose SAI alcoolique

A l'exclusion de : trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive, induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives (F10-F19 avec le quatrième chiffre .7)

.6 Syndrome amnésique

Syndrome dominé par la présence de troubles chroniques de la mémoire (faits récents et anciens). La mémoire immédiate est habituellement préservée et la mémoire récente est plus sévèrement perturbée que la mémoire des faits anciens. Il y a habituellement des perturbations manifestes de la perception du temps et de la chronologie des événements, ainsi que des difficultés à apprendre des matières nouvelles. Le syndrome peut comporter une fabulation intense. Les autres fonctions cognitives sont d'habitude relativement préservées et les troubles mnésiques sont sans commune mesure avec les autres perturbations.

Psychose ou syndrome de Korsakov, induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives ou sans précision, Trouble amnésique induit par l'alcool ou les drogues

A l'exclusion de : syndrome de Korsakov non alcoolique (F04)

.7 Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive

État dans lequel les modifications, induites par les substances psycho-actives, des cognitions, des affects, de la personnalité ou du comportement persistent au-delà de la période où l'on estime que la substance psycho-active a des effets directs. La survenue de la perturbation doit être directement liée à la consommation de la substance. Les cas où le début du trouble est retardé par rapport à un (des) épisode(s) d'abus d'une substance psycho-active ne doivent être notés ici que s'il existe des arguments clairs et précis permettant d'attribuer le trouble aux effets résiduels de la substance. Les flashbacks peuvent être différenciés d'un état psychotique, en partie parce qu'ils sont épisodiques et souvent de courte durée, et en partie parce qu'ils reproduisent des expériences antérieures liées à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives.

Démence : alcoolique SAI et autres altérations des fonctions cognitives durables, moins sévères, Flashbacks, Syndrome cérébral alcoolique chronique, Trouble (des) : affectif résiduel, perceptions persistant, induit par des substances hallucinogènes, psychotique de survenue tardive, induit par des substances psycho-actives, résiduel de la personnalité et du comportement

A l'exclusion de : état psychotique induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives (F10-F19 avec le quatrième chiffre .5), syndrome de Korsakov induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives (F10-F19 avec le quatrième chiffre .6)

.8 Autres troubles mentaux et du comportement

.9 Trouble mental ou du comportement, sans précision

F10.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool

F11.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés

F12.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis

F13.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques

F14.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne

F15.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine

F16.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes

F17.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac

F18.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils

F19.- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives

Cette catégorie doit être utilisée quand au moins deux substances psycho-actives sont utilisées, sans qu'il soit possible de déterminer laquelle est principalement en cause dans le trouble. Cette catégorie doit également être utilisée quand la nature exacte de certaines - voire de l'ensemble- des substances psycho-actives utilisées est incertaine ou inconnue, de nombreux consommateurs de drogues multiples ne sachant pas exactement eux-mêmes ce qu'ils prennent.

Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)

Ce groupe réunit la schizophrénie, catégorie la plus importante de ce groupe de troubles, le trouble schizotypique, les troubles délirants persistants, et un groupe assez large de troubles psychotiques aigus et transitoires. Les troubles schizo-affectifs ont été maintenus ici, bien que leur nature reste controversée.

F20 Schizophrénie

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont: l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en F06.2, ceux induits par des substances psycho-actives étant à classer en F10-F19 avec le quatrième chiffre .5.

A l'exclusion de : réaction schizophrénique (F23.2), schizophrénie : aiguë (indifférenciée) (F23.2), cyclique (F25.2), trouble schizotypique (F21)

F20.0 Schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets.

Schizophrénie paraphrénique

A l'exclusion de : état paranoïaque d'involution (F22.8), paranoïa (F22.0)

F20.1 Schizophrénie hébéphrénique

Forme de schizophrénie caractérisée par la présence, au premier plan, d'une perturbation des affects; les idées délirantes et les hallucinations restent flottantes et fragmentaires, le comportement est irresponsable et imprévisible; il existe fréquemment un maniérisme. L'humeur est superficielle et inappropriée. La pensée est désorganisée et le discours incohérent. Le trouble entraîne fréquemment un isolement social. Le pronostic est habituellement médiocre, en raison de l'apparition précoce de symptômes "négatifs", concernant, en particulier, un émoussement des affects et une perte de la volonté. En principe, le diagnostic d'hébéphrénie doit être réservé à des adolescents et des adultes jeunes.

Hébéphrénie, Schizophrénie désorganisée

F20.2 Schizophrénie catatonique

La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes, pouvant alterner d'un extrême à un autre: hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme. Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée. La survenue d'épisodes d'agitation violente est caractéristique de ce trouble. Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues.

Catalepsie schizophrénique, Catatonie schizophrénique, Flexibilité cireuse catatonique, Stupeur catatonique

F20.3 Schizophrénie indifférenciée

Etats psychotiques répondant aux critères généraux de la schizophrénie, mais ne correspondant à aucune des formes cliniques décrites en F20.0-F20.2, ou répondant simultanément aux critères de plusieurs de ces formes, sans prédominance nette d'un groupe déterminé de caractéristiques diagnostiques.

Schizophrénie atypique

A l'exclusion de: dépression post-schizophrénique (F20.4), schizophrénie chronique indifférenciée (F20.5), trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique (F23.2)

F20.4 Dépression post-schizophrénique

Épisode dépressif, éventuellement prolongé, survenant au décours d'une maladie schizophrénique. Certains symptômes schizophréniques "positifs" ou "négatifs" doivent encore être présents, mais ne dominent plus le tableau clinique. Ce type d'état dépressif s'accompagne d'un risque accru de suicide. Si le patient ne présente plus aucun symptôme

schizophrénique, on doit faire un diagnostic d'épisode dépressif (F32.-). Si les symptômes schizophréniques restent florides et au premier plan de la symptomatologie, on doit garder le diagnostic de la forme clinique appropriée de schizophrénie (F20.0-F20.3).

F20.5 Schizophrénie résiduelle

Stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, avec une progression nette à partir du début jusqu'à un stade tardif caractérisé par des symptômes "négatifs" durables, mais pas obligatoirement irréversibles, par exemple ralentissement psychomoteur, hypoactivité, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la quantité et du contenu du discours, peu de communication non verbale (expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres.

État résiduel schizophrénique, Restzustand (schizophrénique), Schizophrénie chronique indifférenciée

F20.6 Schizophrénie simple

Trouble caractérisé par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société et d'une diminution globale des performances. La survenue des caractéristiques "négatives" de la schizophrénie résiduelle (par exemple un émoussement affectif et une perte de la volonté, etc.) n'est pas précédée d'un quelconque symptôme psychotique manifeste.

F20.8 Autres formes de schizophrénie

Accès schizophréniforme, Psychose schizophréniforme, Trouble schizophréniforme, Schizophrénie cénestopathique

A l'exclusion de : trouble schizophréniforme de courte durée (F23.2)

F20.9 Schizophrénie, sans précision

F21 Trouble schizotypique

Trouble caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution. La symptomatologie peut comporter une froideur affective inappropriée, une anhédonie, un comportement étrange ou excentrique, une tendance au retrait social, des idées de persécution ou des idées bizarres, ne présentant pas les caractéristiques d'idées délirantes authentiques, des ruminations obsessionnelles, des troubles du cours de la pensée et des

perturbations des perceptions, parfois des épisodes transitoires quasipsychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres et des idées pseudo-délirantes, survenant habituellement sans facteur déclenchant extérieur. Le début du trouble est difficile à déterminer et son évolution correspond habituellement à celle d'un trouble de la personnalité.

Personnalité schizotypique, Réaction schizophrénique latente, Schizophrénie : borderline, latente, prépsychotique, prodromique, pseudo-névrotique, pseudo-psychothique

A l'exclusion de : personnalité schizoïde (F60.1), syndrome d'Asperger (F84.5)

F22 Troubles délirants persistants

Comprend des troubles divers, caractérisés uniquement, ou essentiellement, par la présence d'idées délirantes persistantes et ne pouvant être classés parmi les troubles organiques, schizophréniques ou affectifs. Quand la durée d'un trouble délirant est inférieure à quelques mois, il doit être classé, au moins temporairement, en F23.-.

F22.0 Trouble délirant

Trouble caractérisé par la survenue d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idées délirantes apparentées, habituellement persistantes, parfois durant toute la vie. Le contenu de l'idée ou des idées délirantes est très variable. La présence d'hallucinations auditives (voix) manifestes et persistantes, de symptômes schizophréniques tels que des idées délirantes d'influence ou un émoussement net des affects, ou la mise en évidence d'une affection cérébrale, sont incompatibles avec le diagnostic. Toutefois, la présence d'hallucinations auditives, en particulier chez les sujets âgés, survenant de façon irrégulière ou transitoire, ne permet pas d'éliminer ce diagnostic, à condition qu'il ne s'agisse pas d'hallucinations typiquement schizophréniques et qu'elles ne dominent pas le tableau clinique.

État paranoïaque, Paranoïa, Paraphrénie (tardive), Psychose paranoïaque, Sensitiver Beziehungswahn (délire de relation des sensitifs)

A l'exclusion de : personnalité paranoïaque (F60.0), psychose paranoïaque psychogène (F23.3), réaction paranoïaque (F23.3), schizophrénie paranoïde (F20.0)

F22.8 Autres troubles délirants persistants

Troubles dans lesquels l'idée ou les idées délirantes sont accompagnées d'hallucinations auditives persistantes à type de voix ou de symptômes schizophréniques qui ne justifient pas un diagnostic de schizophrénie (F20.-).

Dysmorphophobie délirante, État paranoïaque d'involution, Paranoïa quérulente

F22.9 Trouble délirant persistant, sans précision

F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires

Groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue aiguë de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du comportement normal. Une survenue aiguë est définie comme étant l'apparition, allant crescendo, d'un tableau clinique manifestement pathologique, en deux semaines au plus. Ces troubles ne comportent aucun élément en faveur d'une étiologie organique. Ils s'accompagnent souvent d'une perplexité ou d'une hébétude, mais les perturbations de l'orientation dans le temps, dans l'espace, et quant à la personne, ne sont pas suffisamment persistantes ou graves pour répondre aux critères d'un delirium d'origine organique (F05.-). En général, ces troubles guérissent complètement en moins de quelques mois, souvent en quelques semaines ou jours. Le diagnostic doit être modifié si le trouble persiste. Le trouble peut être associé à un facteur aigu de stress, c'est-à-dire habituellement à des événements stressants survenus une ou deux semaines avant le début du trouble.

F23.0 Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques

Trouble psychotique aigu, comportant des hallucinations, des idées délirantes ou des perturbations des perceptions manifestes, mais très variables, changeant de jour en jour, voire d'heure en heure. Il existe souvent un bouleversement émotionnel s'accompagnant de sentiments intenses et transitoires de bonheur ou d'extase, d'anxiété ou d'irritabilité. Le polymorphisme et l'instabilité sont caractéristiques du tableau clinique. Les caractéristiques psychotiques ne répondent pas aux critères de la schizophrénie (F20.-). Ces troubles ont souvent un début brutal, se développent rapidement en l'espace de quelques jours et disparaissent souvent rapidement, sans rechutes. Quand les symptômes persistent, le diagnostic doit être modifié pour celui de trouble délirant persistant (F22.-).

Bouffée délirante sans symptômes schizophréniques ou sans précision, Psychose cycloïde sans symptômes schizophréniques ou sans précision

F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques

Trouble psychotique aigu caractérisé par la présence du tableau clinique polymorphe et instable décrit sous F23.0; malgré l'instabilité du tableau clinique, certains symptômes typiquement schizophréniques sont présents la plupart du temps. Quand les symptômes schizophréniques persistent, le diagnostic doit être modifié pour celui de schizophrénie (F20.-).

Bouffée délirante avec symptômes schizophréniques, Psychose cycloïde avec symptômes schizophréniques

F23.2 Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique

Trouble psychotique aigu, caractérisé par la présence de symptômes psychotiques relativement stables, justifiant un diagnostic de schizophrénie, mais persistant moins d'un mois. Les caractéristiques polymorphes instables décrites en F23.0 sont absentes. Quand les symptômes schizophréniques persistent, le diagnostic doit être modifié pour celui de schizophrénie (F20.-).

Accès schizophréniforme de courte durée, Psychose schizophréniforme de courte durée, Trouble schizophréniforme de courte durée, Réaction schizophrénique, Schizophrénie aiguë (indifférenciée)

A l'exclusion de: trouble : délirant organique [d'allure schizophrénique] F06.2), schizophréniforme SAI (F20.8)

F23.3 Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant

Trouble psychotique aigu, caractérisé par la présence au premier plan du tableau clinique d'idées délirantes ou d'hallucinations relativement stables, mais ne justifiant pas un diagnostic de schizophrénie (F20.-).

Quand les idées délirantes persistent, le diagnostic doit être modifié pour celui de trouble délirant persistant (F22.-).

Psychose paranoïaque psychogène, Réaction paranoïaque

F23.8 Autres troubles psychotiques aigus et transitoires

Autres troubles psychotiques aigus précisés, ne comportant aucun élément en faveur d'une étiologie organique, et ne justifiant pas un classement en F23.0-F23.3.

F23.9 Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision

Psychose réactionnelle (brève) SAI

F24 Trouble délirant induit

Trouble délirant partagé par au moins deux personnes liées très étroitement entre elles sur le plan émotionnel. Un seul des partenaires présente un trouble psychotique authentique;

les idées délirantes sont induites chez l'autre (les autres) et disparaissent habituellement en cas de séparation des partenaires.

Folie à deux, Trouble : paranoïaque induit, psychotique induit

F25 Troubles schizo-affectifs

Troubles épisodiques, dans lesquels des symptômes affectifs et des symptômes schizophréniques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie, mais ne justifient pas un diagnostic ni de schizophrénie, ni d'épisode dépressif ou maniaque. Les affections au cours desquelles des symptômes affectifs sont surajoutés à une maladie schizophrénique préexistante, ou vont de pair ou alternent avec des troubles délirants persistants d'un type différent, sont classés sous F20-F29. La présence de symptômes psychotiques non congruents à l'humeur, au cours des troubles affectifs, ne justifie pas un diagnostic de trouble schizo-affectif.

F25.0 Trouble schizo-affectif, type maniaque

Trouble dans lequel des symptômes schizophréniques et des symptômes maniaques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie au cours d'un même épisode de la maladie, l'épisode pathologique ne justifiant ainsi un diagnostic ni de schizophrénie ni d'épisode maniaque. Cette catégorie doit être utilisée pour classer un épisode isolé et le trouble récurrent dont la plupart des épisodes sont des épisodes schizo-affectifs, type maniaque.

Psychose : schizo-affective, type maniaque, schizophréniforme, type maniaque

F25.1 Trouble schizo-affectif, type dépressif

Trouble dans lequel des symptômes schizophréniques et des symptômes dépressifs sont conjointement au premier plan de la symptomatologie au cours d'un même épisode de la maladie, l'épisode pathologique ne justifiant ainsi un diagnostic ni de schizophrénie ni d'épisode dépressif. Cette catégorie doit être utilisée pour classer un épisode isolé et le trouble récurrent dont la plupart des épisodes sont des épisodes schizo-affectifs, type dépressif.

Psychose : schizo-affective, type dépressif, schizophréniforme, type dépressif

F25.2 Trouble schizo-affectif, type mixte

Psychose schizophrénique et affective mixte, Schizophrénie cyclique

F25.8 Autres troubles schizo-affectifs

F25.9 Trouble schizo-affectif, sans précision

Psychose schizo-affective SAI

F28 Autres troubles psychotiques non organiques

Troubles délirants ou hallucinatoires ne justifiant pas un diagnostic de schizophrénie (F20.-), de trouble délirant persistant (F22.-), de trouble psychotique aigu et transitoire (F23.-), d'épisode maniaque, type psychotique (F30.2) ou d'épisode dépressif grave, type psychotique (F32.3) .

Psychose hallucinatoire chronique

F29 Psychose non organique, sans précision

Psychose SAI

A l'exclusion de : psychose organique ou symptomatique SAI (F09), trouble mental SAI (F99)

Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39)

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants.

F30 Épisode maniaque

Toutes les subdivisions de cette catégorie s'appliquent exclusivement à un épisode isolé. Un épisode hypomaniaque ou maniaque survenant chez un sujet ayant présenté un ou plusieurs épisodes affectifs dans le passé (dépressif, hypomaniaque, maniaque, ou mixte) doit conduire à un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-).

Comprend : trouble bipolaire, épisode maniaque isolé

F30.0 Hypomanie

Trouble caractérisé par la présence d'une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique. Il existe souvent une augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité, ou de l'énergie sexuelle et une réduction du besoin de sommeil; ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. L'euphorie et la sociabilité sont parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières. Les perturbations de l'humeur et du comportement ne sont pas accompagnées d'hallucinations ou d'idées délirantes.

F30.1 Manie sans symptômes psychotiques

Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciant à une agitation pratiquement incontrôlable. Cette élévation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées.

F30.2 Manie avec symptômes psychotiques

Présence, associée au tableau clinique décrit en F30.1, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou d'hallucinations (habituellement à type de voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement.

Manie avec symptômes psychotiques : congruents à l'humeur, non congruents à l'humeur,
Stupeur maniaque

F30.8 Autres épisodes maniaques

F30.9 Épisode maniaque, sans précision

Manie SAI

F31 Trouble affectif bipolaire

Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de

l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires (F31.8).

Comprend : maladie psychose maniaco-dépressive réaction

A l'exclusion de : cyclothymie (F34.0), trouble bipolaire, épisode maniaque isolé (F30.-)

F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque

Le sujet est actuellement hypomaniaque, et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif, ou mixte).

F31.1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, sans symptômes psychotiques (comme sous F30.1), et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif, ou mixte).

F31.2 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, avec symptômes psychotiques (comme sous F30.2), et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif, ou mixte).

F31.3 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité légère ou moyenne (F32.0 ou F32.1), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte bien documenté, et l'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs, soit par une alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs.

A l'exclusion de : épisode affectif mixte isolé (F38.0)

F31.7 Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté, et au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte), mais sans aucune perturbation significative de l'humeur, ni actuellement, ni au cours des derniers mois. Les rémissions sous traitement prophylactique doivent être classées ici.

F31.8 Autres troubles affectifs bipolaires

Épisodes maniaques récurrents, Trouble bipolaire II

F31.9 Trouble affectif bipolaire, sans précision

F32 Épisodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression: léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un

ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif: léger, moyen et sévère.

Comprend : épisodes isolés de : dépression : psychogène, réactionnelle, réaction dépressive

A l'exclusion de : associés à un trouble des conduites en F91.(F92.0), trouble (de) : adaptation (F43.2), dépressif récurrent (F33.-)

F32.0 Épisode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32.1 Épisode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

F32.2 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes "somatiques" sont habituellement présents.

Dépression : épisode isolé sans symptômes psychotiques, agitée épisode isolé sans, symptômes psychotiques, majeure épisode isolé sans symptômes psychotiques, vitale épisode isolé sans symptômes psychotiques

F32.3 Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

Épisode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32.2) mais s'accompagnant, par ailleurs, d'hallucinations, d'idées délirantes, ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur.

Épisodes isolés de : dépression : majeure avec symptômes psychotiques, psychotique, psychose dépressive : psychogène, réactionnelle

F32.8 Autres épisodes dépressifs

Dépression atypique, Épisodes isolés d'une dépression "masquée" SAI

F32.9 Épisode dépressif, sans précision

Dépression SAI, Trouble dépressif SAI

F33 Trouble dépressif récurrent

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33.2 et F33.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus, Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31.-).

Comprend : épisodes récurrents de : dépression : psychogène, réactionnelle, réaction dépressive, trouble dépressif saisonnier

A l'exclusion de : épisodes dépressifs récurrents de courte durée (F38. 1)

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant léger (F32.0), en l'absence de tout antécédent de manie.

F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant moyen (F32.1), en l'absence de tout antécédent de manie.

F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), en l'absence de tout antécédent de manie.

Dépression : endogène sans symptômes psychotiques, majeure récurrente, sans symptômes psychotiques, vitale récurrente, sans symptômes psychotiques, Psychose maniaco-dépressive, forme dépressive, sans symptômes psychotiques

F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3), en l'absence de tout épisode précédent de manie.

Dépression endogène avec symptômes psychotiques, Épisodes récurrents sévères de : dépression : majeure, avec symptômes psychotiques, psychotique, psychose dépressive : psychogène, réactionnelle, Psychose maniaco-dépressive, forme dépressive, avec symptômes psychotiques

F33.4 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission

Le sujet a eu, dans le passé, au moins deux épisodes dépressifs répondant aux descriptions données en F33.0-F33.3, mais ne présente aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois.

F33.8 Autres troubles dépressifs récurrents

F33.9 Trouble dépressif récurrent, sans précision

Dépression unipolaire SAI

F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants

Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un état affectif persistant.

F34.0 Cyclothymie

Instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-) ou de trouble dépressif récurrent (F33.-). Le trouble se rencontre fréquemment dans la famille de sujets ayant un trouble affectif bipolaire et certains sujets cyclothymiques sont eux-mêmes atteints ultérieurement d'un trouble affectif bipolaire.

Personnalité : affective, cycloïde, cyclothymique

F34.1 Dysthymie

Abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33.-).

Dépression : anxieuse persistante, névrotique, Névrose dépressive, Personnalité dépressive

A l'exclusion de : dépression anxieuse (légère ou non persistante) (F41 .2)

F34.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] persistants

F34.9 Trouble de l'humeur [affectif] persistant, sans précision

F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]

Tous les autres troubles de l'humeur dont la sévérité ou la durée est insuffisante pour justifier un classement en F30-F34.

F38.0 Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolés

Épisode affectif mixte isolé

F38.1 Autres troubles de l'humeur [affectifs] récurrents

Épisodes dépressifs récurrents de courte durée

F38.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] précisés

F39 Trouble de l'humeur [affectif], sans précision

Psychose affective SAI

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48)

A l'exclusion de : associés à un trouble des conduites codé en F91.- (F92.8)

F40 Troubles anxieux phobiques

Groupe de troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle. Ces situations sont de ce fait typiquement évitées ou endurées avec appréhension. Les préoccupations du sujet peuvent être centrées sur des symptômes individuels tels que des palpitations ou une impression d'évanouissement et aboutissent souvent à une peur de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou. La simple évocation d'une situation phobogène déclenche habituellement une anxiété anticipatoire. L'anxiété phobique est souvent associée à une dépression. Pour déterminer s'il convient de faire deux diagnostics (anxiété phobique et épisode dépressif), ou un seul (anxiété phobique ou épisode dépressif), il faut tenir compte de l'ordre de survenue des troubles et des mesures thérapeutiques au moment de l'examen.

F40.0 Agoraphobie

Groupe relativement bien défini de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics, ou la peur de voyager seul en train, en autobus ou en avion. La présence d'un trouble panique est fréquente au cours des épisodes actuels ou antérieurs d'agoraphobie. Parmi les caractéristiques associées, on retrouve souvent des symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que des phobies sociales. Les conduites d'évitement sont souvent au premier plan de la symptomatologie et certains agoraphobes n'éprouvent que peu d'anxiété, car ils parviennent à éviter les situations phobogènes.

Agoraphobie sans antécédents de trouble panique, Trouble panique avec agoraphobie

F40.1 Phobies sociales

Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué. Les phobies sociales peuvent se manifester par un rougissement, un tremblement des mains, des nausées ou un besoin

urgent d'uriner, le patient étant parfois convaincu que l'une ou l'autre de ces manifestations secondaires constitue le problème primaire. Les symptômes peuvent évoluer vers des attaques de panique.

Anthropophobie, Névrose sociale

F40.2 Phobies spécifiques (isolées)

Phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures. Bien que limitée, la situation phobogène peut déclencher, quand le sujet y est exposé, un état de panique, comme dans l'agoraphobie ou la phobie sociale.

Acrophobie, Claustrophobie, Phobie(s) (des) : animaux, simple

A l'exclusion de : dysmorphophobie (non délirante) (F45.2), nosophobie (F45.2)

F40.8 Autres troubles anxieux phobiques

F40.9 Trouble anxieux phobique, sans précision

État phobique SAI, Phobie SAI

F41 Autres troubles anxieux

Troubles caractérisés essentiellement par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée. Ils peuvent s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de certaines manifestations traduisant une anxiété phobique, ces manifestations étant toutefois manifestement secondaires ou peu sévères.

F41.0 Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]

Les caractéristiques essentielles de ce trouble sont des attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible. Comme dans d'autres troubles anxieux, les symptômes essentiels concernent la survenue brutale de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement, d'étourdissements et de sentiments d'irréalité (dépersonnalisation ou déréalisation). Il existe par ailleurs souvent aussi une peur secondaire de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou. On ne doit pas faire un diagnostic principal de trouble panique quand le sujet présente un trouble

dépressif au moment de la survenue des attaques de panique; les attaques de panique sont, dans ce cas, probablement secondaires à la dépression.

Attaque de panique, État de panique

A l'exclusion de : trouble panique avec agoraphobie (F40.0)

F41.1 Anxiété généralisée

Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est "flottante"). Les symptômes essentiels sont variables, mais le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de "tête vide", de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

État anxieux, Névrose anxieuse, Réaction anxieuse

A l'exclusion de : neurasthénie (F48.0)

F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte

Cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte.

Dépression anxieuse (légère ou non persistante)

F41.3 Autres troubles anxieux mixtes

Symptômes anxieux s'accompagnant de caractéristiques d'autres troubles cités en F42-F48. Aucun symptôme, considéré séparément, n'est suffisamment grave pour justifier un diagnostic.

F41.8 Autres troubles anxieux précisés

Hystérie d'angoisse

F41.9 Trouble anxieux, sans précision

Anxiété SAI

F42 Trouble obsessionnel-compulsif

Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations, ou des impulsions, faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée. En règle générale, elles gênent considérablement le sujet, lequel essaie souvent de leur résister, mais en vain. Le sujet reconnaît toutefois qu'il s'agit de ses propres pensées, même si celles-ci sont étrangères à sa volonté et souvent répugnantes. Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives. Le sujet ne tire aucun plaisir direct de la réalisation de ces actes, lesquels, par ailleurs, n'aboutissent pas à la réalisation de tâches utiles en elles-mêmes. Le comportement compulsif a pour but d'empêcher un événement, dont la survenue est objectivement peu probable, impliquant souvent un malheur pour le sujet ou dont le sujet serait responsable. Le sujet reconnaît habituellement l'absurdité et l'inutilité de son comportement et fait des efforts répétés pour supprimer celui-ci. Le trouble s'accompagne presque toujours d'une anxiété. Cette anxiété s'aggrave quand le sujet essaie de résister à son activité compulsive.

Comprend : névrose : anankastique, obsessionnelle-compulsive

A l'exclusion de : personnalité obsessionnelle-compulsive (F60.5)

F42.0 Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan

Il peut s'agir d'idées, de représentations ou d'impulsions qui sont habituellement à l'origine d'un sentiment de détresse. Parfois, il s'agit d'hésitations interminables entre des alternatives qui s'accompagnent souvent d'une impossibilité à prendre des décisions banales mais nécessaires dans la vie courante. Il existe une relation particulièrement étroite entre ruminations obsédantes et dépression et on ne fera un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif que si les ruminations surviennent ou persistent en l'absence d'un épisode dépressif.

F42.1 Avec comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan

La plupart des comportements compulsifs concernent la propreté (en particulier le lavage des mains), des vérifications répétées pour éviter la survenue d'une situation qui pourrait devenir dangereuse, ou un souci excessif de l'ordre et du rangement. Le comportement du sujet est sous-tendu par une crainte consistant habituellement dans l'appréhension d'un danger, encouru ou provoqué par le sujet et l'activité rituelle constitue un moyen inefficace ou symbolique pour écarter ce danger.

F42.2 Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs

F42.8 Autres troubles obsessionnels-compulsifs

F42.9 Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision

F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation

Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants: un, événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi les événements de la vie ("life events") peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre, mais il n'est pas toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faut prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces événements de la vie ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé.

En revanche, on admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les circonstances pénibles persistantes constituent le facteur causal primaire et essentiel, en l'absence duquel le trouble ne serait pas survenu. Les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale.

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état "d'hébétude" caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative - voir F44.2), ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète (F44.0) de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

Choc psychique, État de crise, Fatigue de combat, Réaction aiguë (au) (de) : crise, stress

F43.1 État de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable "d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif, avec hypervigilance, état de "qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Névrose traumatique

F43.2 Troubles de l'adaptation

État de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié); ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant, échec dans la poursuite d'un but important, mise à la retraite). La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites.

Choc culturel, Hospitalisme chez l'enfant, Réaction de deuil

A l'exclusion de : angoisse de séparation de l'enfance (F93.0)

F43.8 Autres réactions à un facteur de stress sévère

F43.9 Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision

F44 Troubles dissociatifs [de conversion]

Les divers troubles dissociatifs (ou de conversion) ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Toutes les variétés de troubles dissociatifs ont tendance à disparaître après quelques semaines ou mois, en particulier quand leur survenue est associée à un événement traumatique. L'évolution peut également se faire vers des troubles plus chroniques, en particulier des paralysies et des anesthésies, quand la survenue du trouble est liée à des problèmes ou des difficultés interpersonnelles insolubles. Dans le passé, ces troubles ont été classés comme divers types "d'hystérie de conversion". On admet qu'ils sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables, ou des relations interpersonnelles difficiles. Les symptômes traduisent souvent l'idée que se fait le sujet du tableau clinique d'une maladie physique. L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique (en particulier neurologique) connu. Par ailleurs, on dispose d'arguments pour penser que la perte d'une fonction est, dans ce trouble, l'expression d'un conflit ou d'un besoin psychique. Les symptômes peuvent se développer en relation étroite avec un facteur de stress psychologique et ils surviennent souvent brusquement. Seuls les troubles impliquant soit une perturbation des fonctions physiques normalement sous le contrôle de la volonté, soit une perte des sensations sont inclus ici. Les troubles impliquant des manifestations douloureuses ou d'autres sensations physiques complexes faisant intervenir le système nerveux autonome, sont classés parmi les troubles somatoformes (F45.0). La possibilité de survenue, à une date ultérieure, d'un trouble physique ou psychiatrique grave, doit toujours être gardée à l'esprit.

Comprend : hystérie (de conversion), psychose hystérique, réaction de conversion

A l'exclusion de : simulateur (Z76.5)

F44.0 Amnésie dissociative

La caractéristique essentielle est une perte de la mémoire, concernant habituellement des événements importants récents, non due à un trouble mental organique, et trop importante pour être mise sur le compte d'une simple "mauvaise mémoire" ou d'une fatigue. L'amnésie concerne habituellement des événements traumatisants, tels que des accidents ou des deuils imprévus et elle est le plus souvent partielle et sélective. Une amnésie complète et généralisée est rare, et elle accompagne habituellement une fugue (F44. 1); dans ce cas, on doit faire un diagnostic de fugue. On ne doit pas faire ce diagnostic en présence d'un trouble cérébral organique, d'une intoxication, ou d'une fatigue extrême.

A l'exclusion de : amnésie : SAI (R41.3), antérograde (R41. 1), post-critique chez les épileptiques (G40.-), rétrograde (R41.2), syndrome amnésique : induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives (F10-F19 avec le quatrième chiffre .6), organique non alcoolique (F04)

F44.1 Fugue dissociative

La fugue dissociative présente toutes les caractéristiques d'une amnésie dissociative et comporte, par ailleurs, un déplacement, en apparence motivé, dépassant le rayon du déplacement quotidien habituel. Bien qu'il existe une amnésie pour la période de la fugue, le comportement du sujet au cours de cette dernière peut paraître parfaitement normal à des observateurs indépendants.

A l'exclusion de : fugue post-critique chez les épileptiques (G40.-)

F44.2 Stupeur dissociative

Le diagnostic de stupeur repose sur la présence d'une diminution importante ou d'une absence des mouvements volontaires et d'une réactivité normale à des stimuli externes tels que la lumière, le bruit, ou le toucher, mais l'examen clinique et les examens complémentaires ne mettent en évidence aucun élément en faveur d'une cause physique. Par ailleurs, on dispose d'arguments en faveur d'une origine psychogène du trouble, dans la mesure où il est possible de mettre en évidence des événements ou des problèmes stressants récents.

A l'exclusion de : stupeur : SAI (R40.1), catatonique (F20.2), dépressive (F31-F33), maniaque (F30.2), trouble catatonique organique (F06.1)

F44.3 États de transe et de possession

Troubles caractérisés par une perte transitoire de la conscience de sa propre identité, associée à une conservation parfaite de la conscience du milieu environnant. Sont à inclure ici uniquement les états de transe involontaires ou non désirés, survenant en dehors de situations admises dans le contexte religieux ou culturel du sujet.

A l'exclusion de : états associés à : intoxication aiguë par une substance psychoactive (F10-F19 avec le quatrième chiffre .0), schizophrénie (F20.-), syndrome post-commotionnel (F07.2), trouble organique de la personnalité (F07.0), troubles psychotiques aigus et transitoires (F23.-)

F44.4 Troubles moteurs dissociatifs

Dans les formes les plus fréquentes de ces troubles, il existe une perte de la capacité à bouger une partie ou la totalité d'un membre ou de plusieurs membres. Les manifestations

de ce trouble peuvent ressembler à celles de pratiquement toutes les formes d'ataxie, d'apraxie, d'akinésie, d'aphonie, de dysarthrie, de dyskinésie, de convulsions ou de paralysie.

Aphonie psychogène, Dysphonie psychogène

F44.5 Convulsions dissociatives

Les convulsions dissociatives peuvent ressembler très étroitement aux mouvements que l'on observe au cours d'une crise épileptique; toutefois, la morsure de la langue, les blessures dues à une chute ou la perte des urines sont rares; par ailleurs, le trouble peut s'accompagner d'un état de stupeur ou de transe mais il ne s'accompagne pas d'une perte de la conscience.

F44.6 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles

Les limites des territoires cutanés anesthésiés correspondent plus aux conceptions personnelles du patient sur le fonctionnement du corps qu'à des connaissances médicales. Il peut y avoir atteinte de certains types de sensibilité, avec conservation des autres, ne correspondant à aucune lésion neurologique connue. La perte de sensibilité peut s'accompagner de paresthésies. La perte de la vision ou de l'audition est rarement totale dans les troubles dissociatifs.

Surdité psychogène

F44.7 Trouble dissociatif [de conversion] mixte

Association de troubles précisés en F44.0-F44.6

F44.8 Autres troubles dissociatifs [de conversion]

Confusion psychogène, état second psychogène, Personnalité multiple, Syndrome de Ganser

F44.9 Trouble dissociatif [de conversion], sans précision

F45 Troubles somatoformes

La caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un

trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

A l'exclusion de : dysfonctionnement sexuel non induit par un trouble ou une maladie organique (F52.-), facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54), habitude de se ronger les ongles (F98.8), lallation (F80.0), onychophagie (F98.8), s'arracher les cheveux (F98.4), succion du pouce (F98.8), syndrome de Gilles de la Tourette (F95.2), tics de l'enfance et de l'adolescence (F95.-), trichotillomanie (F63.3), troubles dissociatifs (F44.-), zézaiement (F80.8)

F45.0 Somatisation

Les principales caractéristiques sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans. Dans la plupart des cas, les sujets entretiennent, depuis longtemps, des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Quand le trouble est de durée plus brève (moins de deux ans) ou quand il se caractérise par des symptômes moins évidents, on doit faire un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1).

Trouble psychosomatique multiple

A l'exclusion de : simulateur (Z76.5)

F45.1 Trouble somatoforme indifférencié

Le diagnostic d'un trouble somatoforme indifférencié doit être envisagé devant des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation.

Trouble psychosomatique indifférencié

F45.2 Trouble hypocondriaque

La caractéristique essentielle de ce trouble est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles somatiques graves et évolutifs, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant l'apparence physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par le sujet comme étant anormaux ou pénibles. L'attention du sujet se concentre habituellement sur un ou deux organes ou systèmes. Il existe souvent une dépression et une anxiété importantes, pouvant justifier un diagnostic supplémentaire.

Dysmorphophobie (non délirante), Hypochondrie, Névrose hypochondriaque, Nosophobie, Peur d'une dysmorphie corporelle

A l'exclusion de : dysmorphophobie délirante (F22.8), idées délirantes stables concernant le fonctionnement ou la forme du corps (F22.-)

F45.3 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

Le patient attribue ses symptômes au trouble somatique d'un système ou d'un organe innervé et contrôlé, en grande partie ou entièrement, par le système neurovégétatif: système cardio-vasculaire, gastro-intestinal, respiratoire, et urogénital. Les symptômes sont habituellement de deux types, aucun des deux n'évoquant un trouble somatique de l'organe ou du système concerné. Le premier type concerne des plaintes en rapport avec des signes objectifs d'un hyperfonctionnement neurovégétatif, par exemple des palpitations, une transpiration, des bouffées de chaleur ou de froid, des tremblements, ainsi que des manifestations traduisant une crainte et un sentiment de détresse quant à la présence possible d'un trouble somatique. Le deuxième type concerne des plaintes subjectives non spécifiques et variables, par exemple des douleurs vagues, des sensations de brûlure, de lourdeur, d'oppression, de gonflement ou d'étirement, attribuées par le patient à un organe ou à un système spécifique.

Asthénie neuro-circulatoire, Formes psychogènes de : aérophagie, "côlon irritable", diarrhée, dyspepsie, dysurie, flatulence, hoquet, hyperventilation, mictions fréquentes, spasme du pylore, toux, Névrose : cardiaque, gastrique, Syndrome de Da Costa

A l'exclusion de : facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54)

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant

La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici.

Céphalées psychogènes, Dorsalgie psychogène, Douleur somatoforme, Psychalgie

A l'exclusion de : céphalée de tension (G44.2), douleur : SAI (R52.9), aiguë (R52.0), chronique (R52.2), irréductible (R52.1), mal de dos SAI (M54.9)

F45.8 Autres troubles somatoformes

Tous les autres troubles des sensations, des fonctions et du comportement, non dus à un trouble physique, qui ne sont pas sous l'influence du système neurovégétatif, qui se rapportent à des systèmes ou à des parties du corps spécifiques, et qui sont étroitement liés d'un point de vue chronologique avec des événements ou des problèmes stressants.

Dysménorrhée psychogène, Dysphagie, y compris la "boule hystérique" psychogène, Prurit psychogène, Torticolis psychogène, Grincement des dents (bruxisme)

F45.9 Trouble somatoforme, sans précision

Trouble psychosomatique SAI

F48 Autres troubles névrotiques

F48.0 Neurasthénie

Il existe des variations culturelles importantes dans les manifestations de ce trouble, qui comporte deux types essentiels, ayant de nombreux points communs. Dans le premier type, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace. Dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre. Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, telles que des sensations vertigineuses, des céphalées de tension et une impression d'instabilité globale. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures. Il existe souvent une insomnie d'endormissement, une insomnie du milieu de la nuit ou une hypersomnie.

Syndrome asthénique

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier une maladie somatique antérieure.

A l'exclusion de : asthénie SAI (R53), malaise ou fatigue (R53), psychasthénie (F48.8), surmenage (Z73.0), syndrome de fatigue post-virale (G93.3)

F48.1 Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation

Trouble rare, au cours duquel le sujet se plaint spontanément d'une altération qualitative de son activité mentale, de son corps et de son environnement, ceux-ci étant perçus comme irréels, lointains ou "robotisés". Les plaintes concernant une perte des émotions et une impression d'étrangeté ou de détachement par rapport à ses pensées, à son corps, ou le monde réel, constituent les plus fréquentes des multiples manifestations caractérisant ce trouble. En dépit de la nature dramatique de ce type d'expérience, le sujet est conscient de la non réalité du changement. L'orientation est normale et les capacités d'expression émotionnelle intactes. Des symptômes de dépersonnalisation-déréalisation peuvent survenir dans le contexte d'un trouble schizophrénique, dépressif, phobique ou obsessionnel-compulsif identifiable. Dans de tels cas, le diagnostic doit être celui du trouble principal.

F48.8 Autres troubles névrotiques précisés

Névrose : professionnelle, psychasthénique, Psychasthénie, Syncope psychogène,
Syndrome de : Briquet, Dhat

F48.9 Trouble névrotique, sans précision

Névrose SAI

Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59)

F50 Troubles de l'alimentation

A l'exclusion de : anorexie SAI (R63.0), difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée (R63.3), polyphagie (R63.2), troubles de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant (F98.2)

F50.0 Anorexie mentale

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté ou une femme plus âgée jusqu'à la ménopause. Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie : la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent à eux-mêmes un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques. Les symptômes comprennent une restriction

des choix alimentaires, une pratique excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques.

A l'exclusion de : perte d'appétit (R63.0), psychogène (F50.8)

F50.1 Anorexie mentale atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple: l'un des symptômes-clés, telle une aménorrhée ou une peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids. On ne doit pas faire ce diagnostic quand un trouble somatique connu pour entraîner une perte de poids est associé.

F50.2 Boulimie (bulimia nervosa)

Syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années plus tôt.

Boulimie SAI, Hyperorexia nervosa

F50.3 Boulimie atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple: accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques

Hyperphagie due à des événements stressants, tels que deuil, accident, accouchement, etc.

Hyperphagie psychogène

A l'exclusion de : obésité (E66.-)

F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques

Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F44.-) et d'une hypochondrie (F45.2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à une des affections classées en dehors de ce chapitre. Ce code peut également être utilisé en complément du code 021.(vomissements incoercibles au cours de la grossesse), quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse.

Vomissements psychogènes

A l'exclusion de : nausées (R11), vomissements SAI (R11)

F50.8 Autres troubles de l'alimentation

Perte d'appétit psychogène, Pica de l'adulte

A l'exclusion de : pica du nourrisson et de l'enfant (F98.3)

F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision

F51 Troubles du sommeil non organiques

Dans de nombreux cas, une perturbation du sommeil est l'un des symptômes d'un autre trouble mental ou physique. Savoir si, chez un patient donné, un trouble du sommeil est une perturbation indépendante ou simplement l'une des manifestations d'un autre trouble classé, soit dans ce chapitre, soit dans d'autres chapitres, doit être précisé sur la base des éléments cliniques et de l'évolution, aussi bien qu'à partir de considérations et de priorités thérapeutiques au moment de la consultation. En règle générale, ce code doit être utilisé conjointement à d'autres diagnostics pertinents décrivant la psychopathologie et la physiopathologie impliquées dans un cas donné, quand la perturbation du sommeil est une des plaintes prépondérantes et quand elle est ressentie comme une affection en elle-même. Cette catégorie comprend uniquement les troubles du sommeil qui sont imputables à des facteurs émotionnels. Il ne comprend pas les troubles du sommeil imputables à des troubles somatiques identifiables classés ailleurs.

A l'exclusion de : troubles du sommeil d'origine organique (G47.-)

F51.0 Insomnie non organique

Affection dans laquelle la durée et la qualité du sommeil ne sont pas satisfaisantes; qui persiste pendant une période prolongée; il peut s'agir d'une difficulté d'endormissement, d'une difficulté à rester endormi ou d'un réveil matinal précoce. L'insomnie est un

symptôme commun à de nombreux troubles mentaux ou physiques; elle ne doit être classée ici, parallèlement au diagnostic principal, que lorsqu'elle domine le tableau clinique.

A l'exclusion de : insomnie organique (G47 0)

F51.1 Hypersomnie non organique

L'hypersomnie est un état défini soit par une somnolence diurne excessive et des attaques de sommeil (non expliquées par une durée inadéquate de sommeil), soit par des périodes de transition prolongées, lors du réveil, entre le sommeil et l'état d'éveil complet. En l'absence d'un facteur organique expliquant la survenue d'une hypersomnie, cet état est habituellement attribuable à un trouble mental.

A l'exclusion de : hypersomnie organique (G47.1), narcolepsie (G47.4)

F51.2 Trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique

Absence de synchronisme entre l'horaire veille-sommeil propre à un individu et l'horaire veille-sommeil approprié à son environnement, le sujet se plaignant soit d'insomnie, soit d'hypersomnie.

Inversion psychogène du rythme (du) : circadien, nyctéméral, sommeil

A l'exclusion de : troubles du cycle veille-sommeil d'origine organique (G47.2)

F51.3 Somnambulisme

Altération de l'état de conscience tenant à la fois du sommeil et de la veille. Durant un épisode de somnambulisme, l'individu se lève du lit, habituellement au cours du premier tiers du sommeil nocturne et il déambule; ces manifestations correspondent à un niveau réduit de vigilance, de réactivité et d'habileté motrice. Au réveil, le sujet ne garde habituellement aucun souvenir de l'épisode.

F51.4 Terreurs nocturnes

Elles constituent des épisodes nocturnes au cours desquels une terreur et une panique extrêmes sont associées à une vocalisation intense, à une agitation motrice et à un hyperfonctionnement neurovégétatif. L'individu s'assied ou se lève, habituellement durant le premier tiers du sommeil nocturne, avec un cri de terreur. Assez souvent, il court jusqu'à la porte comme s'il essayait de s'échapper; en fait, il ne quitte que rarement sa chambre. Le souvenir de l'événement, s'il existe, est très limité (se réduisant habituellement à une ou deux images mentales fragmentaires) .

F51.5 Cauchemars

Expérience de rêve chargée d'anxiété ou de peur s'accompagnant d'un souvenir très détaillé du contenu du rêve. Cette expérience de rêve est très intense et comporte habituellement comme thèmes des menaces pour l'existence, la sécurité et l'estime de soi. Assez souvent, les cauchemars ont tendance à se répéter avec des thèmes identiques ou similaires. Les épisodes typiques comportent un certain degré de décharge neurovégétative, mais pas d'activité verbale ou motrice notable. Au réveil, le sujet devient rapidement alerte et bien orienté.

Rêves d'angoisse

F51.8 Autres troubles du sommeil non organiques

F51.9 Trouble du sommeil non organique, sans précision

Trouble émotionnel du sommeil SAI

F52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique

Les dysfonctionnements sexuels regroupent les différents types de difficulté à avoir une relation sexuelle du type souhaité. La réponse sexuelle est un processus psychosomatique et, le plus souvent, des processus à la fois psychologiques et somatiques interviennent dans le déclenchement d'un trouble de la fonction sexuelle.

A l'exclusion de : syndrome de Dhat (F48.8)

F52.0 Absence ou perte de désir sexuel

La perte du désir sexuel est le problème principal et n'est pas secondaire à d'autres difficultés sexuelles comme un défaut d'érection ou une dyspareunie.

Baisse du désir sexuel, Frigidité

F52.1 Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel

Soit la perspective d'une relation sexuelle déclenche une peur ou une anxiété telle que toute activité sexuelle est évitée (aversion sexuelle) soit les réponses sexuelles surviennent normalement et l'orgasme est ressenti mais il existe une absence de plaisir approprié (absence de plaisir sexuel).

Anhédonie (sexuelle)

F52.2 Échec de la réponse génitale

Le problème principal chez les hommes est un trouble des fonctions érectiles (difficulté à développer ou à maintenir une érection adéquate pour un rapport satisfaisant). Chez les femmes, le problème principal est une sécheresse vaginale ou un manque de lubrification.

Impuissance psychogène, Trouble de : érection chez l'homme, réponse sexuelle chez la femme

A l'exclusion de : impuissance d'origine organique (N48.4)

F52.3 Dysfonctionnement orgasmique

L'orgasme ne survient pas ou est nettement retardé.

Anorgasmie psychogène, Inhibition de l'orgasme chez la femme ou chez l'homme

F52.4 Éjaculation précoce

Impossibilité de contrôler suffisamment l'éjaculation pour que les deux partenaires trouvent du plaisir dans les rapports sexuels.

F52.5 Vaginisme non organique

Spasme des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin, provoquant l'occlusion de l'ouverture vaginale. L'intromission est impossible ou douloureuse.

Vaginisme psychogène

A l'exclusion de : vaginisme organique (N94.2)

F52.6 Dyspareunie non organique

La dyspareunie (ou douleur durant les relations sexuelles) survient tant chez la femme que chez l'homme. Elle peut souvent être attribuée à une cause pathologique locale et doit alors être classée dans la rubrique de l'affection pathologique en cause. Cette catégorie doit être utilisée uniquement lorsqu'il n'y a pas un autre dysfonctionnement sexuel primaire (par exemple un vaginisme ou une sécheresse vaginale).

Dyspareunie psychogène

A l'exclusion de : dyspareunie organique (N94.1)

F52.7 Activité sexuelle excessive

Nymphomanie, Satyriasis

F52.8 Autres dysfonctionnements sexuels, non dus à un trouble ou à une maladie organique

F52.9 Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision

F53 Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

Classer ici uniquement des troubles mentaux associés à la puerpéralité qui apparaissent durant les six premières semaines après l'accouchement et qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble classé ailleurs dans ce chapitre, soit parce que les informations disponibles ne sont pas suffisantes, soit parce qu'ils présentent des caractéristiques cliniques supplémentaires particulières ne permettant pas de les classer ailleurs de façon appropriée.

F53.0 Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

Dépression (du) : après un accouchement SAI, post-partum SAI

F53.1 Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

Psychose puerpérale SAI

F53.8 Autres troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

F53.9 Trouble mental de la puerpéralité, sans précision

F54 Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs

Cette catégorie doit être utilisée pour enregistrer la présence de facteurs psychologiques ou comportementaux supposés avoir joué un rôle majeur dans la survenue d'un trouble

physique classable dans l'un des autres chapitres. Les perturbations psychiques attribuables à ces facteurs sont habituellement légères, mais souvent persistantes (par exemple, une inquiétude, un conflit émotionnel, une appréhension) et leur présence ne justifie pas un diagnostic de l'une quelconque des catégories décrites dans ce chapitre.

Facteurs psychologiques influençant une affection physique

Exemples d'utilisation de cette catégorie : asthme F54 et J45.-, colite muqueuse F54 et K58.-, dermite F54 et L23-L25, recto-colite hémorragique F54 et K51.-, ulcère gastrique F54 et K25.-, urticaire F54 et L50.-

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire, pour identifier un trouble physique associé.

A l'exclusion de : céphalée dite de tension (G44.2)

F55 Abus de substances n'entraînant pas de dépendance

Des spécialités pharmaceutiques et des remèdes populaires très divers peuvent être impliqués. Trois groupes sont particulièrement importants : a) des médicaments psychotropes n'entraînant pas de dépendance tels les antidépresseurs, b) les laxatifs, et c) des analgésiques pouvant être achetés sans prescription médicale, tels que l'aspirine et le paracétamol.

L'utilisation persistante de ces substances entraîne fréquemment des contacts excessifs avec des professionnels de la santé ou leurs équipes et s'accompagne parfois d'effets somatiques nocifs induits par les substances. Les sujets s'opposent souvent aux tentatives faites pour déconseiller ou interdire l'utilisation du produit; en ce qui concerne les laxatifs et les analgésiques, les sujets peuvent ne pas tenir compte des avertissements relatifs aux complications somatiques telles qu'un dysfonctionnement rénal ou des perturbations électrolytiques (voire à la survenue de celles-ci). Alors que le patient a habituellement une appétence manifeste pour la substance, il ne présente pas de symptômes de dépendance ou de sevrage comme dans le cas des substances psycho-actives précisées en F10-F19.

Abus de : antiacides, préparations à base de plantes ou remèdes populaires, stéroïdes ou hormones, vitamines, Prise régulière de laxatifs

A l'exclusion de : abus de substances psycho-actives (F10-F19)

F59 Syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

Dysfonctionnement physiologique psychogène SAI

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69)

Ce groupe comprend divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Certains de ces états et types de comportement apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie. Les troubles spécifiques de la personnalité (F60.-), les troubles mixtes et autres troubles de la personnalité (F61.-) et les modifications durables de la personnalité (F62.-) représentent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations soit extrêmes soit significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont généralement stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable.

F60 Troubles spécifiques de la personnalité

Il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement personnel et social considérable, apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte.

F60.0 Personnalité paranoïaque

Trouble de la personnalité caractérisé par une sensibilité excessive aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes, un caractère soupçonneux, une tendance à fausser les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes, une suspicion répétée, sans justification, en ce qui concerne la fidélité de son conjoint ou partenaire sexuel et un sens tenace et agressif de ses propres droits. Il peut exister une tendance à une surévaluation de sa propre importance et souvent une référence excessive à sa propre personne.

Personnalité : fanatique, paranoïaque (expansive) (sensitive), quérulente

A l'exclusion de : état paranoïaque (F22.0), paranoïa (F22.0) quérulente (F22.8), psychose paranoïaque (F22.0), schizophrénie paranoïde (F20.0)

F60.1 Personnalité schizoïde

Trouble de la personnalité caractérisé par un retrait des contacts (sociaux, affectifs ou autres), une préférence pour la fantaisie, les activités solitaires et l'introspection. Il existe une limitation à exprimer ses sentiments et à éprouver du plaisir.

A l'exclusion de : schizophrénie (F20.-), syndrome d'Asperger (F84.5), trouble: . délirant (F22.0), schizoïde de l'enfance (F84.5), schizotypique (F21)

F60.2 Personnalité dyssociale

Trouble de la personnalité caractérisé par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui. Il y a un écart considérable entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement n'est guère modifié par les expériences vécues, y compris par les sanctions. Il existe une faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité y compris de la violence; il y a une tendance à blâmer autrui ou à justifier un comportement amenant le sujet à entrer en conflit avec la société par des rationalisations plausibles.

Personnalité : amoral, antisociale, asociale, psychopathique, sociopathique

A l'exclusion de : personnalité émotionnellement labile (F60.3), trouble des conduites (F91)

F60.3 Personnalité émotionnellement labile

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Deux types peuvent être distingués: le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions, et le type borderline, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

Personnalité : agressive, borderline, explosive

A l'exclusion de : personnalité dyssociale (F60.2)

F60.4 Personnalité histrionique

Trouble de la personnalité caractérisé par une affectivité superficielle et labile, une dramatisation, un théâtralisme, une expression exagérée des émotions, une suggestibilité, un égocentrisme, une auto-complaisance, un manque de considération pour autrui, une tendance à être facilement blessé, un besoin d'excitation et un désir permanent d'être apprécié et d'être l'objet d'attention.

Personnalité : hystérique, psycho-infantile

F60.5 Personnalité anankastique

Trouble de la personnalité caractérisé par un sentiment de doute, un perfectionnisme, une scrupulosité, des vérifications et des préoccupations pour les détails, un entêtement, une prudence et une rigidité excessives. Le trouble peut s'accompagner de pensées ou d'impulsions répétitives et intrusives n'atteignant pas la sévérité d'un trouble obsessionnel-compulsif.

Personnalité : compulsive, obsessionnelle, obsessionnelle-compulsive

A l'exclusion de : trouble obsessionnel-compulsif (F42.-)

F60.6 Personnalité anxieuse [évitante]

Trouble de la personnalité caractérisé par un sentiment de tension et d'appréhension, d'insécurité et d'infériorité. Il existe un désir perpétuel d'être aimé et accepté, une hypersensibilité à la critique et au rejet, une réticence à nouer des relations et une tendance à éviter certaines activités en raison d'une exagération des dangers ou des risques potentiels de situations banales.

F60.7 Personnalité dépendante

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance systématique à laisser passivement autrui prendre les décisions, importantes ou mineures, le concernant, par une crainte d'être abandonné, des sentiments d'impuissance et d'incompétence, une soumission passive à la volonté d'autrui (par exemple de personnes plus âgées) et une difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Un manque d'énergie peut se manifester dans le domaine intellectuel ou émotionnel; il existe souvent une tendance à rejeter la responsabilité sur autrui.

Personnalité : à conduite d'échec, asthénique, inadéquate, passive

F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité

Personnalité : de type "haltlose", excentrique, immature, narcissique, passive-agressive, psycho-névrotique

F60.9 Trouble de la personnalité, sans précision

Névrose de caractère SAI, Personnalité pathologique SAI

F61 Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité

Cette catégorie concerne des troubles de la personnalité, souvent gênants, mais ne présentant pas les caractéristiques symptomatiques spécifiques de l'un quelconque des troubles décrits en F60.-. De ce fait, le diagnostic de ces troubles soulève souvent des difficultés.

Exemples :

. modifications gênantes de la personnalité, non classables en F60.- ou F62.-, et considérées comme accessoires comparativement à un diagnostic principal de trouble affectif ou anxieux concomitant .

. troubles mixtes de la personnalité avec présence de caractéristiques appartenant à plusieurs des troubles décrits en F60.-, mais sans prédominance d'un groupe déterminé de symptômes permettant de faire un diagnostic plus spécifique

A l'exclusion de : accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1)

F62 Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrales

Cette catégorie concerne des anomalies de la personnalité et du comportement chez l'adulte, survenant en l'absence de troubles préalables de la personnalité et faisant suite à un facteur de stress, soit catastrophique, soit excessif et prolongé, ou à une maladie psychiatrique sévère. Ce diagnostic ne doit être porté que dans les cas où on a la preuve d'un changement manifeste et durable des modes de perception, de relation ou de pensée concernant l'environnement ou soi-même. La modification de la personnalité doit être significative et être associée à un comportement rigide et mal adapté, absent avant la survenue de l'événement pathogène. La modification ne doit pas être la manifestation directe d'un autre trouble mental ni un symptôme résiduel d'un trouble mental antérieur.

A l'exclusion de : trouble de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux (F07.-).

F62.0 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

Modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour

expliquer son effet profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être "sous tension" comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un état de stress post-traumatique (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité.

Modification de la personnalité après : captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment, désastres, expériences de camp de concentration, exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme le fait d'être victime du terrorisme, torture

A l'exclusion de : état de stress post-traumatique (F43.1)

F62.1 Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique

Modification de la personnalité, persistant au moins deux ans, imputable à l'expérience traumatique d'une maladie psychiatrique sévère. Le changement ne peut pas s'expliquer par un trouble antérieur de la personnalité et doit être différencié d'une schizophrénie résiduelle et d'autres états morbides consécutifs à la guérison incomplète d'un trouble mental antérieur. Ce trouble se caractérise par une dépendance et une attitude de demande excessives vis-à-vis des autres, par la conviction d'avoir été transformé ou marqué par la maladie au point de ne pas parvenir à établir ou maintenir des relations interpersonnelles étroites et confiantes et de s'isoler socialement, par une passivité, une perte des intérêts et un engagement moindre dans les activités de loisir, par des plaintes persistantes de se sentir souffrant, parfois associées à des plaintes hypocondriaques et à un comportement de malade, par une humeur dysphorique ou labile non due à un trouble mental actuel ni aux symptômes affectifs résiduels d'un trouble mental antérieur et par des problèmes à long terme du fonctionnement social et professionnel.

F62.8 Autres modifications durables de la personnalité

Trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique

F62.9 Modification durable de la personnalité, sans précision

F63 Troubles des habitudes et des impulsions

Cette catégorie comprend certains troubles du comportement qui ne peuvent pas être classés sous d'autres rubriques. Ils sont caractérisés par des actes répétés, sans motivation rationnelle claire, incontrôlables, et qui vont généralement à l'encontre des intérêts du sujet lui-même et de ceux d'autres personnes. Le sujet indique que son comportement est sous l'emprise d'impulsions à agir. La cause de ces troubles n'est pas connue. Ils ont été regroupés en raison de certaines similitudes dans leur tableau clinique, non parce qu'ils ont en commun d'autres caractéristiques importantes.

A l'exclusion de : consommation abusive habituelle d'alcool ou de substances psycho-actives (F10-F19), trouble des habitudes et des impulsions concernant le comportement sexuel (F65.-)

F63.0 Jeu pathologique

Trouble consistant en des épisodes répétés et fréquents de jeu qui dominent la vie du sujet au détriment des valeurs et des obligations sociales, professionnelles, matérielles et familiales.

Jeu compulsif

A l'exclusion de : jeu: . chez des personnalités dyssociales (F60.2), et pari SAI (Z72.6) excessif chez des patients maniaques (F30.-)

F63.1 Tendance pathologique à allumer des incendies [pyromanie]

Trouble caractérisé par des actes ou tentatives multiples visant à mettre le feu aux objets et aux biens sans motif apparent, associé à des préoccupations idéiques persistantes concernant le feu ou l'incendie. Ce comportement s'accompagne souvent d'un état de tension croissante avant l'acte et d'une excitation intense immédiatement après.

A l'exclusion de : incendie volontaire : associé à un trouble des conduites (F91.-), au cours de : intoxication par l'alcool ou des substances psycho-actives (F10-F19, avec le quatrième chiffre .0), schizophrénie (F20.-), trouble mental organique (F00-F09), par des adultes présentant une personnalité dyssociale (F60.2), suivi d'une mise en observation pour suspicion de trouble mental (Z03.2)

F63.2 Tendance pathologique à commettre des vols [kleptomanie]

Trouble caractérisé par des impossibilités répétées à résister aux impulsions de vol d'objets. Les objets ne sont pas volés pour leur utilité immédiate ou leur valeur monétaire; le sujet peut, au contraire, soit les jeter, soit les donner, soit encore les entasser. Ce comportement s'accompagne habituellement d'un état de tension croissante avant l'acte et d'un sentiment de satisfaction pendant et immédiatement après la réalisation de celui-ci.

A l'exclusion de : mise en observation pour suspicion de trouble mental à la suite d'un vol (Z03.2), vol au cours d'un trouble : dépressif (F31-F33), mental organique (F00-F09)

F63.3 Trichotillomanie

Trouble caractérisé par une perte visible des cheveux, causée par une impossibilité répétée de résister aux impulsions à s'arracher les cheveux. L'arrachage des cheveux est habituellement précédé par une sensation croissante de tension et suivi d'un sentiment de

soulagement ou de satisfaction. On ne porte pas ce diagnostic quand le sujet présente une affection inflammatoire préexistante du cuir chevelu, ou quand il s'arrache les cheveux à la suite d'idées délirantes ou d'hallucinations.

A l'exclusion de : mouvements stéréotypés avec arrachage des cheveux (F98.4)

F63.8 Autres troubles des habitudes et des impulsions

Autres variétés de comportements inadaptés persistants et répétés, non secondaires à un syndrome psychiatrique reconnu. Le sujet ne parvient pas, de façon répétitive, à résister à des impulsions le poussant à adopter ce comportement, avec une période prodromique de tension suivie d'un sentiment de soulagement lors de la réalisation de l'acte.

Trouble explosif intermittent

F63.9 Trouble des habitudes et des impulsions, sans précision

F64 Troubles de l'identité sexuelle

F64.0 Transsexualisme

Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.

F64.1 Travestisme bivalent

Ce terme désigne le fait de porter des vêtements du sexe opposé pendant une partie de son existence, de façon à se satisfaire de l'expérience d'appartenir au sexe opposé, mais sans désir de changement de sexe plus permanent moyennant une transformation chirurgicale; le changement de vêtements ne s'accompagne d'aucune excitation sexuelle.

Trouble de l'identité sexuelle chez l'adulte ou l'adolescent, type non transsexuel

A l'exclusion de : travestisme fétichiste (F65.1)

F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

Trouble se manifestant habituellement pour la première fois dans la première enfance (et toujours bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en

faire partie). Les vêtements et les activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour porter ce diagnostic; il ne suffit pas qu'une fille soit simplement un "garçon manqué" ou qu'un garçon soit une "fille manquée". Les troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou pré-pubères ne doivent pas être classés ici, mais en F66.-.

A l'exclusion de : orientation sexuelle égodystonique (F66.1), trouble de la maturation sexuelle (F66.0)

F64.8 Autres troubles de l'identité sexuelle

F64.9 Trouble de l'identité sexuelle, sans précision

Trouble du rôle sexuel SAI

F65 Troubles de la préférence sexuelle

Comprend : paraphilies

F65.0 Fétichisme

Utilisation d'objets inanimés comme stimulus de l'excitation et de la satisfaction sexuelle. De nombreux fétiches sont des prolongements du corps, comme des vêtements ou des chaussures. D'autres exemples courants concernent une texture particulière comme le caoutchouc, le plastique ou le cuir. Les objets fétiches varient dans leur importance d'un individu à l'autre. Dans certains cas, ils servent simplement à renforcer l'excitation sexuelle, atteinte par ailleurs dans des conditions normales (par exemple le fait d'avoir un partenaire qui porte un vêtement particulier).

F65.1 Travestisme fétichiste

Port de vêtements du sexe opposé, principalement dans le but d'obtenir une excitation sexuelle et de créer l'apparence d'une personne du sexe opposé. Le travestisme fétichiste se distingue du travestisme transsexuel par sa nette association avec une excitation sexuelle et par le besoin de se débarrasser des vêtements une fois l'orgasme atteint et l'excitation sexuelle retombée. Il peut survenir en tant que phase précoce du développement d'un transsexualisme.

Fétichisme avec travestisme

F65.2 Exhibitionnisme

Tendance récurrente ou persistante à exposer les organes génitaux à des étrangers (en général du sexe opposé) ou à des gens dans des endroits publics, sans désirer ou solliciter un contact plus étroit. Il y a habituellement, mais non constamment, excitation sexuelle au moment de l'exhibition et l'acte est, en général, suivi de masturbation.

F65.3 Voyeurisme

Tendance récurrente ou persistante à observer des personnes qui se livrent à des activités sexuelles ou intimes comme le déshabillage. Cela survient sans que la personne observée sache qu'elle l'est et conduit généralement à une excitation sexuelle et à une masturbation.

F65.4 Pédophilie

Préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles, ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté.

F65.5 Sadomasochisme

Préférence pour une activité sexuelle qui implique douleur, humiliation ou asservissement. Si le sujet préfère être l'objet d'une telle stimulation, on parle de masochisme ; s'il préfère en être l'exécutant, il s'agit de sadisme. Souvent, un individu obtient l'excitation sexuelle par des comportements à la fois sadiques et masochistes.

Masochisme, Sadisme

F65.6 Troubles multiples de la préférence sexuelle

Parfois, une personne présente plusieurs anomalies de la préférence sexuelle sans qu'aucune d'entre elles soit au premier plan. L'association la plus fréquente regroupe le fétichisme, le travestisme et le sadomasochisme .

F65.8 Autres troubles de la préférence sexuelle

Diverses autres modalités de la préférence et du comportement sexuel tels que le fait de dire des obscénités au téléphone, de se frotter à autrui dans des endroits publics combles à la recherche d'une stimulation sexuelle, l'activité sexuelle avec un animal, l'emploi de la strangulation ou de l'anoxie pour augmenter l'excitation sexuelle.

Frotteurisme, Nécrophilie

F65.9 Trouble de la préférence sexuelle, sans précision

Déviations sexuelles SAI

F66 Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation

Note : L'orientation sexuelle n'est pas, en elle-même, à considérer comme un trouble.

F66.0 Trouble de la maturation sexuelle

Le sujet est incertain quant à son identité sexuelle ou son orientation sexuelle et sa souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression. La plupart du temps, cela survient chez des adolescents qui ne sont pas certains de leur orientation, homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, ou chez des sujets qui, après une période d'orientation sexuelle apparemment stable (souvent dans une relation de longue durée) éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.

F66.1 Orientation sexuelle égodystonique

Il n'existe pas de doute quant à l'identité ou la préférence sexuelle (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité ou préférence pour les enfants), mais le sujet désire modifier cette identité ou cette préférence, en raison de troubles psychologiques et du comportement associés, et il peut chercher à se faire traiter pour changer.

F66.2 Problème sexuel relationnel

L'identité ou l'orientation sexuelle (hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle) entraîne des difficultés dans l'établissement et le maintien de relations sexuelles avec un partenaire.

F66.8 Autres troubles du développement psychosexuel

F66.9 Trouble du développement psychosexuel, sans précision

F68 Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F68.0 Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques

Symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et

redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur.

Névrose de compensation

F68.1 Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique [trouble factice]

Simulation répétée de symptômes, sans objectifs évidents, avec parfois auto-mutilation dans le but de provoquer des signes ou des symptômes. Les motifs ne sont pas clairs, et probablement internes, visant à obtenir un rôle de malade et s'accompagnent souvent d'une perturbation nette de la personnalité et des relations.

Hospitalisme, Patient itinérant, Syndrome de Münchhausen

A l'exclusion de : dermite factice (L98.1), personne feignant d'être malade (avec une motivation évidente) (Z76.5)

F68.8 Autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte

Trouble : caractériel SAI, relationnel SAI

F69 Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision

Retard mental (F70-F79)

Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique ou survenir isolément.

Les degrés de retard mental sont habituellement déterminés par des tests d'intelligence normalisés. Ces derniers peuvent s'accompagner d'échelles évaluant l'adaptation sociale à un milieu donné. Ces mesures fournissent une estimation approximative du degré de retard mental. Le diagnostic dépendra également de l'évaluation globale des fonctions intellectuelles par un médecin compétent.

Les capacités intellectuelles et l'adaptation sociale peuvent changer et, même si elles sont très médiocres, être améliorées par une formation et une rééducation appropriées. Le diagnostic doit être basé sur les niveaux fonctionnels constatés.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme quatrième chiffre pour identifier la gravité de la déficience du comportement :

.0 Déficience du comportement absent ou minime

.1 Déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement

.8 Autres déficiences du comportement

.9 Sans mention d'une déficience du comportement

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour noter les affections associées, par exemple un autisme, un autre trouble du développement, une épilepsie, un trouble des conduites ou un désavantage physique grave.

F70 Retard mental léger

Q.I. de 50 à 69 (chez les adultes, âge mental de 9 à moins de 12 ans). Aboutira vraisemblablement à des difficultés scolaires. Beaucoup d'adultes seront capables de travailler et de maintenir de bonnes relations sociales, et de s'intégrer à la société.

Comprend : arriération mentale légère

F71 Retard mental moyen

Q.I. de 35 à 49 (chez les adultes, âge mental de 6 à moins de 9 ans). Aboutira vraisemblablement à d'importants retards de développement dans l'enfance mais beaucoup peuvent acquérir des aptitudes scolaires et un certain degré d'indépendance et les capacités suffisantes pour communiquer. Les adultes auront besoin d'un soutien, de niveaux variés, pour travailler et vivre dans la communauté.

Comprend : arriération mentale moyenne

F72 Retard mental grave

Q.I. de 20 à 34 (chez les adultes, âge mental de 3 à moins de 6 ans). Aboutira vraisemblablement à un besoin prolongé de soutien.

Comprend : arriération mentale grave

F73 Retard mental profond

Q.I. au-dessous de 20 (chez les adultes, âge mental en dessous de 3 ans). Aboutit à une limitation très marquée des capacités de prendre soin de soi-même, de contrôler ses besoins naturels, de communiquer et de se déplacer.

Comprend : arriération mentale profonde

F78 Autres formes de retard mental

F79 Retard mental, sans précision

Comprend : arriération mentale SAI, débilité mentale SAI

Troubles du développement psychologique (F80-F89)

Les troubles classés dans ce groupe ont en commun: a) un début obligatoirement dans la première ou la seconde enfance; b) une altération ou un retard du développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central; et c) une évolution continue sans rémissions ni rechutes. Dans la plupart des cas, les fonctions atteintes concernent le langage, le repérage visuo-spatial et la coordination motrice. Habituellement, le retard ou le déficit était présent dès qu'il pouvait être mis en évidence avec certitude et il diminue progressivement avec l'âge (des déficits légers peuvent toutefois persister à l'âge adulte).

F80 Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage

Troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement. Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels des difficultés de la lecture et de l'orthographe, une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement.

F80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation

Trouble spécifique du développement dans lequel l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

Dyslalie, Lallation, Trouble : du développement (de) : l'articulation phonologique, fonctionnel de l'articulation

A l'exclusion de : altération de l'articulation (associée à) (due à) : aphasie SAI (R47.0), apraxie (R48.2), perte de l'audition (H90-H91), retard mental (F70-F79), trouble de l'acquisition du langage : de type expressif (F80.1), de type réceptif (F80.2)

F80.1 Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif

Trouble spécifique du développement dans lequel les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais dans lequel la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner ou non d'une perturbation de l'articulation.

Dysphasie ou aphasie de développement, de type expressif

A l'exclusion de : aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner] (F80.3), dysphasie et aphasie SAI (R47.0), dysphasie ou aphasie de développement, de type réceptif (F80.2), mutisme électif (F94.0), retard mental (F70-F79), troubles envahissants du développement (F84.-)

F80.2 Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif

Trouble spécifique du développement dans lequel les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. En fait, dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement altéré et il existe habituellement des perturbations de l'articulation.

Aphasie de développement, de type Wernicke, Dysphasie ou aphasie de développement, de type réceptif, Surdité verbale, Trouble réceptif auditif congénital

A l'exclusion de : aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner] (F80.3), autisme (F84.0-T84.1), dysphasie et aphasie : SAI (R47.0), de développement, de type expressif (F80.1), mutisme électif (F94.0), retard (de) : acquisition du langage secondaire à une perte de l'audition (H90-H91), mental (F70-F79)

F80.3 Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]

Trouble dans lequel l'enfant, dont le langage s'est auparavant développé normalement, perd ses acquisitions de langage, à la fois sur le versant expressif et réceptif, tout en gardant une intelligence normale. La survenue du trouble s'accompagne d'anomalies paroxystiques à l'EEG et, dans la plupart des cas, de crises d'épilepsie. Le trouble apparaît habituellement entre trois et sept ans, avec perte du langage en quelques jours ou quelques semaines. La succession dans le temps, entre le début des crises épileptiques et la perte du langage, est assez variable, l'une des deux manifestations précédant l'autre (ou inversement) de quelques mois à deux ans. Ce trouble pourrait être dû à un processus encéphalitique inflammatoire. Dans environ deux tiers des cas, les sujets gardent un déficit plus ou moins important du langage (de type réceptif).

A l'exclusion de : aphasie (due à) : SAI (R47.1), autisme (F84.0-F84.1), troubles désintégratifs de l'enfance (F84.2-F84.3)

F80.8 Autres troubles du développement de la parole et du langage

Zézaiement

F80.9 Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision

Trouble du langage SAI

F81 Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires

Troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement. L'altération n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise.

F81.0 Trouble spécifique de la lecture

La caractéristique essentielle est une altération spécifique et significative de l'acquisition de la lecture, non imputable exclusivement à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités de compréhension de la lecture, la reconnaissance des mots, la lecture orale et les performances dans les tâches nécessitant la lecture, peuvent, toutes, être atteintes. Le trouble spécifique de la lecture s'accompagne fréquemment de difficultés en orthographe, persistant souvent à l'adolescence, même quand l'enfant a pu faire quelques progrès en lecture. Les enfants présentant un trouble spécifique de la lecture ont souvent des antécédents de troubles de la parole ou du langage. Le trouble s'accompagne souvent de troubles émotionnels et de perturbations du comportement pendant l'âge scolaire.

Dyslexie de développement, Retard spécifique de lecture

A l'exclusion de : alexie SAI (R48.0), difficultés de lecture secondaires à des troubles émotionnels (F93.-), dyslexie SAI (R48.0)

F81.1 Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe

La caractéristique essentielle est une altération spécifique et significative du développement des performances en orthographe, en l'absence d'antécédents d'un trouble spécifique de la lecture et non imputable à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle, ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités à épeler oralement et à écrire correctement les mots sont toutes deux affectées.

Retard spécifique de l'orthographe (sans trouble de la lecture)

A l'exclusion de : agraphie SAI (R48.8), difficultés d'orthographe : associées à un trouble de la lecture (F81.0), dues à un enseignement inadéquat (Z55.8)

F81.2 Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique

Altération spécifique des performances en arithmétique, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate. L'altération concerne la maîtrise des éléments de base du calcul: addition, soustraction, multiplication et division (c'est-à-dire, n'est pas limitée aux capacités mathématiques plus abstraites impliquées dans l'algèbre, la trigonométrie, la géométrie ou le calcul différentiel et intégral).

Acalculie de développement, Syndrome de Gerstmann, Trouble de l'acquisition de l'arithmétique

A l'exclusion de : acalculie SAI (R48.8), difficultés en arithmétique : associées à un trouble de la lecture ou de l'orthographe (F81.3), dues à un enseignement inadéquat (Z55.8)

F81.3 Trouble mixte des acquisitions scolaires

Catégorie résiduelle mal définie de troubles dans lesquels il existe à la fois une altération significative du calcul et de la lecture ou de l'orthographe, non imputable exclusivement à un retard mental global ou une scolarisation inadéquate. Cette catégorie doit être utilisée pour des troubles répondant à la fois aux critères de F81.2 et de F81.0 ou de F81.1.

A l'exclusion de : trouble spécifique de l'acquisition de : arithmétique (F81.2), lecture (F81.0), orthographe (F81.1)

F81.8 Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires

Trouble de l'acquisition de l'expression écrite

F81.9 Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision

Incapacité (de) : apprentissage SAI, concernant l'acquisition des connaissances SAI, Trouble de l'apprentissage SAI

F82 Trouble spécifique du développement moteur

Altération sévère du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise. Dans la plupart des cas, un examen clinique détaillé permet toutefois de mettre en évidence des signes traduisant une immaturité significative du développement neurologique, par exemple des mouvements choréiformes des membres, des syncinésies d'imitation, et d'autres signes moteurs associés, ainsi que des perturbations de la coordination motrice fine et globale.

Débilité motrice de l'enfant, Dyspraxie de développement, Trouble de l'acquisition de la coordination

A l'exclusion de : anomalies de la démarche et de la motilité (R26.-), manque de coordination (R27) secondaire à un retard mental (F70-F79)

F83 Troubles spécifiques mixtes du développement

Catégorie résiduelle de troubles, dans lesquels il existe à la fois des signes d'un trouble spécifique du développement, de la parole et du langage, des acquisitions scolaires et des fonctions motrices, mais sans qu'aucun de ces éléments ne prédomine suffisamment pour constituer le diagnostic principal. Cette catégorie, mixte, doit être réservée à des cas où il existe un chevauchement important de chacun de ces troubles spécifiques du développement. Ces troubles s'accompagnent habituellement, mais pas toujours, d'un certain degré d'altération des fonctions cognitives. Cette catégorie doit ainsi être utilisée pour des perturbations répondant aux critères d'au moins deux des catégories F80.-, F81.- et F82.

F84 Troubles envahissants du développement

Groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier toute affection médicale associée, de même que le retard mental.

F84.0 Autisme infantile

Trouble envahissant du développement caractérisé par: a) un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans, avec b) une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologiques suivants: interactions sociales réciproques, communication, comportement (au caractère restreint, stéréotypé et répétitif). Par ailleurs, le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des gestes auto-agressifs.

Autisme de la petite enfance, Psychose de la petite enfance, Syndrome de Kanner, Trouble autistique

A l'exclusion de : psychopathie autistique (F84.5)

F84.1 Autisme atypique

Trouble envahissant du développement, qui diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d'un autisme infantile. Cette catégorie doit être utilisée pour classer un développement anormal ou altéré, se manifestant après l'âge de trois ans et ne présentant pas des manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychopathologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interactions sociales réciproques, communication, comportement restreint, stéréotypé et répétitif); il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines. L'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type réceptif.

Psychose infantile atypique, Retard mental avec caractéristiques autistiques

Utiliser, au besoin un code supplémentaire pour identifier le retard mental (F70-F79).

F84.2 Syndrome de Rett

Trouble décrit jusqu'ici uniquement chez les filles, caractérisé par un développement initial apparemment normal, suivi d'une perte partielle ou complète du langage, de la marche, et de l'usage des mains, associé à un ralentissement du développement crânien et survenant habituellement entre 7 et 24 mois. La perte des mouvements volontaires des mains, les mouvements stéréotypés de torsion des mains et une hyperventilation, sont caractéristiques de ce trouble. Le développement social et le développement du jeu sont arrêtés, alors que l'intérêt social reste habituellement conservé. Une ataxie du tronc et une apraxie se

manifestent à partir de l'âge de quatre ans, suivies souvent par des mouvements choréoathétosiques. Le trouble entraîne presque toujours un retard mental sévère.

F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance

Trouble envahissant du développement caractérisé par une période de développement tout à fait normale avant la survenue du trouble, cette période étant suivie d'une perte manifeste, en quelques mois, des performances antérieurement acquises dans plusieurs domaines du développement. Ces manifestations s'accompagnent typiquement d'une perte globale de l'intérêt vis-à-vis de l'environnement, de conduites motrices stéréotypées, répétitives et maniérées et d'une altération de type autistique de l'interaction sociale et de la communication. Dans certains cas, on peut démontrer que le trouble est dû à une encéphalopathie, mais le diagnostic doit reposer sur les anomalies du comportement.

Démence infantile, Psychose : désintégrative, symbiotique, Syndrome de Heller

Utiliser au besoin, un code supplémentaire pour identifier une éventuelle affection neurologique associée.

A l'exclusion de : syndrome de Rett (F84.2)

F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

Trouble mal défini dont la validité nosologique reste incertaine. Cette catégorie concerne des enfants ayant un retard mental prononcé (Q.I. inférieur à 50) associé à une hyperactivité importante, une perturbation majeure de l'attention et des comportements stéréotypés. Les médicaments stimulants sont habituellement inefficaces (alors qu'ils peuvent être efficaces chez les enfants ayant un Q.I. normal) et peuvent provoquer une réaction dysphorique sévère (accompagnée parfois d'un ralentissement psychomoteur). A l'adolescence, l'hyperactivité fait souvent place à une hypoactivité (ce qui n'est habituellement pas le cas chez les enfants hyperkinétiques d'intelligence normale). Ce syndrome s'accompagne par ailleurs souvent de divers retards du développement, spécifiques ou globaux. On ne sait pas dans quelle mesure le syndrome comportemental est la conséquence du retard mental ou d'une lésion cérébrale organique.

F84.5 Syndrome d'Asperger

Trouble de validité nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint stéréotypé et répétitif. Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif. Les sujets présentant ce trouble sont habituellement très malhabiles. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte.

Psychopathie autistique, Trouble schizoïde de l'enfance

F84.8 Autres troubles envahissants du développement

F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision

F88 Autres troubles du développement psychologique

Agnosie de développement

F89 Trouble du développement psychologique, sans précision

Trouble du développement SAI

Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)

F90 Troubles hyperkinétiques

Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

A l'exclusion de : schizophrénie (F20.-), troubles (de) : anxieux (F41.-), envahissants du développement (F84.-), humeur (F30-F39)

F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

Altération de l'attention : syndrome avec hyperactivité, trouble avec hyperactivité

A l'exclusion de : trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites (F90.1)

F90.1 Trouble hyperkinétique et trouble des conduites

Trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites

F90.8 Autres troubles hyperkinétiques

F90.9 Trouble hyperkinétique, sans précision

Réaction hyperkinétique de l'enfance ou de l'adolescence SAI, Syndrome hyperkinétique SAI

F91 Troubles des conduites

Troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant. Ces troubles dépassent ainsi largement le cadre des "mauvaises blagues" ou "mauvais tours" des enfants et les attitudes habituelles de rébellion de l'adolescent. Ils impliquent, par ailleurs, la notion d'un mode de fonctionnement persistant (pendant au moins six mois). Les caractéristiques d'un trouble des conduites peuvent être symptomatiques d'une autre affection psychiatrique; dans cette éventualité, ce dernier diagnostic doit être codé.

Le diagnostic repose sur la présence de conduites du type suivant: manifestations excessives de bagarres et de tyrannie, cruauté envers des personnes ou des animaux, destruction des biens d'autrui, conduites incendiaires, vols, mensonges répétés, école buissonnière et fugues, crises de colère et désobéissance anormalement fréquentes et graves. La présence de manifestations nettes de l'un des groupes de conduites précédents est suffisante pour le diagnostic, alors que la survenue d'actes dyssociaux isolés ne l'est pas.

A l'exclusion de : schizophrénie (F20.-), troubles des conduites associés à des troubles émotionnels (F92.-), hyperkinétiques (F90.1), envahissants du développement (F84.-), de l'humeur (F30-F39)

F91.0 Trouble des conduites limité au milieu familial

Trouble des conduites caractérisé par la présence d'un comportement dyssocial ou agressif (non limité à un comportement oppositionnel, provocateur ou perturbateur), se manifestant exclusivement, ou presque exclusivement, à la maison et dans les relations avec les membres de la famille nucléaire ou les personnes habitant sous le même toit. Pour un diagnostic positif, le trouble doit répondre, par ailleurs, aux critères généraux cités sous

F91.-; la présence d'une perturbation, même sévère, des relations parents-enfants n'est pas, en elle-même, suffisante pour ce diagnostic.

F91.1 Trouble des conduites, type mal socialisé

Trouble caractérisé par la présence d'un comportement dyssocial ou agressif persistant (répondant aux critères généraux cités en F91 et non limité à un comportement oppositionnel, provocateur ou perturbateur), associé à une altération significative et globale des relations avec les autres enfants.

Trouble (des) : agressif, type mal socialisé, conduites, type solitaire-agressif

F91.2 Trouble des conduites, type socialisé

Trouble caractérisé par la présence d'un comportement dyssocial ou agressif (répondant aux critères généraux cités en F91.- et non limité à un comportement oppositionnel, provocateur ou perturbateur), se manifestant chez des enfants habituellement bien intégrés dans leur de groupe d'âge.

Délinquance "de groupe", Délits commis en bande, École buissonnière, Troubles des conduites, type "en groupe", Vols en groupe

F91.3 Trouble oppositionnel avec provocation

Trouble des conduites, se manifestant habituellement chez de jeunes enfants, caractérisé essentiellement par un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur et non accompagné de comportements délictueux ou de conduites agressives ou dyssociales graves. Pour qu'un diagnostic positif puisse être porté, le trouble doit répondre aux critères généraux cités en F91.-; les "mauvaises blagues" ou "mauvais tours", et les perturbations même sévères, observées chez des enfants, ne justifient pas, en eux-mêmes, ce diagnostic. Cette catégorie doit être utilisée avec prudence, en particulier chez les enfants plus âgés, étant donné que les troubles des conduites présentant une signification clinique s'accompagnent habituellement de comportements dyssociaux ou agressifs dépassant le cadre d'un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur.

F91.8 Autres troubles des conduites

F91.9 Trouble des conduites, sans précision

Trouble (des) (du) : comportement chez l'enfant SAI, conduites chez l'enfant SAI

F92 Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels

Groupe de troubles caractérisés par la présence d'un comportement agressif, dyssocial ou provocateur, associé à des signes patents et marqués de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels. Pour un diagnostic positif, le trouble doit répondre à la fois aux critères d'un trouble des conduites de l'enfant (F91.-) et d'un trouble émotionnel de l'enfant (F93.-) ou d'un trouble névrotique de l'adulte (F40-F48) ou d'un trouble de l'humeur (F30-F39).

F92.0 Troubles des conduites avec dépression

Trouble caractérisé par la présence d'un trouble des conduites (F91.-) associé à une humeur dépressive marquée et persistante

(F32.-), se traduisant par des symptômes tels que tristesse (l'enfant se sent très malheureux), perte d'intérêt et de plaisir pour les activités usuelles, sentiment de culpabilité et perte d'espoir. Le trouble peut s'accompagner d'une perturbation du sommeil ou de l'appétit.

Trouble des conduites en F91.- associé à un trouble dépressif en F32.-

F92.8 Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels

Groupe de troubles caractérisés par la présence d'un trouble des conduites (F91.-), associé à des perturbations émotionnelles persistantes et marquées, par exemple une anxiété, des obsessions ou des compulsions, une dépersonnalisation ou une déréalisation, des phobies ou une hypocondrie.

Troubles des conduites en F91.- associés à un trouble : émotionnel en F93.-, névrotique en F40-F48

F92.9 Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision

F93 Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance

Exacerbation de tendances normales du développement plus que des phénomènes qualitativement anormaux en eux-mêmes. C'est essentiellement sur le caractère approprié au développement que repose la différenciation entre troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance et troubles névrotiques (F40-F48).

A l'exclusion de : troubles émotionnels associés à un trouble des conduites (F92.-)

F93.0 Angoisse de séparation de l'enfance

Trouble dans lequel l'anxiété est focalisée sur une crainte concernant la séparation, survenant pour la première fois au cours des premières années de l'enfance. Il se distingue

de l'angoisse de séparation normale par son intensité, à l'évidence excessive, ou par sa persistance au-delà de la petite enfance, et par son association à une perturbation significative du fonctionnement social.

A l'exclusion de : anxiété sociale de l'enfance (F93.2), trouble(s) de : anxieux phobique de l'enfance (F93.1), humeur [affectifs] (F30-F39), névrotiques (F40-F48)

F93.1 Trouble anxieux phobique de l'enfance

Trouble caractérisé par la présence de craintes de l'enfance, hautement spécifiques d'une phase de développement, et survenant (à un certain degré) chez la plupart des enfants, mais dont l'intensité est anormale.

Les autres craintes qui surviennent dans l'enfance, mais qui ne font pas partie du développement psychosocial normal (par exemple une agoraphobie), doivent être classées dans la catégorie appropriée de la section F40-F48.

A l'exclusion de : anxiété généralisée (F41.1)

F93.2 Anxiété sociale de l'enfance

Trouble caractérisé par une attitude de réserve vis-à-vis des étrangers et par une crainte ou une peur concernant les situations sociales nouvelles, inhabituelles, ou inquiétantes. Cette catégorie ne doit être utilisée que lorsque de telles craintes apparaissent dans la petite enfance, sont à l'évidence excessives et s'accompagnent d'une perturbation du fonctionnement social.

Évitement de l'enfance et de l'adolescence

F93.3 Rivalité dans la fratrie

La plupart des jeunes enfants sont perturbés par la naissance d'un frère ou d'une soeur. On ne doit faire le diagnostic de rivalité dans la fratrie que lorsque la réaction émotionnelle est à l'évidence excessive ou trop prolongée et s'accompagne d'une perturbation du fonctionnement social.

Jalousie dans la fratrie

F93.8 Autres troubles émotionnels de l'enfance

Hyperanxiété, Trouble de l'identité

A l'exclusion de : trouble de l'identité sexuelle de l'enfance (F64.2)

F93.9 Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision

F94 Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence

Groupe relativement hétérogène de troubles caractérisés par la présence d'une perturbation du fonctionnement social, survenant durant l'enfance, mais qui ne présentent pas les caractéristiques d'une difficulté ou d'une altération sociale, apparemment constitutionnelle, envahissant tous les domaines du fonctionnement (à l'encontre de troubles envahissants du développement). Dans de nombreux cas, des perturbations ou des carences de l'environnement jouent probablement un rôle étiologique primordial.

F94.0 Mutisme électif

Trouble caractérisé par un refus, lié à des facteurs émotionnels, de parler dans certaines situations déterminées. L'enfant est capable de parler dans certaines situations, mais refuse de parler dans d'autres situations (déterminées). Le trouble s'accompagne habituellement d'une accentuation nette de certains traits de personnalité, par exemple d'une anxiété sociale, d'un retrait social, d'une hypersensibilité ou d'une opposition.

Mutisme sélectif

A l'exclusion de : mutisme transitoire accompagnant une angoisse de séparation chez de jeunes enfants (F93.0), schizophrénie (F20.-), troubles envahissants du développement (F84.-) et troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80.-)

F94.1 Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance

Trouble apparaissant au cours des cinq premières années de la vie, caractérisé par la présence d'anomalies persistantes du mode de relations sociales de l'enfant, associées à des perturbations émotionnelles, et se manifestant à l'occasion de changements dans l'environnement (par exemple par une inquiétude et une hypervigilance, une réduction des interactions sociales avec les autres enfants, une auto- ou une hétéroagressivité, une tristesse, et, dans certains cas, un retard de croissance). La survenue du syndrome est probablement liée directement à une carence évidente, à des abus ou à des mauvais traitements de la part des parents.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire, pour identifier un retard de développement ou de croissance associé.

A l'exclusion de : sévices sexuels ou physiques infligés à un enfant, entraînant des problèmes psychosociaux (Z61.4-Z61.6), syndrome d'Asperger (F84.5), syndromes dus à de mauvais traitements (T74.-), trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2), variation normale du mode d'attachement sélectif

F94.2 Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition

Trouble caractérisé par un mode particulier de fonctionnement social anormal, apparaissant durant les cinq premières années de la vie, persistant habituellement en dépit de modifications importantes de l'environnement. Exemples: conduites d'attachement généralisé et non sélectif, demandes d'affection et sociabilité non discriminatives, interactions peu différenciées avec les autres enfants; des perturbations émotionnelles et d'autres troubles du comportement peuvent enfin être associés, variables selon les circonstances.

Psychopathie de privation affective, Syndrome institutionnel

A l'exclusion de : hospitalisme chez l'enfant (F43.2), syndrome d'Asperger (F84.5), trouble(s) hyperkinétiques (F90.-) et trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94. 1)

F94.8 Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance

F94.9 Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision

F95 Tics

Syndromes, caractérisés par la présence, au premier plan, d'un tic. Un tic est un mouvement moteur ou une vocalisation involontaire, rapide, récurrent et non rythmique (impliquant habituellement des groupes musculaires déterminés), survenant brusquement et sans but apparent. Les tics sont habituellement ressentis comme étant irrépressibles, mais peuvent en général être supprimés durant une période de temps variable. Ils sont souvent exacerbés par le stress et disparaissent durant le sommeil. Les tics moteurs simples banals comportent le clignement des yeux, les mouvements brusques du cou, les haussements d'épaules et les grimaces. Les tics vocaux simples banals comportent le raclement de gorge, "l'aboïement", le reniflement et le sifflement. Les tics moteurs complexes banals concernent le fait de se frapper, de sauter et de sautiller. Les tics vocaux complexes banals comprennent la répétition de mots particuliers, avec parfois emploi de mots socialement réprouvés, souvent obscènes (coprolalie) et la répétition de ses propres sons ou mots (palilalie).

F95.0 Tic transitoire

Tic répondant aux critères généraux d'un tic, mais ne persistant pas plus de douze mois. Il s'agit habituellement d'un clignement des yeux, de mimiques faciales, ou de mouvements brusques de la tête.

F95.1 Tic moteur ou vocal chronique

Trouble répondant aux critères d'un tic, caractérisé par la présence soit de tics moteurs soit de tics vocaux, mais pas des deux à la fois. Il peut s'agir d'un tic isolé ou, plus fréquemment, de tics multiples, persistant pendant plus d'un an.

F95.2 Forme associant tics vocaux et tics moteurs [syndrome de Gilles de la Tourette]

Trouble, caractérisé à un moment quelconque au cours de la maladie, mais pas nécessairement de façon simultanée, par des tics moteurs multiples et par un ou plusieurs tics vocaux. Le trouble s'aggrave habituellement durant l'adolescence et persiste souvent à l'âge adulte. Les tics vocaux sont souvent multiples, avec des vocalisations, des raclements de gorge, et des grognements explosifs et répétés et parfois une émission de mots ou de phrases obscènes, associés, dans certains cas, à une échopraxie gestuelle pouvant également être obscène (copropraxie).

F95.8 Autres tics

F95.9 Tic, sans précision

F98 Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Groupe hétérogène de troubles qui ont en commun la caractéristique d'un début dans l'enfance, mais qui diffèrent par ailleurs sur de nombreux points. Certains constituent des syndromes nettement définis, alors que d'autres ne sont que de simples associations de symptômes; ces derniers doivent toutefois être répertoriés, d'une part en raison de leur fréquence et de leur association avec une altération du fonctionnement psychosocial, d'autre part parce qu'ils ne peuvent pas être inclus dans d'autres syndromes.

A l'exclusion de : spasme du sanglot (R06.8), syndrome de Kleine-Levin (G47.8), trouble(s) (de) : identité sexuelle de l'enfance (F64.2), obsessionnel-compulsif (F42.-), sommeil dus à des causes émotionnelles (F51.-)

F98.0 Énurésie non organique

Trouble caractérisé par une miction involontaire, diurne et nocturne, anormale compte tenu de l'âge mental de l'enfant et qui n'est pas lié à un trouble du contrôle vésical d'origine neurologique, à des crises épileptiques, ou à une anomalie organique de l'arbre urinaire. L'énurésie peut exister, de façon continue, depuis la naissance ou être précédée d'une période de contrôle de la fonction vésicale. Elle peut s'accompagner d'un trouble plus global des émotions ou du comportement.

Enurésie : fonctionnelle, (primaire) (secondaire) d'origine non organique psychogène, Incontinence urinaire d'origine non organique

A l'exclusion de : énurésie SAI (R32)

F98.1 Encoprésie non organique

Trouble caractérisé par une émission fécale répétée, involontaire ou volontaire, habituellement de consistance normale ou quasi-normale, dans des lieux non appropriés à cet usage, compte-tenu du contexte socioculturel du sujet. Il peut s'agir de la persistance anormale de l'incontinence infantile physiologique, ou de la perte du contrôle sphinctérien survenant après une période de continence fécale, ou encore d'une émission fécale délibérée dans des lieux non appropriés en dépit d'un contrôle sphinctérien normal. L'encoprésie peut constituer un trouble isolé, mono-symptomatique, ou faire partie d'un autre trouble, en particulier un trouble émotionnel (F93.-) ou un trouble des conduites (F91.-).

Encoprésie : fonctionnelle, psychogène, Incontinence fécale d'origine non organique

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire, pour identifier la cause d'une constipation associée.

A l'exclusion de : encoprésie SAI (R15)

F98.2 Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant

Trouble de l'alimentation caractérisé par des manifestations variées, habituellement spécifique de la première et de la deuxième enfance. Il implique en général un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs, alors que la nourriture est appropriée, que l'entourage est adéquat, et qu'il n'y a pas de maladie organique. Le trouble peut s'accompagner d'une rumination (d'une régurgitation répétée de nourriture non accompagnée de nausées ou d'une maladie gastro-intestinale).

Mérycisme de l'enfance

A l'exclusion de : anorexie mentale et autres troubles de l'alimentation (F50.-), difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée (R63.3), pica du nourrisson et de l'enfant (F98.3), problèmes alimentaires du nouveau-né (P92.-)

F98.3 Pica du nourrisson et de l'enfant

Trouble caractérisé par la consommation persistante de substances non nutritives (par exemple de la terre, des bouts de peinture, etc.). Il peut faire partie d'un trouble psychiatrique plus global (tel un autisme) ou constituer un comportement psychopathologique relativement isolé. C'est seulement dans ce dernier cas que l'on fait le diagnostic de pica. Ce comportement s'observe surtout chez des enfants présentant un

retard mental; dans ce dernier cas, le retard mental doit constituer le diagnostic principal (F70-F79).

F98.4 Mouvements stéréotypés

Trouble caractérisé par des mouvements intentionnels, répétitifs, stéréotypés, dépourvus de finalité (et souvent rythmés), non lié à un trouble psychiatrique ou neurologique identifié. Lorsque ces mouvements surviennent dans le cadre d'un autre trouble, seul ce dernier doit être noté. Ces mouvements peuvent ne pas avoir de composante automutilatrice; ils comprennent: un balancement du corps, un balancement de la tête, le fait de s'arracher les cheveux, de se tordre les cheveux, de claquer des doigts et de battre des mains. Les comportements stéréotypés auto-mutilateurs comprennent: le fait de se cogner la tête, de se gifler, de se mettre le doigt dans l'oeil, de se mordre les mains, les lèvres ou d'autres parties du corps. L'ensemble de ces mouvements stéréotypés surviennent le plus souvent chez des enfants présentant un retard mental (dans ce cas, les deux diagnostics doivent être notés). Quand le fait de s'enfoncer le doigt dans l'oeil survient chez un enfant présentant un déficit visuel, les deux diagnostics doivent être notés: le premier dans cette catégorie et le deuxième à l'aide du code somatique approprié.

Stéréotypies/comportements répétitifs

A l'exclusion de : mouvements involontaires anormaux (R25.-), se mettre les doigts dans le nez (F98.8), onychophagie (F98.8), stéréotypies faisant partie d'un trouble, psychiatrique identifié (F00-F95), succion du pouce (F98.8), tics (F95), trichotillomanie (F63.3), troubles de la motricité d'origine organique (G20-G25)

F98.5 Bégaïement

Le bégaïement est caractérisé par des répétitions ou des prolongations fréquentes de sons, de syllabes ou de mots, ou par des hésitations ou des pauses fréquentes perturbant la fluence verbale. On ne parlera de trouble que si l'intensité de la perturbation gêne de façon marquée la fluence verbale.

A l'exclusion de : bredouillement [langage précipité] (F98.6), tics (F95.-)

F98.6 Bredouillement [langage précipité]

Le langage précipité est caractérisé par un débit verbal anormalement rapide et un rythme irrégulier, mais sans répétitions ou hésitations, suffisamment intense pour entraver l'intelligibilité. Le langage est irrégulier et mal rythmé, consistant en des émissions verbales rapides et saccadées avec, habituellement, des formes syntaxiques erronées.

A l'exclusion de : bégaïement (F98.5), tics (F95.-)

F98.8 Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Masturbation excessive, Onychophagie, Se mettre les doigts dans le nez, Sucrer son pouce, Trouble de l'attention sans hyperactivité

F98.9 Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision

Trouble mental, sans précision (F99)

F99 Trouble mental, sans autre indication

Maladie mentale SAI

A l'exclusion de : trouble mental organique SAI (F06.9)

Les catégories de ce chapitre comprenant des astérisques sont les suivantes :

F00* Démence de la maladie d'Alzheimer

F02* Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs.

Annexe 7 : Grille d'entretien

Etablissement de Maison Blanche

- Profession et position de l'interviewé, ancienneté, autres expériences
- Description du processus à l'œuvre suite à la décision d'implanter une structure "dans la communauté" : quelles volontés en amont de la décision ? quels partenaires rencontre-t-on ? Comment s'est faite la recherche du lieu d'implantation (critères et contraintes) ?
- Quelle était la destination initiale des bâtiments transformés ? Le fait que le projet soit une structure psychiatrique entraîne-t-il des rejets, refus (par rapport à d'autres types de services) ? quels arguments sont évoqués ?
- Est-il plus facile de s'implanter dans certains lieux que dans d'autres (quartiers, communes...) ? Pourquoi ? Est-ce que ces lieux d'implantation "plus faciles" constituent également des environnements favorables aux patients ? Y a-t-il des environnements à privilégier ?
- Stratégies « profil bas », « profil haut » : quels discussions autour de la communication à faire autour de la destination du lieu de soin avant et après l'ouverture ?
- Réactions du voisinage, avant, pendant, après... Enregistrement des plaintes et incidents, pétitions ?
- Point de vue des patients : favorise leur insertion ? problèmes rencontrés ?
- Hauteville, tous les lits du secteur sont dans Paris (différent de Rémy de Gourmont) : est-ce un bien, un mal, comment traiter les patients au long cours ? implantation favorable ou pas pour ces patients ?

Annexe 8 :

Promenades-diagnostic

Compte-rendu 1

M. a 30 ans, il vit depuis une vingtaine d'années dans le 19^e arrondissement, métro Crimée. Il habitait avant près de République, à côté de la mairie du 3^e. Quand il est arrivé, il n'aimait pas ce quartier, qui était dans un état assez dégradé. Depuis, celui-ci a beaucoup été réhabilité, les berges du canal de l'Ourcq aménagées, les deux cinémas MK2 construits.

Pour notre « diagnostic en marchant », nous nous sommes retrouvés à la sortie du métro Crimée « devant le Monoprix ». Ce n'est pas là qu'il va faire ses courses car d'une part il ne fait pas les courses de manière habituelle, mais sa mère, et lorsqu'il a dû en faire cet été alors qu'il était seul à Paris, c'était plutôt au ED, de l'autre côté de l'avenue de Flandres, où il achetait des plats cuisinés. M. m'a d'abord emmenée voir la rue qui se trouve derrière son immeuble, la rue Gresset, sur laquelle les fenêtres de leur appartement donnent (il y vit avec sa mère et son frère). C'est une rue qu'il n'aime vraiment pas, il la trouve sale et triste. C'est une ruelle avec quelques murs aveugles, où les propriétaires de chien leur font faire leurs besoins. Il me montre l'entrée de son immeuble, dans la rue perpendiculaire sur laquelle donne cette rue. Une boutique abrite « Chorba pour tous », une association qui distribue de la chorba pendant le Ramadan. Cette année, il ne sait pas où ils font leur distribution. Il me montre leur camionnette. Lui-même fait aléatoirement le ramadan. Il a notamment du mal à ne pas fumer.

On arrive au canal de l'Ourcq par la rue de Crimée. Il me montre un bâtiment récemment réhabilité, où se trouvent à présent plusieurs bars et restaurants. Il va de temps à autre au bar, pas aux restaurants. Ce nouveau bâtiment attire beaucoup de « touristes ». Il aime beaucoup venir au canal, il y va peut-être trois fois par semaine. Là il a l'impression de ne pas être tout à fait à Paris. Avant il aimait beaucoup aller au cinéma. Maintenant, il n'y va plus. Il va plutôt jouer au ping pong, il y a des tables installées un peu à l'abri du vent au pied d'un pont. Il y connaît tous les habitués. Déjà dans la rue nous avons croisé 3 de ses connaissances depuis le métro, un jeune homme assis à une terrasse de café, deux autres quai de Seine près de la rue de Crimée. Il salue et discute brièvement avec les joueurs de ping pong dont nous observons quelques passes. « Voilà ce qu'[il] voulait me montrer ». Nous nous installons à la terrasse du café-snack du MK2 pour parler davantage de son rapport à la ville autour d'un café. Je lui montre quelques questions que j'avais rassemblées, il préfère que je les lui pose.

Côté « santé », le CMP est tout proche, un peu plus loin dans la rue de Crimée (au 99), de l'autre côté du canal. Il y va une fois par mois. Le CATTP est un lieu qu'il fréquente davantage : il y fait de la mosaïque une fois par semaine. Il est situé également de l'autre côté du canal (14 rue de Thionville), encore plus près que le CMP. L'activité lui a été imposée au départ, mais il l'apprécie aujourd'hui et s'il a trouvé le premier motif dans un livre, il a lui-même composé le second. Enfin, il va une fois par semaine voir une psychologue dans le XIII^e arrondissement. Pour y aller, il prend le métro.

Cependant quand il peut, il préfère marcher : pour aller à sa formation d'animateur, à l'opposé du CMP par rapport à chez lui, et aussi près, mais aussi pour aller à son lieu de stage dans l'association « les petits débrouillards » à Aubervilliers. Avec cette association, il lui arrivait de prendre les transports en commun pour aller faire des animations dans d'autres villes de banlieue parisienne. Il n'aime pas les transports, mais peut les prendre.

Pour les loisirs, le ping pong, donc, mais aussi le roller : il participe à la grande balade du dimanche, quoique, ces derniers temps, ça fait un bout de temps qu'il n'y est pas allé.

Il a aussi des rendez-vous avec sa conseillère RMI, du côté du Père Lachaise, et des réunions Emilia, pas loin également du Père Lachaise, mais là, ça fait longtemps.

Je lui ai demandé directement si sa maladie a changé son rapport à la ville, à quoi il a répondu que dans les moments où ça ne va pas, il sent plus brutalement sa solitude, il a le sentiment qu'on peut aller très mal, malgré tous les gens autour, des gens qui restent indifférents.

Il n'a été hospitalisé qu'une fois, en banlieue (probablement à Maison Blanche) il y a dix ans. Ça a duré trois mois. Le plus dur était de se retrouver avec les autres patients auxquels il n'avait pas envie d'être assimilé. Il y recevait des visites, son père, et aussi des amis. A sa sortie, il avait l'impression de ne pas aller mieux, mais il préférait être chez lui, chez sa mère. Il n'a pas tout de suite continué à aller voir un psychiatre. Mais son père l'a menacé de le faire hospitaliser à nouveau. La première hospitalisation était en HDT : il avait reçu une première visite des infirmiers, la seconde était destinée à l'hospitalisation : l'ambulance en bas de l'immeuble, plusieurs infirmiers présents, il a suivi en ayant le sentiment de ne pas avoir le choix.

Il rend parfois visite à son père, à Aubervilliers, mais les relations avec sa belle-mère ne sont pas toujours très simples. Elle l'a une fois accusé d'avoir « les yeux rouges », c'est-à-dire d'avoir fumé du shit. Cela lui arrive encore – à certaines périodes, il a beaucoup fumé.

Cette année, il n'est pas parti en vacances, à cause de sa formation ; l'an dernier, il était parti au Sénégal avec un ami qui en vient, c'était la deuxième fois. (Après le bac, il était parti en Turquie avec des copains, pour faire de la randonnée principalement. Il a trouvé que les turcs étaient vraiment très sympas, venant les aider quand ils voyaient qu'ils étaient un peu perdus).

M. aime vraiment beaucoup son quartier et ne sait pas s'il pourrait vivre ailleurs. Je m'étonne devant le fait qu'il salue tant de gens dans la rue, j'essaie de savoir comment il les connaît ; il me répond que c'est parce qu'il habite depuis longtemps dans le quartier. Dans son immeuble, il connaît quelques personnes, surtout deux garçons qu'il a connus tout petits.

Pendant que nous discutons, nous avons échangé avec un pêcheur qui surveille sa ligne, un grand jeune homme noir filiforme qui connaît M., et qui lui raconte comment il a pêché un énorme poisson le 7 août. Il nous montre une photo un peu sombre prise le soir de la pêche miraculeuse, qui nous permet mal d'évaluer la taille de la prise.

Nous avons ensuite repris la balade, direction mon « quartier ». La transition se fait à pied, car nos quartiers se jouxtent. La transition se fait à Stalingrad, M. me parle du moment où la place était réputée comme lieu de deal de drogue dure, aujourd'hui, il y a sans doute encore beaucoup de trafic, mais de shit plutôt.

Je le conduis le long du boulevard de la Chapelle, chemin que je trouve assez « hostile » : beaucoup de voitures, peu de commerces ou peu riants, le bruit du métro aérien quand il passe. On passe par exemple devant une station essence, un magasin de scooters, un supermarché chinois très bas prix, un autre supermarché « indien »... Aux avant-postes du quartier tamoul, ce supermarché, et avant cela même le « Paris Fried Chicken », fast-food mi-« KFC » mi-traiteur indiano-tamoul cheap : on y trouve par exemple des ailes de poulet panées, des frites, et des currys. Pourtant, j'aime assez l'architecture du métro aérien. Marcher sous le métro est ce qu'il y a de plus désagréable, entre les deux couloirs de voitures, le bruit plus intense du métro, l'odeur d'urinoir collectif, les trottoirs couverts de crottes de pigeons, les déchets abandonnés, parfois de vieux matelas ou canapés utilisés par des sans-abris de passage, et le passage pour les piétons parfois étroits à côté des entrées du métro, mais aussi le long du terrain de basket et de la rampe de skate qui y sont installés. M. me dit avoir déjà joué sur ce terrain de basket. Nous passons au dessus des rails de la gare de l'Est, j'aime assez ces grandes coupures dans la ville, la lumière qu'elles offrent et l'ouverture sur un large pan de ciel.

Nous prenons la rue Perdonnet. Tout de suite, tous les magasins deviennent tamouls, restaurants, magasins de saris, tailleurs, coiffeurs, traducteurs, photocopies, fleuriste. Juste, à l'angle de la rue Perdonnet et de la rue Louis Blanc, un local aux vitres teintées en noir toujours fermé des Hell's Angels. Nous marchons jusqu'à la rue du faubourg Saint Denis (j'habite à l'immeuble qui fait l'angle). Et je lui montre de loin l'entrée de la gare du Nord, tellement pratique, et tellement étourdissante de foule. Nous prenons la rue Cail, je lui raconte la fête de Ganesh qui avait eu lieu le week end d'avant : la foule, les petits autels dressés devant les boutiques avec fruits et noix de coco, la procession avec danseurs rentrant en transe et chars. Nous prenons la rue Louis Blanc, passons entre le Lycée Colbert, que M. connaît, et les écoles primaires de l'autre côté de la rue. Nous marchons jusqu'au canal Saint Martin, où je vais souvent me promener le week end, et remontons vers Jaurès en passant par le quai, devant la caserne de pompiers et le bar-salle de concert Le Point éphémère. Nous nous quittons à côté de la rotonde de Stalingrad.

Compte-rendu 2

S. a 33 ans, il habite le quartier « Porte de Vanves » du nom de la station de métro dans le 14^e arrondissement de Paris. Il habite dans le même appartement depuis 6 ans. Il s'agit d'un studio, habitation à loyer modéré qu'occupait auparavant sa tante.

Petite histoire résidentielle :

Né à Paris, S. va vivre à Cachan jusqu'à l'âge de 5 ans. Il part ensuite avec sa famille vivre à Charleville-Mezières. Il entame des études de médecine à Reims. Il échoue et tombe malade (dépression suite à cet échec universitaire) et reste deux ans à Charleville. Il se souvient avoir vu le quartier Opéra à Paris et avoir trouvé ça magnifique, cela lui avait donné envie de faire ses études à Paris. Il va mieux et part à Paris en 1998 pour s'inscrire à la fac de psychologie à Malakoff. C'est là qu'il prend un premier appartement dans le quartier Porte de Vanves à deux minutes de sa résidence actuelle. Il y reste un an. La fac est déplacée à Boulogne où il va ensuite s'installer. Il était important pour lui pour réussir d'habiter près du lieu d'études. S. retombe malade plus gravement en 2002. Il ne finira pas sa licence de psychologie. Il est hospitalisé dans un hôpital au sud de Paris, ne se souvient pas du nom. Il fréquente le CMP de Boulogne.

Sa tante libère un studio à Porte de Vanves, studio qu'il occupe aujourd'hui au square Auguste Renoir. Son grand-père a vécu aussi dans ce quartier mais pas à la même époque que lui. Sa tante habite maintenant à Vanves, il la visite parfois à pied.

Histoire du quartier :

Racontée par sa tante qui y a habité pendant plus de 30 ans. Il y a une sorte de « guerre des gangs » entre les populations du bas de la rue Raymond Losserand qui comptent beaucoup de gitans et celles du Boulevard Brune qui comptent de nombreux maghrébins. Cette zone est le lieu de règlements de compte, voitures brûlées, fusillades depuis des années.

Son logement :

L'immeuble où il réside est assez calme, il est en retrait des grands axes de circulation..

S. connaît ses voisins de palier, des personnes âgées, ils se rendent des services ponctuels : emprunt d'outils, clés oubliées...

Les habitants de l'immeuble sont plutôt issus de classes moyennes à favorisées. Mais le quartier a tendance à se dégrader : on y voit de plus en plus de graffitis, bandes de jeunes, trafic de haschich. Cela crée quelques nuisances nocturnes.

S. a déjà habité dans le quartier auparavant.

Pratiques du quartier :

Commerces :

Deux supermarchés sont situés à proximité, le plus proche (quasiment au pied de son immeuble) est le plus fréquenté par S.. Il y a un marché (devant l'immeuble), plusieurs fois par semaine, mais S. n'y va pas. Le marché nécessite davantage de rapports humains avec les autres et S. lui préfère l'anonymat du supermarché.

Une boulangerie se trouve également à proximité et est fréquentée par S. deux à trois fois par semaine. Il a un bon contact mais sans plus avec l'employée.

Le bureau de tabac est également un des lieux fréquentés par Sébastien.

Idem pour la pharmacie. Elle se trouve boulevard Brune en face du supermarché. S. y va car les pharmaciens sont sympas. Ils le connaissent, ils l'ont déjà dépanné avec des boîtes de médicaments alors qu'on lui avait volé son sac à dos avec ses médicaments dedans. Au début, il y a 6 ans, il avait été dans une pharmacie rue Raymond Losserand mais avait eu des difficultés avec son 100 %, le pharmacien avait fait des difficultés pour le remboursement.

Structures de soins :

Le CMP du 14e est situé à 15 minutes à pied de chez S.. Il s'y rend une fois toutes les trois semaines uniquement pour récupérer sa prescription médicamenteuse.

Loisirs :

S. ne fréquente pas son quartier pour ses loisirs, il ne va pas au restaurant, n'y boit pas un verre dans un café. Sa seule pratique du quartier, hors commerce, est la promenade de son chien, 4 à 5 fois par jour. Il fait alors un tour du quartier, traversant les espaces verts, squares, jardins entourant sa résidence. Il a trois trajets qu'il fait généralement. Lors de cette promenade, il ne s'arrête jamais. Certains parcs sont interdits aux chiens même tenus en laisse, ce qui limite ses possibilités de trajet. Il y a un projet de jardin avec la couverture du périphérique, il espère qu'il sera autorisé aux chiens. Les parcs de Georges Brassens et Montsouris ne sont pas très loin, mais il ne les fréquente pas.

Amis / Famille :

S. reçoit de temps en temps ces amis ou sa tante chez lui. Ses parents viennent 3 ou 4 fois par an, ils restent chez sa tante.

Pratiques en dehors du quartier :

Sorties entre amis :

Dans Paris, S. sort avec ses amis dans le quartier du Panthéon, Cardinal Lemoine, Odéon. Ils s'y retrouvent généralement le samedi soir pour boire un verre, manger au restaurant. Il aime fréquenter la place Sainte-Geneviève. Avant, il fréquentait aussi Bastille car il avait un ami qui habitait à Porte de Bagnolet et c'était plus pratique pour lui.

La plupart de ses amis habitent en banlieue sud. Il les retrouve aussi pour des soirées à Antony ou Viroflay.

Famille :

La famille (parents, frère) de S. habite à Charleville-Mézières. Il les visite tous les mois et demi environ. Il y a encore des amis. Sa tante habite à Vanves, il va parfois la voir en promenant son chien.

Shopping :

Dans la journée, il va parfois à Châtelet Les Halles pour faire les magasins, surtout la FNAC. En fait, ses sorties « shopping » font souvent suite à un déplacement pour motif de soins dans le quartier (psychothérapeute à Rambuteau). C'est ainsi qu'il va aussi à Saint-Lazare pour faire les boutiques (psychodrame à Liège).

Sorties culturelles :

S. ne va pas au cinéma ni au théâtre, ne lit pas (concentration difficile). Il va très occasionnellement à des concerts (dernier à l'Olympia).

Sports :

S. fait du squash et du tennis avec ses amis en banlieue. Il se rend ainsi à Viroflay pour faire du squash et à Antony pour le tennis une fois chaque par semaine.

Vacances :

Il est parti au ski avec ses amis. Mais en général, S. a du mal avec les voyages, le fait de se retrouver en groupe, de ne plus avoir ses habitudes.

Structures de soins :

S. fréquente un psychothérapeute une fois par semaine au métro Rambuteau, et un psychodrame tous les vendredis au métro Liège.

Ses déplacements sont l'occasion de shopping dans ces quartiers. Depuis la maladie, S. va plus souvent dans Paris. Ses premiers symptômes avaient justement été de ne plus sortir de chez lui, il avait peur de l'extérieur.

Recherche d'emploi :

S. se rend au PLIE à Porte de la Chapelle tous les 15 jours (dans le cadre du projet EMILIA). Il se rend également pour les différents projets EMILIA au métro Philippe Auguste.

Déplacements

S. reconnaît n'avoir jamais été un gros marcheur et à être plutôt casanier. Il passe beaucoup de temps chez lui devant son ordinateur, à écouter de la musique ou regarder la télé. Ses déplacements pédestres se limitent donc à la promenade de son chien, aux commerces de son quartier, au CMP du 14e. Il va parfois rendre visite à sa tante à Vanves à pied.

Il utilise les transports en commun pour se déplacer dans Paris. Le tramway, récemment implanté dans son quartier, lui est plus facile que le métro, il reste à l'extérieur.

Le métro reste quelque chose de difficile pour lui. Il a développé une forme de stratégie d'adaptation en employant des trajets réguliers :

- le trajet pour aller à Liège pour le psychodrame,
- le trajet pour aller à Rambuteau pour le psychothérapeute, ce trajet est celui qui lui pèse le plus, même si ce n'est pas le plus éloigné. Il envisage même de changer de psychothérapeute pour en trouver un plus proche de chez lui et pour d'autres raisons.
- Le trajet pour aller à Philippe-Auguste pour EMILIA
- Le trajet pour aller au Panthéon pour les sorties avec ses amis.
- Le trajet pour aller au PLIE à Porte de la Chapelle

Le métro constitue une difficulté pour trouver du travail.

Enfin, S. a une voiture qu'il utilise pour ses déplacements en banlieue pour le sport et pour voir ses amis, et pour aller à Charleville. A part les bouchons parfois rencontrés lorsqu'il va à Viroflay, ce mode de déplacement ne lui pose pas de problème.

Représentations de la ville et du quartier

S. préfère vivre à Paris. Il ne voudrait pas habiter trop près de ses parents.

S. qualifie le quartier « Porte de Vanves » de « pratique » (proximité des commerces, des transports^o), de « diversifié » (mélange de populations) et de « prisonnier ». Prisonnier car il bénéficie d'un logement pas cher et sait que c'est une chance, il ne pourrait pas l'avoir ailleurs. Mais du coup, ça l'emprisonne dans ce quartier, c'est la raison essentielle pour laquelle il reste dans ce quartier là, car dans l'ensemble son quartier ne l'intéresse pas plus que ça. Si un jour il déménageait, il ne regretterait pas le quartier.

Il passe l'essentiel de son temps dans son logement dans lequel il se sent bien.

Il était content de venir à Paris, pourtant il associe parfois la maladie à Paris.

Les avantages de Paris sont les suivants selon S. :

Paris propose une gamme de soins très diversifiée et abondante. Par exemple, il n'aurait pas pu faire du psychodrame n'importe où.

Pour les sorties entre amis, Paris offre aussi beaucoup de possibilités.

Idem pour les commerces à proximité dans son quartier.

Les mauvais côtés de Paris sont :

- Les transports, le métro
- La foule
- Les trajets en général : la voiture, les bouchons.

L'anonymat de la grande ville constitue à la fois un avantage et un inconvénient. Les gens n'ont rien à faire de son état, personne ne réalise si quelqu'un reste enfermé chez lui pendant des jours.

S. a l'impression de ne pas bien fonctionner ici. Il a un sentiment ambivalent : il se sent à la fois bien chez lui et voudrait changer, mais ne sait pas où aller. Il a l'impression d'être coincé par le choix d'être venu à Paris.

Compte-rendu 3

J'ai retrouvé M. au métro Rambuteau vers 10 heures. La veille au téléphone, quand je lui avais expliqué le projet et que je lui ai demandé dans quel quartier il souhaitait que l'on se promène, il avait proposé Châtelet d'emblée et sans aucune hésitation.

Nous avons commencé par prendre un café en face de Beaubourg, où M. m'a interrogé sur la sociologie et parlé un peu de son parcours. Il m'a parlé de Compiègne, qu'il trouve être une très belle ville étudiante. Il y a fait sa prépa et une première année à l'Université de technologie pour être ingénieur, en 2001. Il n'a pas fini l'année, suite à son hospitalisation. Il y a appris beaucoup de choses, mais il apprenait « à l'aveuglette, tout le temps ». Il y a aussi vécu une histoire d'amour avec une fille qui s'est terminée très brutalement, ce qui lui a fait beaucoup de mal.

Puis nous nous sommes rapidement dirigés vers les Halles et en particulier la Fnac, où M. vient souvent, dès qu'il « ne sait pas quoi faire ».

M. habite vers Place des fêtes, dans le 19e, et vient aux Halles en métro par la ligne 11. C'est rapide. Il n'est jamais venu à pied. Il venait à une période en roller, mais plus maintenant : cela prend plus de temps, même s'il n'est pas pressé, car cela demande du temps de trouver son chemin. Par ailleurs, les rollers semblent lui avoir occasionnés quelques déboires par le passé puisqu'il a déjà été hospitalisé suite à une altercation avec la police, comme il me le racontera un peu plus tard.

De toute façon, ces derniers temps M. vient rarement ici parce qu'il passe beaucoup de temps dans l'appartement de sa nouvelle copine. Ils se sont rencontrés à l'hôpital il y a quelques temps puis revus récemment. Elle s'occupe bien de lui, l'emmène au restaurant. Il est amoureux et aimerait bien se marier, après des fiançailles.

En prenant l'escalier roulant, j'ai raconté que je n'aime pas ce lieu enterré ni cette sensation de descendre dans des entrailles. Lui, à l'inverse, trouve cette descente en escalier roulant rassurante.

Dans la Fnac je l'ai suivi dans son chemin habituel dans les rayons. Nous sommes d'abord allés vers les bandes dessinées, où il m'a montré une série qui reprenait son histoire et son personnage à l'époque où il était étudiant à Compiègne. M. en achète rarement mais vient souvent les lire. Il lit souvent des manga aussi, qu'il aime bien parce que les dessins le font rêver.

Puis nous sommes allés vers les jeux vidéos, pour voir les nouveautés, discuter de ceux que M. avaient déjà achetés, de leur difficulté ou intérêt. Il aime particulièrement les jeux où l'on crée une civilisation, même s'il n'y joue pas longtemps car c'est un peu trop fort pour lui, cela lui donne l'impression d'être Dieu. Un des jeux lui rappelle la psychiatrie, « où l'on impose un choix » et il n'y a pas rejoué.

M. a constaté qu'ils avaient changé l'ordre de rangement des jeux. Il m'a expliqué qu'ils avaient réorganisé l'ensemble des rayons il y a un mois.

Nous sommes passés aussi au rayon des jeux vidéo pour console (et non ordinateur). Il m'a dit quels étaient ses jeux préférés, m'en a conseillé pour mon fils. Lui-même a rendu sa DS car c'est moins bien que l'ordinateur. Surtout, c'est moins facile à gérer, car on peut la transporter et jouer partout, ce qui fait perdre le contact avec la réalité.

Après cela, M. m'a fait traverser le forum des Halles, mais les autres magasins ne font pas partie de son circuit. Il y a là le Quick et le McDo, que M. considère être très différents. Le Quick c'est pour se nourrir, alors que le McDo est pour exciter les sens. M. m'a montré la place carrée. Il m'a expliqué que d'ici, il pouvait reprendre la ligne 11 mais qu'il fallait suivre les panneaux vers le RER pour retrouver le métro.

Nous sommes passés devant le cinéma et avons regardé les affiches. Il ne va plus voir de films, car cela lui fait trop d'idées à la fois. Par contre il vient souvent voir les affiches à l'UGC des Halles, il y a plusieurs films qu'il a envie de voir, parce que l'affiche lui évoque plein de choses assez mystérieuses. Quand il va voir un film, il va aux Champs-Élysées. L'UGC est réservé aux affiches.

Nous sommes ressortis derrière l'église Ste-Eustache, où il va parfois. Nous l'avons traversée. Il trouve qu'on est bien à l'intérieur, protégé par les gargouilles qui ressemblent aux Gremlins. Il est croyant.

Nous avons regardé la sculpture représentant une énorme tête, juste à l'extérieur de l'Église. M. aime bien cette tête, ce calme, ce repos. Il me raconte qu'il a essayé de lire la Bible, mais qu'il a eu du mal, d'autant plus qu'il y avait des erreurs de traduction. Ensuite il m'a montré le cadran solaire, dont il connaissait l'existence mais qu'il n'avait pas vu depuis longtemps.

Enfin nous avons traversé les jardins, où il aime se promener. Nous sommes passés devant la bourse du commerce, qu'il m'a montrée. Nous avons fini par revenir au métro Rambuteau, où nous nous sommes séparés. M. se dépêchait pour avoir le temps d'aller déjeuner à l'hôpital de jour, à Jacques Bonsergent. Il prend beaucoup le métro en ce moment, car cela va plus vite.

Avant d'être Place des fêtes, M. habitait à La Chapelle, dans un appartement. Il y a vécu seul et avec sa petite amie de l'époque, qui est repartie ensuite en Chine. Quand il habitait là-bas, il allait souvent au Sacré-Cœur en rollers. Et puis il a dû quitter l'appartement car il faisait trop de tapage nocturne et a été expulsé par les voisins. Ses parents lui ont alors, heureusement, trouvé cette chambre Place des fêtes où il est depuis deux ans. Il préfère car c'est plus calme. Il va parfois aux Buttes-Chaumont.

Actuellement il est en HO, plus exactement en sortie d'essai. Il est en HO depuis 2003, me dit-il. Quand je m'étonne, il m'explique que sa première HO date de 2003, suite à une rencontre avec des policiers alors qu'il était en roller. Les policiers l'ont envoyé à l'IPPP où le médecin l'a trouvé menaçant et l'a mis en HO. Il est aujourd'hui toujours en HO car en 2007, l'année de l'élection de Sarkozy, il a renversé quelqu'un, qui l'a frappé en retour, ce qui a amené M. à lui donner des coups de ceinture.

Il a d'abord été hospitalisé à Neuilly sur Marne, puis rue d'Hauteville. La psychiatrie est une imposition de volonté. Actuellement il est suivi au CMP du 10e, il voit le psychiatre demain. Normalement, la journée il va à l'hôpital de jour, sauf en ce moment car il est amoureux de S.

Compte-rendu 4

F. est dans le 20^e arrondissement depuis quelques mois. Après avoir hésité à changer de CMP, en raison de l'appréhension de rencontrer un autre psychiatre, il est finalement apparu évident qu'il était plus facile de se rendre dorénavant au CMP du 20^e, à moins de 5 minutes à pied de son domicile.

F. se sent à Paris chez lui. Il est né dans cette ville, y a toujours vécu, la plupart du temps dans les quartiers nord et ouest dont il apprécie l'ambiance mixte et populaire.

Je suis arrivé en retard, me trompant de lieu de rendez-vous, étant allé mécaniquement à la mairie du 19^e arrondissement, alors que F. m'avait précisé mairie du 20^e – Gambetta. J'étais mort de honte, lui m'attendait sans sourciller. Nous avons pris un café dans un bar tenu par un propriétaire chinois, que F. a conseillé en raison du café bon marché.

Puis, nous avons fait un tour du quartier, en passant d'abord devant la librairie A. Keller, puis en traversant le cimetière du père Lachaise pour rejoindre plus rapidement le centre hospitalier où ont eu lieu quelques réunions d'Emilia. Puis, nous sommes remontés jusqu'au CMP, devant lequel quelques professionnels discutaient, avant de passer devant l'immeuble où habite F. et remonter enfin sur la place Gambetta où nous avons longuement discuté sur un banc devant un arrêt du 26.

La rue est animée, il y a de nombreux commerces. F. fait le plus souvent ses courses à Ed puis à Champion. Après s'être quittés, nous nous retrouverons d'ailleurs chez Ed où une certaine agressivité régnait.

L'usage de la ville de F. dépend de ses activités quotidiennes : déplacement à l'hôpital de jour chaque matin, nécessitant de prendre le métro pour quatre stations, jusqu'à République, puis de marcher quelques minutes. F. a un rapport fonctionnel à la ville, tel que les natifs peuvent avoir : sans curiosité particulière, mais avec la conscience d'avoir à proximité de nombreux services qui facilitent la vie quotidienne ; un goût pour l'anonymat et la possibilité d'être indépendant chez soi. Il a peu investi affectivement l'espace urbain : pas de lieu chargé d'histoire, presque pas d'espace à connotation négative ou positive ; seul peut-être un petit quartier qu'il n'aime plus trop traverser en raison des affects anxieux qu'il y ressentait quelques années auparavant, quand il devait y rencontrer des personnes qui lui évoquent un certain malaise.

Les puces, ou le forum des Halles ne sont en revanche pas des lieux provoquant d'émotions particulières.

La distinction entre milieu ordinaire et milieu protégé ne s'applique absolument pas à l'environnement urbain, mais au type de relation sociale engagée. Le milieu protégé est dispatché au milieu de la ville, cela ne l'ordinarise pas pour autant.

F. n'a jamais été hospitalisé. Certes, sa maladie a entraîné de nouvelles peurs, par exemple de la délinquance, peurs que F. considère comme irrationnelles.

La carte urbaine de F. a changé depuis 7 ans, dans la seule mesure où son lieu d'habitation et ses activités ont un peu changé... plutôt faiblement.

Les itinéraires les plus longs se font en métro, les plus courts à pied, alors que le bus est utilisé sur les itinéraires sans métro.

Compte-rendu 5

Nous nous retrouvons au Métro Crimée dans le 19^e arrondissement à 10h.

G. m'explique qu'il habite depuis 30 ans à Paris. Il est né en Tunisie et arrivé à l'âge de 12 ans en France.

Entre 1990 et 2005, il a habité dans les 5^e et 6^e arrondissements de Paris.

Depuis son épisode hospitalier en psychiatrie, il a passé un an chez ses parents qui résident tout près, Quai de la Marne, puis 3 ans seul avenue Jean Jaurès, où il habite aujourd'hui.

La dimension « quartier » est importante pour lui et il présente d'emblée son quartier comme positif (bien desservi).

Globalement, G. passe 50 % de son temps dans le quartier, 50 % ailleurs dans Paris pour ses loisirs en général. Il se déplace en métro, parfois en bus.

Nous empruntons la rue de Crimée vers le Nord jusqu'au Quai de la Loire, où Gilles me montre l'ANPE, à laquelle il se rend régulièrement pour recueillir les annonces d'emploi. Il est au chômage depuis trois ans et cherche un emploi dans la communication et le journalisme. Il se rend plus rarement (une fois par mois) dans le 11^e arrondissement pour l'entretien de suivi ANPE.

Je lui demande s'il peut décrire une journée habituelle ; il m'indique qu'il reste dans le quartier la moitié de la journée, plutôt le matin. Il déjeune chez lui la plupart du temps et sors l'après-midi ou le soir pour aller à une exposition, à Beaubourg ou à la Villette par exemple, au cinéma ou au théâtre (vers Montparnasse et les Champs-Élysées). Le mercredi après-midi, il se rend souvent à Radio-France pour écouter des concerts. G. est très « mobile » dans Paris. Il effectue la plupart de ses sorties culturelles seul.

G. va voir ses parents toutes les semaines, Quai de la Marne, où ils habitent depuis 30 ans. En 2005, G. a dû « revenir » dans son quartier suite à son hospitalisation mais ce déplacement du centre de Paris au quartier Crimée n'a pas été vécu comme une rupture car il connaissait déjà cet endroit, auquel il est attaché. G. habite dans une cité HLM avenue Jean Jaurès, qu'il décrit comme correcte mais sans grand confort ; il connaît les gens de son immeuble et un peu les commerçants.

Nous passons devant la CAF qu'il définit comme un lieu ressource, auquel il se rend autant que de besoin, comme l'ANPE ou la Sécurité sociale rue Manin, un peu plus loin que le CMP. La sécu est « un endroit qui compte », comme la pharmacie. G. ne se rend plus à Rémi de Gourmont. Enfin, il y est allé une fois en septembre pour voir sa psy mais ce n'est pas un lieu du quotidien. Nous passons près de son marchand de journaux, avenue Jean Jaurès.

G. décrit son quartier de manière très positive et lorsque je lui demande s'il voit des aspects négatifs, il évoque le manque de centralité par rapport aux 5^e et 6^e arrondissements mais nuance immédiatement en précisant que ce quartier n'est pas enclavé. Le quartier présente un avantage d'après lui: il est reposant dans sa ressemblance avec une ville de province mais l'inconvénient est ce manque de centralité. Il y a eu récemment des agressions très fortement médiatisées rue Petit, un règlement de compte. Mais G. trouve ce quartier aimable et ne perçoit pas ce qui est présenté dans les médias (quartier foyer de tensions) ; il se dit « attaché à ce quartier, un peu comme ces gens à leur cité ».

Nous nous asseyons pour prendre un café dans un bar à l'angle de la rue de Crimée et de la rue Ménadier.

Les visites au CMP ont reconfiguré sa topologie des lieux. C'est un aspect important mais ce n'est pas particulièrement sa « maladie » qui a changé son rapport à la ville. Il s'y rend tous les 15 jours pour une piqûre et voit son psychiatre tous les mois. Il définit le CMP comme un « endroit stratégique ». Il y a une sorte de communauté des anciens de Rémi de Gourmont, comme avec EMILIA: on prend des nouvelles ; on se croise aux RV Emilia vers le métro Alexandre Dumas, autour des RV sur le projet personnel et professionnel, pour le questionnaire de suivi régulier. On se voit également à la Maison de l'Emploi Boulevard Mac Donald et au centre culturel à Ménilmontant.

Il y a finalement deux « pôles » dans ce quartier pour lui: la Sécu, la CAF et le chômage d'un côté, les 2 MK2 et la Villette de l'autre.

G. me pose des questions sur mon rapport au quartier parisien que j'ai quitté en juillet dernier. J'essaie de reconstituer moi aussi mon parcours résidentiel et nous continuons notre visite jusqu'à la place des fêtes. Je lui montre les deux rues dans lesquelles j'ai habité, la rue des Pyrénées et la rue Frédérick Lemaître, les commerces et les bars de prédilection. Nous passons devant l'Eglise du Jourdain puis devant la librairie l'Atelier tout en discutant de mes habitudes dans le quartier, des rencontres faites dans l'immeuble. Je ne résiste pas à entrer chez le buraliste qui est dans le quartier depuis 18 ans, juste en face du collègue Dolto qui a fait l'objet d'un documentaire récent (qui sort la semaine prochaine). Nous nous connaissons un peu. Il a vu le quartier évoluer depuis 20 ans et nous livre son impression générale, amusé par notre démarche sur les usages de la ville. Il cite le travail d'une sociologue, Marianne Dory, qui a travaillé sur le quartier. Je donne mon mail pour qu'il me retrouve l'ouvrage qui en est tiré. Il parle tout de suite de « boboïsation » du quartier, de ces gens qui investissent le quartier, créent des associations, fréquentent les mêmes cafés et restaurants, mais qui « achètent » petit à petit le quartier. Ils forment une communauté homogène qui ne se mélange pas vraiment avec la population qui habite depuis longtemps ce quartier. Ce sont d'après lui tous ces professeurs qui enseignent en Seine Saint Denis mais contournent la carte scolaire pour leurs propres enfants.

Compte-rendu 6

Nous avons rendez-vous avec L. à 13h devant la mairie du vingtième à Gambetta, c'est un dimanche car L. m'a dit être très occupé en semaine par les activités d'Emilia. Il me demande où je souhaite que nous allions, je lui rappelle notre objectif : connaître son quartier, sa ville, les trajets fréquents ou favoris. Il me rappelle qu'il parcourt la ville, toute la ville et très souvent, il marche beaucoup. Je lui propose de le suivre dans son cheminement et de l'inviter à suivre le mien la prochaine fois. Il me propose d'aller marcher vers République et de remonter ensuite en « faisant le tour ».

Nous partons donc à pas assez rapides vers la rue Sorbier, tout en discutant sur la ville en général.

L. me questionne à propos de mon voyage au Mexique. Il me parle de sa pratique de Paris et de sa connaissance de la ville.

L. a vécu à Beyrouth depuis sa naissance et est arrivé à Paris il y a deux ans, mais connaissait déjà par de multiples allers-retours (« les Champs-Élysées, le métro, etc. ». Il a vécu d'abord avec son frère dans le 12^e arrondissement, au métro Bel-Air, et maintenant dans le vingtième, rue de Ménilmontant, près de la rue Pelleport, toujours avec son frère.

Il s'est rapidement orienté dans Paris, grâce aux places et aux arrondissements. Contrairement à Beyrouth où il est très facile de s'orienter en permanence grâce à la présence de la mer (Beyrouth est une « tête qui rentre dans la mer », « on sait toujours si on est à l'est ou à l'ouest »), Paris n'offre pas les mêmes repères. Il a donc dû se les fabriquer, avec « sa propre boussole », en repérant les places principales et les arrondissements. Il n'utilise pas tellement le nom des rues. Il se réfère à Haussman et à la structure de la ville qu'il a édifiée : des places reliées entre elles par des axes. Pour lui c'est un moyen de s'orienter.

Du coup je relève ensuite les rues et les lieux qu'il me désigne (surlignés en bleu dans le texte).

Au bout de la rue Sorbier, on descend la rue de Ménilmontant. Il m'indique qu'il habite dans cette rue de Ménilmontant, plus haut.

Nous rencontrons par hasard un de mes collègues de l'université, et ensuite parlons du Mexique à nouveau.

Arrivés place de Ménilmontant, il m'indique le « Père-Lachaise, c'est là. » vers la gauche. Mais on traverse la place et continuons à descendre. L. n'utilise pas le vélo, car ce qu'il aime dans la ville, c'est la compagnie des autres. En vélo il se sent seul, tandis qu'à pied ou en bus ou en métro, il se sent en compagnie, peut faire des rencontres. Nous sommes dans la rue Oberkampf, « où il y a beaucoup de bars ». Je lui demande s'il sort parfois : « Je sors tout le temps, toujours ».

Nous arrivons avenue de la République, qui mène à la place de la République. L. me demande quel est selon moi le meilleur arrondissement de Paris, c'est à dire « où il y a tout ce dont on a besoin, où il y a le plus de choses, le plus branché, le plus agréable à vivre ». Je lui réponds que pour moi c'est le vingtième, il acquiesce. (C'est là que nous habitons tous les deux.) (Je crois que le terme branché ne se réfère pas à la mode, mais à la sensation d'être connecté au cœur de la ville et de ses intensités.)

L. évoque la colline de Achafieh, à Beyrouth, car en arrivant à Paris il a associé cette colline à Ménilmontant. C'est une colline unique dans la ville de Beyrouth, en retrait de la mer, où les gens allaient pour se reposer et passer quelques jours au calme dans les années cinquante et soixante. Aujourd'hui elle est très urbanisée et sans doute le quartier le plus cher de la ville. Ensuite, il s'est fait une autre idée de Ménilmontant, liée à son quotidien et à sa connaissance du quartier, mais la colline d'Achafieh lui a servi de repère. Je lui parle ensuite du quartier où j'ai grandi, près du métro Sentier.

Nous arrivons place de la République, L. me demande si je ne suis pas fatiguée, car nous marchons d'un bon pas. Je lui dis que j'aime beaucoup marcher dans la ville de cette manière. Il me propose de nous arrêter prendre un café dans un endroit qu'il connaît. Nous prenons la rue du Château d'eau et arrivons au coin de la petite rue Bouchardon, près de laquelle j'ai longtemps habité. Nous rencontrons un commerçant de mon quartier qui me salue, deuxième hasard. Dans un petit passage qui donne sur cette rue, se trouve le café qu'affectionne L.. Il y a deux oliviers dans des bacs dehors qui lui rappelle la Méditerranée, des tables installées en terrasse qui occupent tout le passage, mais c'est toujours au bar que L. s'installe. Il est petit, tout en longueur, avec des tabourets rouges très élégants et des lampes rouges très dessinées, et tout est en bois. L. aime beaucoup cet endroit, pour lui le « meilleur café ». C'est une fille qui l'a emmenée ici il y a un an. D'autres filles l'ont emmené dans d'autres cafés mais c'est celui-ci qu'il préfère. J'acquiesce et nous repartons.

Dans ce même passage, il y a un panneau qui indique l'histoire de l'architecte Blondel, assassiné au temps de Louis XIV, selon L. qui me relate l'anecdote. Je lui dis que Blondel m'évoque quelque chose mais je ne connais pas cette histoire. Il y a aussi une rue Blondel, en effet, un peu plus loin et tout près du quartier de mon enfance. Je connais bien ce nom car elle était fameuse pour ses prostituées - c'est toujours le cas selon L.. D'ailleurs c'est une bonne chose, des prostituées dans une ville. D'après lui, il y en avait avant dans le quartier de la Bastille et aujourd'hui plus du tout. A Beyrouth également, il y en avait paraît-il mais c'est complètement fini. C'est regrettable car « dans une ville il doit y avoir tout. Une ville, d'ailleurs, c'est TOUT. » Nous remontons la rue du Faubourg Saint Martin et nous traversons le boulevard Magenta qui mène à la place Barbès, et nous continuons vers la gare de l'Est.

Je demande à L. quelle est la distance maximale qu'il voudrait parcourir à pied s'il devait se rendre quelque part, plutôt qu'avec les transports en commun. Il ne comprend pas bien la question, pour lui il pourrait aller partout à pied, il n'y a pas de limite. Il me demande les miennes, je réfléchis et répons que je suis limitée par le temps. Mes trajets se posent toujours en terme de rapport qualité/temps, selon un coefficient assez subtil et indéterminé. Nous entrons par la droite dans le square Villemin, le long du couvent des Récollets. Ce square traverse tout l'îlot jusqu'au canal Saint-Martin.

Nous sortons du square et remontons le quai jusque vers Jaurès. L. s'inquiète de mes limites temporelles, me demande combien j'ai prévu de temps pour ce parcours, et m'indique que nous marchons depuis une heure et sept minutes. « Est-ce un bon trajet ? ». Il me propose de conclure notre itinéraire en passant par la place du Colonel Fabien, puis de prendre le métro jusqu'à Père-Lachaise.

Je lui demande où se passent les activités qui l'occupe dans la semaine. Il m'indique les locaux d'Emilia à Père-Lachaise, le trajet pour s'y rendre depuis le métro. Soudain L. change d'avis sur l'itinéraire, nous allons prendre le métro jusqu'à Porte des Lilas et

descendre ensuite vers chez moi car L. n tient à me raccompagner pas trop loin. C'est mieux parce qu'ainsi on fait un cercle, et en plus c'est plus confortable de descendre à pied depuis les Lilas que remonter depuis Père-Lachaise. L. ajoute que l'on aurait pu aller plus loin, jusqu'à Châtelet, les Halles, ou plus encore, mais que j'étais limitée par le temps cette fois.

Dans le métro nous parlons de lecture, et L. se satisfait de l'itinéraire que nous avons réalisé, un « bon itinéraire ».

La station qu'il emprunte d'habitude est Gambetta. Il prend très souvent et très facilement le métro, jusqu'à trois fois par jour. Il s'est acheté le passe Navigo. Il connaît très bien le plan du métro, des bus également, d'ailleurs souvent son frère lui demande un itinéraire. Après avoir changé à Belleville, nous sortons à la station Porte des Lilas.

Nous descendons l'avenue Gambetta, passons devant la piscine que nous avons fréquentée tous les deux. L. a voulu s'inscrire à des leçons de natation, mais c'était très cher. Du coup il n'est plus retourné à la piscine parce qu'il n'aime pas être tout seul. Cela ne l'intéresse pas s'il n'y a pas de compagnie. A Beyrouth, les piscines sont nombreuses et ce sont des lieux publics où l'on fait beaucoup de connaissances, les gens se parlent au bord de la piscine et dans l'eau très facilement. Il n'a pas retrouvé l'équivalent ici. Plus bas, L. m'indique le début de la Rue Saint-Fargeau qui prolonge sa rue.

Nous descendons ensuite la rue Pelleport vers le métro Porte de Bagnolet, où nous nous séparons. Je propose à L. de nous revoir pour effectuer mon trajet à moi, et que je dois pour cela un peu réfléchir car je suis assez troublée du fait que son parcours est très similaire à celui que j'aurais pu proposer.

Annexe 9 : Questionnaire Enquête EMILIA

Enquête sur les pratiques et représentations de la ville des usagers des services de santé mentale QUESTIONNAIRE

A remplir par l'enquêteur

Lieu d'enquête :

- CMP Crimée
- CATTP La Comète

Date de l'enquête :

Nom enquêteur :

Bonjour,

Nous sommes un groupe de chercheurs travaillant sur les relations entre la ville et la santé mentale. Nous réalisons une étude pour comprendre l'utilisation de la ville des personnes fréquentant les lieux de soins comme le CMP ou le CATTP, les difficultés qu'elles rencontrent et les moyens pour les améliorer. Les résultats seront notamment utiles aux usagers (pour aider les personnes vivant avec un trouble psychique), mais aussi aux soignants, travailleurs sociaux, élus, urbanistes afin qu'ils puissent tenir compte de ces éléments dans leurs relations avec les usagers.

Si vous le souhaitez, vous serez informé des résultats de cette étude que nous diffuserons au CMP et CATTP.

Les données recueillies dans ce questionnaire sont totalement anonymes. Elles ne seront pas communiquées à d'autres personnes que les chercheurs et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celle de l'étude.

Etes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire ? Vos réponses nous seront très utiles. Cela vous prendra une vingtaine de minutes.

1. Votre quartier

D'abord, quelques questions sur votre quartier et ce que vous en pensez.

Vous habitez loin d'ici ? Quelle rue (ou station de métro) ?

Vous habitez là depuis longtemps ?

Comment s'appelle votre quartier ? Il a un nom ?

Pour quelles raisons habitez-vous dans ce quartier ?

Où aimez-vous aller dans votre quartier ? Quels sont les endroits sympas, les endroits où vous aimez aller ? Pourquoi ? Et en hiver ?

Est-ce qu'il y a des endroits où vous n'aimez pas aller ? Merci de décrire, d'expliquer.

2. Le carnet de bord de vos déplacements hier

Maintenant, on cherche à savoir comment les gens utilisent leur quartier un jour typique. Pour ça, on demande à tout le monde de décrire leurs déplacements un jour donné. Tous les déplacements que vous avez effectués en dehors de votre domicile sont intéressants pour notre étude, même ceux qui vous paraissent anodins : aller acheter des cigarettes, du pain, aller chercher son courrier, discuter avec son voisin sur le palier, sortir sans but précis se balader, aller à la pharmacie...

Pouvez-vous me raconter-moi votre journée d'hier (ou la dernière journée ouvrée, c'est-à-dire vendredi dernier si nous sommes lundi) dans le détail. J'ai besoin de noter les lieux précis où vous vous êtes rendu ou arrêté, votre mode de déplacement et le temps, ainsi que vos impressions sur le trajet (agréable ou désagréable, et pourquoi). Nous pouvons essayer de reprendre tout cela depuis le début de la journée :

Tout d'abord, êtes-vous parti de votre domicile ?

oui

non

Si non, d'où êtes-vous parti ?

Environ à quelle heure êtes-vous sorti de votre logement ? Pour faire quoi, pour aller où...

Et ensuite...

Heure	Activité	Lieu (rue ou station de métro la plus proche)	Moyen de déplacement (à pied, en vélo, bus, métro, voiture, etc.)	Temps de dépla- cement (min.)	Accompagné ? Si oui, par qui ? (copain, mari, mère, fils, soignant...)	Impressions sur le trajet (caractère agréable ou désagréable avec précisions)
0h						
1h						
2h						
3h						
4h						
5h						
6h						
7h						
8h						
9h						
10h						
11h						
12h						
13h						
14h						
15h						
16h						
17h						
18h						
19h						
20h						
21h						
22h						
23h						

Je vais maintenant vous proposer une liste d'activités. Pouvez-vous me préciser, pour chaque activité, quand vous l'avez faite pour la dernière fois, où c'était et comment vous vous êtes déplacé.

	<i>Quand avez-vous fait cela pour la dernière fois ?</i>	<i>Où était-ce ?</i>
	<i>A- la semaine dernière,</i> <i>B- le mois dernier,</i> <i>C- entre plus d'un mois et 3 mois,</i> <i>D- il y a plus de 3 mois,</i>	<i>A- à mon domicile,</i> <i>B-dans mon quartier (indiquer la rue ou le métro),</i> <i>C-hors du quartier (préciser la station de métro)</i>
1. faire des courses alimentaires		
2. se promener, sortir sans but précis, aller dans un jardin ou un parc		
3. aller au cinéma, à un spectacle un concert, un musée		
4. faire un sport, faire une activité artistique ou de loisir		
5. visiter un membre de la famille		
6. sortir au restaurant, boire un verre		
7. voir des amis		
8. aller au travail ou à l'université ou à une formation		
9. se rendre dans un service administratif (structure d'aide à la recherche d'emploi, RMI, sécurité sociale, CAF)		
10. aller au CMP		
11. aller au CATTP		
12. aller à l'hôpital psychiatrique ou à la clinique Rémy de Gourmont		
13. aller voir un médecin généraliste ou spécialiste (hors CMP)		
14. aller à la pharmacie		
15. Autre, préciser :		

2. Questions complémentaires

- Vous êtes : un homme une femme

- Votre âge ? (*si refuse, demander de se situer dans une tranche d'âge : entre 20 et 30, entre 30 et 40, etc.*)

- Votre niveau d'études ? (*si besoin de préciser ; la dernière année d'étude effectuée, même si non validée par un diplôme*)

- Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ou êtes-vous en formation ?
Oui Non

- Si oui (ou si vous étiez actif avant), quelle est (ou était) cette activité (libellé de la profession en clair) :

.....
- D'après vous, cela correspond à quelle catégorie socio-professionnelle parmi les suivantes :
 - o Agriculteur exploitant
 - o Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 - o Cadre, Profession libérale, profession scientifique, ingénieur, profession artistique, cadre commercial
 - o Professions intermédiaires, instituteur, travailleur social ou sanitaire, techniciens
 - o Employés
 - o Ouvriers
 - o Autre
- Actuellement, vous habitez...
 - o Dans un logement indépendant (si oui, combien de personnes habitent avec vous :.....)
 - o Chez un membre de votre famille (si oui, combien de personnes habitent avec vous :))
 - o Chez un ami (si oui, combien de personnes habitent avec vous:))
 - o A l'hôpital
 - o Dans une structure médico-sociale ou sociale (foyer, appartement associatif, maison communautaire..)
 - o Sans logement fixe
 - o Autre (préciser)
- Depuis quand résidez-vous dans votre logement actuel ? (année)
- Combien de fois avez-vous déménagé dans les 10 dernières années :

- Actuellement, avez-vous ou pouvez-vous vous servir :
 - o d'une voiture :
 - o d'un vélo :
 - o d'un autre moyen de déplacement individuel (précisez) :
- Actuellement, pouvez-vous voyager gratuitement dans le métro, le bus ou le RER en raison de votre situation (RMI, AAH, ASS ...) ? oui non
- Dans cette période, quand vous utilisez les transports en commun (métro, bus, rer...), quel titre de transport utilisez-vous ? (une seule réponse possible)
 - o carte orange / pass navigo
 - o carte Émeraude
 - o tickets individuels, carnet de tickets
 - o autre
 - o ne prend jamais les transports
 - o n'achète jamais son titre
- Est-ce que payer le métro ou le bus est problématique ? Vous arrive-t-il de ne pas payer vos titres de transport pour des raisons économiques ?
- Certains gens préfèrent le métro, d'autres prennent le bus où font tout à pied. Pour chacun des modes de transport suivants, merci de me donner votre avis, si vous l'utilisez souvent ou pas et pourquoi, si vous l'appréciez ou pas et pourquoi, si vous préférez être accompagné, lire ou écouter de la musique pendant le trajet, vos impressions générales, ce que l'on pourrait améliorer.
 - o Le métro :
 - o Le bus :
 - o Le vélo ou vélib
 - o La marche à pied

Pour finir, y a-t-il quelque chose qui vous tient particulièrement à cœur, que vous voudriez nous dire sur votre rapport à la ville, les difficultés que vous rencontrez, les aspects que vous appréciez, les lieux que vous fréquentez ou évitez, ou sur vos déplacements dans la ville ?

Je vous remercie de votre participation et de vos réponses qui nous sont très utiles.

Dans une seconde phase, cette étude prévoit une rencontre entre plusieurs usagers des services de santé mentale et des chercheurs pour réfléchir ensemble aux relations qu'entretiennent les usagers avec la ville et à ce que l'on pourrait améliorer dans la ville et les moyens de transport pour les rendre plus agréables et plus faciles à vivre.

Est-ce que vous seriez intéressé de participer à cette discussion collective ?

Elle aura lieu dans le 19^e arrondissement le mardi 25 novembre à 14h.

Si vous en êtes d'accord, nous vous contacterons quelques jours avant l'entretien.

(coordonnées : nom, téléphone, adresse e-mail)

Si vous souhaitez avoir plus d'information sur cet entretien ou sur cette recherche, vous pouvez contacter :

Personne référente :

Coordonnées :

Table des illustrations

Les figures

Figure 1	Cadre conceptuel de Julia Jones	59
Figure 2	La diffusion des établissements psychiatriques aux Etats-Unis	70
Figure 3	L'évolution du semis des villes américaines de 1790 à 1910.....	71
Figure 4	Statistiques sur les aliénés traités en établissement en 1853 par profession, France	88
Figure 5	Statistiques sur les aliénés traités en établissement en 1853 par cause de l'aliénation, France	89
Figure 6	Evolution du nombre des établissements psychiatriques en France	96
Figure 7	Evolution du nombre des établissements psychiatriques spécialisés publics ou privés faisant fonction d'établissement public en France	97
Figure 8	L'adoption de l'innovation asilaire par les départements français	101
Figure 9	Les premiers asiles d'aliénés.....	104
Figure 10	Diffusion des établissements psychiatriques au sein des départements français	109
Figure 11	Année de création des établissements selon la population en 1801 des départements équipés.....	112
Figure 12	Année de création des établissements selon la population en 1901 des départements équipés.....	112
Figure 13	Année de création des établissements selon la population en 1982 des départements équipés.....	113
Figure 14	Implantation des établissements psychiatriques ayant existé entre 1617 et 1981, par statut.....	119

Figure 15	Implantation des établissements psychiatriques d'initiative religieuse....	121
Figure 16	Répartition des localisations des nouveaux établissements psychiatriques aux différentes phases de la diffusion selon la taille des communes	125
Figure 17	Localisation par rapport à la préfecture.....	126
Figure 18	Plan factoriel (axes 1 et 2) de l'analyse des correspondances multiples ..	131
Figure 19	Représentation des axes 3 et 4 de l'analyse factorielle des correspondances multiples	133
Figure 20	Représentation de la partition en 6 classes sur les quatre premiers axes factoriels.....	137
Figure 21	Types d'implantation des établissements psychiatriques : d'après une typologie multicritères combinant la localisation, le statut et la date d'implantation des établissements.....	138
Figure 22	Carte postale de l'hôpital de Saint-Alban	149
Figure 23	Le découpage en secteurs du département des Hauts-de-Seine en 2006 ..	168
Figure 24	Les secteurs pluri-communaux en France métropolitaine (2006)	171
Figure 25	Le découpage en secteurs du département de l'Ardèche en 2006.....	172
Figure 26	Les secteurs radiaux centrés sur la ville en France métropolitaine (2006)	173
Figure 27	Le découpage en secteurs radiaux du département de la Haute-Vienne en 2006	174
Figure 28	Les secteurs discontinus en France métropolitaine (2006)	175
Figure 29	Le découpage en secteurs discontinus dans le département de la Haute-Garonne	176
Figure 30	Sélection des structures psychiatriques sectorisées dans le répertoire FINESS	195
Figure 31	Distance d'accès aux structures psychiatriques, avant et après la désinstitutionnalisation	200

Figure 32	Corrélation entre distance moyenne et dispersion par type de secteurs .206
Figure 33	Echantillon des aires urbaines choisies pour spécifier la localisation des services psychiatriques : exemple de l'aire urbaine de Dijon 212
Figure 34	Les aires urbaines sélectionnées pour l'analyse de la localisation intra-urbaine des services 213
Figure 35	Amiens : exemple de structures localisées dans des voisinages centraux « acceptants » avec forte mobilité (type 1) 217
Figure 36	Le Havre : exemple de structures localisées dans des voisinages centraux défavorisés (type 2) 219
Figure 37	Saint-Etienne : exemple de structures localisées dans des voisinages populaires périphériques (type 3) 220
Figure 38	Angers : exemple de structures localisées dans des voisinages périphériques « rejetants » (type 4) 222
Figure 39	Etablissement public de santé de Maison Blanche : site de Neuilly-sur-Marne 232
Figure 40	La sectorisation psychiatrique adulte de Paris et de la première couronne 234
Figure 41	Les structures de prise en charge des secteurs de psychiatrie générale de Maison-Blanche..... 239
Figure 42	Les structures psychiatriques de l'établissement de Maison-Blanche en 2007 241
Figure 43	Revue de presse 247
Figure 44	La clinique Rémy de Gourmont, implantée sur la Butte Bergeyre, dans le 19e arrondissement 251
Figure 45	La déstigmatisation des structures psychiatriques..... 253
Figure 46	L'unité d'hospitalisation d'Avron, Paris 20e 260
Figure 47	L'unité d'hospitalisation Hauteville, Paris 10e 263
Figure 48	L'unité d'hospitalisation Bichat, Paris 18e..... 266

Figure 49	L'unité d'hospitalisation du Général Lassalle, Paris 19e	268
Figure 50	La psychiatrie et les faits divers	271
Figure 51	Campagnes françaises de déstigmatisation de la maladie mentale.....	273
Figure 52	Distribution par quartier de résidence des taux de recours à la psychiatrie	286
Figure 53	Localisation des structures psychiatriques et taux de recours.....	287
Figure 54	Corrélation entre taux de recours par IRIS et distance de l'IRIS à la structure la plus proche	288
Figure 55	Corrélation entre taux de recours pour troubles schizophréniques par IRIS et distance de l'IRIS à la structure la plus proche	289
Figure 56	Les profils socio-résidentiels des quartiers parisiens	290
Figure 57	Corrélation entre revenu moyen par ménage et taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale de Maison-Blanche dans les IRIS....	291
Figure 58	Matrice de corrélation des variables du modèle de régression	295
Figure 59	Taux de recours et structures d'hébergement social	296
Figure 60	Les théories de l'environnement générateur et du glissement	297
Figure 61	Modes et lieux de déplacements.....	313
Figure 62	De l'asile à la ville en images.....	323

Les tableaux

Tableau 1	La population des départements s'équipant de l'innovation	105
Tableau 2	Type de communes d'implantation des établissements selon la phase de diffusion	123
Tableau 3	Evolution du nombre de structures psychiatriques publiques.....	189
Tableau 4	Catégories d'établissement des structures sectorisées (psychiatrie générale).....	196
Tableau 5	Taux d'équipement en structures psychiatriques par tranche de taille de communes	199
Tableau 6	Taux d'équipement des communes selon leur caractère urbain ou rural.....	201
Tableau 7	Catégorisation par le zonage en aires et espaces urbains des communes équipées d'au moins un établissement psychiatrique.....	202
Tableau 8	Proportion des communes équipées d'au moins un établissement psychiatrique selon la taille de l'unité urbaine à laquelle elles appartiennent	202
Tableau 9	Indicateurs d'accès aux structures selon le type de découpage en secteurs	206
Tableau 10	Analyse de variance de la distance aux structures en fonction du type et de la superficie des secteurs	208
Tableau 11	Nature des IRIS équipés selon le type de secteurs	208
Tableau 12	Sur et sous représentation des IRIS dans les types de secteurs selon qu'ils sont équipés ou non de structures psychiatriques.....	209
Tableau 13	Caractéristiques sociales des IRIS équipés et non équipés en structures psychiatriques	214
Tableau 14	Comparaison des IRIS équipés et non équipés des secteurs psychiatriques de Maison-Blanche.....	243
Tableau 15	Structure par âge de la file active et de la population des cinq arrondissements	281

Tableau 16	Régression multiple du taux de recours aux secteurs de psychiatrie de Maison-Blanche.....	293
Tableau 17	Modèle de régression du taux de recours standardisé aux secteurs de psychiatrie générale.....	294

Les encadrés

Encadré 1	Extraits choisis d'une lettre du Dr Lucien Bonnafé, alors médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère) à son collègue Paul Bernard, 1943.	149
Encadré 2	L'équipement de protection de la santé mentale dans un département par Lucien Bonnafé, (1977).....	161
Encadré 3	Ecrits des patients sur les murs des structures	256
Encadré 4	Œuvre d'artiste illustrant la nomenclature des maladies mentales	281

