

unine

UNIVERSITÉ DE
NEUCHÂTEL

Institut de géographie

Espace Louis-Agassiz 1
CH - 2001 Neuchâtel

MEMOIRE

sous la direction du Prof.
Ola Söderström

Septembre 2016

Céline Chevalley

Paysage de la santé mentale lausannois

*Etat des lieux de ses espaces et
de ses visions de soins de 1960
à nos jours*



REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, le Professeur Ola Söderström, de m'avoir mise sur la voie de ce sujet captivant. Ensuite, mes plus vifs remerciements vont à Zoé Codeluppi, doctorante en charge de mon suivi. Son positivisme, ses encouragements, sa perspicacité, ses relectures attentives, son incommensurable disponibilité et son aide à donner forme à ce sujet m'ont permis de pousser cette recherche toujours plus loin.

M'inscrire dans un projet de plus grande envergure a rendu mon expérience de terrain extrêmement enrichissante. J'exprime à ce propos toute ma reconnaissance à mes répondants, qui m'ont offert leur temps et leur expertise tout en me livrant leur passion pour ce domaine des soins en santé mentale. Un merci spécifique au Professeur Charles Bonsack d'avoir aussi accepté d'expertiser ce mémoire.

Ensuite, toute ma gratitude va aux multiples amis qui m'ont accompagnée chacun à leur manière dans l'élaboration de ce travail : Alexandra, Rafaela, Mariella, Anne-Julie, Helen, Jason, Claudio, Vladimir et Leila. Les diverses attentions de plusieurs autres personnes resteront également gravées dans ces pages. Merci aussi à Rosalie et Fabienne avec qui j'ai eu énormément de plaisir à « refaire les sciences sociales » pendant cette période de master. Enfin, des remerciements particuliers à Julien pour son partage d'expérience en cartographie.

Bien sûr, j'adresse ma plus profonde reconnaissance à ma famille, pour leur éternel et précieux soutien. Ma sœur restera à vie un exemple de sagesse, dont les enseignements sont à vivre pleinement.

Enfin, j'aimerais exprimer mon infinie gratitude à Mathieu pour son soutien du premier au dernier jour de ce processus, sa patience au-delà de toute limite ainsi que son écoute active et attentive. Sa présence, son ingéniosité et son esprit de « finisher » sont palpables dans ce travail rendu.

RESUME

Ce mémoire retrace l'évolution du paysage de soins en santé mentale dans le canton de Vaud, et plus spécifiquement à Lausanne, de 1960 à nos jours. Un crochet par l'ère asilaire est aussi fait, pour contraster au mieux la forme spatiale donnée aux espaces de soins destinés à prendre en charge les patients souffrant de troubles psychotiques. Nous avons déterminé trois formes qui s'associent à trois « ères » et à trois visions de soins dominantes : l'ère asilaire en tant que pôle avec une norme d'exclusion, l'ère de la désinstitutionnalisation et son principe de décentralisation des soins dans un but d'intégrer les patients dans la communauté et enfin l'ère de réseau avec des espaces et des partenaires qui collaborent et sont rendus mobiles pour accompagner le patient dans son milieu naturel et le soutenir dans sa « vie quotidienne ».

Ces ères ont été identifiées à travers un état de l'art ciblé sur l'évolution des espaces de soins des pays qui ont eu une influence sur le canton de Vaud. En effet, les modèles et politiques de soins développés et appliqués aux Etats-Unis, en France et en Australie serviront de modèles à la psychiatrie vaudoise au fur et à mesure des ères et des visions changeantes. Dans l'ensemble de notre travail, nous puisons dans deux champs de recherche : la géographie de la santé mentale et l'histoire de la psychiatrie. L'un et l'autre se complètent mutuellement et nous permettent d'extraire les visions et les espaces de soins propres aux différents modèles et politiques de soins établis. Le couple de concepts de « normes et formes » permet enfin de rallier ces deux domaines et de révéler, à travers l'analyse des différents paysages de soins créés, comment sont considérés la maladie mentale et le patient à une époque et dans une région donnée.

Le paysage de soins lausannois a ceci de spécifique qu'il est aujourd'hui une hybridation de plusieurs modèles de soins, révélant une vision de soins complexe et plurielle de la psychiatrie vaudoise. Nous avons alors cherché à mettre en évidence la spécificité de ses mutations à travers « les trois ères », appuyées par l'imbrication de dynamiques locales et contextuelles. Nous montrons donc que le paysage de soins a évolué, en même temps que les normes et formes dont il est imprégné. Dans aucun cas nous n'insinuons qu'un modèle est meilleur ou moins bien que l'autre. Au contraire, nous insistons sur le caractère unique du développement, de l'adaptation, de l'utilisation et des « résultats socio-spatiaux » de chaque modèle pour chaque région selon ses spécificités et son « historique » en matière de soins en santé mentale. En effet, ce principe de contextualité est essentiel et nous a permis de montrer dans le détail l'évolution du paysage de soins lausannois pour enrichir la littérature en géographie de la santé mentale dans laquelle les études sur un contexte actuel et autre qu'anglo-saxon sont manquantes.

Mots-clés : santé mentale – Lausanne – canton de Vaud – DP CHUV – TIPP
vision de soins – espace de soins – paysage de soins
pôle – décentralisation – réseau – échelle
ère – asile – désinstitutionnalisation – communauté
normes – formes – soignant – patient – espace relationnel
exclusion – réhabilitation – intégration – histoire de la psychiatrie
méthodes qualitatives – géographie de la santé mentale

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE.....	1
INTRODUCTION	1
1. Introduction	2
1.1. Complémentarité à un projet du Fonds National Suisse de la Recherche	2
1.2. Sujet de ce mémoire	2
1.3. Intérêts de notre recherche	5
1.4. Structure du travail.....	5
DEUXIEME PARTIE	7
PROBLEMATIQUE	7
2. Etat de l'art de l'évolution des espaces de soins dans la psychiatrie américaine et française	8
2.1. Le pôle asilaire	9
2.1.1 Evolution des conceptions et des espaces de soins en France en marge du modèle asilaire	9
2.1.2 L'asile : un modèle dominant quand même.....	11
2.1.3 Sortir de l'asilaire : exemple du contexte des Etats-Unis.....	11
2.2. La désinstitutionnalisation pour des espaces décentralisés	12
2.2.1 Un premier modèle alternatif : la communauté thérapeutique d'Angleterre.....	13
2.2.2 Des soins dans la communauté aux Etats-Unis	13
2.2.2.1 <i>Le community care aux Etats-Unis</i>	14
2.2.2.2 <i>L'« ACT », un modèle de case management</i>	15
2.2.3 La psychothérapie institutionnelle et le secteur français	17
2.2.3.1 <i>La psychothérapie institutionnelle, cadre du modèle de secteur</i>	17
2.2.3.2 <i>Le secteur français</i>	18
2.3. De la décentralisation à des espaces et soins en réseau	20
2.3.1 Intervention précoce	20
2.4. L'évolution des espaces et des visions de soins en bref	22
3. Un couple de concepts : normes et formes	23
3.1. Une approche interdisciplinaire	23
3.2. Des normes et des formes pour réguler une population spécifique	23
3.3. Le rôle prépondérant des experts.....	25
3.4. Logique de production des normes et formes.....	26
3.5. Des normes et des formes en constante mutation	27
3.6. Caractérisation des paysages de soins.....	28

4. Mise en situation : notre cas d'étude.....	29
4.1. La Suisse : une organisation cantonale	29
4.2. Le canton de Vaud et son secteur Centre	30
4.3. Le programme TIPP en quelques mots	31
5. Question de recherche et axes d'analyse.....	31
TROISIEME PARTIE	33
METHODOLOGIE.....	33
6. Méthodologie	34
6.1. Une approche qualitative.....	34
6.2. Méthodes de récolte des données.....	35
6.2.1 Recherche documentaire et travail d'archive	36
6.2.2 Entretiens semis-directifs.....	37
6.2.2.1 <i>Panel des répondants</i>	37
6.2.2.2 <i>Limites de ce panel</i>	40
6.2.3 Discussions informelles avec des experts du projet FNS.....	40
6.2.4 Utilisation d'un système d'information géographique (SIG).....	40
6.3. Analyse des données.....	41
6.4. Limites de la méthodologie.....	41
QUATRIEME PARTIE	43
ANALYSE.....	43
7. Analyse des données.....	44
7.1. Axe I : un paysage en mutation.....	44
7.1.1 Le pôle asilaire.....	45
7.1.1.1 <i>Cery : un pôle unique pour tout le canton de Vaud</i>	45
7.1.1.2 <i>Les prémices d'un changement de modèle</i>	46
7.1.2 La décentralisation des soins.....	47
7.1.2.1 <i>Les secteurs vaudois</i>	47
7.1.2.2 <i>Intégration à l'échelle d'une ville</i>	48
7.1.2.2.1 Un modèle hospitalo-ambulatoire avant tout	49
7.1.2.2.2 Des hôpitaux « à temps partiel »	50
7.1.2.2.3 Des espaces de soins intermédiaires pour compléter le dispositif.....	50
7.1.2.2.4 L'Institut Maïeutique : une alternative à l'asile « à part ».....	52
7.1.2.3 <i>Le paysage de soins de la désinstitutionnalisation lausannoise</i>	53
7.1.2.4 <i>Les prémices du réseau</i>	54

7.1.3	Un réseau de soins	55
7.1.3.1	<i>Contexte et point de rupture</i>	55
7.1.3.2	<i>La psychiatrie mobile ou l'espace de soins dématérialisé</i>	56
7.1.3.3	<i>Le programme TIPP ou la mise en réseau des espaces et des partenaires</i> ...	58
7.1.3.3.1	Un programme préventif en soi.....	58
7.1.3.3.2	Une spatialité mixte : entre espaces fixes et espaces mobiles	58
7.1.3.3.3	Le case manager TIPP : partenaire et coordinateur central	59
7.1.3.4	<i>D'autres modèles similaires d'intégration dans le réseau</i>	60
7.1.3.5	<i>Paysage de soins en réseau : ses visions et espaces de soins</i>	60
7.1.4	Conclusion	61
7.2.	Axe II : le programme TIPP, une vision complexe et plurielle des soins de santé mentale	63
7.2.1	Les espaces de soins actuels.....	63
7.2.1.1	<i>Liste des espaces établie</i>	63
7.2.1.1.1	Commentaires complémentaires	67
7.2.2	Le paysage de santé mentale lausannois actuel	68
7.2.2.1	<i>Restes du secteur et évolution</i>	68
7.2.2.2	<i>Un ensemble aujourd'hui en réseau</i>	69
7.2.2.3	<i>Le programme TIPP : incarnation du réseau</i>	70
7.2.2.3.1	Mise en réseau de visions de soins différentes	71
7.2.2.3.2	Un lien particulier à l'Institut Maïeutique.....	72
7.2.3	Conclusion	72
CINQUIÈME PARTIE		75
CONCLUSION		75
8. Conclusion		76
SIXIÈME PARTIE		79
BIBLIOGRAPHIE		79
9. Bibliographie		80

Première partie

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

1.1. COMPLEMENTARITE A UN PROJET DU FONDS NATIONAL SUISSE DE LA RECHERCHE

Ce travail s'inscrit en complément d'un projet de recherche soutenu par le Fonds National Suisse (FNS) sur les liens entre ville et psychose. En effet, le milieu urbain est identifié comme facteur de risque potentiel dans le développement de troubles psychotiques, dont la communauté scientifique s'accorde à dire qu'ils sont d'origine multifactorielle, « (...) *résultant de l'interaction entre des facteurs de vulnérabilité constitutionnels (génétiques, biologiques, psychologiques) et des facteurs de stress externe* » (D. Söderström, Jungo, Pedrozo, Söderström, & Conus, 2013, p. 1682). Mieux comprendre les mécanismes entre ville et psychose, ou autrement dit ce qui se cache derrière le facteur de « stress urbain » selon les expériences des patients, est l'objectif de ce projet FNS. Projet interdisciplinaire entre avant tout psychiatrie et géographie, il participe de l'innovation sociale, comme reconnu par la commission européenne pour la recherche en Sciences humaines (Science Europe Scientific Committee for the Humanities, 2015). Les enjeux sont de faire des recommandations urbanistiques quant à une ville plus « saine » autant en termes curatifs que préventifs. Ce projet porte son attention, tout comme notre travail de mémoire, sur un programme de « traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques » – le programme TIPP – instauré dans le canton de Vaud en Suisse en 2004. Notre étude sert de complément à ce projet FNS en cherchant à contextualiser ce programme et à établir un « état des lieux de la psychiatrie lausannoise et de ses espaces de soins » grâce à une analyse de l'évolution des politiques de soins psychiatriques et leur traduction spatiale dans le canton de Vaud.

1.2. SUJET DE CE MEMOIRE

La psychiatrie et les politiques de soins évoluent. Cela a été particulièrement flagrant en passant de manière générale d'un système asilaire à d'autres modes de prise en charge des personnes qui souffrent de troubles psychiques. De manière générale, elle oscille entre une psychiatrie plus « asilaire » ou plus communautaire, c'est-à-dire intégrative des patients dans la communauté (Besson, entretien 2015)(Hochmann, 2015). Dans le cas du canton de Vaud, les protagonistes du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (DP CHUV) – l'institution en charge de la psychiatrie publique dans ce canton – affichent leur orientation actuelle vers une psychiatrie humaine et sociale (Besson, entretien 2015)(Guex, Gasser, & Favrod, 2011).

Notre point central est que *ces transformations d'une certaine conception des soins se traduisent dans les espaces de soins*. Ancré dans le champ de la géographie de la santé mentale, nous approchons le sujet par les formes, révélatrices des visions de soins. Par exemple, l'asile et sa valeur initiale de refuge se caractérise par une localisation des établissements hors de la ville, hors de la société, pour « se retirer du monde ». Toutefois, les dérives possibles de ce système apparaîtront et seront révélées de plus en plus clairement. Les visions de soins évoluent alors, autant celles des experts-psychiatres et de la médecine en général que celle de l'Etat, des patients et des proches ou encore de « l'opinion publique ». Ces visions s'incarnent dans des modèles et politiques de soins qui changent et se traduisent

dans des espaces de soins nouveaux¹. Nous avons identifié trois grandes « ères » dans l'évolution de la psychiatrie, avec des conceptions de soins et des spatialités qui leur sont propres. Nous les avons généralisées comme tendance même si les résultats sont toujours contextuels et nuancés. D'abord, l'*ère asilaire* se caractérise par une concentration des patients dans des grandes structures à l'extérieur des villes et se définit par ses principes d'*exclusion* et de stigmatisation. L'asile est un *pôle* dans lequel et autour duquel s'organisent les soins. Ensuite, la *désinstitutionnalisation*, mouvement clé dans l'histoire de la psychiatrie, s'est traduite par une mutation majeure des politiques de soins et de leur organisation spatiale. Amorcée à des périodes différentes selon les pays et les contextes, elle a consisté à sortir les patients psychiatriques des asiles et à promouvoir des soins insérés dans la communauté, dans des petites structures et en milieu urbain. *Décentraliser l'organisation des soins* par rapport au pôle asilaire s'est fait dans l'optique de *réinsérer* les patients dans la société. Enfin, en continuation de ce mouvement vers la communauté, et à ce jour encore, les soins sont organisés dans une approche en *réseau*, avec un principe d'intégration des patients dans « une vie de tous les jours ». Elle implique une logique de réseau, autant dans la coordination des partenaires que dans la mise en réseau des espaces existants. Parce que ces trois grandes ères sont généralisables dans leur forme et vision globales, nous les utilisons comme structure d'analyse dans les différentes parties de notre travail.

Ces formes et ces visions sont toutefois contextuelles. Chaque pays voire chaque région développe et applique ses propres modèles et politiques de soins en fonction de son histoire mais aussi de tout un jeu de dynamiques politiques, économiques, sociales et sanitaires. Les périodes de changement et de transition ne sont pas non plus les mêmes. Il y a enfin une imbrication d'échelles en ce que les modèles et politiques s'influencent à l'international pour être ensuite adaptés et appliqués dans un processus national, dans notre cas cantonal, avec enfin des spécificités locales (Burns, 2014; Burns, Fioritti, Holloway, Malm, & Rössler, 2001; Gommeret, Philippoz, Bonsack, & Conus, 2001; Jones, 2000; McGorry, Killackey, & Yung, 2008; Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998). Ainsi sont formés des *paysages de soins*, reflets des visions et espaces de soins particuliers à chaque période et chaque région. Les « résultats » sont toujours uniques, même s'ils s'inspirent d'un même modèle. Les visions comme les espaces ne s'intègrent et ne se forment en effet jamais dans un terreau vierge. Le souci de leur contextualisation est donc essentiel. Dans notre mémoire, nous cherchons à mettre en lumière les phases, les acteurs et les dynamiques à l'œuvre pour comprendre l'organisation des espaces de soins et les visions de soins qu'ils reflètent pour le cas vaudois, de 1960 à aujourd'hui. Nous voulons comprendre comment l'imbrication des dynamiques locales et des influences internationales se cristallisent pour donner forme à des visions de soins et des espaces de soins spécifiques mais toujours dynamiques, avec des tensions, des moments de rupture et des événements faisant évoluer ce paysage de soins. Le cas suisse a ceci de spécifique que l'organisation des soins fonctionne par régulation cantonale, avec un fort pouvoir à cet échelon. En effet, seules des recommandations sont produites au niveau national. Nous allons donc voir quels modèles et politiques de soins ont influencé la

¹ Les conceptions de soins incluent aussi les pratiques de soins. A ce sujet, nous pouvons citer les exemples opposés de l'application d'une forte médication comme c'est le cas aux États-Unis ou d'un traitement basé sur le dialogue (sans médication sauf exception) comme effectué dans le programme « Open Dialogue » en Finlande (Mackler, 2011). Leur traduction spatiale est alors fortement différente aussi (que nous ne développons pas ici, parce que nos explications seraient prématurées). En soi, nous insistons sur le fait que conception, pratiques, idéaux et espaces de soins « fonctionnent ensemble » pour un même modèle de soins. Toutefois, nous nous cantonnons aux espaces et visions de soins dans ce mémoire, afin de limiter notre argumentation.

psychiatrie vaudoise, comment cela s'est traduit localement, quand et à quel « événement » le basculement d'une ère à l'autre est attribuable et ainsi quels paysages de soins spécifiques se sont formés à Lausanne au fur et à mesure des trois grandes ères mentionnées. Notre travail porte avant tout sur l'évolution du paysage de soins psychiatriques lausannois depuis 1960 – début de la désinstitutionnalisation dans le canton de Vaud – mais nous effectuons aussi un rapide survol depuis 1800 pour marquer le point de départ asilaire et les contrastes qui s'en dégagent. Nous pouvons d'ores et déjà annoncer que le paysage de soins vaudois actuel est caractéristique d'une hybridation de modèles donc de visions et d'espaces de soins pluriels.

L'approche spatiale que nous proposons pour aborder la question de l'évolution des soins psychiatriques est inédite. Nous cherchons en effet à mettre en relation les espaces, les visions et les modes de prise en charge des patients. Par une approche top-down, nous observons comment les modèles et politiques de soins se spatialisent². Ensuite, la considération des espaces de soins dans le détail, qui ne sont pas traités dans le projet FNS, est une partie de la valeur ajoutée de ce mémoire. Nous les observons dans leur forme générale – pôle, décentralisation et réseau – mais aussi dans les types d'espaces préconisés (hôpitaux psychiatriques, hôpitaux de jour, foyers, ateliers protégés, etc.).

L'évolution de ces espaces de soins reflète alors les changements dans la vision de la maladie mentale et dans les modes de prise en charge. En retraçant ces espaces, nous pouvons déterminer leur apparition et potentielle disparition mais aussi jauger des éventuelles tensions avec d'autres visions et espaces de soins. Ainsi, nous entendons sélectionner certains espaces spécifiques jugés représentatifs de l'évolution des soins psychiatriques dans le canton de Vaud et analyser « leur place » dans le paysage de soins des différentes époques. En effet, montrer l'imbrication de différentes visions et espaces de soins dans une construction du paysage de santé mentale « par couche » avec des changements dans les rôles et relations entre ces espaces représente l'enjeu de notre travail. Finalement, le détail des espaces, des visions, du contexte local et des influences internationales nous permet d'ancrer spatialement et « idéologiquement » le programme TIPP dans le paysage de soins vaudois actuel.

Il convient de préciser que nous nous limitons aux « espaces institutionnels », c'est-à-dire aux espaces de soins qui font partie d'une « institution de soins », qu'elle soit publique, privée ou associative. Toutefois, les soins communautaires impliquent et s'opèrent concrètement de plus en plus dans les espaces du quotidien comme les cafés-restaurants, le domicile ou le lieu de travail des patients – réalité rendue possible par des soignants mobiles et un accompagnement individualisé dans le milieu. Nous les considérons alors dans une catégorie d'ensemble – les espaces que l'on nommera « mobiles ». Enfin, notez que l'aspect chronologique est choisi comme fil rouge dans ce travail de mémoire. Il offre des points de repères précieux pour guider le lecteur dans le labyrinthe de notre analyse multicouche.

² Ce point est en contraste radical avec le projet FNS qui se base sur la biographie spatiale et l'expérience urbaine des patients pour comprendre le vécu de ceux-ci.

1.3. INTERETS DE NOTRE RECHERCHE

Notre travail présente plusieurs intérêts. Tout d'abord, il est interdisciplinaire comme le projet FNS, ce qui marque son caractère inédit. Il puise dans l'histoire de la psychiatrie autant que dans la géographie de la santé mentale. Un lien entre ces deux « mondes » est fait de manière systématique et rigoureuse tout au long du travail pour montrer les potentiels décalages entre modèle et réalité. L'association de deux champs de recherche pour tenter de mieux comprendre la spatialité des différentes visions de soins dans le canton de Vaud est donc un travail novateur, en ce qu'à notre connaissance personne n'a établi ce lien auparavant. Les résultats permettront finalement d'élargir les horizons de ces deux champs respectivement, grâce à une réelle considération des enjeux médicaux et sociaux. Ensuite, peu d'études portent sur des cas européens, l'Angleterre mise à part. En effet, un large pan de la littérature en géographie de la santé mentale se focalise sur les contextes institutionnels nord-américains et britanniques. Montrer le détail de la géographie de la santé mentale lausannoise complète donc ce champ de recherche. Enfin, en se penchant sur un contexte urbain, l'analyse présente un intérêt d'actualité parce qu'elle correspond à la réalité de la localisation des soins psychiatriques d'aujourd'hui.

1.4. STRUCTURE DU TRAVAIL

Notre travail est construit de la manière suivante. Premièrement, un état de l'art de l'évolution des espaces de soins dans différents contextes et pays nous permet de révéler les visions et les espaces de soins propres à chaque modèle et politique de soins. Nous verrons que les modèles développés ne sont pas les mêmes et ont leurs résultats spécifiques dans chaque application. Cet état de l'art nous mènera aussi à travers les trois formes et ères définies dans ce travail : le pôle asilaire, la décentralisation des soins et enfin l'organisation des soins en réseau. Deuxièmement, nous introduisons notre couple de concept utilisé dans ce travail : les normes et les formes, révélées par chaque paysage de soins dans un contexte spatio-temporel donné. Troisièmement, nous faisons un petit détour par la mise en contexte du cas d'étude vaudois et présentons enfin notre question de recherche. Quatrièmement, la présentation de la méthodologie montre dans le détail comment nous avons procédé pour l'élaboration de ce mémoire, autant dans la récolte que dans l'analyse des données. Enfin, notre analyse de cas vaudois est développée en deux axes : un premier qui pose le décor progressif des espaces et visions de soins introduits au fur et à mesure des ères ; un deuxième qui illustre par des cartes la forme de réseau et ce qui le compose aujourd'hui. Notre conclusion s'oriente sur des considérations actuelles.

Deuxième partie

PROBLÉMATIQUE

2. ETAT DE L'ART DE L'EVOLUTION DES ESPACES DE SOINS DANS LA PSYCHIATRIE AMERICAINE ET FRANÇAISE

Ce chapitre présente l'état de l'art de l'évolution des espaces de soins de la psychiatrie de manière spécifique aux pays et modèles de soins qui vont influencer la psychiatrie vaudoise. Il va nous permettre plusieurs choses. Premièrement, c'est une manière de retracer de façon ciblée l'histoire de la psychiatrie. Deuxièmement, nous expliquons ces différents modèles de soins, en l'occurrence des modèles de soins développés en France, aux Etats-Unis et en Australie. Nous insistons alors sur les visions et espaces de soins préconisés par chacun de ces modèles. Nous montrons aussi que le développement et l'application des modèles ainsi que les paysages de soins qui en résultent sont toujours contextuels et spécifiques. Enfin, par souci de simplification, nous synthétisons les caractéristiques générales des trois ères et formes spatiales que nous avons déterminées dans ce travail : le *pôle* asilaire, la *décentralisation* des soins recherchée par la désinstitutionnalisation et enfin la forme de *réseau* qui s'ensuit, liée à la nécessité de coordonner les soins communautaires.

Nous les articulons par ordre chronologique et, à l'intérieur de ces trois sections, par pays. En effet, le développement puis la mise en application d'un modèle ou d'une politique sanitaire implique une importante notion d'échelles géographiques. Il y a un processus d'influences internationales puis de mise en œuvre nationale, dans notre cas cantonale, et enfin locale (Burns, 2014; Burns et al., 2001; Gommeret et al., 2001; Jones, 2000; McGorry et al., 2008; Mueser et al., 1998). Dans chaque exemple, nous montrons les visions de soins dominantes ou alternatives, les espaces de soins qui en résultent ainsi que des éléments de contexte en fonction de leur importance dans la compréhension des cas présentés. Ainsi, dans l'ère asilaire, nous présentons d'une part comment, en France, des visions et espaces alternatifs sont nés en parallèle du système asilaire dominant de l'époque et, d'autre part, comment le mouvement de désinstitutionnalisation américain, dont l'impact fut retentissant à l'international, s'est amorcé dans un contexte particulier. Dans l'ère de la désinstitutionnalisation, nous montrons le développement de modèles différents dans ces deux mêmes pays pour sortir de l'asilaire et leur résultat spatial particulier. Enfin dans l'ère du réseau, nous recentrons notre travail sur le programme qui servira de modèle au programme TIPP et qui incarne les multiples facettes du réseau.

La sélection de ces pays et modèles s'est faite sur la base de la littérature scientifique propre au cas vaudois et d'entretiens menés dans le cadre de cette recherche (voir la section méthodologie de ce travail). La focalisation sur le développement de ces modèles nous permet ensuite de mieux comprendre leur application et adaptation dans le canton de Vaud. Les modèles qui ont eu une influence sur la psychiatrie lausannoise au fur et à mesure des ères sont donc les suivants : les Etats-Unis développent dès 1960 le *community care*, modèle issu de la désinstitutionnalisation, inspiré de la *communauté thérapeutique anglaise*. Ils créent par la suite, dans les années 1980, un modèle spécifique au traitement des patients chroniques : *l'assertive community treatment*. La France applique de son côté, en parallèle, une politique de *secteur* ancrée dans la *psychothérapie institutionnelle*. Enfin, un modèle australien développé dans les années 1990 – le modèle *EPPIC* – influencera directement le modèle TIPP qui en est une adaptation. Pour chacun de ces modèles, nous détaillerons les visions et espaces de soins y relatifs. Nous insistons sur les types d'espaces créés et leur localisation générale dans ou hors la ville. En effet, chaque modèle préconise certains types de structures

sanitaires, avec une certaine localisation³. Pour réaliser ce travail, nous puisons dans deux champs de recherche – l’histoire de la psychiatrie et la géographie de la santé mentale. Ceci nous permet de mettre en correspondance visions de soins, espaces de soins et modes de prise en charge. Nous allons donc voir comment les pays sélectionnés développent, adoptent et adaptent des modèles et des politiques de soins spécifiques, qui résultent en des paysages de soins particuliers. L’ère asilaire est alors notre point de départ.

2.1. LE POLE ASILAIRE

Nous partons de l’ère asilaire et sa forme associée de pôle pour pouvoir contraster les formes qui suivront d’éclatement des espaces de soins et enfin de réseau formé par ces espaces. Sans vouloir retracer l’histoire des asiles, nous allons montrer l’évolution des conceptions de soins au sein même de cette ère, synthétiser ce que le modèle de l’asile va incarner comme normes jusque dans ses formes et finalement présenter les dynamiques contextuelles qui mèneront à changer radicalement d’approche dans les années 1960. Nous utilisons le cas de la France pour montrer que des visions et espaces alternatifs peuvent se développer en parallèle d’un modèle dominant. Ensuite, nous exposons les origines du mouvement de désinstitutionnalisation aux Etats-Unis qui se répandra de manière internationale.

2.1.1 Evolution des conceptions et des espaces de soins en France en marge du modèle asilaire

Comme exemple de décorticage d’un contexte et de l’évolution des visions et des espaces de soins propres à une nation, nous nous penchons sur la France parce qu’elle influencera largement la psychiatrie vaudoise. Cet exemple nous permet de révéler nombre de « problèmes » et de positions possibles sur le sujet de la psychiatrie mais aussi l’annonce à cette époque asilaire des formes alternatives que les soins en santé mentale peuvent prendre. Il révèle les tensions déjà existantes entre visions et espaces de soins et la volonté de certains de développer – en marge du modèle dominant de l’asile – d’autres modes de prise en charge⁴.

Les structures asilaires sont apparues en Europe, en Amérique du Nord et dans certaines colonies au XVIII^e et XIX^e siècle (Philo, 2005). En France, c’est sous Pinel et Esquirol dès 1800 que les premiers asiles furent créés. Dans sa conception initiale, l’asile est un pas en avant pour traiter les « aliénés⁵ » de manière spécifique et dans un espace qui leur est dédié en les séparant des miséreux et des criminels avec lesquels ils étaient sinon jusqu’ici mélangés dans les hospices, les dépôts de mendicité ou les prisons (Metais, s.d.). Les techniques de traitement barbares employées jusqu’alors sont remplacées par « le traitement moral », basé sur des préjugés éducatifs fondés sur les bienfaits d’une soumission de l’aliéné à la seule autorité du médecin qui devient ainsi gardien de la raison (Hochmann, 2015). Dans l’idéal de ses fondateurs, les asiles avaient donc une valeur thérapeutique : être utilisés comme un instrument de guérison, avec une valeur de refuge (Grasset, Orita, Veillon, & Cucchia, 2004), valeur qui est encore défendue aujourd’hui selon les modèles, les écoles et les positions des professionnels.

³ Nous procédons sans cartographie à l’appui dans cet état de l’art. De fait, les informations citées suffisent ici à mettre en évidence les visions de soins.

⁴ Pour cet exercice, nous nous inspirons largement de l’œuvre de Hochmann (1971, 2015).

⁵ Terme propre à l’époque, comme on nomme « aliénisme » et « aliéniste » la psychiatrie et le psychiatre d’alors.

Mais il y a des contreparties à cette forme et vision thérapeutique : le pouvoir tout puissant des aliénistes dans ces asiles gérés par eux-mêmes, la normativité inhérente à cette psychiatrie, le fait dénoncé que l'asile rend fou et les atteintes possibles à la liberté individuelle. Ce sont les critiques adressées par un autre groupe qui se forme en réaction à cela dès les années 1820 : les antialiénistes. Une lutte incessante commence ainsi entre ces deux pôles, qui continue aujourd'hui, entre les défenseurs d'une psychiatrie médicalisée ou au contraire sociale, c'est-à-dire « *qui cherche à comprendre et à traiter le patient atteint de troubles psychiques dans son environnement social* »⁶ (Monney, 2011, p. 9). La question de ce qu'on fait des populations qualifiées de déviantes et des modes de prise en charge favorisés se pose dès lors, avec des réponses qui révèlent une approche de ségrégation ou au contraire d'intégration de ces individus dans la société. Hochmann dénonce que la philosophie dualiste du XIX^e imprégnait l'activité psychiatrique et « *tenait l'individu et la société pour deux entités irréductibles l'une à l'autre forcément contradictoires* » (Hochmann, 1971, p. 16). En plus d'éloigner le patient de la société, elle le coupait aussi de sa famille, en bref de son entourage social (Hochmann, 1971). Ainsi, cette bataille entre visions affecte le monde médical et voit émerger des critiques au sein même de la profession.

D'autres structures que l'asile sont alors développées. D'un côté, des structures ambulatoires sont mises en place par les aliénistes eux-mêmes, mais dans une vision qui reste asilo-centrée. En effet, pour la plupart des aliénistes, l'asile devait être « *conservé comme centre et aboutissement unique de tout système d'assistance publique appliquée aux aliénés* » (Scheider, 2009, cité par Hochmann, 2015, p. 84). Ces structures voient le jour selon trois thèmes qui deviendront récurrents au domaine psychiatrique : le désencombrement des établissements, la réhabilitation des patients et le problème de la chronicité de la maladie sur lequel on commence à s'interroger dès cette époque. Certains antialiénistes recommandent d'autres modèles avec une activité au grand air, le travail modéré et le repos ; d'autres prônent le dialogue avec le malade ou encore l'« open door », pour que le seul placement soit celui demandé par le malade lui-même (Hochmann, 2015). Dans tous ces cas, « *(c)ette manière d'envisager le soin en opposition radicale avec les idées dominantes des aliénistes d'alors (...) était antipsychiatrique avant la lettre* »⁷ (Hochmann, 2015, p. 88). De fait, le tableau de la fin du XIX^e siècle, âge d'or de l'aliénisme, n'est pas homogène, mettant en scène des visions multiples de comment et où soigner les patients.

Par simplification, nous pouvons retenir deux groupes opposés – aliénistes et antialiénistes ou autrement dit psychiatres et antipsychiatres – mais la réalité est bien plus grise, avec des contre-exemples et des nuances qui mèneront à des changements, de manière plus ou moins explosive et radicale au long des décennies et selon les pays.

⁶ Du point de vue de représentants de l'association Travail social Suisse, la psychiatrie sociale est « *un champ d'ouverture et d'intégration permettant la réunion avec la psychiatrie d'un grand nombre de disciplines, intégrant la médecine, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie, le travail social, le soutien éducatif, etc.* » (Monney, 2011, pp. 9-10). Elle implique le « *(...) partage de compétences, de façon interdisciplinaire* » (ibid., p. 10) et « *relève de divers modèles de pratiques psychosociales visant le maintien de la personne « malade » dans son environnement social et dans la société* » (Rollo, 2011, p. 9).

⁷ L'antipsychiatrie est une idéologie, une pratique et conception radicalement opposée à l'institution hospitalière classique (Söderström, entretien 2015). Elle naît d'un mouvement contestataire dans les années 1960 en Grande-Bretagne où elle est revendiquée en tant que véritable pratique. Ailleurs, c'est surtout en tant qu'idéologie qu'elle sera influente. Dans ses qualités de pratique, elle a pour but de créer des institutions différentes et d'essayer de modifier de fond en comble les conditions de la relation patient-psychiatre en prônant une atmosphère démocratique aussi peu hiérarchisée que possible (Hochmann, 2015). Elle se traduit aussi par « *une remise en cause systématique de tous les traitements somatiques* » (Fussinger, 2010, p. 232).

2.1.2 L'asile : un modèle dominant quand même

Si les idées et projets alternatifs sont nombreux, ils sont toutefois en marge. En effet, le modèle asilaire reste dominant dans cette ère pour nombre de nations. Il est caractérisé par un type d'espace spécifique : l'asile. Ces structures sont grandes, fermées et pour la plupart placées hors des villes, avec une claire séparation des résidents du reste de la société (Moon, 2000; Parr, 2008; Philo, 2005). On concentrera jusqu'à plusieurs milliers de personnes dans ces établissements selon les pays. La forme générale qui en ressort est celle d'un pôle. En effet, tout y est concentré : les patients, les « soins » et les soignants. Les patients y restent dans la majorité des cas à vie et leurs droits seront révélés comme inexistantes. Pour certains, le rôle de l'institution psychiatrique se réduit à une mise à disposition de lits (Müller, 1982), d'où la notion de résident utilisée ci-dessus. Ceci révèle une vision spécifique à cette ère, celle de penser les maladies mentales incurables (McGorry et al., 2008; Müller, 1982). Aussi, stigmatisation et peur des « fous » s'illustrent dans cette norme de l'exclusion spatiale et sociale (Dear & Wolch, 1987; Garcia-Gonzalez de Ara & Bonsack, 2015; Hochmann, 1971, 2015; Molodynski & Burns, 2008; Organisation Mondiale de la Santé, 2001; Parr, 2008). En effet, la conception de ce qui est normal et « anormal » s'incarne dans la mise à l'écart de ceux qui sont différents. Les asiles sont donc caractérisés par la concentration, le confinement et la dissimulation (Moon, 2000; Parr, 2008; Pinfold, 2000). Aussi, malgré diverses réformes tentées ici et là, cette institution psychiatrique est restée « *un pur instrument de garde et de ségrégation* » (Hochmann, 1971, p. 92).

Mais les visions de soins changent, influencées par des changements dans les philosophies, l'opinion publique et les professions. L'intervention des travailleurs sociaux est en effet de plus en plus encouragée dans les soins psychiatriques depuis le début du XX^e siècle (Grasset, Orita, et al., 2004). Un modèle psychosocial est développé en Angleterre dans les années 1940 et va inspirer certains psychiatres américains. Aux Etats-Unis, plusieurs facteurs et dynamiques vont alors converger pour mener à sortir de l'asilaire dans les années 1960. C'est un mouvement de désinstitutionnalisation qui se crée, avec un basculement politico-spatial brutal dans la manière de traiter les personnes souffrant de troubles psychiques. Ce mouvement va se répandre à l'international de manière spécifique à chaque pays, sans être forcément aussi brutal, et se traduire par des paysages de soins particuliers. Pour mieux comprendre le phénomène, nous nous penchons rapidement sur les origines et le contexte de la désinstitutionnalisation aux Etats-Unis.

2.1.3 Sortir de l'asilaire : exemple du contexte des Etats-Unis

Trouver des modèles alternatifs à l'asile couve entre autres en France et en Angleterre. Aux Etats-Unis, les structures asilaires sont dénoncées dans les années 1950 à travers une critique intense des abus révélés par les médias, du sort des malades pendant la deuxième guerre mondiale, des méfaits de l'enfermement en masse et à vie, des conditions insalubres, des traitements « thérapeutiques » inadéquats et des atteintes aux libertés civiles en écho à un mouvement des droits civiques en cours (Dear & Wolch, 1987; Philo, 2005). Ainsi, dans cette ère de critique de l'asile et de changements de visions pour une psychiatrie plus humaine et intégrative, un mouvement va radicalement changer les idéologies comme les formes spatiales : la désinstitutionnalisation. Celle-ci consiste à sortir les patients internés pour les réintégrer dans la communauté. Elle est aussi rendue possible par un élément nouveau qui a un impact majeur sur les pratiques de soins : l'apparition, dans la même décennie, des neuroleptiques. Ces médicaments permettent en effet d'augmenter l'efficacité du traitement, de gérer les symptômes et donc de quitter les institutions plus rapidement, voire d'éviter

l'institutionnalisation (Dear & Wolch, 1987; Müller, 1982). Ils ont donc grandement changé les possibilités de prises en charge. Enfin, en plus des déclencheurs précités, un facteur de politique et d'argent entre également en jeu dans le contexte américain. Réduire les coûts de l'Etat est aussi une raison de mettre en place un autre modèle que celui des grosses infrastructures asilaires (Dear & Wolch, 1987; Lecomte, 1988; Philo, 2005). Ainsi naît le mouvement de désinstitutionnalisation qui s'opère dans les années 1960 aux Etats-Unis et qui va se répandre à l'international.

Dans la section suivante, nous montrons le principe général de ce processus de désinstitutionnalisation et la forme globale qui lui est liée. Pour son application, la France et les Etats-Unis développent des modèles différents aux résultats spatiaux spécifiques. Passons alors à la deuxième forme générale définie dans ce mémoire : la décentralisation des espaces de soins induite par la désinstitutionnalisation.

2.2. LA DESINSTITUTIONNALISATION POUR DES ESPACES DECENTRALISES

En opposition au modèle asilaire, le mouvement de désinstitutionnalisation a pour but de sortir les patients internés des asiles et de les réintégrer dans la communauté. C'est une réforme globale des services de santé mentale. Le principe est de créer de nouveaux espaces de soins, plus petits, à échelle locale pour être plus proches du milieu de vie et des besoins des patients. Cette vision des soins basés et insérés dans la communauté plutôt qu'organisés autour de l'hôpital va se répandre partout mais ne va pas être appliquée via les mêmes modèles dans les différents pays. La désinstitutionnalisation ne s'opère pas non plus aux mêmes périodes, ne se déroule pas de la même manière, ne produit pas les mêmes effets et ne se traduit pas par les mêmes paysages de soins selon les contextes. Elle sera aussi plus ou moins brutale selon les pays. Nous allons alors nous pencher sur les cas qui ont influencé la psychiatrie vaudoise.

Les modèles et politiques de soins appliqués sont divers. Aux Etats-Unis, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande, on instaure le *community care*, un modèle qui développe à échelle locale des centres de soins additionnels proches des patients sous forme de structures ambulatoires. Le modèle ne se traduira pas par les mêmes paysages de soins dans les différents pays cités. Les Etats-Unis développeront aussi l'*assertive community treatment* pour offrir des soins intensifs dans le milieu aux patients chroniques. En Europe, différentes conceptions de soins alternatifs au *community care* sont créées. Elles s'inspirent toutefois de certains principes de ce dernier comme la volonté de traiter le patient au plus près de son milieu et de l'intégrer à la communauté (Burns, 2014; Dugravier, Legge, & Milliex, 2009; Petitjean & Leguay, 2002). Plus particulièrement, la France va développer la *politique de secteur* qui réorganise la répartition des soins par zone géographique. L'apport de la *psychothérapie institutionnelle*, modèle cadre de la politique de secteur, apporte un complément de déhiérarchisation des relations entre patients et soignants et entre soignants eux-mêmes. Le canton de Vaud va être influencé par l'ensemble de ces modèles propres à l'ère de la désinstitutionnalisation. Dans l'ordre, nous allons détailler le *community care* et l'*assertive community treatment* des Etats-Unis puis la *psychothérapie institutionnelle* et la *politique de secteur* française. Nous commençons toutefois par évoquer le modèle source d'inspiration du *community care* américain : le modèle de communauté thérapeutique développé en Angleterre pour en montrer l'influence.

2.2.1 Un premier modèle alternatif : la communauté thérapeutique d'Angleterre

Basée sur la critique du système traditionnel asilaire, un modèle novateur est développé de manière pionnière en Grande-Bretagne pendant la seconde guerre mondiale : la communauté thérapeutique « anglaise », aussi appelée la thérapie par le milieu⁸. On crée alors des communautés au sein des hôpitaux psychiatriques comme alternative à l'asile avec la considération que les rapports interpersonnels à l'œuvre dans l'institution ont un impact sur l'état des malades. Elles résultent d'un effort idéologique conscient de créer un milieu social thérapeutique particulier (Spandler, 2009). Cette approche s'applique entre les années 1950 et 1980. A cette époque, ces communautés thérapeutiques sont perçues comme le système de santé mentale le plus progressiste et le moins coercitif (Spandler, 2009). Dans cette vision de soins, il s'agit d'inclure les patients dans la vie quotidienne du groupe et de l'institution et ce dans un rythme cadrant via des réunions régulières et la discussion des problèmes de tous les jours à résoudre collectivement (Fussinger, 2010; Hochmann, 2015). En supprimant au maximum les signes et les rapports hiérarchiques entre tous, le modèle implique une transformation radicale de l'organisation hiérarchique des institutions psychiatriques. Le personnel soignant n'a plus cette position autoritaire et le patient est invité à être actif, via ce droit à la parole entre autres (Fussinger, 2010). En bref, on tente de démocratiser la psychiatrie en créant des espaces où tout peut être questionné, discuté et mis au défi (Spandler, 2009). La mise en œuvre de ce modèle fut essentiellement locale, sans mobilisation d'ampleur nationale parce qu'elle nécessitait un intense travail de négociation avec les différentes parties prenantes (Fussinger, 2010).

La communauté thérapeutique explore donc et anticipe ces nouvelles relations sociales auxquelles les mouvements sociaux de l'époque aspirent. Née dans les idéologies d'égalité, de liberté et de libération en résonance avec la contre-culture anglo-saxonne, elle va avoir un impact dans plusieurs contextes. En effet, le modèle va servir de source d'inspiration aux Etats-Unis pour leur transformation de l'institution asilaire. Il va aussi servir de cadre de travail pour le développement de l'antipsychiatrie au sein même du pays par les pères de cette pratique – Laing et Cooper – dans les années 60 (Hochmann, 2015; Jones, 1996, 2000; Spandler, 2009). Ces deux protagonistes vont en effet créer des institutions différentes – des communautés thérapeutiques à l'écart des villes (Söderström, entretien 2015) – moins normatives que la société, où l'on laisse les patients s'exprimer librement (Hochmann, 2015). Le modèle se diffuse enfin en Suisse. Plusieurs projets se sont développés entre 1960 et 1980, dont certains au sein d'institutions publiques (hôpitaux psychiatriques du Valais, de Zürich et de Genève), sinon dans des cliniques ou des fondations privées (le Schössli à Zürich, les Rives de Prangins et la Soteria à Berne, fondée par la suite, en 1985). La communauté thérapeutique anglaise a cessé d'exister sous sa forme première mais a donc influencé nombre de modèles sanitaires et d'institutions à l'échelle internationale.

2.2.2 Des soins dans la communauté aux Etats-Unis

Dans le climat de contestation du modèle asilaire, les Etats-Unis s'inspirent des nouvelles conceptions de soins développées dans les communautés thérapeutiques anglaises et développent le community care, modèle issu de la désinstitutionnalisation. Nous allons alors présenter le modèle mais aussi les conséquences de la désinstitutionnalisation dans le pays. En effet, le paysage de soins formé est tout à fait spécifique et a marqué l'histoire de la

⁸ A ne pas confondre avec le modèle de l'intervention *dans* le milieu, qui implique des soins dans le milieu naturel du patient (Morandi & Bonsack, 2011).

psychiatrie en créant des ghettos psychiatriques dans les centre-villes. Un deuxième modèle sera alors développé dans les années 1980 – l’assertive community treatment – dans une conception de psychiatrie mobile. Commençons par le community care et la désinstitutionnalisation.

2.2.2.1 Le community care aux Etats-Unis

Pour sortir de l’asilaire, les Etats-Unis vont développer le modèle du community care. Ce modèle de soins issu de la désinstitutionnalisation a pour principe de capter les patients chroniques pour assurer leur suivi dans des centres de santé mentale grâce à des prises en charge ambulatoires (Lecomte, 1988; Mueser et al., 1998). Ces centres de soins sont des petites structures à échelle locale, basés dans la communauté, près des domiciles des patients (Dear & Wolch, 1987; Lecomte, 1988; Mueser et al., 1998). Le modèle a pour objectif la réhabilitation des patients anciennement internés par leur intégration spatiale et sociale dans la population « normale » et la vie quotidienne. Le développement de ces services à l’échelle de la communauté doit aussi permettre aux personnes souffrant de troubles moins sévères d’accéder à ces soins et d’être maintenues dans leur environnement naturel (Lecomte, 1988; Mueser et al., 1998). L’institutionnalisation doit ainsi être évitée en offrant à la place une vie dans la communauté. On observe donc deux changements majeurs dans la spatialisation des soins. Le premier marque un changement de localisation du centre de gravité de traitement des patients de l’hôpital à la communauté (Dixon, 2000; Talbott, 1987). Le deuxième concerne un changement d’échelle dans les services de soins de santé mentale : l’abandon des très grandes structures pour des plus petites, qui en plus s’insèrent à l’échelle des quartiers en opposition à l’échelle d’un pays, d’un état ou d’une agglomération dans toute sa globalité (Dear & Wolch, 1987; Mueser et al., 1998). Cette échelle locale doit permettre une prise en charge des patients plus flexible et personnalisée.

Cette politique du community care a été rapidement adoptée par le gouvernement et traduit dans plusieurs actes, lois et politiques prévues pour stimuler les communautés locales à développer programmes et centres de santé mentale et permettre ces prises en charge ambulatoires. Le passage concret au community care est initié par le président Kennedy via le “Community Mental Health Act”, législation implémentée en 1963 pour le financement étatique de ces centres (Dear & Wolch, 1987; Lecomte, 1988; Mueser et al., 1998). Toutefois, la désinstitutionnalisation s’effectue aux Etats-Unis de manière brutale et rapide, mal organisée. Les stratégies gouvernementales de réduction des coûts inhérents au système asilaire comme le sous-financement constant des programmes et la non-anticipation du déploiement de cette politique communautaire n’ont pas permis aux communautés de mettre en place les services qui devaient accueillir ce flux de patients (Dear & Wolch, 1987; Lecomte, 1988). Ainsi, il ne reste que la fermeture massive des hôpitaux psychiatriques, laissant souvent les patients à l’abandon et à la rue, plus particulièrement encore les patients chroniques (Dear & Wolch, 1987; Hochmann, 2015; Lecomte, 1988; Philo, 2005).

Les études sociogéographiques sur les effets de cette désinstitutionnalisation américaine sont nombreuses. L’œuvre de Dear et Wolch (1987) est phare à ce sujet. Elle révèle la création de « asylum without walls » (Dear & Wolch, 1987). En effet, une stratégie duale avait été appliquée aux Etats-Unis dans la première moitié du XX^e siècle : d’une part, une politique asilaire était appliquée pour les patients chroniques ; d’autre part, des services aux « personnes dépendantes » s’étaient développés au centre-ville pour les patients « moins dangereux », créant des « service-dependent ghettos » informels (Dear & Wolch, 1987). Les patients désinstitutionnalisés viennent alors nourrir ces ghettos paupérisés. La

désinstitutionnalisation mène donc paradoxalement à recréer une géographie de confinement et de dissimulation (Moon, 2000). Le phénomène est amplifié par une concentration des petites unités de soins dans les centres-villes, parallèle à la distribution géographique des consommateurs de soins mais aussi au fait que l'immobilier y est convertible en structures d'accueil et que l'opposition « anti-patients » y est faible (Dear & Wolch, 1987). Des acteurs divers, des phénomènes sociaux (effet NIMBY) et même des lois ont donc influencé la distribution spatiale des infrastructures et des individus. C'est une véritable ségrégation sociale et spatiale des patients qui s'opère, patients cantonnés dans des no man's land aux centres des villes (Dear & Wolch, 1987).

De manière générale, il fut vite reconnu qu'une offre plus large de services était nécessaire pour répondre aux besoins de la population des personnes atteintes de troubles psychiques (Mueser et al., 1998). Des infrastructures se développent comme des hôpitaux de jour, des centres d'hébergement, des soins postcures et des programmes de réinsertion sociale (Dixon, 2000). A cette multiplicité des services s'apparentent des effets positifs (accessibilité à tous, y compris ceux qui n'ont pas besoin de soins aigus) mais négatifs aussi. En effet, la complexité traduite par cette multitude de services est difficile à gérer et coordonner pour des personnes à troubles psychiques sévères (Mueser et al., 1998). Ainsi, une nouvelle approche est développée spécifiquement pour les patients chroniques et à des fins de réduction de coûts : le case management, fonction menée à bien par un case manager (Mueser et al., 1998). Initialement, le rôle de ce dernier était de référer, coordonner et intégrer les différents services en un programme individualisé par patient. Ses responsabilités ont alors évolué aux fils des décennies et des spécificités de différents modèles développés (Mueser et al., 1998). C'est le cas dans le programme TIPP qui inclut un case manager dont le rôle est majeur. Aux USA, une forme spécifique de case management est créée : *l'assertive community treatment* (ACT) que nous allons développer dans la section qui suit au vu de son influence sur la psychiatrie vaudoise.

2.2.2.2 L'« ACT », un modèle de case management

Pour parer cette situation des patients les plus malades livrés à eux-mêmes, ou autrement dit l'échec de la désinstitutionnalisation aux Etats-Unis, un modèle particulier de case management est développé dans les années 80 de manière spécifique à ce pays : *l'assertive community treatment* (ACT) (Burns, 2014; Dixon, 2000; Mueser et al., 1998; Petitjean & Leguay, 2002) que l'on peut traduire par un modèle de « traitement communautaire mobile intensif ». Souvent utilisé en terme synonyme de « community care » ou de « case management », il présente toutefois des particularités : c'est un modèle de psychiatrie mobile, qui offre un suivi intensif dans le milieu naturel du patient, avec un très faible nombre de cas attribués par soignant pour permettre un suivi très personnalisé et enfin la possibilité de toucher des patients difficiles à atteindre (Bonsack et al., 2008; Mueser et al., 1998). Ce modèle a été développé pour les régions où il y avait dans les faits – malgré la désinstitutionnalisation – une absence totale de soins dans la communauté (Bonsack, entretien 2015). L'ACT est basé sur le modèle conceptuel de Stein et Test des années 70 qui vise le développement de programmes de soins basés dans la communauté pour les patients psychiatriques chroniques comme alternative à l'asile (Stein & Test, 1980). La réduction des coûts économiques est aussi un moteur de ce développement (Weisbrod, Test, & Stein, 1980). Ainsi, le modèle préconise « [...] le transfert de ressources de l'hôpital vers la communauté pour développer des soins « complets » et « affirmés » (*assertive*) auprès des patients » (Bonsack et al., 2008, p. 1). Celui-ci s'inscrit donc, comme le community care, dans

la vision d'intégration du patient dans la communauté, mais avec une nouvelle composante : la mobilité des soignants dans chaque intervention.

Ce principe de la mobilité de la psychiatrie influence l'organisation spatiale des soins : c'est le soin qui vient au patient (Bonsack et al., 2008). En effet, la majorité des services sont proposés dans la communauté où le soignant rejoint le patient (au restaurant, au domicile des patients, etc.) plutôt que ce dernier vienne dans un bureau de consultation « habituel » (Mueser et al., 1998). Cette évolution s'accompagne d'une mutation dans la relation entre patient et soignant marquée par la déhiérarchisation (Dixon, 2000). On change ainsi de perspective quant à qui détermine ce qui est le mieux pour le patient en étant à l'écoute de ce que ce dernier valorise (Dixon, 2000). Aussi, "(r)egular encounters with patients in non-institutional settings have led to richer, more holistic understanding and a more equal relationship" (Burns, 2014, p. 339). Le soin s'oriente aussi vers un soutien pratique en plus de thérapeutique, comme faire sa lessive, ses courses ou ses démarches administratives, dans une optique d'aide de la vie quotidienne et d'ajustement à la communauté (Mueser et al., 1998). Ce sont là des particularités d'une psychiatrie plus sociale, plus proche des besoins du patient et de son environnement naturel.

Pour assurer l'ensemble de la prise en charge, une équipe interdisciplinaire est mise en place, qui mélange médecins, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, et autres thérapeutes, et implique aussi de forts liens avec d'autres entités comme les services municipaux auxquels les patients ont recours (Molodynski & Burns, 2008). Cette équipe discute les cas de patients, les nouveaux besoins et travaille aussi à améliorer le fonctionnement de l'équipe (Molodynski & Burns, 2008). On remarque donc une mutation dans la relation entre soignants eux-mêmes dans une optique de collaboration interprofessionnelle (Dixon, 2000; Kingdon, 1994). Le leadership médical dominant dans le système classique change au vu des rôles plus globaux, moins délimités, et plus spécialisés de toutes les fonctions (Molodynski & Burns, 2008). Cette collaboration et cette mobilité des soignants annoncent les prémices d'un travail en réseau. En effet, le tout évolue dans un réseau de partenaires et d'espaces multiples. Le case manager a alors pour tâche de coordonner ces partenaires autour du patient (Mueser et al., 1998). Il doit faire preuve d'une grande flexibilité dans le lieu, la fréquence et le temps accordé pour une consultation (Vitores, 2002). Sa position centrale dans un suivi à long terme assure la continuité des soins pour un même patient. On note finalement le centrage sur les besoins du patient et une dématérialisation de l'espace de soins à proprement parlé, dans le sens où le suivi du patient prend potentiellement place partout et entre les espaces de soins « classiques » (ibid.).

En dernier lieu, l'ACT permet "*that patients who would otherwise be treated in mental hospitals can be successfully treated in the community without shifting the burden of care to their families*" (Gold Award: A community treatment program, 1974, cité par Dixon, 2000, p. 760). En effet, l'équipe travaille avec toutes les ressources trouvées dans la communauté (Dixon, 2000). La famille, qui est une de ses ressources, est alors engagée en tant que partenaire dans le traitement (Burns, 2014; Kingdon, 1994). D'ailleurs, des modèles spécifiques s'appliquent pour aider les proches et les intégrer dans le processus (Dixon, 2000).

Pour insister sur notre propos de la spécificité de chaque contexte, nous notons que le modèle ACT s'est développé sous différentes formes selon les pays où il a été repris, et à des rythmes différents (Burns et al., 2001). Selon Dixon (2000), le modèle aura mis vingt-cinq ans à finalement se déployer à l'intérieur même des Etats-Unis. Ensuite, son adaptation lors de sa diffusion à l'international doit prendre en compte plusieurs spécificités locales, comme la

tradition psychiatrique en place ou la structure des services déjà existante (Burns et al., 2001). En l'occurrence, la psychiatrie vaudoise s'est inspirée de ce modèle de deux façons : dans le développement de ses équipes mobiles pour des soins intensifs dans le milieu et dans la prise en charge des patients du programme TIPP par un case manager. Ceci sera développé dans la partie analytique de ce travail.

Cette approche du community care et de l'ACT est ce qui a été développé aux Etats-Unis. En France, dans un autre contexte, un modèle différent va voir le jour pour sortir de l'asilaire : le secteur, qui s'inscrit en continuation de la psychothérapie institutionnelle, approche elle aussi opposée à l'asilaire. Présentons alors cette alternative française pour opérer la désinstitutionnalisation.

2.2.3 La psychothérapie institutionnelle et le secteur français

Le processus de désinstitutionnalisation s'est opéré en France en parallèle des Etats-Unis mais de manière plus douce et sous un autre modèle. Le contexte de santé publique était en effet tout autre avec la montée en puissance d'une corporation qui veut convertir les hauts fonctionnaires et l'opinion à une psychiatrie plus efficace et plus humaine (Hochmann, 2015). Une double réforme s'annonce pour sortir de l'asilaire : celle de la psychothérapie institutionnelle des années 1940, qui se couplera à la politique de secteur dans les années 1960. La première cherche à offrir une nouvelle manière d'utiliser l'institution comme un instrument thérapeutique ; la politique de secteur a elle pour objectif explicite de décentraliser les soins. Ensemble, ces deux approches permettent une refonte totale de l'organisation des soins psychiatriques pour être plus proches des patients. Dans notre souci chronologique, nous commençons par présenter la psychothérapie institutionnelle.

2.2.3.1 La psychothérapie institutionnelle, cadre du modèle de secteur

La psychothérapie institutionnelle (terme apparu en 1952) fut initialement conçue pour supprimer les « germes d'oppression » de l'institution, dans l'optique d'utiliser celle-ci comme instrument de soins (Hochmann, 2015). C'est une forme de communauté thérapeutique, dont certains points sont communs au modèle anglais, comme le fait d'associer les patients de manière active à la gestion du quotidien. Toutefois, ce modèle diffère dans la taille et la localisation des espaces de soins y relatifs. En effet, il s'agit dans ce cas de créer un petit groupe de personnes vivant ensemble dans une vie de tous les jours aussi familière qui soit pour créer une véritable vie institutionnelle et ce dans une institution hors hôpital psychiatrique (Sassolas, 1981, 2010)(Söderström, entretien 2015). On fait donc appel à des méthodes psychosociales et organisationnelles dans un but psychothérapeutique, empruntant les médiations du milieu dans lequel vit le patient (Söderström, entretien 2015).

Modèle, idéologie et pratique à la fois, la psychothérapie institutionnelle est liée à l'importance que la psychanalyse a prise à ce moment dans les institutions psychiatriques et représente un contre-pied politique, idéologique et thérapeutique aux idées conservatrices des aliénistes (Söderström, entretien 2015). Influencée par l'esprit marxiste de l'époque, elle se caractérise par une anti-hiérarchie, des réunions infirmiers-malades-médecins et un véritable collectif soignant (Hochmann, 2015). La relation au patient change dans cet esprit de soigner avant tout ses relations à son environnement et de donner la parole à chacun. Il y a donc une rupture radicale avec les cadres de références anciens et un changement d'échelle notable pour des structures petites, qui intègrent les familles et le quartier, loin de la philosophie dualiste du XIXème siècle qui opposait le patient interné au reste de la société (Hochmann, 1971).

La psychothérapie institutionnelle a donc secoué en profondeur le milieu asilaire et va laisser des traces importantes en France (Hochmann, 2015). Dans un mouvement de lutte contre l'aliénisme asilaire, elle va être doublée de la politique de secteur qui suit dès 1960. En effet, des initiatives prises par les services de l'Etat vont radicalement modifier l'organisation administrative de la psychiatrie et la rapprocher des citoyens via la politique de *secteur* (ibid.). Le secteur tente alors de répondre au problème de l'hospitalisme (troubles psychiques générés par de longues hospitalisations en milieu psychiatrique asilaire) en mettant en avant l'accessibilité des soins et la proximité avec les familles (Söderström, entretien 2015). Aussi, une conception des soins de type « sur la journée » va être développée, dans des espaces variés et complémentaires, répartis en ville.

2.2.3.2 Le secteur français

La vision de soins française s'inscrit en opposition à l'hospitalisation à temps plein des patients dans des institutions spécialisées mais ne connaît pas le mouvement de fermeture des hôpitaux psychiatriques à la manière anglo-saxonne pour autant (Coldefy, Le Fur, Lucas-Gabrielli, & Mousques, 2009). A la place, elle applique dès 1960 la politique de secteur. C'est une révolution législative avec pour but de décentraliser les soins psychiatriques (Müller, 1982; Sassolas, 2010). Elle divise la France en secteurs démo-géographiques en suivant la logique des départements (Coldefy et al., 2009; Müller, 1982). Chaque « région » est alors libre d'organiser ses soins selon ses particularités. Le secteur devient l'unité de base pour l'organisation des soins en psychiatrie publique et forme un système unifié (Coldefy et al., 2009). Par ce changement d'échelle pour une échelle régionale plutôt que nationale, le secteur permet de créer des ensembles coordonnés, cohérents et plus proches des besoins des patients (Müller, 1982). De fait, la politique de secteur traduit une distribution différente des moyens mais elle est aussi une mise en actes d'une certaine conception des soins où au lieu de l'hôpital, les soins sont à disposition et proximité du patient, proximité très concrète entre son domicile et les espaces de soins (Müller, 1982; Sassolas, 2010).

La traduction spatiale est donc en opposition totale avec le modèle asilaire : dans chaque secteur est construit un dispositif complet et diversifié, en l'occurrence un système hospitalo-ambulatoire complété par des infrastructures dites « intermédiaires » ou communautaires. En cela, il incarne les prémices d'une logique de réseau. Plusieurs types d'espaces sont préconisés. L'hôpital psychiatrique répond aux besoins de soins aigus. Les soins ambulatoires impliquent des consultations le plus souvent dans des centres prévus à cet effet mais aussi à domicile. Enfin, on introduit « (...) *une gamme d'institutions nouvelles, plus légères et plus ouvertes sur la cité que l'institution résidentielle* » (Hochmann, 2015, p. 144). Il s'agit d'hôpitaux de jour, d'hôpitaux de nuit, d'ateliers protégés ou de réhabilitation et d'autres centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ainsi que des centres postcures, des foyers et appartements protégés, des placements familiaux et des équipes médicales mobiles (Coldefy et al., 2009; Hochmann, 2015; Labasse, 1980; Müller, 1982; Petitjean & Leguay, 2002). Ces espaces sont donc placés sous forme éclatée, en ville, pour être au plus proche du milieu de vie des patients, de leur domicile, de leur famille, dans cette optique d'intégration dans la communauté propre à une psychiatrie plus sociale (Coldefy et al., 2009; Hochmann, 2015; Müller, 1982; Petitjean & Leguay, 2002). Hochmann indique en effet que dans cette vision du secteur « (...) *le lieu idéal du traitement n'est plus l'institution spécialisée (...) mais le milieu de vie du malade, sa famille, son immeuble, son quartier, son lieu de travail* » (Hochmann, 1971, p. 18). Dit autrement, les protagonistes du secteur voyaient dans ce modèle la nécessité « de

déplacer le centre de gravité du dispositif soignant de l'intérieur vers l'extérieur, là où le patient vit ses relations familiales et sociales » (Sassolas, 2010, p. 139).

Les différents espaces de soins préconisés doivent assurer ensemble une couverture globale de prévention, d'hospitalisation, de postcure et enfin de réadaptation (Coldefy et al., 2009). Une continuité des soins est donc visée par des structures qui se complètent mais aussi par une même équipe soignante qui accompagne le patient dans les différents services du secteur (Coldefy et al., 2009; Müller, 1982; Petitjean & Leguay, 2002). Le secteur est en soi un modèle de psychiatrie mobile, dans le sens où les soignants se déplacent dans les différents centres de consultations voire à domicile (Coldefy et al., 2009). Le soignant est donc mobile, flexible, et peut tisser des liens prolongés avec le patient dans cette optique de continuité dans le suivi. La relation entre le patient et les soignants change et s'élargit en mettant le patient en contact avec une multitude d'acteurs. Finalement, spatialité et soignants permettent le rapprochement entre le patient, sa famille et son environnement social et professionnel, à l'inverse de l'asile (Dugravier et al., 2009; Petitjean & Leguay, 2002). Dans ce modèle, le patient est donc placé au centre du dispositif dans un suivi que l'on peut moduler dans l'optique d'un traitement personnalisé. On conçoit le malade comme un partenaire actif, dont on cherche à favoriser l'autonomie et à encourager la formulation des demandes par lui-même (Conus, 2011).

Au vu de la diversification des soins, l'équipe est pluridisciplinaire. Les infirmiers et infirmières ainsi que les assistants et assistantes sociales y prennent un rôle caractéristique au vu de la nouvelle composante sociale de la psychiatrie (Burns, 2014). Ils ont aussi un rôle dans la coordination de l'ensemble des services et partenaires (Coldefy et al., 2009). Ceux-ci incluent les familles et les proches et s'élargissent à d'autres corps de métiers en lien avec l'intégration des patients. Enfin, une dimension de santé publique se révèle : en lieu et place du pouvoir absolu des psychiatres, on traite nouvellement les problèmes de santé mentale dans leur dimension politique (Hochmann, 2015).

Ainsi, la psychothérapie institutionnelle et le secteur forment un double mouvement de réforme, qui marque une rupture avec le passé asilaire. Les deux modèles finirent par se compléter, voire s'enrichir l'un de l'autre et c'est ainsi que les expériences de psychiatrie communautaire commencent à poindre en France. De la psychothérapie institutionnelle, on retrouve le travail en équipe, la déhiérarchisation, la vie quotidienne comme médiation et la parole donnée à tous. Ces éléments prennent toute leur valeur dans des institutions à temps partiel ou des centres de consultation propres au secteur. La conception du malade change donc : il est en position plus active, dans une thérapie moins profonde, moins intensive que la psychanalyse. Symboliquement, le réseau relationnel autour du patient lui sert à rallier les fragments de sa vie psychique (Hochmann, 2015, pp. 144-145). Surtout, ce réseau est centré autour de lui, avec une optique de prise en charge individualisée, loin de la vision asilaire.

Dans les faits, la répartition des infrastructures sera inégalitaire entre les secteurs français. C'est ce que dénonce le rapport de Piel et Roelandt (2001) mais aussi Coldefy et al. (2009). Ces derniers notent des disparités persistantes de moyens et d'offre entre départements dans les soins cinquante ans après l'instauration de la politique de secteur. Aussi, la transition d'un modèle « traditionnel » hospitalier vers un dispositif de soins ambulatoires donc de proximité « *n'apparaît pas achevée dans tous les départements* » (Piel & Roelandt, 2001, p. 13). Le changement majeur d'un pôle vers la décentralisation des soins dans une vision de proximité des soins et d'intégration des patients dans la communauté s'est donc opéré, et de manière

nettement moins drastique qu'aux Etats-Unis, mais la réalisation des modèles reste toujours fonction des moyens investis comme de chaque situation locale. Le modèle de secteur ayant été appliqué dans le canton de Vaud, nous regarderons de plus près le paysage de soins qui en résultera dans cette région-ci dans la partie analyse de ce mémoire.

2.3. DE LA DECENTRALISATION A DES ESPACES ET SOINS EN RESEAU

De manière générale, le mouvement de désinstitutionnalisation marque la transition d'une géographie asilaire à une géographie post-asilaire (Dear, 2000). En effet, il a induit des changements idéologiques quant au traitement « des fous⁹ » mais aussi des bouleversements spatiaux. Ce basculement dans les modes et espaces de prises en charge s'opèrent à des moments différents et via des modèles de soins différents, comme nous l'avons présenté pour les Etats-Unis et la France, avec leurs résultats spécifiques. Toutefois, on note des similarités dans les visions de soins. En effet, le community care comme le secteur visent l'intégration du patient dans la communauté. Ensuite, ACT et secteur fonctionnent dans l'idée de soignants mobiles, flexibles et qui assurent la continuité des soins entre espaces (Petitjean & Leguay, 2002). Spatialement, c'est un changement d'échelle qui s'opère, pour des soins offerts à des petits groupes de patients dans des petites structures et jusque dans le milieu naturel du patient. Cela a pour but de favoriser l'autonomie du patient, de réduire l'hospitalisation et d'améliorer les relations sociales du patient (Dixon, 2000). L'éclatement des espaces s'oppose à la permanence et la concentration asilaires.

Toutefois, la multiplication des partenaires rend le système complexe pour les patients atteints de troubles psychiques sévères, leur limitant en résultat l'accès aux soins (Mueser et al., 1998). La continuité des soins trouve ses limites dans cette complexité. Aussi, la rupture du suivi lors des passages d'une institution à l'autre est possible et fréquente. En parallèle, la nouvelle approche "*aiming to support people with mental illness living in the community as far as possible, rather than in institutions*" (Curtis, Gesler, Fabian, Francis, & Priebe, 2007, p. 592) s'accroît. L'OMS soutient cette vision et prône depuis 2001 un changement de modèle en psychiatrie, demandant de « *passer d'une politique de structures accueillant un patient, à une politique de services accompagnant un usager à son domicile et avec son entourage* » (Roelandt & Desmons, 2001, cités par Dugravier et al., 2009, p. 43). L'ensemble appelle alors à une logique de soins, d'espaces et de partenaires en réseau. C'est ce que le canton de Vaud va appliquer en complétant son dispositif de secteur par des équipes mobiles, centrées autour du patient et d'un case manager qui l'accompagne. Enfin, la notion de prévention va gagner en intérêt. C'est alors sous un modèle de soins d'intervention précoce dans le traitement des psychoses que le réseau est pleinement représenté. Le modèle EPPIC développé en Australie dans cette approche nous sert alors d'exemple.

2.3.1 Intervention précoce

En tant que berceau du développement de services cliniques ancrés dans le paradigme de l'intervention précoce des années 90, l'Australie a largement influencé le modèle TIPP. Ce

⁹ On a nommé selon les périodes et les contextes les personnes que l'on désigne aujourd'hui comme « des personnes qui souffrent de troubles psychiques » comme « les furieux », les « fous » ou les « aliénés » par exemple (réf école lausannoise p. 9). Par mesure de simplification mais aussi de contextualisation, nous utiliserons le terme de « fous », tout comme le font nombre de psychiatres lorsqu'ils retracent l'évolution de ces « catégories d'individus ». La question de leur dangerosité – pour eux-mêmes ou pour autrui – est délicate. Dans l'histoire de la psychiatrie, ceux considérés comme les « plus dangereux » sont ceux qui sont dans la plupart des cas internés en structures fermées.

paradigme reflète un changement de conception de la schizophrénie et plus largement des psychoses (Conus & Bonsack, 2004; Marion-Veyron et al., 2013; McGorry et al., 2008). L'approche jusqu'ici consistait en des soins généralement palliatifs et donnés « à retardement », du fait de la difficulté de diagnostic dans les troubles psychotiques, de la peur, d'une certaine négligence et enfin d'une conception pessimiste quant à l'évolution de la maladie (McGorry et al., 2008). Un regain d'intérêt et d'optimisme lié à des preuves cliniques d'évolution favorable d'une prise en charge précoce marque alors un tournant vers des soins préventifs pour diminuer les risques de chronicité. Cette vision de soins s'incarne dans le modèle EPPIC (pour « Early Psychosis Prevention and Intervention Centre »), un « best practice model » développé au début de ces mêmes années (1992) par McGorry (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996). Il insiste alors sur une combinaison d'une médication bien gérée avec des interventions psychosociales pour favoriser la réhabilitation sociale, particulièrement en termes éducationnels et professionnels, réhabilitation d'autant plus importante que ces troubles émergent habituellement pendant l'adolescence ou le jeune âge adulte (McGorry et al., 2008).

Viser la prévention change alors l'organisation des soins. En effet, l'intervention précoce se différencie d'un simple traitement à l'hôpital (Müller, 1982). Le modèle a évolué mais, pour ne retenir que l'essentiel, sa traduction sur le terrain se compose d'une équipe mobile, d'un case manager pivot du suivi ambulatoire (attribué dès l'entrée dans le programme) et enfin d'une unité hospitalière pour les phases de crises (McGorry et al., 1996). De plus, le personnel du programme intervient dans les différentes unités pour assurer la continuité des soins et les transitions (ibid.). Il y a bien là une influence du modèle ACT (McGorry et al., 2008). Aussi, le traitement s'étend sur plusieurs années. On sait en effet que la période des 2-5 ans post diagnostic est cruciale pour un rétablissement à long terme¹⁰. Le case manager a alors un rôle déterminant pour favoriser l'engagement du patient et assurer la continuité et la coordination des soins. Le modèle s'est rapidement diffusé en Europe et aux Etats-Unis entre autres et des centaines de programmes d'intervention précoces existent aujourd'hui (Baumann et al., 2013; Conus, Polari, & Bonsack, 2010; Marion-Veyron et al., 2013; McGorry et al., 2008). L'Australie a ainsi largement participé à l'adoption d'une approche précoce de la schizophrénie dans les services psychiatriques internationaux (Molodynski & Burns, 2008). En Suisse, depuis un premier projet lancé à Berne en 1989 et grâce à un réseau professionnel dans le domaine, la plupart des régions du pays offrent des services spécialisés en infrastructures hospitalières et/ou ambulatoires (Simon, Theodoridou, Schimmelman, Schneider, & Conus, 2012). Selon McGorry et al, les stratégies préventives comme l'intervention précoce font maintenant partie de la psychiatrie mainstream (McGorry et al., 2008).

¹⁰ C'est la période comportant un risque maximum de désengagement, de rechute et de suicide, qui coïncident aussi avec les challenges majeurs de créer une identité stable, un réseau social, des objectifs professionnels et des relations intimes, éléments encore une fois particulièrement importants chez les jeunes (McGorry et al., 2008).

2.4. L'ÉVOLUTION DES ESPACES ET DES VISIONS DE SOINS EN BREF

Dans cet état de l'art, nous avons retracé les modèles et politiques de soins des pays qui ont eu une influence sur la psychiatrie vaudoise. A travers leurs analyses, nous avons vu qu'ils se sont développés de manière spécifique à leur contexte et situation et qu'ils se traduisent en paysages de soins particuliers, avec leurs conséquences sur la population ciblée. Toutefois, ces modèles et politiques évoluent, des visions nouvelles voire pionnières sont introduites, et, couplées à des changements dans un contexte plus large que le simple domaine sanitaire, elles peuvent donner lieu à des mutations profondes du paysage de soins.

Un mouvement global a donc marqué la sortie de l'asilaire pour des soins décentralisés, dans une vision de soins plus proches des patients, plus « sociaux », plus humains. En effet, visions et espaces de soins sont tout à fait liés. Dans l'ère asilaire, une vision polarisée exclut les patients dans des structures de masse, coupées et dissimulées du reste de la société. La décentralisation visée par la désinstitutionnalisation a pour vision d'intégrer les patients dans la communauté et de leur offrir des soins personnalisés. Cette période s'adresse avant tout aux patients aux troubles sévères, ceux qui avaient ou auraient été institutionnalisés dans l'ère asilaire et que l'on cherche à réhabiliter (Bonsack et al., 2011; Dixon, 2000; Mueser et al., 1998). Enfin, le réseau, dans les régions où il s'applique, met le patient au centre et le replace dans son propre milieu, accompagné d'un soignant qui assure la continuité des soins et l'aide dans la coordination des soins. Il a aussi pour but d'agir de manière précoce dans l'apparition des troubles, dans un but de prévention en opposition à la vision jusque-là en cours de traitement une fois les troubles chronicisés. Ainsi, les différents paysages de soins reflètent les préoccupations majeures d'une époque et d'une société sur comment la maladie et le patient sont pensés et traités. D'ailleurs, les cas présentés nous ont montré les résultats en termes d'intégration de la population ciblée. Ainsi, l'on peut affirmer que la détermination de « où » sont traités les patients a une influence certaine sur leur intégration dans la communauté sous toutes ses formes (Yanos, 2007), autant spatiale que sociale.

Aussi, nous pouvons affirmer que les visions de soins se traduisent spatialement, approche qui va nous servir de modèle d'analyse tout au long de ce travail, et que nous allons développer dans la partie concept de ce travail. Mais d'abord, nous avons aussi compris que chaque cas est unique et que son analyse doit se faire en tenant compte du contexte. Ainsi, nous allons rapidement situer notre cas d'étude. En effet, la Suisse a des particularités en matière de législation et d'organisation qu'il convient d'introduire, dans notre cas spécifiquement dans le domaine sanitaire.

3. UN COUPLE DE CONCEPTS : NORMES ET FORMES

Le présent chapitre nous permet d’asseoir le lien que nous faisons entre histoire de la psychiatrie et géographie de la santé mentale grâce à un couple de concepts : celui de normes et de formes de Paul Rabinow (Rabinow, 1989a), qui nous sert d’outil d’analyse.

3.1. UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE

Nous avons choisi une approche par les normes et les formes pour analyser notre sujet. Ce couple de concepts incarne en lui-même l’interdisciplinarité de notre travail. En effet, il nous permet de lier les normes – que nous associons aux visions de soins ou à la partie psychiatrique et politique de notre travail – avec les formes – que nous associons aux espaces de soins étudiés du point de vue de la géographie de la santé mentale. Nous allons voir comment ces normes et formes s’influencent mutuellement. Aussi, nous tâchons de toujours puiser dans les deux champs pour offrir une vision complète du phénomène. Dans ce mémoire, nous travaillons principalement avec la considération que les normes précèdent et façonnent les formes¹¹. Dans cette logique, les espaces « donnent forme » aux visions. Aussi, les formes sont révélatrices des normes, puisque les normes sont inscrites dans les formes. Rabinow (Rabinow, 1989a, 1989b) montre en effet que les politiques mises en place par les décideurs sont empreintes de normes et que les formes assoient alors ces politiques. Il met ainsi en lumière comment les formes incarnent les normes que certains veulent imposer. Dans notre cas, l’analyse des formes permet donc de mettre en évidence les normes issues de visions de soins particulières. Voyons précisément les deux pendants de cette approche par les normes et les formes.

3.2. DES NORMES ET DES FORMES POUR REGULER UNE POPULATION SPECIFIQUE

Commençons par définir ce que nous entendons par normes. D’un point de vue philosophique, Hochmann (2015) nous a montré comment la limite entre le normal (ou ce qui est « dans la norme ») et le pathologique évolue et se situe à des niveaux de tolérance différents selon les époques. Ainsi, tant la vision de la maladie mentale que par extension les visions de soins sont relatives à une époque donnée. Elles sont aussi propres à chaque pays ou région. En effet, la vision de la maladie mentale, la conception que l’on a des « malades » et enfin le traitement à adopter sont des produits culturels, donc relatifs et situés, comme l’ont montré Foucault et Goffman dans leur œuvre respective sur l’histoire de la psychiatrie et les asiles¹². Rabinow aussi, qui s’inspire et s’inscrit en suite de Foucault, montre que les normes comme les formes doivent être relativisées puisqu’elles sont issues d’un contexte spatio-temporel donné. Plus précisément, les normes résultent de l’adéquation entre des idées politiques, sociales, économiques et philosophiques à propos d’une problématique de société (Rabinow, 1989a), comme de contraintes historiques et structurelles à un moment donné. La dimension médicale

¹¹ Il est certain que, de manière réciproque, les formes influencent les normes. Une analyse possible consisterait à montrer comment les formes influencent et modifient les pratiques sociales (voir O. Söderström, 2013) mais c’est là le sujet d’une étape qui vient après la nôtre, celle du projet FNS, en ce que les formes ont une influence sur les pratiques spatiales des patients qui se déplacent d’un espace de soins à l’autre. Nous n’entrons pas dans cette analyse dans ce travail de mémoire.

¹² De fait, Hochmann (2015) relève que, pour la maladie mentale qui ne s’inscrit pas dans le corps, la considération de la normalité est d’autant plus construite et contextuelle. Le diagnostic-même est alors en soi relatif (Hochmann, 2015).

est elle aussi façonnée par un contexte historique et culturel spécifique, résultante d'idées sociales, politiques et économiques. C'est à travers des discussions, le mélange d'intérêts, des ententes ou encore des conflits ou luttes de pouvoir que « les normes » sont déterminées. Ensuite, des événements historiques comme des innovations technologiques ou sociales peuvent contrecarrer ou au contraire renforcer ces normes.

Aussi, chaque système (ici de soins) révèle son caractère normalisant (Rabinow, 1989a). En effet, la manière de penser « l'homme » (ici le malade), et la manière de le traiter révèlent des normes qui ont pour but la régulation de cette population (ibid.). Il faut comprendre que « normaliser » vise à produire et réguler un environnement social optimal. Il s'agit pour les décideurs d'implémenter des techniques de régulation sociale sur la base de leurs visions des soins, des patients et de la société. Nous retenons dans ce travail trois processus de normalisation au fil du temps qui se traduisent jusque dans les formes : la vision centralisée, décentralisée et enfin de réseau. Ainsi, dans l'analyse de Foucault, l'asile visait à exclure et isoler les individus non productifs dans une société libérale. Hochmann dénonce aussi que « *(l)es sociétés modernes ont essayé de réduire la déviance en l'institutionnalisant, c'est-à-dire en isolant les déviants dans des institutions spécialisées* » (Hochmann, 1971, p. 91). Enfin, Goffman a montré qu'il n'y a pas non plus de liberté à l'intérieur de l'asile avec donc un effet de normalisation au sein même de cet environnement social. La désinstitutionnalisation invite ensuite à reconsidérer les droits des patients (Conus, 2011; Grasset, Spagnoli, Orita, Veillon, & Cucchia, 2004). La vision est alors d'intégrer dans la communauté les patients anciennement internés, via des structures adaptées et plus proches des patients, à l'échelle des quartiers. Dans le contexte vaudois, la norme sera à la réhabilitation des patients dans des environnements protégés (Bonsack et al., 2011; Grasset, Spagnoli, et al., 2004). D'ailleurs, la tension existante entre assurer le bien-être et la sécurité des patients et du reste de la population en même temps¹³ est au cœur même des normes à chaque époque. Cette tension se traduit par plus ou moins d'espaces de liberté ou de cadre institutionnel pour les patients selon le pays et le contexte. Enfin, dans la forme de réseau, c'est l'intégration du patient dans un réseau social avant tout qui est visée, avec une adaptation des suivis aux besoins des patients de façon personnalisée. Dans cette vision-ci, le soignant accompagne le patient dans le milieu naturel et dans ses démarches personnelles pour offrir une « vie quotidienne » aussi normale que possible (Morandi & Bonsack, 2011).

Les modèles et politiques de soins et tout ce qu'ils préconisent en termes de structures, de localisation des espaces de soins mais aussi de relations entre patients et soignants indiquent donc comment, à chaque époque et dans chaque contexte, le mode de prise en charge proposé régule la population visée. Finalement, l'ensemble des normes et des formes permet cette régulation socio-spatiale régulant une population spécifique. A ce titre, nous relevons la remarque introductive du « plan stratégique de développement » des Hospices cantonaux¹⁴ en 2002 : « *Elles [les questions quant au bon usage des ressources] montrent que l'hôpital et les institutions de recherche et de formation ne sont pas seulement des fournisseurs de prestations. Elles sont aussi des institutions qu'un lien profond unit à la société, qui participent à sa régulation, nourrissent et portent ses espoirs et ses doutes et contribuent à sa cohésion* » (Hospices cantonaux - Faculté de médecine, 2002, p. 7).

¹³ Les personnes souffrant de troubles psychotiques peuvent être déterminées comme dangereuses pour elles-mêmes et / ou pour autrui (Morandi, 2014)(Abrahamyan Empson, Besson, entretiens 2015).

¹⁴ Ancien terme pour indiquer le CHUV.

3.3. LE ROLE PREPONDERANT DES EXPERTS

Ceci nous mène alors à parler des décideurs ou des acteurs en jeu dans la détermination des normes. Hochmann met indéniablement en avant la place prépondérante des psychiatres dans l'histoire de la psychiatrie. Ce sont eux qui, à chaque époque, définissent les modèles, les diagnostics et les pratiques et se battent pour imposer et faire reconnaître leurs visions et leurs droits. Nous nous rallions alors au terme utilisé par Rabinow qui nomment « experts » ces personnes de pouvoir qui créent les normes (depuis le passage au XIX^e siècle vers la « modernité ») : *"a normative class conquered the power to identify the function of social norms with its own uses and its own determination of content"* (Rabinow, 1989a, p. 10). Au vu de l'évolution de la psychiatrie et du rôle de plus en plus important donné aux autres soignants au fur et à mesure des décennies (infirmiers et infirmières, psychologues et case managers par exemple), nous intégrons aussi ces personnes à cette catégorie des experts. Or les différentes visions de soins possibles entre ces différents experts, les différentes écoles de pensées et les différents modèles de soins impliquent des espaces de soins et une localisation de ces espaces spécifiques. Par leur rôle dans la détermination des normes, les acteurs participent donc aussi à la création des formes. En effet, en lien avec une vision de soins, un acteur ou un groupe d'acteurs peut initier la création, la suppression ou la modification d'un espace ou d'un type d'espace particulier. Enfin, les visions et les modèles peuvent être combinés ou juxtaposés, pour un résultat spatial toujours particulier, comme c'est le cas dans le canton de Vaud et le programme TIPP.

Les experts ne sont pas les seuls acteurs en jeu. L'Etat et ses représentants ont aussi leur part de pouvoir. Leur place, leur rôle et leur degré d'implication (retrait ou ingérence de l'Etat) sont des facteurs clés dans l'évolution du système de soins offert et de la conception des soins qui s'y associe. L'Etat établit les lois et les politiques sanitaires et en cela ancre les visions de soins déterminées et façonne le paysage de soins. C'est aussi lui qui finance entre autres les programmes et les infrastructures publiques. Par exemple, un nouvel hôpital psychiatrique a été construit et inauguré en 2003 au centre-ville du chef-lieu du secteur Nord en lieu et place d'un établissement vétuste et isolé. C'est la volonté de l'Etat que de « *dédramatiser le recours à la psychiatrie et de rendre plus facile la réintégration sociale des personnes hospitalisées* » (Farine, 2003) par cette localisation. Cette volonté est celle de l'Etat mais aussi des experts, qui sont largement consultés et écoutés dans le canton de Vaud. En effet, des particularités sont à noter à son propos. Premièrement, le canton est doté d'un centre hospitalier universitaire (le CHUV, hôpital général), ce qui implique des moyens et des ressources considérables. La place prise et donnée au CHUV – et donc au Département de psychiatrie du CHUV qui fait partie de l'ensemble – est alors très importante. Deuxièmement, les experts à la tête des services au sein du DP CHUV ont un rôle de consultants depuis longtemps. Les plans stratégiques du CHUV faisaient office de « politiques » avant qu'une politique de santé mentale soit instaurée en 2007. La fondation de Nant – en charge du secteur Est – est également très impliquée. Les rapports et politiques cantonaux se font alors depuis une décennie environ toujours par ce trio d'entités (Service de santé publique, DP CHUV et Fondation de Nant), qui travaillent ensemble à l'élaboration de politiques communes. Enfin, le secteur Centre est encore plus concerné par cette position forte en ce qu'il joue le rôle de secteur pilote pour les nouveaux programmes et qu'il dispose de moyens pour la recherche scientifique particuliers. Le programme TIPP en est l'exemple, instauré à Lausanne avant d'être extrapolé aux secteurs Ouest et Nord et servant de source de données pour la recherche scientifique (Conus et al., 2010). Ainsi, le contexte étudié présente des particularités qui vont jouer un rôle spécifique dans le façonnement du paysage de soins de santé mentale vaudois.

Enfin, les associations de proches et de patients forment le troisième groupe d'acteurs influents. Elles ont aussi gagné en reconnaissance et en importance au fur et à mesure des décennies. Elles jouent un rôle notable dans l'influence des politiques et de l'opinion publique en étant parfois du côté de l'Etat et des experts et parfois contre selon les thématiques et les décisions à prendre. C'est une catégorie d'acteurs qui peut « déranger » la norme ou qui lui donne au contraire une légitimité. Ainsi, nous considérons ces trois catégories d'acteurs en adéquation avec notre approche top-down. Les experts, avec une intervention plus ou moins influente de l'Etat et une participation plus ou moins marquée des associations selon les époques, définissent les normes et les intègrent, cas abouti, dans les lois, politiques et modèles de soins qui se traduisent alors en des paysages de soins particuliers.

3.4. LOGIQUE DE PRODUCTION DES NORMES ET FORMES

Notre travail suit une approche top-down dans un cadre institutionnel. Nous nous concentrons essentiellement sur les modèles et les politiques de soins instaurés. Ce sont ces éléments qui incarnent et enracinent les visions de soins des acteurs, qui se traduisent ensuite en des espaces de soins institutionnels. Autrement dit, les modèles et politiques de soins appliqués à un système de soins particulier matérialisent des visions de soins particulières. Cela se traduit ensuite par des espaces de soins particuliers. L'ensemble forme ce que nous appelons un *paysage de soins*, qui prend en considération un contexte large, comme le montre le schéma ci-dessous. Nous pouvons donc parler de spatialisation des modèles et des politiques de soins.

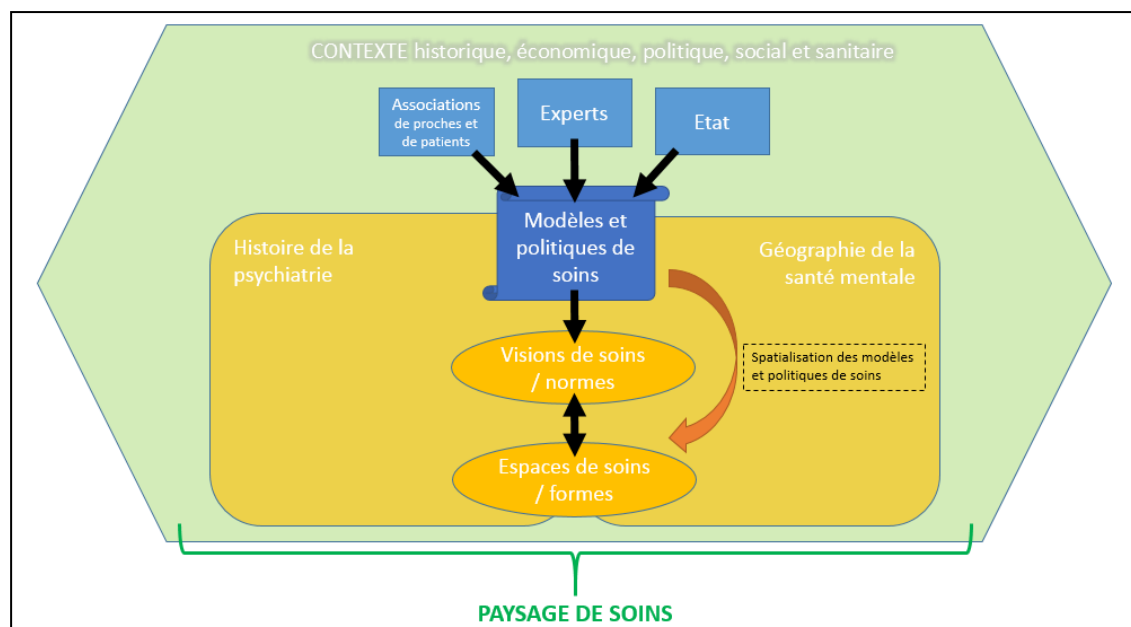


Figure 1 Modèle statique de la production des normes et formes

Ce schéma est une image statique, modélisée, valable à un temps T et pour une région spécifique, en l'occurrence le canton de Vaud en Suisse. Elle fixe les acteurs en jeu, la contextualisation à effectuer pour comprendre ce qui a mené aux modèles et politiques mis en place et la complémentarité des deux domaines de recherches en ce que les normes et les formes ont un lien intrinsèque en se révélant les unes les autres. Enfin, de cet ensemble, nous pouvons évaluer la position d'une société envers les personnes atteintes de troubles psychiques et envers la santé mentale en général à un moment et dans un lieu donné en qualifiant le paysage de soins ainsi créé. Toutefois, il peut y avoir plusieurs modèles existants

en parallèle dans la même région reflétant donc plusieurs visions de soins comme c'est le cas dans le canton de Vaud. Nous focalisons notre attention sur les modèles et politiques dominants, qui se traduisent par une vision de soins dominante, mais nous prenons aussi en considération les modèles alternatifs pour offrir une image aussi complète que possible du paysage de soins. D'ailleurs, la vision dominante se couple parfois avec d'autres visions moins « mainstream », incarnées dans des espaces particuliers. Dans le canton de Vaud, c'est le cas du programme TIPP et de sa collaboration avec l'Institut Maïeutique. Enfin, le processus est en fait dynamique, ce que nous allons voir dans la section suivante.

3.5. DES NORMES ET DES FORMES EN CONSTANTE MUTATION

La vision statique présentée ci-dessus est simplificatrice. Les visions et espaces de soins sont en fait en constante mutation. Un jeu perpétuel de confrontations d'acteurs, de discussions et de dynamiques politiques, sociales, économiques et sanitaires va engendrer des restructurations, des nouveaux modèles et des transformations dans les visions de soins et leur traduction spatiale. En tenant compte de l'historique propre à une région, nous pouvons retracer l'origine des différentes « couches » de visions et espaces dans le domaine sanitaire¹⁵. Les influences internationales entrent aussi en ligne de compte. Ce sont alors des « événements » particuliers qui créent des moments de rupture, catalyseurs de changement (Rabinow, 1989a). L'histoire de la psychiatrie est donc faite de tournants, de visions et espaces de soins dominants mais aussi pirates, qui s'imposent, coexistent ou meurent toujours selon ce jeu même de dynamiques. Nous pouvons alors retracer l'évolution de la psychiatrie par trois grandes ères déjà indiquées – l'ère asilaire et sa forme de pôle, la désinstitutionnalisation qui décentralise les espaces de soins, et l'ère d'un réseau de partenaires et d'espaces de soins. Nous nous concentrons sur les points de rupture qui ont induit ces mutations majeures dans les normes et les formes. Il convient ensuite de situer chacune spécifiquement pour le canton de Vaud. Ces ères sont interprétables en termes de normes et de formes caractéristiques, qui révèlent aussi en soi les priorités déterminées et les enjeux reconnus par les décideurs pour chaque époque.

D'un point de vue analytique, nous appliquons alors cinq filtres sur les données récoltées, filtres qui se combinent en plus de fonctionner dans une logique d'entonnoir. Ils nous permettent de parcourir toutes les dimensions en jeu dans ce travail. Il s'agit des filtres suivants :

- Un filtre des modèles et politiques mais aussi des lois et rapports stratégiques pour finalement comprendre ce qui mène au programme TIPP, avec spécificités des visions de soins relatives à chaque échelon
- Un filtre des espaces de soins, dans des considérations générales pour les époques révolues puis plus spécifiquement dans la forme globale comme dans le type et la localisation spécifique des espaces du programme TIPP pour définir la spatialité de ce programme
- Un filtre de contexte, que nous pointons en étroite combinaison avec l'échelle considérée

¹⁵ D'un point de vue médical par exemple, les nouvelles idées et méthodes gagnent en légitimité au fur et à mesure qu'elles font leurs preuves et les programmes sont améliorés en fonction des premiers essais (pour des exemples, voir la progression d'un modèle de « time-limited ACT » (Bonsack, Adam, Haefliger, Besson, & Conus, 2005; Bonsack et al., 2008) au SIM (Morandi & Bonsack, 2011) ou encore les différentes générations du modèle EPPIC (McGorry et al., 1996).

- Un filtre des échelles justement, pour montrer les influences internationales possibles comme la spécificité d'une géographie de la santé mentale qui n'est valable que localement
- Enfin, un filtre temporel, pour marquer l'aspect dynamique, évolutif et en constante redéfinition de l'ensemble des éléments de ce modèle, qui se réapplique à chaque ère identifiée.

Notez que les « espaces » changent selon chaque ère en termes de types d'espaces préconisés (hôpital psychiatrique, hôpital de jour, placement à domicile, foyers, ateliers protégés, etc.), de rôle attribué à chacun de ces espaces, d'apparition ou de disparition de certains espaces et enfin de forme générale dans le paysage ainsi créé.

A travers ces différents filtres, nous effectuons une synthèse socio-spatiale des éléments historiques, politiques, sanitaires et culturels en un objet – la santé mentale (plus ou moins planifiée) dans une région (le secteur Centre) – pour révéler la position d'une société envers les personnes atteintes de troubles psychiques dans la considération et les traitements qu'elle offre, ici et aujourd'hui. Encore une fois, la notion d'échelle est importante. Ce sont des influences internationales, des particularités nationales et une adaptation locale qui se traduisent finalement en un système de soins, complexe et subtil. Enfin, le déterminant des acteurs en place est aussi à analyser, au vu des décisions et politiques parfois très contextuelles et personnelles qui peuvent être faites.

3.6. CARACTERISATION DES PAYSAGES DE SOINS

Comme nous l'avons vu, le paysage de soins est en soi en constante mutation, et de manière spécifique à une région. Il apparaît qu'il est donc nécessaire de considérer l'ensemble du contexte comme du paysage de soins pour comprendre les normes et formes qui s'en dégagent pour une région à un moment donné.

Nous aimerions alors approfondir la notion de paysage de soins utilisée dans ce mémoire. Nous le définissons comme « l'ensemble des visions et des espaces de soins qui forment un paysage particulier, propre à une région et une époque données ». Le paysage de soins est donc composé dans nos termes autant par les visions de soins décelées via les modèles et politiques sanitaires mis en place que par les espaces de soins types qui les caractérisent (voire même cartographiables selon l'information récoltée). L'ensemble révèle la manière dont on considère la maladie mentale, le patient et le traitement à adopter à chaque époque. A ce propos et pour rappel, « *(t)he location of institutions of health care has tended to reflect the ways that diseases and health care are socially constructed* » (Smyth, 2005, p. 490). Chaque paysage est unique et contextuel, évolutif et dynamique. Il peut être complexe, composé de différentes visions incarnées dans différents espaces, espaces qui ancrent et donnent forme à ces visions. Ces espaces et visions peuvent être en décalage et marquer des conceptions différentes dans un même paysage. Celui-ci peut donc être caractérisé par ces normes et formes observées, ce qu'il nous importe de faire pour atteindre nos objectifs.

Nous avons identifié trois paysages de soins : le pôle asilaire, la décentralisation des espaces de soins et enfin une organisation des espaces en réseau. A chacun de ces paysages, nous faisons correspondre des ères que nous avons décortiquées dans le cadre de ce travail. Ces ères vont être sujettes à des juxtapositions et mélanges de normes et formes mais aussi de décalages et de tensions. Nous analysons alors les résultats particuliers qui sont propres au contexte vaudois.

4. MISE EN SITUATION : NOTRE CAS D'ETUDE

Après avoir présenté les cas et « systèmes » américain et français et présenté notre outil d'analyse, il convient de présenter l'essentiel de ce qui caractérise le contexte du cas vaudois. Nous introduisons donc ici quelques spécificités locales pour mieux comprendre l'étude :

- le système de santé suisse, avec son organisation des soins cantonale
- le canton de Vaud, ses secteurs et la structure du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (DP CHUV) – l'institution publique des soins psychiatriques du canton de Vaud dont l'influence est majeure dans la formation du paysage de soins vaudois
- enfin le programme TIPP et ses buts. La structure de ce dernier sera présentée dans la partie analytique de ce travail qui développe alors précisément les visions et espaces de soins qui le caractérisent.

4.1. LA SUISSE : UNE ORGANISATION CANTONALE

Le système de santé suisse a cette particularité de fonctionner selon une structure fédéraliste. Ainsi, « *(1) la Confédération, les cantons et les communes se répartissent les tâches afférentes à la santé et à la politique en la matière* » (Dialogue de la politique nationale de la santé, 2014). La politique nationale de la santé vise alors à coordonner l'ensemble et à créer les conditions-cadres étatiques (Office fédéral de la santé publique, s.d.). Ensuite, différentes lois régissent les compétences de chacun. En l'occurrence, la responsabilité de structurer et de garantir les soins est cantonale (Dialogue de la politique nationale de la santé, 2014). Seules des recommandations sont émises au niveau national par la Conférence suisse des directrices/eurs cantonaux de la santé (CDS), regroupant les vingt-six chefs des départements en charge de la santé publique. Ainsi, les cantons sont libres de les interpréter et de les appliquer. Chaque canton s'organise librement et les résultats en sont très divers, y compris en matière de santé mentale. D'ailleurs, celle-ci ne fait pas l'objet d'un champ de santé publique à part entière, ni d'une politique nationale spécifique. Le canton de Vaud s'est doté d'un plan d'actions de santé mentale pour les années 2007-2012. Sans valeur contraignante, ce plan a balisé les développements de la psychiatrie vaudoise depuis sa publication, même s'il n'a pas été renouvelé depuis (Basterrechea, Rilliet, entretiens 2015). Dans le canton de Vaud, le Service de Santé Publique (SSP), qui fait partie du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), est en charge de la santé publique et mentale.

Des différences majeures s'observent ainsi entre cantons dans l'organisation des soins de santé mentale en fonction de l'histoire particulière des cantons concernés et des positions politiques prises. De manière générale, il est intéressant de noter qu'une grande partie de la Suisse allemande est hospitalo-centrée, avec des visions de soins importées d'Allemagne liées à une psychiatrie plus « classique » et médicale (Besson, entretien 2015), visions qui se traduisent en de nombreux hôpitaux psychiatriques d'envergure (Söderström, entretien 2015). De fait, beaucoup de réticences politiques ont freiné le développement de soins communautaires en dehors du canton de Vaud. Ce dernier a lui bénéficié d'un soutien de la santé publique depuis les années 2000 qui lui a permis de développer plusieurs projets communautaires et de s'inscrire en tant que pionnier au sein du pays dans cette approche (Besson, Bonsack, Conus, Rilliet, Söderström, entretiens 2015). Au vu du système de régulation cantonale et de contexte chaque fois spécifique, nous nous limitons à ces comparaisons générales puisque chaque cas demanderait une étude particulière et que des

comparaisons plus précises seraient délicates pour les mêmes raisons. Aussi, nous analysons le cas vaudois et plus précisément le cas lausannois pour ce qu'il nous dit des soins en santé mentale à l'échelle d'une ville et en l'occurrence du secteur « centre » du canton.

4.2. LE CANTON DE VAUD ET SON SECTEUR CENTRE

A ce jour, les soins psychiatriques du canton de Vaud sont organisés de la manière suivante. Premièrement, ils sont divisés en quatre régions de soins : les secteurs Centre (comprenant Lausanne), Nord, Ouest et Est. Les trois premiers sont regroupés sous l'égide du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (DP CHUV). Les soins psychiatriques du secteur Est sont eux assurés par une fondation d'utilité publique, la Fondation de Nant¹⁶. Deuxièmement, au sein du DP CHUV, la psychiatrie est divisée en trois catégories d'âge : la psychogériatrie, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (jusqu'à 18 ans) et enfin la psychiatrie adulte. Dans notre cas d'étude, nous retenons uniquement la psychiatrie adulte au vu de la tranche d'âge propre au programme TIPP (18-35 ans). Deux services sont alors à considérer dans notre étude : le service de psychiatrie générale (PGE) et celui de psychiatrie communautaire (PCO), tous deux liés au programme TIPP. D'ailleurs, dans le service de la PGE, nous retenons la section « Eugène Minkowski » qui traite spécifiquement les « psychoses et troubles du spectre de la schizophrénie ». Dans le service de la PCO, nous sélectionnons spécifiquement l'unité de psychiatrie mobile pour son équipe de Soins Intensifs dans le Milieu (SIM), équipe qui fait partie du programme TIPP et concerne donc notre étude. Finalement, les soins sont aujourd'hui divisés en trois domaines : les soins hospitaliers, ambulatoires et intermédiaires (ou communautaires). Nous verrons dans ce travail l'origine de cette répartition.

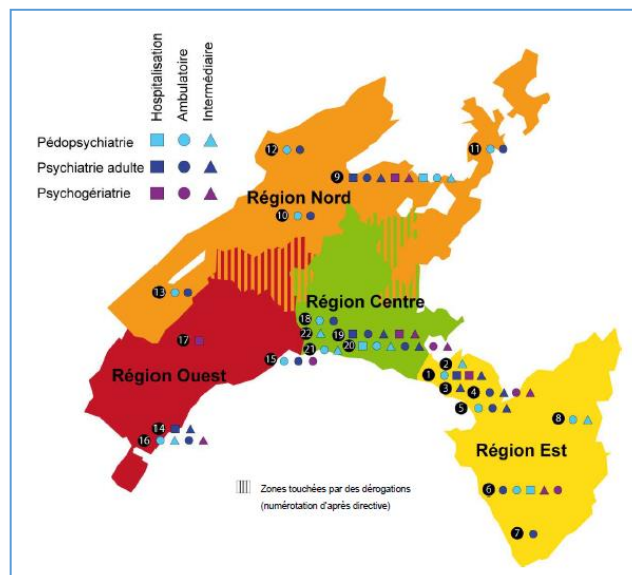


Figure 2 Carte indicative des secteurs psychiatriques dans le canton de Vaud
Source de la capture d'image : Politique de santé mentale, 2008

Cette carte permet de présenter l'image d'ensemble mais ne doit pas être comprise dans les détails. Encore une fois, nous nous focalisons sur le secteur Centre et spécifiquement la région lausannoise, en plus de nous limiter à la psychiatrie adulte dans laquelle s'inscrit le programme TIPP.

¹⁶ L'histoire de cette séparation sera reprise dans l'analyse.

4.3. LE PROGRAMME TIPP EN QUELQUES MOTS

Le programme TIPP s'adresse aux patients entre 18 et 35 ans vivant dans la région lausannoise. Il a été développé pour répondre aux besoins des jeunes personnes présentant un premier épisode de psychose. Il propose un suivi par plusieurs entités de soins sur trois ans (Baumann et al., 2013; Conus et al., 2010). Sa mise en place révèle une volonté de la part de l'Etat de Vaud de mettre des moyens dans une approche préventive des troubles psychotiques. En effet, le programme TIPP vise l'intervention précoce pour prévenir la chronicité des troubles. Il faut préciser que la schizophrénie touche 1% de la population (Journées de la schizophrénie, s.d.) et constitue de fait un enjeu de santé publique.

Notre terrain d'étude a alors consisté en des entretiens semi-directifs avec des acteurs-clés, liés au programme TIPP mais pas uniquement, ainsi qu'une présence à deux réunions de travail du projet FNS et à un colloque de travail de l'équipe du programme TIPP. Il s'est essentiellement déroulé sur l'été 2015, avec quelques entretiens mis à l'automne pour permettre de digérer l'information récoltée et préciser nos questions. Notre terrain s'est aussi effectué via une revue documentaire dense. Ceci est présenté en détails dans la présentation de notre méthodologie qui suit.

5. QUESTION DE RECHERCHE ET AXES D'ANALYSE

Dans les parties précédentes, nous avons montré l'évolution des visions et espaces de soins propres aux cas américain et français principalement, avec leurs résultats en des paysages de soins spécifiques et contextuels. L'explication des modèles et politiques de soins adoptés a montré des visions de soins différentes avec des espaces de soins préconisés et une répartition spécifique de ceux-ci. Nous avons alors déterminé trois grandes formes spatiales, associées à des visions et des ères « générales » : le pôle asilaire, la décentralisation des espaces de soins liée à la désinstitutionnalisation et enfin une forme en réseau.

Ces changements dans les formes marquent une mutation dans les visions de soins dominantes. Nous avons aussi noté que les pays s'influencent à l'international et que les modèles sont parfois importés et adaptés à la situation locale. Dans le canton de Vaud, plusieurs modèles ont été développés et implémentés au fur et à mesure des époques, correspondant à de nouvelles visions de soins. Il paraît alors extrêmement intéressant d'analyser dans le détail l'imbrication de ces visions et des espaces de soins dans ce contexte particulier, qui s'ajoutent, se mélangent ou au contraire sont en tension avec d'autres visions et espaces de soins présents. Ainsi, nous voulons retracer l'évolution du paysage de soins vaudois spécifiquement et répondre à notre question de recherche :

En quoi les espaces de soins révèlent-ils différentes visions de soins en matière de santé mentale dans le canton de Vaud et plus spécifiquement à Lausanne de 1960 à nos jours?

Cette question nécessite d'être décortiquée pour y répondre au mieux. Nous l'approchons alors par deux axes de recherche. Le premier consiste à retracer l'évolution du paysage de soins vaudois dans le détail, en notant l'introduction de nouveaux modèles donc de nouvelles visions et de nouveaux espaces de soins. En les replaçant dans leur contexte, nous voulons montrer les points de ruptures spécifiques à cette région et déterminer ses mutations principales. Ainsi, nous établissons une première sous-question :

Sous-question I : en quoi l'évolution du paysage de soins de santé mentale vaudois est-il caractéristique des différentes mutations dans l'organisation des espaces de soins d'une forme d'abord polarisée, puis décentralisée et enfin en réseau ?

Nos objectifs y relatifs sont multiples :

- retracer de manière fournie l'évolution des espaces de soins et les visions qu'ils reflètent dans le canton de Vaud
- déterminer les points de rupture qui déclenchent le passage entre les formes de pôle, de décentralisation et de réseau dans le cas du canton de Vaud
- analyser les tensions entre visions de soins et espaces de soins propres au canton de Vaud et son contexte
- caractériser et nuancer les trois paysages de soins spécifiquement pour la région lausannoise en termes de visions et d'espaces de soins observés.

Aussi, la synthèse de ces paysages en trois « instantanés » nous permet de montrer l'évolution dans l'organisation des espaces de soins et ce qu'elle nous dit sur la manière de concevoir la maladie mentale et le patient à différentes époques dans le contexte vaudois. Sur cette base, nous voulons révéler à quoi ressemble exactement le paysage de soins de santé mentale lausannois actuel et mettre en évidence les différentes visions de soins qui le composent. Le programme TIPP, actuelle « best-practice » sur le sujet du traitement des personnes souffrant de troubles psychotiques dans le canton de Vaud, nous permet alors de cerner au mieux l'« héritage » local sur lequel il a été développé. Ainsi, nous voulons répondre à notre deuxième sous-question, qui nous permet de clore l'analyse :

Sous-question II : En quoi les différents espaces du programme TIPP illustrent-ils une vision de soins plurielle et complexe de la psychiatrie vaudoise, résultante d'adjonctions, de juxtapositions et de tensions entre différentes normes et formes ?

Nos objectifs dans cet axe sont les suivants :

- cartographier le paysage de soins du programme TIPP
- montrer les différentes visions de soins combinées venant de modèles de soins multiples
- rendre compte de la complexité et de la pluralité des visions et des espaces de soins du programme TIPP en tant qu'actuelle « best practice » résultante d'une succession de réflexions, essais et programmes pilotes sur le sujet du traitement des personnes souffrant de troubles psychotiques dans le canton de Vaud.

Nous verrons que la superposition de plusieurs couches historiques et des hybridations de modèles adaptés à la situation lausannoise révèlent une psychiatrie au caractère particulier. Enfin, pour comprendre comment ce travail a été effectué, il convient de présenter la méthodologie adoptée, qui suit.

Troisième partie

MÉTHODOLOGIE

6. METHODOLOGIE

6.1. UNE APPROCHE QUALITATIVE

Au vu de notre thématique et de nos objectifs, nous avons eu recours à une méthodologie qualitative. Nos questions de recherche ont effectivement été traitées dans une démarche de compréhension approfondie et d'interprétation nuancée de notre sujet, démarche qui implique des méthodes qualitatives autant dans la récolte que dans l'analyse des données (Paillé & Mucchielli, 2012). Notre travail s'est alors construit selon ces deux temps de récolte et consolidation des données puis d'analyse de ces données assemblées.

En effet, dans un premier temps, nous avons récolté des données dans le but de comprendre les modèles et politiques de soins à l'international et leur influence sur les soins psychiatriques vaudois. Il a aussi fallu saisir l'organisation actuelle des soins de santé mentale dans le canton de Vaud et plus précisément dans le secteur Centre pour ensuite comprendre le fonctionnement du programme TIPP dans le détail. Nous nous sommes aussi attelés à énumérer, détailler et retracer les espaces de soins ou types d'espaces de soins présents à chaque époque. En dernier lieu, nous avons cherché à étoffer les événements de contexte potentiellement influents sur l'organisation des soins psychiatriques vaudois. Cette première tâche a été effectuée en mobilisant plusieurs méthodes complémentaires :

- a. une recherche documentaire et un travail d'archives composés à la fois d'une revue de la littérature et d'une recherche de divers types de documents (officiels et publics mais aussi d'autres sources)
- b. des entretiens semi-directifs avec des acteurs-clés ; et enfin
- c. des discussions informelles dans le cadre du projet FNS

Enfin, pour traiter des espaces de soins lausannois contemporains, nous avons aussi utilisé un logiciel SIG (système d'information géographique) dans le but de visualiser ces espaces. Toutes ces méthodes étaient nécessaires et complémentaires pour construire une image d'ensemble comme nous allons le détailler dans la section suivante (6.2).

Le deuxième temps fut celui de l'analyse de ces données. Celle-ci n'a pas été évidente du fait des nombreuses données récoltées, de la superposition des différentes informations et des données parfois contradictoires que nous avons collectées. Dans cette phase, il a été question de mettre en lien les visions et espaces de soins identifiés à chaque époque, de caractériser les paysages de soins de chaque ère, d'analyser les tensions et décalages entre visions et espaces de soins et enfin de comprendre les phénomènes et processus en cours dans l'évolution des soins psychiatriques vaudois. Pour ce faire, nos données ont été approchées de manière transversale, comme expliqué dans la section 6.3 de cette section méthodologie.

Ainsi, pour créer puis analyser notre matériau de recherche, nous avons largement adopté une démarche qualitative telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2012) :

« Analyser qualitativement un matériau de recherche, c'est observer, percevoir, ressentir, comparer, nommer, juger, étiqueter, contraster, relier, ordonner, intégrer, vérifier ; c'est tout à la fois découvrir et montrer que ceci est avant/après/avec cela, que ceci est plus important/évident/marqué que cela, que ceci est le contexte/l'explication/la conséquence de cela ; c'est replacer un détail dans un ensemble, lier un sentiment à un objet, rapporter

un événement à un contexte ; c'est rassembler et articuler les éléments d'un portrait éclairant, juger une situation, dégager une interprétation, révéler une structure, construire ou valider une théorisation » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 61)

Aussi, notre travail s'inscrit en géographie sociale et culturelle. Nous adoptons un regard interdisciplinaire au vu de notre approche couplée à l'histoire de la psychiatrie mais gardons notre focus de géographe. Par conséquent, l'orientation du travail est axée sur la dimension spatiale mais également sociale et politique. Notre démarche qualitative permet cette compréhension des processus et phénomènes sociaux et dynamiques. Finalement, notre travail ne se focalise pas sur la dimension médicale ou psychiatrique des institutions de soins bien que cette dimension soit omniprésente et que nous l'ayons prise en considération lorsque cela était nécessaire.

Dans les sections suivantes, nous détaillons les méthodes de récolte des données qui ont été utilisées pour créer une vue d'ensemble. Nous présentons ensuite nos techniques d'analyse et soulevons les limites propres à notre méthodologie.

6.2. METHODES DE RECOLTE DES DONNEES

Les méthodes précitées ont été utilisées de manière complémentaire et entrecroisée. En effet, une démarche itérative entre sources orales et écrites a été essentielle et menée tout au long du mémoire. Elle a consisté à rapprocher les données récoltées via des sources différentes, à approfondir un point énoncé par une source lorsque cela était nécessaire, à reconstruire des éléments du passé ou encore à confronter des visions et explications. De manière plus générale, elle a été utile à mieux comprendre, préciser et analyser les différentes composantes de ce mémoire. Effectuée en vue de produire un travail le plus exhaustif possible, cette démarche itérative a finalement permis à la fois de dégager des axes et de consolider nos données par le croisement de ces différentes sources pour confirmer et préciser chaque élément saillant.

Concrètement, nous avons cherché à recomposer un historique des soins psychiatriques vaudois aussi précis et complet que possible. Dans cette historique, nous avons combiné différentes échelles tant sur le plan thématique que géographique. En effet, nous avons identifiés plusieurs thèmes et ce dans la logique de notre modèle conceptuel. Ainsi, nous avons superposé plusieurs couches d'informations : temporelles, spatiales, psychiatriques, historiques, politiques et socio-économiques en vue de remodeler cette matière. Ensuite, l'échelle géographique est importante. Elle structure d'ailleurs notre recherche et permet de montrer l'imbrication des différents échelons (international, national, cantonal et enfin régional/TIPP). L'ensemble permet ainsi de contextualiser les visions et espaces de soins. Un schéma simplificateur est présenté ci-dessous pour résumer ces méthodes de récolte utilisées par échelle géographique en lien avec la structure de notre travail.

Tableau 1 Méthodes de récolte de données utilisées par échelle géographique

Méthode / Echelle	Internationale	Nationale	Vaudoise	Régionale / TIPP
Recherche documentaire	X	X	X	X
Entretiens semi-directifs	X	X	X	X
Discussions informelles			X	X
SIG				X

Nous montrons ainsi que toutes les données récoltées dans ce travail de mémoire nous ont servi à la fois à contextualiser les données, à dégager des axes d'analyses et enfin à analyser notre matériau de recherche. Les échelles permettent de mettre en valeur l'imbrication des influences globales et des adaptations locales. Nous allons maintenant détailler les méthodes choisies.

6.2.1 Recherche documentaire et travail d'archive

Notre recherche documentaire a été effectuée dans le but d'apporter des éléments de contexte et de comprendre les processus et structures à l'œuvre dans le système de soins vaudois. Elle est composée d'une revue de littérature et d'une recherche de documents officiels publics comme d'autres types de documents. Au niveau de la revue de littérature, des informations ont été puisées dans les deux champs de recherche spécifiques à ce mémoire. Nous nous sommes donc référés autant à des revues médicales et des ouvrages de psychiatres qu'à des travaux en géographie de la santé mentale. Ensuite, des documents officiels publics mais provenant aussi d'autres sources ont été consultés (Albarello et al., 1995) dans le but d'apporter des précisions aux différentes échelles géographiques :

- A l'échelle internationale, nous nous sommes référés aux rapports et plans d'actions de l'OMS. A l'échelon national, les sites internet et rapports de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et du Dialogue de la politique nationale de la santé (PNS) ont été utilisés
- Concernant le canton de Vaud, nous avons fait recours à des sources diverses : d'abord les documents officiels publics telles les lois et politiques sanitaires cantonales, les rapports spécifiques à la santé mentale émanant du DSAS/SSP et/ou du CHUV et de la fondation de Nant ou encore les plans stratégiques du CHUV
- Ensuite, à l'échelle vaudoise comme régionale, nous avons aussi eu recours à d'autres écrits comme des articles de presse, des journaux internes d'hôpitaux, des présentations sur le sujet de la psychiatrie en format PowerPoint faites par des acteurs clés du canton, des mémoires d'autres chercheurs dans le domaine des soins dédiés à la région lausannoise ou encore des dépliants de présentation d'organisations et d'associations. Nous avons donc brossé un large éventail de documentation tout en retenant essentiellement les auteurs-clés pour notre sujet et cas d'étude.

Cette recherche documentaire a donc été utilisée comme une « *méthode de collecte et de vérification des données* » (Albarello et al., 1995, p. 19). Nous prétendons aussi à un travail d'archives au vu de la combinaison faite entre les documents officiels et publics et l'« histoire orale » et subjective des acteurs interrogés (Clifford & Valentine, 2003)(voir la section suivante des entretiens semi-directifs 6.2.2). Cette combinaison a été effectuée dans le but de récolter des informations précises sur le contexte psychiatrique, politique, économique et social, et permettre ainsi de saisir les périodes charnières indispensables à la compréhension des phénomènes étudiés. Enfin, cette méthode a comme limite les « lacunes » dans les documents officiels ou politiques, lié à tout ce qui « n'existe pas ».

6.2.2 Entretiens semis-directifs

Une deuxième méthode utilisée dans ce travail est celle de l'entretien semi-directif. Ce type d'entretien permet deux choses : par des questions ouvertes, le chercheur laisse la possibilité au répondant de répondre de manière naturelle et ainsi de faire part de ce qui est important pour lui (Lefèvre, s.d.; Quivy & Van Campenhoudt, 2007). Dans le même temps, le chercheur guide la discussion. En effet, il peut recentrer l'entretien sur les points pour lesquels il souhaite absolument obtenir des informations (Quivy & Van Campenhoudt, 2007). Finalement, une discussion s'établit, alimentée par des questions de relance et d'approfondissement de la part du chercheur (Lefèvre, s.d.; Quivy & Van Campenhoudt, 2007). Nos entretiens ont été basés sur une grille d'entretien qui permet de veiller à couvrir les thématiques jugées intéressantes pour l'analyse, avec cette spécificité d'un ordre et d'une formulation non directifs (Quivy & Van Campenhoudt, 2007). Le guide a été adapté selon la fonction professionnelle des acteurs mais aussi au fur et à mesure de nos rencontres. La progression des entretiens nous a en effet permis de préciser certaines questions et d'en éliminer d'autres.

Ces entretiens nous ont permis tout à la fois de comprendre les modèles médicaux et l'organisation structurelle, de reconstituer des événements passés, de discuter des diverses influences et politiques et enfin de mieux cerner les dynamiques contextuelles. Nous avons rencontré 17 acteurs dans le cadre de 16 entrevues, toutes effectuées à Lausanne (voir détails dans le tableau des répondants ci-dessous). Le lien avec les acteurs et les chercheurs concernés par le projet FNS ou le programme TIPP a plus large échelle a été facilité grâce au réseau déjà en place et à leur implication personnelle. Les acteurs sans lien direct avec ces deux entités ont également répondu présents sans doute par un effet de réseautage mais aussi suite à des demandes directes et personnalisées. Les entretiens ont été enregistrés (à l'exception d'un seul selon la préférence du répondant) et retranscrits. La méthode d'analyse de ces entretiens est présentée dans la partie « analyse des données ». Ci-après, nous décrivons notre panel des répondants.

6.2.2.1 Panel des répondants

Plusieurs types d'acteurs ont été interviewés : des médecins-psychiatres de secteurs, d'horizons et de responsabilités différentes, des case managers et des assistantes sociales liées au programme TIPP, des acteurs situés spécifiquement dans la gouvernance sanitaire publique et enfin la directrice d'un institut privé partenaire du programme TIPP.

Chaque acteur interviewé a été identifié comme « acteur-clef ». Par acteur-clef, nous entendons qu'il ou elle occupe un poste clé (directeur, chef de département, de service ou d'unité ou encore responsable de programme, ce anciennement ou actuellement), qu'il ou elle a une expérience et des connaissances largement reconnues dans son domaine, ou encore qu'il ou elle travaille au sein ou en lien avec le programme TIPP, notre cas d'étude. Le tableau ci-dessous liste les répondants et résume leur(s) fonction(s) et les raisons de leur sélection en quelques mots. Notre panel de répondants est vaudois. Toutefois, d'autres échelles géographiques ont pu être abordées en fonction du poste et de l'expérience professionnelle des acteurs. Le tableau suivant résume l'ensemble.

Tableau 2 Tableau des acteurs-clés interviewés dans notre étude

Acteurs et fonctions	Raisons de la sélection et valeur ajoutée	Echelles abordées			
		Inter-natio.	Natio-nale	Vau-doise	Régio /TIPP
Dr Dag Söderström Ancien directeur médical de la Fondation de Nant ; membre fondateur de l'ISPS-CH ¹⁷ ; psychiatre-psychothérapeute en pratique privée (*FNS)	Membre de l'équipe FNS ; recul et regard critique sur tous les points traités de par sa position hors CHUV tout en étant très impliqué dans tous les faits institutionnels en psychiatrie vaudoise via son ancienne position dans le secteur Est	X	X	X	X
M. Luis Basterrechea Directeur administratif du DP CHUV	Aspects gestion et planification des soins psychiatriques, et recul sur l'histoire des soins dans le canton. De plus, géographe de formation, point de vue apprécié sur les enjeux sociaux de la santé mentale	X	X	X	X
Prof. Jacques Besson Chef du Service de psychiatrie communautaire (PCO/DP CHUV)	Vaste carrière et mise en œuvre en psychiatrie sociale. Recul et présentation d'une synthèse de la psychiatrie vaudoise depuis les années 1950	X	X	X	X
Prof. Charles Bonsack Chef de la section de psychiatrie sociale du Service de psychiatrie communautaire (PCO/DP CHUV)	Vaste carrière et mise en œuvre en psychiatrie sociale, expert en politiques suisses et en psychiatrie mobile	X	X	X	X
Prof. Philippe Conus Chef du Service de psychiatrie générale (PGE/DP CHUV) et adjoint au chef du Département (*FNS)(*TIPP)	Co-responsable du projet FNS, initiateur de multiples changements et programmes au sein du DP CHUV, a « importé » et développé le programme TIPP	X	X	X	X
Mme Nadia Rilliet Cheffe de projet en santé mentale, Service de la santé publique (SSP)	Représentante de la santé mentale publique vaudoise depuis 2007, système et priorités des politiques		X	X	X
Mme Muriel Reboh-Serero Directrice de la Fondation Institut Maïeutique "G. Mastropaolo", issue d'une initiative privée, reconnue d'utilité publique (*TIPP)	Regard extérieur et impliqué de l'offre en soins psychiatriques dans le Secteur Centre, large expérience personnelle de l'institution psychiatrique, collaboration avec d'autres cantons		X	X	X

¹⁷ ISPS-CH : branche suisse de la société internationale pour le traitement psychologique de la schizophrénie et autres psychoses.

<p>Dr Laurent Holzer Médecin adjoint, responsable de l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents, part du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA/DP CHUV)</p>	<p>Présentation des spécificités de l'organisation des soins pour les enfants et adolescents dans le secteur Centre, en comparaison du Service pour les adultes ; insistance sur l'importance de ne pas désocialiser un jeune, la difficulté d'insuffler une nouvelle philosophie de soins dans des services ancrés dans un fonctionnement passé et enfin le besoin de continuité entre services hospitalo-ambulatoires</p>			X	X
<p>Dr Philipp Baumann Chef de clinique, responsable du programme TIPP de la section "E. Minkowski" (PGE/DP CHUV) (*TIPP)</p>	<p>Responsable médical du programme TIPP, aspects de gestion et organisation du programme</p>			X	X
<p>Dresse Lilith Abrahamyan Empson Cheffe de clinique adjointe, dans la partie hospitalière de la section "E. Minkowski" (PGE/DP CHUV)(*FNS)(*TIPP)</p>	<p>Membre de l'équipe FNS ; cheffe de clinique adjointe, dans la partie hospitalière de la section "E. Minkowski" (PGE) ; responsable de la transmission des patients hospitalisés vers le programme TIPP</p>			X	X
<p>Mesdames Viviane Ambühl, Christiane Bocion, Claudia Brogli, Tatiane Marchis et Filipa Sueur L'équipe des assistantes sociales dans son entier, faite de 5 collaboratrices (PGE/DP CHUV) (*TIPP)</p>	<p>Equipe à l'esprit collaboratif et co-constructif, ont répondu à nos questions « d'une seule voix », forte contribution à la compréhension de l'accompagnement du patient dans son quotidien. Des entretiens individuels avec Madame Ambühl (10 ans dans ce service) et Madame Bocion (30 ans dans ce service) ont été effectués en plus pour compléter l'information.</p>			x	x
<p>M. Nadir Mebdouhi Responsable case managers et lui-même case manager du programme TIPP (PGE/DP CHUV) (*TIPP)</p>	<p>Case manager depuis 2006, responsable de l'équipe des case managers depuis 2014 ; recul sur les responsabilités et défis du case manager</p>			x	x
<p>Mme Anastasie Jordan Case manager TIPP (PGE/DP CHUV) (*TIPP)</p>	<p>Case manager depuis 2013, recul sur le travail d'équipe et en réseau</p>				x
<p>NB : La mention (*TIPP) indique un lien direct du répondant avec le programme en prenant part d'une manière ou d'une autre au traitement des patients de ce programme. La mention (*FNS) indique l'appartenance de l'acteur à l'équipe agréée du projet FNS.</p>					

6.2.2.2 Limites de ce panel

Des limites doivent être énoncées sur ce panel. Premièrement, l'ensemble des acteurs n'est pas statistiquement représentatif puisqu'il faut un échantillon de minimum 30 personnes pour que l'étude ait cette valeur. Toutefois, le type d'entretien choisi permet une qualité de détails et de précision que nous recherchions. De plus, le croisement de ces informations avec notre recherche documentaire permet d'assurer la validité de notre démarche. Ensuite, malgré notre démarche proactive et engagée, les acteurs-clefs suivants n'ont pas pu répondre à notre demande d'entretien pour cause d'agenda surchargé : Monsieur le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) ; Madame Stéphanie Monod, cheffe du Service de la santé publique (SSP) ; et enfin Monsieur Karim Boubaker, médecin cantonal (SSP). Leur position de hautes responsabilités dans le domaine de la santé publique aurait permis de mettre en lumière les objectifs politiques et l'adéquation de ceux-ci avec les objectifs thérapeutiques de santé mentale. Toutefois, la rencontre avec Mme Rilliet, responsable précisément du programme de santé mentale dans le canton au sein du service de santé publique, a permis d'aborder l'importance de la santé mentale dans les stratégies mises en place actuellement. De plus et pour rappel, l'implication du CHUV dans la gouvernance publique est importante. Nos entretiens avec plusieurs chefs de services du Département de psychiatrie assurent donc que ces questions sont couvertes. Enfin, une dernière limite est propre à la méthode des entretiens semi-directifs en elle-même : les récits subjectifs des acteurs interrogés. Leur perception et leurs « filtres » sont en effet toujours présents – même inconsciemment – et leur vision doit être rapportée à leur position (Lefèvre, s.d.).

6.2.3 Discussions informelles avec des experts du projet FNS

Notre travail de terrain a enfin été complété par des discussions informelles avec des acteurs du projet FNS en cours. Notre présence à une réunion de travail des soignants du programme TIPP ainsi qu'à deux séances d'analyse du matériel du projet FNS (matériel vidéo en l'occurrence) par les experts impliqués en géographie et en psychiatrie a été enrichissante. D'une perspective plus bottom-up, à l'inverse de l'approche top-down propre à notre travail de mémoire, ces discussions informelles et séances nous ont apporté un matériel complémentaire nous permettant de contextualiser notre mémoire et d'apporter des précisions sur certaines thématiques. Elles ont aussi aidé à la construction de l'image d'ensemble du sujet. Notons enfin ici que notre inscription en complément du projet FNS nous a permis de puiser dans les données du projet en cours et de nous donner accès à des contacts et des discussions. Nous avons également régulièrement confronté nos questionnements avec la doctorante en charge du projet FNS pour mieux définir le cadre et les orientations de ce travail.

6.2.4 Utilisation d'un système d'information géographique (SIG)

Nous avons eu recours à un SIG afin de visualiser nos données de terrain et principalement la spatialisation des espaces de soins. Nous avons utilisé le logiciel QGIS. Ce travail a été effectué sur la base d'une liste des partenaires créée dans le cadre de ce mémoire de manière aussi exhaustive que possible selon nos critères de recherche. Le but de ces représentations cartographiques n'est pas de faire une analyse poussée de la répartition des espaces mais bien de révéler leur forme générale. Notre approche s'inscrit en cela dans notre démarche qualitative puisque nous discutons la localisation de ces espaces en termes topologiques, c'est-à-dire à travers leur situation relative au sein de l'ensemble du réseau, et non en termes quantitatifs (Charre, 2000). Enfin, il s'agit d'offrir une image qui permette à qui de droit d'avoir une conscience précise d'à quoi ressemble le réseau de soins TIPP actuel. Nous en

interprétons les normes y relatives. Les cartes extraites de ce SIG sont présentées dans les résultats.

6.3. ANALYSE DES DONNEES

Le temps de la récolte des données présentait déjà une approche analytique. Pour rappel, en plus d'une approche chronologique, une analyse combinant différentes échelles a été menée tant sur le plan thématique que géographique. Les données ont donc été classées, autant celles provenant de la recherche documentaire que celles des retranscriptions d'entretiens. Un système de codage manuel et établi selon les multiples couches d'informations indiquées a été utilisé à cette fin pour son aspect systématique et flexible à la fois (Clifford & Valentine, 2003).

Nous avons ensuite procédé à une analyse transversale de cette base de données consolidée, c'est-à-dire à une « *mise en relation de nos entités conceptuelles* » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 376). Cette méthode nous sert dans plusieurs étapes. Tout d'abord, nous procédons à une description des résultats. En effet, à travers chaque ère identifiée, nous nous attelons à présenter les visions et espaces de soins identifiés. Nous cherchons à documenter les liens entre visions, espaces et contextes. Ensuite, nous analysons les tensions et décalages entre visions et espaces de soins, les tournants qui en découlent et les phénomènes qui sont en jeu. Finalement, nous arrivons à retracer les événements clefs, les moments charnières et les processus dans l'évolution des soins psychiatriques liés aux visions et espaces de soins.

6.4. LIMITES DE LA METHODOLOGIE

Plusieurs limites sont à relever dans le cas de notre mémoire. Premièrement, en raison de la dimension innovante de notre travail et de son inscription dans un projet exploratoire, itératif et dynamique, nous avons dû procéder par tâtonnement et « tester » différentes approches avant d'en trouver une appropriée et efficace dans la recherche d'informations nécessaires à l'élaboration du mémoire. Le travail de « défrichage » et de compréhension du sujet dans son contexte a été important. Nous avons ensuite produit un travail très précis dans la collecte de données et la prise de contact des différents acteurs. Les efforts de synthèses, de structuration et de croisement des données ont permis de donner une cohérence à notre travail. Il a également fallu comprendre le fonctionnement des différents modèles médicaux, du système sanitaire et des institutions mentionnés dans ce travail. La difficulté à déterminer la structure-clé ou l'acteur-clé était réelle au vu de la complexité de l'organisation et la multiplicité des réseaux de soins en place. Finalement, c'est bien la combinaison de différentes méthodes qui nous a permis de saisir l'image d'ensemble des modèles et politiques sanitaires, des visions et des espaces de soins et par la même occasion d'identifier les acteurs-clés.

Deuxièmement, dans tout travail de recherche, et davantage encore dans une recherche qualitative, la subjectivité du chercheur façonne le travail. De la sélection des sources, des répondants, des éléments retenus ou au contraire mis de côté jusqu'à l'interprétation des résultats, tout est question de choix personnels. En effet, pour le chercheur, « *(t)out un travail de construction est nécessaire. (...) Mais l'assemblage est le fait de son travail synthétique* » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 389). Ainsi, nous remettons au lecteur notre « *proposition de compréhension* » (ibid.) du sujet.

Troisièmement, le fait qu'il n'existe pas de recherche sur la spatialisation des institutions de soins dans leur ensemble qui ait été menée en Suisse avant ce travail a rendu la tâche ardue. Nous avons dû alors créer un état des lieux des plus complets pour finalement réussir à

dégager les informations et acteurs-clés. Ceci a impliqué un fort volume de données à traiter puis à synthétiser pour en extraire l'essentiel. De même, les informations spatiales étaient souvent inexistantes dans des articles dédiés à la psychiatrie. Il a alors fallu interpréter les données et combiner des méthodes pour réussir à déterminer l'assise spatiale de tels ou tels modèles et politiques de soins.

Quatrièmement, l'interdisciplinarité et le fait de s'adresser à des non-géographes ajoute une difficulté liée au vocabulaire. En effet, chacun a des référents et des références différentes en fonction du domaine d'activités. Ainsi, derrière un même mot peut se cacher une toute autre conception. Un important travail de tri et de définition a donc été nécessaire. Nous avons également eu cette démarche pour associer les termes anglais et français trouvés dans la littérature, nos deux langues utilisées dans nos recherches bibliographiques.

Quatrième partie

ANALYSE

7. ANALYSE DES DONNÉES

Notre mémoire a pour but de faire un « état des lieux de la psychiatrie lausannoise et de ses espaces de soins » grâce à une analyse de l'évolution des politiques de soins psychiatriques et leur traduction spatiale dans le canton de Vaud. Mais nous avons aussi vu, avec la présentation des cas américain et français, que cette évolution est subtile, résultat d'une imbrication entre nouvelles visions et espaces de soins déjà existants, le tout imbriqué dans un contexte local avec des dynamiques spécifiques et des influences internationales. Aussi, les visions et espaces de soins peuvent se combiner, s'ajouter, se remplacer au fur et à mesure des époques, de manière spécifique à une région. Nous voulons alors répondre à la question de recherche suivante :

En quoi les espaces de soins révèlent-ils différentes visions de soins en matière de santé mentale dans le canton de Vaud et plus spécifiquement à Lausanne de 1960 à nos jours?

Dans cette analyse, nous nous consacrons à montrer l'évolution du cas vaudois, plus précisément lausannois, de la sortie de l'ère asilaire à nos jours. Cela nous permet de contraster au mieux les différents paysages de soins formés au fur et à mesure des « ères ». Nous séparons notre analyse en deux axes. Dans le premier, nous retraçons les modèles introduits, les spécificités locales et les mutations dans le paysage pour révéler les différentes normes et formes propres à chaque « ère » vaudoise. Dans le deuxième axe, nous mettons en évidence le paysage de soins actuel et détaillons ce qui en fait ses spécificités.

7.1. AXE I : UN PAYSAGE EN MUTATION

Cet axe va nous servir à montrer l'évolution des visions et espaces de soins à travers les ères définies de pôle, de décentralisation et enfin d'une organisation des espaces de soins en réseau. Nous avons effectivement observé que ces trois ères s'appliquent au paysage vaudois. Nous voulons alors comprendre selon quelles influences internationales et dynamiques locales de nouveaux espaces ou modes de prise en charge ont été introduits, issus de visions particulières et potentiellement nouvelles. Nous révélons aussi les tensions entre ces visions et espaces qui forment ce paysage et le poussent, cas échéant, vers une autre forme d'organisation des espaces de soins dans un contexte toujours spécifique. Ainsi, dans cet axe, nous aimerions répondre à la sous-question suivante :

Sous-question I : en quoi l'évolution du paysage de soins de santé mentale vaudois est-il caractéristique des différentes mutations dans l'organisation des espaces de soins d'une forme d'abord polarisée, puis décentralisée et enfin en réseau ?

Nos objectifs y associés sont multiples et interdépendants :

- retracer de manière fournie l'évolution des visions de soins et leur traduction spatiale dans le canton de Vaud de 1960 à nos jours
- analyser les tensions entre visions de soins et espaces de soins propres au canton de Vaud et son contexte au fur et à mesure de ces trois ères
- déterminer les points de rupture qui marquent le passage entre les formes de pôle, de décentralisation et de réseau dans le cas du canton de Vaud
- caractériser et nuancer les trois paysages de soins ainsi créés en termes de visions et d'espaces de soins spécifiquement pour la région lausannoise.

Nous procédons alors par forme en partant du pôle pour aller vers le réseau. Nous utilisons les espaces de soins comme point de repère et mettons en avant les visions de soins desquelles ils sont issus, ainsi que les tensions présentes dans chaque paysage.

7.1.1 Le pôle asilaire

7.1.1.1 Cery : un pôle unique pour tout le canton de Vaud

Le canton de Vaud a suivi un modèle asilaire, institué dès 1811 par un premier « hospice des aliénés », directement lié à la première loi sanitaire vaudoise promulguée une année avant (le canton est créé, rappelons-le, en 1803). Situé en ville, cet hospice joue avant tout un rôle d'hébergement pour « *les aliénés dont l'existence dans leurs familles ou dans la société devient pénible et dangereuse* » (CHUV, 2012). Nous notons donc d'office une forme et une vision de soins polarisées, avec la norme d'exclusion et de dissimulation qui s'y rattache, pour cette population « qui dérange ». Dans une vision d'incurabilité de la maladie, peu de patients ressortent de cette institution. Pour des raisons d'encombrement, l'hospice est ensuite transféré au Bois de Cery, propriété achetée par le canton afin d'y construire un nouvel hôpital (Secrétan, 1973). Ainsi, l'Hôpital de Cery, dit « Asile de Cery », devient, dès 1873, le cœur des soins psychiatriques dans le canton. Il restera en effet le seul hôpital de soins psychiatriques public de tout le canton jusque dans les années 1960, les autres structures étant des cliniques privées, accessibles surtout « *à une clientèle aisée en bonne partie étrangère* » (ibid., p. 124).

Sans vouloir retracer toute l'ère asilaire, nous allons montrer quelques évolutions dans les visions et espaces de soins à partir du XX^e siècle. Premièrement, une nouvelle institution voit le jour au début de ce siècle : le placement familial, qui sert avant tout à désencombrer l'établissement. Il est développé comme une forme de réhabilitation pour les patients qui présentent un certain degré d'autonomie et sont alors placés dans des familles d'accueil. Ce rouage restera longtemps important pour Cery. Toutefois, les patients restent dépendants de l'hôpital psychiatrique, avec possibilité de retour en cas de difficultés. Ensuite, un premier poste d'assistante sociale est créé en 1931 et donne un souffle nouveau aux placements familiaux (Secrétan, 1973). L'assistante sociale est appelée à beaucoup se déplacer dans les familles d'accueil, ce qui marque une forme de mobilité des « soignants »¹⁸. L'instauration de ce rôle marque aussi la dimension sociale que prend la psychiatrie et reste partie intégrante des « soins » encore aujourd'hui. Dans ce sens, les placements incombent au Service social de Cery, spécialisé, et non à celui de la ville. Troisièmement, dès les années 1930 également, les directeurs-psychiatres incluent de plus en plus les médecins-assistants et les infirmiers dans les décisions pour un fonctionnement d'équipe moins hiérarchisé. De ces quelques éléments, nous notons donc des prémices de réhabilitation des patients, de facettes sociales, spécialisées et mobiles de la psychiatrie ainsi que d'une progressive déhiérarchisation dans l'équipe de soins, visions qui vont se réaliser pleinement dans les ères suivantes. Toutefois, le mode de prise en charge et l'organisation des soins sont encore pleinement asilo-centrés. Un pôle central régit ainsi l'ensemble du canton, dans une échelle « globale ». Il est alors intéressant de noter que tous les changements cités et les conceptions de soins appliquées dans cette ère-ci sont déterminés par le directeur-psychiatre de Cery en place, qui a toute liberté dans ses pratiques, avec des contrastes parfois drastiques entre un directeur et son successeur (voir Secrétan, 1973).

¹⁸ Les budgets pour la « mobilité » de 1953 font aujourd'hui sourire : « *autorisation par le conseil d'Etat d'acheter une deuxième petite voiture et aux assistantes sociales de passer leur permis de conduire pour éviter de mobiliser le chauffeur pour leurs déplacements* » (Secrétan, 1973, p. 115).

L'asile de Cery s'apparente aussi par son isolement¹⁹ à un espace résolument hors de la société et qui vit en autarcie²⁰, couplée à une valeur de refuge pour les patients. Aussi, il s'agit d'une institutionnalisation à vie. En effet, même dans le cas de patients qui sortent complètement de l'hôpital, les « après » sont « *des maisons pour buveurs, des asiles pour épileptiques et arriérés, des maisons de convalescence ou des pensions pour malades, des asiles de vieillards, des maisons d'éducation ou foyers pour les jeunes, et enfin des prisons ou colonies de travail* » (Secrétan, 1973, p.114). Ces différents établissements marquent bien une conception générale des soins sans perspective de rétablissement ou de réintégration dans la société, associée à l'exclusion des types de population en question, à savoir les "*potentially troubling populations from everyday scenes of living and working*" (Philo, 2005), que l'on place alors hors du champ de vision de tous les jours.

7.1.1.2 Les prémices d'un changement de modèle

Les prémices d'un changement de modèle de soins se notent alors concrètement dès l'après-guerre. Dans un contexte de reprise des échanges à l'international²¹, des neuroleptiques qui font leur apparition et des influences du mouvement anti-asilaire américain, le canton de Vaud entame son processus de désinstitutionnalisation. Ainsi, dès les années 1950, il opère une « *réduction continue des lits et de la durée d'hospitalisation psychiatrique* » (Bonvin, Basterrechea, & Guex, 2009, p. 1838). De même, sous le dernier directeur avant 1960, on note une période de diversifications des soins par des thérapeutiques nouvelles, des consultations ambulatoires en ville et un recours important au placement familial, domaines qui exigent une adaptation de la structure en place. Enfin, c'est sous l'initiative d'un nouveau directeur, le Professeur Müller, que la désinstitutionnalisation vaudoise va s'opérer en implémentant dès 1966 le modèle de secteur dans le canton. Ce mouvement s'accompagne d'une vision de soins particulière, de réintégration des patients dans la société et de ré-humanisation des soins psychiatriques.

Ainsi, d'une ère marquée par la centralisation des soins à Cery, avec une norme d'exclusion et un mode de prise en charge « d'institutionnalisation à vie », le canton va appliquer une vision de soin opposée de décentralisation des espaces de soins et d'intégration des patients dans la communauté, via le modèle de secteur. C'est l'instauration de ce modèle qui note le point de rupture spatial vers une autre forme et une autre ère, que nous analysons dans la section suivante. Dans le tableau suivant, nous résumons finalement les caractéristiques propres à l'ère asilaire vaudoise, polarisée, qui s'étend du XIX^e siècle à 1966.

Tableau 3 Caractéristiques du paysage de santé mentale de l'ère asilaire vaudoise

Forme	Pôle
Vision de soins	Centralisée (modèle asilaire)
Espaces de soins	Asile de Cery, placement familial
Vision de la maladie / du patient	Incurable / déviant
Norme	Exclusion, stigmatisation, institutionnalisation à vie
Résultats	Déshumanisation, engorgement de Cery

¹⁹ Les moyens de transport de l'époque sont extrêmement modestes et Cery est hors de la ville à cette époque.

²⁰ Cery est une ferme dans sa forme originelle, dont l'exploitation occupe et nourrit l'ensemble des patients et de soignants en véritable autarcie (Secrétan, 1973).

²¹ Cery joue en effet un rôle de plateforme par des congrès et réunions franco-suisse mais aussi des symposiums internationaux organisés sur le site (Müller, 1997; Secrétan, 1973).

7.1.2 La décentralisation des soins

Instauré sur l'initiative du psychiatre-directeur en fonction, le Professeur Müller, le gouvernement vaudois va implémenter dès 1966 le modèle de secteur qui est inspiré du modèle français (Secrétan, 1973)(Söderström, entretien 2015). En effet, Müller « *se convainc de l'urgence d'une modification profonde de l'organisation de l'assistance psychiatrique à l'échelle cantonale dans le sens d'une décentralisation* » (Secrétan, 1973, p. 123). La politique de secteur consiste en la mise en place d'une structure administrativo-médicale, liée à une prise de position politique dans le but de décentraliser les soins psychiatriques (D. Söderström, 2006). Il s'agit de répartir les soins sur l'ensemble du territoire que l'on découpe en plusieurs secteurs. Ces secteurs correspondent à des aires géo-démographiques qui, dans le cas vaudois, se réfèrent à quatre bassins de population relativement égaux (Müller, 1982). Cette décentralisation a pour but de rapprocher les soins des patients et de leurs proches en intégrant l'ensemble dans la communauté (Müller, 1982; D. Söderström, 2006). L'opposition au modèle asilaire avec un espace unique qui centralise tout – Cery – est évidente. Le secteur se traduit spatialement à deux échelles : dans la sectorisation du canton en premier lieu, puis, à l'intérieur de chaque secteur, dans la création de nouveaux dispositifs de soins. Nous commençons par présenter le premier puis nous nous focaliserons sur le secteur Centre, plus précisément sur Lausanne.

Le secteur correspond donc à une vision de proximité des espaces de soins, intégrés en ville, à une échelle de quartier, ouverts et accessibles pour réintégrer ces patients dans la communauté. C'est l'antithèse d'un pôle central unique et clos. Selon notre analyse, l'ère de la désinstitutionnalisation, associée à une forme décentralisée, s'étend de 1966, date du début de la sectorisation, jusqu'à la fin des années 1990. En effet, une structure en réseau s'établit au tournant du siècle, selon des événements et des nouveaux modèles que nous détaillerons plus loin dans ce travail.

7.1.2.1 Les secteurs vaudois

Avec l'application du modèle de secteur, le canton de Vaud est divisé sur une base administrative en quatre secteurs géo-démographiques : Centre, Nord, Ouest et Est (Müller, 1982; D. Söderström, 2006). Les individus sont référés à l'un des secteurs selon leur lieu de domicile. Aussi, « *(c)haque secteur devait répondre aux besoins d'un bassin de population déterminé administrativement en développant un réseau complet de prestations psychiatriques* » (Basterrechea, Kasion, & Guex, 2011, p. 328). Ce réseau complet correspond à un nouveau dispositif à développer à l'intérieur de chaque secteur, qui comprend, en plus de l'hôpital psychiatrique, des structures ambulatoires et intermédiaires (Grasset, Orita, et al., 2004; D. Söderström, 2006). Ces espaces de soins intermédiaires doivent faire le lien entre l'hospitalier et l'ambulatoire, mais aussi avec la communauté. La vision est donc à la réduction de l'institutionnalisme asilaire et à la création d'un nouveau milieu institutionnel ouvert, intégré dans la cité (Grasset, Orita, et al., 2004). Dans le canton de Vaud, le mouvement de désinstitutionnalisation s'accompagne d'une politique de réduction de nombre de lits qui s'étend sur plusieurs décennies²². Cette dernière est aussi induite, dans les années 1980, par des pressions économiques (Conus, 2011). Remettre les patients dans la société est

²² Pour un ordre de grandeur, le nombre de lits asilaires passe de 800 à Cery à la fin de l'ère asilaire dans les années 50 (point culminant) à 107 lits en 2006, soit juste après la fin de l'ère de la désinstitutionnalisation que nous avons identifiée (Garcia-Gonzalez de Ara & Bonsack, 2015).

effectivement également lié au manque de moyens financiers. C'est, progressivement, la fin des très longs séjours hospitaliers (ibid.).

Aux niveaux des hôpitaux, l'« Hôpital psychiatrique et universitaire de Cery » est attribué au secteur Centre. Les hôpitaux des trois autres secteurs, une fois étatisés, vont avoir pour effet le désencombrement de Cery (Müller, 1982). Le modèle du secteur a aussi pour principe de laisser la liberté à chaque secteur d'organiser son dispositif en fonction de ses spécificités. Cela est particulièrement parlant et spécifique dans le cas du secteur Est vaudois. En effet, ce dernier est à part dès sa création, dirigé par une fondation privée, reconnue d'intérêt public dès 1961 (Fondation de Nant, 2016). Il sera chargé par le service de la Santé publique d'assurer l'ensemble des soins psychiatriques publics pour cette région dès 1985 (ibid.). La nature mixte de ce secteur privé-public et son idéologie propre mèneront à un développement particulier, en plusieurs points différents que les autres secteurs. Dans tous les cas, « *(s)ur le plan de la planification, chaque secteur disposait de larges marges de manœuvre et réalisait ses développements essentiellement en fonction de ses initiatives propres et de sa capacité à les négocier avec les autorités sanitaires en l'absence d'une vision d'ensemble* » (Basterrechea et al., 2011, p. 328). Nous mettons alors cette réalité en écho à l'observation de Wolch et Philo (2000) concernant la complexité qui découle des multiples partenaires qui entrent en jeu dans l'offre de soins d'un système décentralisé (secteurs public, privé et associatif). En effet, en passant d'un système asilaire central à une organisation à multiples fournisseurs, il est montré que, concernant la planification des services de santé mentale, « *(...) it became harder to pretend, for instance, that the locational patterns of mental health services could be understood as the outcome of a comprehensive-rational planning process undertaken by all-knowing service-providers* » (Wolch & Philo, 2000, p. 140). Il est donc juste d'analyser les différentes dynamiques politiques et économiques et l'organisation socio-spatiale propres à une région spécifique. Ainsi, les structures intermédiaires par exemple ont été développées de manières passablement différentes, au vu d'idées et de théories psychiatriques distinctes propres aux psychiatres en place (Söderström, entretien 2015).

Notez que nous ne présenterons pas davantage le développement et l'évolution des trois secteurs autres que le secteur Centre, faute de focus et de place dans ce travail. Nous procédons plutôt à l'analyse des structures qui vont former le paysage de soins lausannois pendant cette ère, pour pouvoir caractériser un paysage spécifique de la désinstitutionnalisation, dont la vision est à la réintégration des patients dans la communauté.

7.1.2.2 Intégration à l'échelle d'une ville

Après le pôle asilaire, les espaces de soins sont donc intégrés en ville, dans une vision de proximité des soins et d'intégration dans la communauté. Ceci est aussi pensé dans un rapprochement entre le patient, sa famille et son environnement social et professionnel, à l'inverse de l'asile (D. Söderström, 2006). Nous allons alors retracer les espaces de soins particuliers présents pendant cette ère de la désinstitutionnalisation dans le secteur Centre, à Lausanne plus spécifiquement. L'objectif est de déterminer les caractéristiques et la forme générale de ces espaces ainsi que la correspondance à une vision générale de réintégration des patients dans la communauté. Dans cette section-ci, nous montrons quels espaces ont été développés, le rôle qui leur a été attribué et les visions de soins qu'ils révèlent.

Le modèle de secteur préconise un certain nombre d'espaces de soins « nécessaires », comme indiqué plus haut. Nous avons cherché à les retracer pour la région lausannoise pour en analyser leur création, mutation et potentielle fin. Par leur existence, ils révèlent certaines

visions de soins que nous développons dans un deuxième temps. Nous procédons par type d'espace et pour chaque type par ordre chronologique. L'ensemble de la période n'est en soi pas homogène, et des périodes plus fines auraient pu être mises en avant. Toutefois, par souci de simplification et au vu de la forme générale des espaces, l'attribution du terme décentralisé pour la période des années 1960 à la fin des années 1990 dans le secteur centre est pertinente. Nous allons montrer cette spatialisation particulière.

7.1.2.2.1 Un modèle hospitalo-ambulatoire avant tout

Dans le secteur Centre, la structure des soins est avant tout hospitalo-ambulatoire. L'hôpital psychiatrique, comme en France, ne disparaît pas, ancré comme une valeur refuge pour les patients « les plus malades » dans la vision de certains psychiatres²³. L'hôpital garde donc une place dans le secteur, attribuée aux soins aigus. Toutefois, il « s'ouvre sur la cité ». On note en effet l'ouverture de certaines divisions fermées jusqu'alors et l'application de thérapies nouvelles tentées sur la base des nouveaux médicaments apparus dans les années 1950 (Grasset et al, 2004). Nous pouvons alors nommer la chose comme un changement de régime en son sein (Curtis, Gesler, Priebe, & Francis, 2009).

En plus de l'hôpital, des services ambulatoires spécialisés se développent en ville. Ils sont en fait doubles et, fait intéressant, ont précédé la sectorisation²⁴. En effet, on trouve en premier lieu la polyclinique psychiatrique, instaurée en 1948. Celle-ci crée un deuxième centre en 1960, le Centre psychosocial (CPS). Nous notons que ces deux services sont à l'image des visions de leur médecin-chef respectif (Bocion, entretien 2015). En effet, la polyclinique est plus académique alors que le CPS s'ancre dans une démarche de terrain, avec intervention à domicile, prises en charge pluridisciplinaires en équipe et garde psychiatrique (Gommeret et al., 2001). De fait, ce centre psychosocial est à l'image de la vision du secteur en reflétant une psychiatrie plus proche du patient, à disposition et à proximité. La mobilité est en effet un principe dans le modèle de secteur. D'ailleurs, d'autres moyens de soutien à domicile apparaissent dans les années 1970 (Grasset et al., 2004). Toutefois, le système est rapidement débordé par une augmentation des patients traités. Ainsi, les consultations à domicile seront progressivement abandonnées dès les années 1980, faute de moyens financiers mais aussi dans la volonté de diminuer la dépendance du patient aux soignants et de valoriser ses ressources (Conus, Bonsack, Gommeret, & Philippoz, 2001; Gommeret et al., 2001)(Conus, entretien 2015). La mobilité se réduit progressivement et le CPS est réorienté « polyclinique psychiatrique » en 1991, donc en centre ambulatoire.

Nous retenons alors deux éléments clés. Premièrement, le secteur vaudois s'inscrit surtout dans une dynamique ambulatoire (Besson, entretien 2015)(Bonsack et al., 2011). Une réalité vient alors entacher ce système qui se veut hospitalo-ambulatoire : ces deux unités ne « se parlent pas » (Conus, entretien 2015). Une rivalité entre ces deux visions de soins va en effet marquer toute cette ère de la désinstitutionnalisation. A cette époque, l'hospitalisation est vue comme un échec thérapeutique par les soignants ambulatoires (Gommeret et al., 2001). A l'inverse, l'ambulatoire doit gagner en reconnaissance, dans une discipline qui peine déjà à

²³ En effet, le directeur de Cery précédant le Professeur Müller invitait, dans un discours de 1948, à ne pas abandonner les malades chroniques à leur sort comme dans d'autres grands pays ainsi que de rester fidèle à une conception « humanitaire », gloire de la psychiatrie suisse, en assurant un futur à l'Hôpital de Cery qui reste aussi « un asile pour ceux qui ont besoin » (citation paraphrasée de Steck, 1948, cité par Secrétan, 1973, p. 122).

²⁴ Nous les traitons toutefois dans cette ère décentralisée parce que l'ambulatoire en est la caractéristique principale.

être reconnue en médecine (Söderström, entretien 2015). Cette tension se résoudra au passage à l'ère suivante, à la fin des années 1990. Deuxièmement, l'ère se caractérise par la conception d'un patient actif, dont on attend qu'il formule lui-même les demandes de suivi (Bonsack et al., 2011)(Conus, entretien 2015). Ceci se retrouve autant dans la vision initiale de soins décentralisés et d'espaces multiples que dans la réalité d'équipes soignantes peu mobiles.

Nous avons commencé par le cœur du dispositif, à savoir l'hospitalo-ambulatoire. En parallèle se sont développées d'autres structures dites intermédiaires. En effet, la désinstitutionnalisation vise la réinsertion des patients dans la communauté et des structures doivent assurer cette vision. Nous les présentons par type d'espace : hôpitaux de nuit et hôpitaux de jour, foyers et appartements protégés et enfin ateliers et centres de réadaptation professionnelle.

7.1.2.2 Des hôpitaux « à temps partiel »

Le secteur instaure la notion du traitement à « temps partiel », en opposition à l'hospitalisation continue. Dans cette optique, nous avons trouvé la trace d'un régime d'« hôpital de nuit » instauré en 1963, avec des patients qui logeaient à Cery mais s'occupaient de manières diverses en ville la journée (Secrétan, 1973). C'est tout ce que nous en savons et n'allons pas le considérer davantage.

Ensuite, le modèle de l'« hôpital de jour », pendant du modèle précité, est adressé à ceux qui peuvent continuer de loger à la maison, souvent grâce à un traitement médicamenteux (Secrétan, 1973). Un hôpital de jour particulier est alors développé – l'hôpital de jour de Sauvabelin – sur ce modèle de prise en charge du patient pendant la journée seulement. Il est placé en ville dans l'idée de déplacer l'institution psychiatrique à cet endroit pour la rendre plus accessible (Bonsack, entretien 2015). C'est un espace novateur pour le canton, qui s'inspire du modèle de communauté thérapeutique française (Söderström, entretien 2015). En cela, il se base sur le principe d'une activité commune pour un petit groupe de patients, dans un espace hors de la maison-mère – Cery. Il incarne l'idée de l'autonomie du patient qui doit se déplacer pour s'y rendre (ibid.). Ainsi, il est en adéquation avec l'idée d'un patient actif mais se démarque nettement de l'hospitalier ou de l'ambulatoire par le traitement de peu de patients qui évoluent en groupe.

Enfin, à la toute fin de cette ère, une nouvelle « unité » verra le jour : l'unité de réhabilitation, qui inclut un hôpital de jour, des ateliers et d'autres activités encore. Cet espace est lui situé sur le site de Cery. Il s'est agi dans ce cas de regrouper des ressources déjà existantes et d'en faire un espace de soins ambulatoires axé sur la réhabilitation (Bonsack, entretien 2015). Nous retenons alors surtout l'orientation ambulatoire et de réhabilitation propres à cette ère, avec une vision où le patient se déplace vers le site. Toutefois, n'ayant récolté que peu d'informations sur cette entité, nous ne développons pas davantage ses particularités en dehors du fait de la considérer comme un espace à part entière dans notre cartographie du paysage de soins actuel présenté dans l'axe II.

7.1.2.3 Des espaces de soins intermédiaires pour compléter le dispositif

Le dispositif extra-hospitalier préconisé par le secteur implique des structures intermédiaires pour le logement, les occupations et la réhabilitation professionnelle. Les associations créent aussi des espaces qui leur sont propres. Ci-dessous, nous présentons ces différents types d'espaces retracés pour cette ère. Toutefois, chacune de ces catégories mériterait un travail

d'approfondissement que nous ne pouvons faire dans ce mémoire. De plus, chaque espace a potentiellement une vision de soins particulière propre à ses fondateurs. Ainsi, nous considérons ici ces espaces dans leur ensemble, et les réintégrerons uniquement dans la cartographie des espaces de soins effectuée dans l'axe II pour les représenter dans le paysage de soins vaudois en 2015 auquel ils appartiennent. Commençons par les espaces de logement.

Réduire les lits psychiatriques implique, dans la vision du secteur, de placer les patients qui ne peuvent loger chez eux dans des espaces spécialisés mais intégrés dans la communauté. En effet, « *(l)es unités de patients chroniques ont été progressivement fermées dans l'idée de réinsérer les patients dans la communauté en créant des lieux de vie mieux intégrés dans la cité* » (Conus et al., 2001, p. 477). Des établissements médico-sociaux, des pensions et des foyers protégés vont alors jouer ce rôle. Notez que plusieurs foyers préexistaient à la « sortie de l'asilaire » pour assurer les sorties d'hôpital de manière structurée (Bocion, entretien 2015). Toutefois, ils foisonnent dans les années 1980 et remplacent alors tout-à-fait l'institution des placements familiaux qui prend fin. Leur essor dans cette décennie-ci est certainement lié à un facteur contextuel de restrictions budgétaires importantes en santé publique qui restreint l'hôpital à cette fonction de centre de soins aigus et séjours brefs (Conus et al., 2001). Les patients qui étaient en long séjour à l'hôpital sont donc placés dans ces foyers (Conus, entretien 2015). Concernant les appartements protégés, ils apparaissent dès les années 1970 pour faciliter la sortie de foyers ou d'établissements médico-sociaux (Grasset, Orita, et al., 2004). La vision générale est donc à réintégrer ces patients dans la communauté, avec des étapes de transition. Toutefois, dans les faits, il n'y a pas eu de politique cantonale à ce sujet et les structures ont été révélées comme insuffisantes en nombre ou inadaptées (Antille & Resplendino, 2013; Ferrari et al., 2015). Encore une fois, ce sujet étant une problématique à part entière, nous n'allons pas plus loin dans l'analyse. Nous retenons simplement leur développement en ville, dans une optique communautaire. Passons à un autre type d'espace : ceux prévus pour la réhabilitation professionnelle.

Un autre type d'espace propre à la réhabilitation se développe. Dès les années 1960, les premiers ateliers protégés et centres de réadaptation professionnelle spécialisés voient le jour. Nous notons que dans cette ère, ces services offrent un milieu protégé spécifique pour les patients, après constatation que la réinsertion sur le marché concurrentiel est difficile (Grasset, Orita, et al., 2004)(Conus, entretien 2015). En effet, les années 1970-1990 sont marquées par une désillusion progressive en matière de réinsertion socio-professionnelle. Toutefois, un regain d'intérêt pour ce même domaine va engendrer un renforcement progressif de ces structures dans les années 1990 (Grasset, Orita, et al., 2004). Ce mouvement de balancier entre espoir et désillusion d'une (ré)insertion dans un environnement de travail naturel va continuer et mériterait, comme pour les logements, un travail de recherche approfondi. Dans notre cas, nous retenons simplement leur présence en ville dans une optique de proximité du milieu du patient et de réinsertion dans la société, vision propre à la décentralisation.

Enfin, des espaces associatifs sont aussi formés. Le GRAAP (groupe d'accueil et d'action psychiatrique), créé en 1987, est alors une association phare à Lausanne (GRAAP, 2016). Elle propose des ateliers coopératifs, un restaurant à vocation occupationnelle et de formation pour les personnes atteintes de troubles psychiques et enfin des espaces de rencontre. Faute de place, nous ne développons toutefois pas davantage l'implication des associations dans ce travail hormis la présence de leurs espaces intégrés dans le centre-ville de Lausanne.

De ces espaces complémentaires, nous retenons qu'ils sont peu liés entre eux et avec le reste des dispositifs. En effet, ces structures sont créées par des associations ou des fondations et sont référées au cas par cas par les assistantes sociales mais sans lien plus soutenu avec le reste des partenaires, ce qui est spécifique au paysage lausannois de la désinstitutionnalisation.

7.1.2.2.4 L'Institut Maïeutique : une alternative à l'asile « à part »

Nous présentons enfin un institut singulier, l'Institut Maïeutique, qui prendra selon notre analyse une place distincte au côté de programme TIPP dans l'ère suivante. Nous l'introduisons ici pour ses différentes caractéristiques qui en font un espace particulier : son aspect pionnier au vu de sa création avant la fin de l'ère asilaire, sa vision spécifique basée sur la psychothérapie institutionnelle et son évolution qui le rendra pleinement intégré au réseau de soins.

L'Institut Maïeutique se développe de manière indépendante, sur une initiative privée. Créé en 1955 déjà, il se base sur le modèle de la psychothérapie institutionnelle et constitue une communauté thérapeutique. En cela, il utilise l'institution dans son approche thérapeutique. Il est d'abord conçu comme une alternative à l'asile, à long terme, en guise d'une autre vie que l'asile (Reboh, entretien 2015). D'un « tout indifférencié » entre logement, soins et activités, il va évoluer et voir sa partie « hôpital de jour » prendre de l'ampleur. La prise en charge se projette alors non plus à vie mais comme une étape (ibid.). Toutefois, il offre une prise en charge globale qui intègre suivi thérapeutique, activités de groupe, réhabilitation professionnelle et logement pour ceux qui le nécessitent. En cela, il est unique dans le Secteur, et même au-delà. Cette prise en charge globale n'a rien d'asilaire pour autant. En effet, la Maïeutique se distingue par un effort conscient et voulu de s'intégrer en ville, considérant cette intégration comme un instrument de soins. En effet, dans sa spatialité, l'Institut a plusieurs locaux dispersés dans un quartier. La notion d'intégration à l'échelle de quartier est alors pleinement pertinente pour cet institut. Enfin, ce dernier a deux dernières caractéristiques spécifiques à la psychothérapie institutionnelle : il se fonde sur une thérapie groupale, c'est-à-dire où l'intégration au groupe est au cœur du traitement, tout en considérant les besoins spécifiques et individuels de chacun. Ensuite, dans ce groupe, les patients sont au même niveau que les soignants. Ils sont donc considérés comme partenaires et citoyens à part entière (ibid.).

Cet institut se développe en parallèle du secteur. D'abord sans contact avec le reste du réseau, il collaborera progressivement avec les multiples partenaires qui se développent. En effet, la diversification des soins importante dès les années 1980 incite à définir les aires d'expertise de chacun tout en assurant les transitions entre intervenants (Reboh, entretien 2015). L'institut suit alors un principe clé depuis ses débuts : travailler avec les ressources déjà existantes autour du patient, en réseau donc avec différents partenaires, sans pour autant surconsommer les interventions afin de ne pas alourdir et compliquer le suivi ni désorienter le patient (ibid.).

La présentation de cet espace indique alors des résonances avec la vision de décentralisation par le secteur qui ont toute leur importance. En effet, les notions de soins-étape (et non plus à vie), d'intégration à l'échelle du quartier et de déhiérarchisation sont caractéristiques de cette ère. En cela, l'Institut finit par se fondre comme un espace parmi les autres dans le secteur. Ensuite, les conceptions de patients partenaires dans les soins, de collaboration avec les autres intervenants du réseau, de transitions entre les étapes des soins à garantir et de

ressources présentes à considérer sont en lien direct avec les visions de soins propres au modèle de case management et à une organisation en réseau qui marqueront l'ère suivante. Ce rapprochement de visions verra d'ailleurs l'Institut devenir partenaire du programme TIPP, comme nous le soulignerons davantage dans l'axe II.

Nous avons alors présenté tous les espaces ou types d'espaces présents dans cette ère de la désinstitutionnalisation. Nous pouvons maintenant caractériser ce paysage de soins spécifique et local.

7.1.2.3 Le paysage de soins de la désinstitutionnalisation lausannoise

La présentation des différents espaces de soins présents pendant cette ère, ainsi que des visions de soins qu'ils révèlent, nous permet de caractériser le paysage de soins vaudois de la désinstitutionnalisation. Pour résumer, nous avons retracé la présence de :

- L'Hôpital de Cery, devenu structure pour les soins aigus avec des séjours courts
- Un service ambulatoire en deux sections et espaces, aux visions qui se distinguent, et qui ensemble s'opposent à l'hospitalier
- L'Hôpital de jour de Sauvabelin, communauté thérapeutique qui traite un petit groupe de patients sur la journée
- Des logements pour les suites de l'hospitalisation
- Des ateliers, des centres de réhabilitation professionnelle et des espaces associatifs, au caractère et statut indépendants
- L'Institut Maïeutique, d'abord à part puis de plus en plus intégré, dont l'approche est basée sur la psychothérapie institutionnelle.

La forme spatiale qui découle de cette ère est donc bien éclatée en de multiples espaces avec un déplacement des soins autres qu'hospitaliers dans la ville pour être plus proche des patients. Nous observons particulièrement un changement du centre de gravité de Cery vers l'ambulatoire (et vers les différents secteurs à l'échelle cantonale)(Müller, 1982; Secrétan, 1973)(Besson, Söderström, entretiens 2015). Toutefois, Cery reste un pôle important. Toute l'organisation des soins est faite à partir de lui. A l'échelle lausannoise, ce dispositif hospitalo-ambulatoire forme donc un bipôle, qui en l'occurrence s'oppose entre ses deux entités, sans communication, avec beaucoup de ruptures et d'échecs dans l'articulation des soins. Les espaces de soins intermédiaires complètent l'offre au fur et à mesure des décennies, mais l'ensemble est sectionné au vu de la spécialisation des partenaires (Besson, Reboh, entretiens 2015). Les liens entre ces institutions sont encore peu présents. Ainsi, les espaces et les partenaires se sont multipliés, avec toute la complexité de coordination que cela sous-entend mais sans soutien établi par des structures de liaison.

Dans les conséquences observées, plusieurs besoins ressortent. Premièrement, les séjours toujours plus courts à l'hôpital créent le « syndrome de la porte tournante », à savoir le retour de patients à peine sortis et qui rechutent par manque d'accompagnement dans le retour à la vie au dehors. Dans la même idée, les transitions entre les dispositifs (surtout entre l'hôpital et les autres soins) échouent souvent, c'est-à-dire voient le patient décrocher des soins ou, encore une fois, se faire ré-hospitaliser. L'idée d'une continuité entre soins hospitaliers, ambulatoires et intermédiaires est présente dans le modèle de secteur en lui-même en voulant offrir un mode de prise en charge différencié, par étape, de la prévention à la

réhabilitation. Toutefois, dans le canton de Vaud, ces transitions ne sont pas assurées par une structure définie. En effet, il n'y a pas de politique d'ensemble qui ait été établie pour la mise en place de cette articulation. De plus, dans cette vision d'un patient actif dont on attend qu'il formule lui-même les demandes, les patients « les plus malades » se retrouvent mis à l'écart. Enfin, l'ensemble des soins se fait avant tout dans des espaces conçus à cet effet et peu dans le milieu naturel du patient, qui nous mène à affirmer que cette ère est empreinte d'une norme de réhabilitation « protégée » plus que d'intégration à la communauté (Bonsack et al., 2011).

En résumé, nous attribuons au paysage de soins de la désinstitutionnalisation vaudoise les caractéristiques telles que présentées dans le tableau ci-dessous, pour cette ère qui s'étend de 1966 à la fin des années 1990.

Tableau 4 Caractéristiques du paysage de santé mentale de la désinstitutionnalisation vaudoise

Forme	Eclatée
Vision de soins	Décentralisée (modèle de secteur) en ville, structures locales Proximité des soins, intégration dans la communauté, milieu institutionnel ouvert Remettre les patients dans la société, temps partiel, charge sur les familles
Espaces de soins	Hospitaliers, ambulatoires, intermédiaires (publics, privés et associatifs)
Vision de la maladie / du patient	Peu d'espoir de guérison / actif
Norme	Réhabilitation dans la communauté
Résultats	Réseau complexe (multipartenaires, spécialisation), peu articulé et peu mobile « Porte tournante », transitions délicates, mise à l'écart des plus malades

Ainsi, la vision d'une psychiatrie intégrant véritablement espaces et patients dans la communauté se dessine, inspirée du community care mais sous le modèle préféré des secteurs. Dans tous les cas, le canton de Vaud s'inspire largement de la psychiatrie française (Müller, 1982)(Söderström, entretien 2015). L'ère de la désinstitutionnalisation peut donc être vue comme une période de transition, un premier pas d'intégration vers la cité. La société n'était effectivement pas préparée pour ce transfert de l'hôpital vers la ville et « les institutions ont dû composer » (Bocion, entretien 2015). Ici comme ailleurs, la désinstitutionnalisation est un changement complet de vision que la psychiatrie n'était pas prête à gérer (Bonsack, entretien 2015). L'analyse du paysage vaudois révèle toutefois la mise en place d'une vision de soins vers laquelle l'ensemble tend : celle de soins en réseau.

7.1.2.4 Les prémices du réseau

Nous avons dépeint jusqu'ici le manque de lien entre les différents espaces du secteur Centre. Toutefois, les bases du réseau sont présentes dans ce fait même d'une multitude de différents espaces et partenaires de soins qui se sont développés. De même, les différents intervenants prônent tous l'utilisation des ressources déjà existantes du patient. Ces « ressources » correspondent aux suivis que le patient reçoit déjà d'autres partenaires ou encore le soutien de son entourage, que l'on cherche à intégrer à la démarche thérapeutique. Or, cette vision

est aussi la base du modèle et de l'ère qui va suivre : le case management dans une organisation en réseau incluant la mobilité des soignants.

Aussi, « *(l)es conséquences négatives des troubles psychiques sur l'individu et la société ont mené à une prise de conscience internationale de la nécessité de faire de la santé mentale une priorité de santé publique. Ainsi, celle-ci figure à l'agenda politique des pays de l'Union européenne depuis 1995* » (DSAS, 2012). Une prise de conscience de la part du Service de santé publique vaudois se fait alors à la même époque quant à la nécessité de réaliser ce « tournant communautaire » (Besson, entretien 2015). D'autres aspects nous montrent un contexte et des signes du changement d'ère qui va avoir lieu. Premièrement, le Département de psychiatrie va être réorganisé en section hospitalo-ambulatoires entre 1998 et 2002. Deuxièmement, la psychiatrie « mobile » s'annonce par un projet pilote en 1999. Enfin, une nouvelle vague d'optimisme se définit quant au traitement des psychoses, jusqu'ici majoritairement perçues comme « sans issue favorable », par les méthodes d'intervention précoce. Nous allons détailler ces éléments qui mènent au point de rupture dans la prochaine section dédiée à l'ère du réseau.

7.1.3 Un réseau de soins

7.1.3.1 Contexte et point de rupture

Le modèle de secteur a mené à la décentralisation des soins dans l'ère de la désinstitutionnalisation du secteur Centre, avec des nuances. Nous retenons les tensions entre les visions de l'hospitalier et de l'ambulatoire traduites jusque dans la structure dans ce fait d'une non-articulation entre les deux entités. De même, la multiplication et la diversification des espaces et des partenaires impliquent une prise en charge sectionnée, et un défi de coordination certain. Un passage à des « soins en réseau » va changer le paysage.

Nous avons observé un point de rupture spatial : l'introduction de la psychiatrie mobile. En effet, sur l'initiative de deux psychiatres²⁵, un modèle de psychiatrie mobile – le SIM, pour des « soins intensifs dans le milieu » assurés par une équipe mobile – est mis en place dans le secteur Centre par un projet pilote en 1999 puis implémenté en 2001²⁶. De manière encore plus spécifique, le point de rupture est notable puisqu'il s'est aussi traduit par la fermeture de l'hôpital de jour de Sauvabelin pour être « remplacé » par le SIM. En effet, les ressources du premier ont été utilisées à l'élaboration du second (Bonsack, Söderström, entretiens 2015). Ce changement dénote alors une prise de position de l'Etat en plus de marquer le point de rupture entre l'ère de la décentralisation et l'ère du réseau. En effet, s'il a été fait en partie pour des raisons économiques, il montre aussi l'application d'un changement de vision de soins et de mode de prises en charge soutenu par le Service de santé publique. Une prise de conscience de la part de ce Service a en effet été faite dans les années 90 quant à son retard dans le domaine de la santé mentale et la « nécessité » d'opérer le « tournant communautaire » (Besson, entretien 2015). Cette prise de conscience a été réactivée à la sortie du rapport de l'OMS 2001 sur la santé mentale dans le monde qui soutient le développement de services communautaires et dans lequel la Suisse est affichée sans politique de santé mentale (Organisation Mondiale de la Santé, 2001)(Basterrechea, entretien

²⁵ Les Professeurs Bonsack et Conus (Conus, entretien 2015).

²⁶ Ce modèle d'équipe mobile psychiatrique est pionnier en la matière pour la Suisse (Bonsack, Rilliet, entretiens 2015).

2015). Le fait d'instaurer des équipes mobiles est alors une marque dans ce sens de mise en place de structures communautaires (Besson, Rilliet, entretiens 2015).

Un deuxième élément est à noter comme marquant le tournant, d'un point de vue structurel cette fois : le Département de psychiatrie est réorganisé entre 1998 et 2002 en sections hospitalo-ambulatoires spécialisées par diagnostics (Conus et al., 2001; Gommeret et al., 2001). Cette réorganisation a permis de « *rendre plus cohérente et fonctionnelle l'articulation entre service hospitalier et ambulatoire dans chacune des sections par la mise sur pied de colloques communs et d'une philosophie commune (...)* » (Conus, 2011, p. 23). Cela ne peut que participer à « résoudre » le clivage entre l'hospitalier et l'ambulatoire dénoncé dans l'ère précédente. Cette refonte permettra aussi l'assise du programme TIPP, spécialement basé sur un fonctionnement hospitalo-ambulatoire. Quant au groupement par diagnostic, il voit le programme TIPP s'ancrer dans la section Minkowski spécialisée dans le traitement des personnes souffrant de « schizophrénie ou troubles apparentés », pour une prise en charge spécifiquement prévue pour ce type de patients. Le programme TIPP correspond à l'instauration, en 2004, d'une deuxième équipe mobile dans le secteur Centre.

Enfin, nous ne pouvons nous empêcher de mentionner un changement dans les politiques sanitaires cantonales liées à la même période du tournant du siècle. En effet, les nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS), dont la mise en application commence dès 1998, impliquent de passer d'une modèle de prise en charge « séquentiel » à un système « en réseau » (de Rham, 2006). Plus précisément, ce système en réseau « *consiste à organiser le système de telle sorte à assurer une coordination collective des professionnels de santé chargés de prendre en charge les patients qui sont alors placés au centre du système* » (ibid., p. 21). Cette vision d'un patient au centre de la prise en charge est caractéristique de cette ère de réseau et va se retrouver à de multiples niveaux, structurels comme nous venons de l'indiquer, mais aussi et surtout dans les visions de soins propres aux nouveaux modèles instaurés.

Le SIM comme le TIPP correspondent en effet à l'introduction de nouveaux modèles de soins dans la psychiatrie vaudoise, basés sur le même principe : la mobilité des soignants et une équipe pluridisciplinaire avec en son centre un case manager. Le tout participe de mettre les espaces et les partenaires en réseau. Ils dénotent une vision de soins spécifique que nous allons présenter dans cette section. Nous nous focalisons uniquement sur ce principe de réseau, le détail des espaces étant repris ensuite dans l'axe II. Nous commençons par présenter rapidement les spécificités du SIM, qui sera intégré comme un des composants du programme TIPP.

7.1.3.2 La psychiatrie mobile ou l'espace de soins dématérialisé

Dans cette section, nous voulons insister sur ce que révèle le caractère mobile de la psychiatrie. Nous utilisons alors le modèle du SIM, très représentatif, tout en sachant que les visions sont similaires dans le programme TIPP.

Le SIM a été créé pour toucher les patients difficiles à atteindre, ceux « laissés pour compte » dans le modèle de secteur (Conus, 2011). Il est la première équipe intermédiaire, ou autrement dit la première structure établie qui fait le lien entre l'hospitalier et l'ambulatoire. C'est un modèle de psychiatrie mobile ciblé sur une population spécifique. L'objectif est de (ré)engager le patient dans les soins et finalement dans la communauté. Le modèle s'inspire de l'« assertive community treatment » (ACT) développé aux Etats-Unis avec des adaptations à la situation et la philosophie vaudoises. Premièrement, la période d'intervention est

« réduite » à une durée limitée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas une prise en charge à vie (le modèle américain est une structure à part entière, qui remplace des soins communautaires tout-à-fait inexistantes)(Bonsack, entretien 2015). Deuxièmement, le modèle vaudois est moins médical que l'américain, avec une approche plus sociale de soutien. En effet, le but du SIM est d'intégrer le patient dans son réseau primaire (familles, proches, voisins, etc.) comme secondaire (médecins généralistes, assistants sociaux, ou tout autre intervenant déjà impliqué dans le suivi) dans l'optique de ne pas se substituer aux soins déjà mis en place et justement de pouvoir inscrire le patient dans les soins « usuels » (Bonsack et al., 2005; Bonsack et al., 2011; Conus & Bonsack, 2004). Pour cela, le SIM est à dessein une structure en liens étroits avec l'ensemble du réseau pour pouvoir facilement réintégrer les patients dans les soins standards une fois le besoin de « soins aigus » passé. Il vise enfin à proposer une approche suffisamment simple pour qu'elle puisse être utilisée et comprise par le patient comme par son entourage dans une optique de gestion autonome de la santé (Bonsack, Haefliger, Cordier, & Conus, 2004). Le SIM agit d'ailleurs aussi spécifiquement à l'intention des familles quand nécessaire (Bonsack et al., 2008).

Cette approche par les ressources déjà existantes se réfère spécifiquement à une approche milieu, deuxième source d'inspiration pour la création du SIM (Morandi & Bonsack, 2011). Cette approche consiste par essence à traiter le patient dans *son* milieu, social et naturel. Techniquement, le soignant se déplace pour effectuer les consultations (au domicile, dans un restaurant ou tout autre lieu proposé par le patient) comme pour accompagner le patient dans les démarches où il nécessiterait du soutien, autrement dit dans son quotidien. La mobilité des soignants est alors un point clé : elle permet d'être plus près des patients et de la communauté en allant à la rencontre des employeurs, des gérances, des voisins, des concierges, et, finalement, de favoriser l'engagement du patient dans les soins (Bonsack, entretien 2015). Avec un soin qui va au patient et qui s'intègre dans les espaces du quotidien, la nature de l'espace de soins change. L'espace de soins tel qu'il est entendu habituellement est dématérialisé (Vitores, 2002). Chaque espace devient un espace de soins potentiel, ou autrement dit, l'espace de soins est mobile. C'est une vision de soins où l'on accompagne le patient dans son milieu, dans son quotidien, pour l'aider à s'y (ré)intégrer.

Cela appelle alors à un rôle clé dans cet accompagnement : celui du case manager, au cœur de l'équipe soignante. Parmi les différentes facettes de son rôle, l'une est particulièrement nouvelle : il est le pivot central du suivi. Ainsi, en établissant une alliance thérapeutique avec le patient, ou autrement dit une relation durable, il assure la continuité de son suivi entre les différents espaces et intervenants mais aussi dans le temps, ce qui n'était pas rendu possible par des soins morcelés et intervenants multiples et changeants. Il peut alors répondre à l'enjeu de toute alliance thérapeutique qui « (...) se situe dans le maintien du lien thérapeutique à chaque phase de la maladie, dans l'esprit d'un travail autour de l'autonomie face à la prescription » (Charpentier, Goudemand, & Thomas, 2009, p. 87). A ce propos, le case manager ne « prescrit » pas les prises en charge, il les propose et discute avec le patient, dans cette recherche d'autonomie du patient propre à cette ère. Mais ce n'est pas tout : le case manager est aussi le coordinateur de ce suivi. Nous présentons les spécificités de ces visions particulières dans la section suivante, qui présente le programme TIPP.

7.1.3.3 Le programme TIPP ou la mise en réseau des espaces et des partenaires

Le programme TIPP est l'incarnation même de la forme de réseau, ce que nous montrons dans la section suivante. Avant, nous aimerions insister sur le fait que le programme incarne aussi la vision d'une intervention précoce et préventive plutôt que « trop tard » et palliative. En effet, c'est un programme qui vise l'intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques afin d'en réduire les risques de chronicité. Sa mise en place a été « encouragée » par deux éléments contextuels que nous présentons rapidement.

7.1.3.3.1 Un programme préventif en soi

Premièrement, les années 1990 sont marquées (à l'international) par le développement d'un intérêt pour la phase précoce des troubles psychiques (Conus & Bonsack, 2004). En effet, la vision de la maladie change en lien avec des preuves cliniques d'évolution favorable d'une prise en charge précoce (McGorry et al., 2008). Deuxièmement, l'ère nouvellement commencée marque le début de la santé mentale en tant que « concept ». En effet, selon Saraceno et Zullino (2013), « *(a)u-delà de la prise en charge thérapeutique de personnes souffrant de troubles mentaux (...), il [le concept de santé mentale] inclut également les stratégies de promotion du bien-être psychosocial des citoyens non atteints de troubles mentaux, ainsi que des activités de prévention spécifiques* » (italiques dans la citation, Saraceno & Zullino, 2013, p. 1661). Or le programme TIPP s'inscrit dans ce concept selon notre analyse, via plusieurs éléments : son but même d'intervention précoce pour réduire l'impact de la maladie (Conus et al., 2010; Marion-Veyron et al., 2013); un travail de déstigmatisation de la maladie auprès, déjà, des patients et de leurs proches dans la mesure du possible (Jordan, Mebdouhi, entretiens 2015) ; et enfin via certaines actions de promotion de la santé psychique dans le cadre par exemple de « Journées de la schizophrénie » destinées à l'information publique (Journées de la schizophrénie, s.d.). Ce lien entre la santé mentale en tant que concept et le programme TIPP est fait par notre analyse propre. Toutefois, dans cette ère que nous pourrions qualifier d'« ère de la santé mentale » en tant que sujet politique²⁷, le soutien par l'Etat d'un modèle comme le programme TIPP est en adéquation avec son ère. N'oublions pas que la schizophrénie touche 1% de la population ce qui en fait par conséquent un sujet de santé publique. Passons alors au cœur de notre étude : les espaces du programme.

7.1.3.3.2 Une spatialité mixte : entre espaces fixes et espaces mobiles

Le programme TIPP, spécifiquement créé « pour » la situation vaudoise, s'inspire largement du modèle EPPIC australien²⁸. C'est un modèle hospitalo-ambulatoire (Conus et al., 2010) qui mélange les pratiques de précocité et de mobilité sur un modèle de case management. Il se spécifie par une assise spatiale en trois « espaces ». Premièrement, il est composé d'un « pôle ambulatoire »²⁹ avec un case manager pivot du suivi (attribué dès l'entrée dans le programme). Le case manager assure principalement la consultation à son bureau mais peut

²⁷ Plusieurs rapports d'envergure ont été publiés sur le sujet de la santé mentale par les instances sanitaires cantonales et nationales sur les 10 dernières années.

²⁸ Le Professeur responsable du programme TIPP s'imprégnera de ces nouvelles approches d'intervention précoce dans le cadre d'un séjour de 3 ans en Australie et bénéficiera de fonds pour développer une structure similaire à son retour en Suisse (Conus, entretien 2015).

²⁹ La dénomination de « pôle » est reprise ici de la littérature scientifique sur le programme, mais nous la confirmons dans cette qualité, comme nous le verrons dans l'axe II.

aussi se déplacer à domicile ou ailleurs dans le milieu du patient (Baumann et al., 2013; Conus et al., 2010)(Abrahamyan Empson, Jordan, Mebdouhi, entretiens 2015). Deuxièmement, le modèle implique un « pôle hospitalier »³⁰ avec une unité spécialisée et réservée à ces patients-ci (unité AZUR). Toutefois, dans l'optique propre aux transitions délicates, les familles et le case manager sont inclus dans le suivi pendant le traitement de la crise déjà (Baumann et al., 2013; Conus et al., 2010). Troisièmement, le case manager fait appel à l'équipe du SIM dans plusieurs cas : en alternative à l'hospitalisation lorsque la situation s'est dégradée ; pour faire une évaluation dans le milieu ; ou encore pour renforcer les transitions difficiles comme la sortie de l'hôpital (Baumann et al., 2013; Conus et al., 2010)(Mebdouhi, entretien 2015). Ainsi, la vision en réseau a ceci de spécifique qu'elle allie les espaces fixes existants et les espaces mobiles, dans une vision de soins de flexibilité et de réponse aux besoins spécifiques de chaque patient. Nous allons détailler davantage cette vision de soins en lien direct avec le case manager dans la section qui suit.

7.1.3.3 Le case manager TIPP : partenaire et coordinateur central

L'équipe mobile du programme TIPP est composée d'un binôme formé par un case manager et un médecin. Le case manager fait aussi appel aux assistantes sociales, intégrées dans le même Service du DP CHUV, en cas de besoin d'un appui ou d'un suivi social (assistantes sociales, Mebdouhi, entretiens 2015). Le rôle central est toutefois au case manager, qui est dans la majorité des cas un(e) infirmier(-ière) ou un(e) assistant(e) social(e) et assure le fil rouge du suivi. Nous notons d'emblée que cette décision délibérée de confier le fil rouge de la prise en charge à des corps de métiers paramédicaux ancre la déhiérarchisation entre soignants déjà énoncée dans le secteur. Le case manager a ainsi des compétences élargies par rapport à un rôle « classique » de soignant dans la prise en charge et les décisions qui concernent le patient, et ce jusque dans le traitement médicamenteux³¹ (Mebdouhi, entretien 2015). Il est véritablement en charge du patient, qu'il accompagne dans sa « vie quotidienne ». Ensemble, ils travaillent à rendre cette vie quotidienne aussi normale que possible (Jordan, Mebdouhi, entretiens 2015).

Case manager est donc un rôle central d'une vision en réseau. En effet, la multiplicité des intervenants et des espaces, issue du modèle de secteur, implique le risque de « perdre » le patient dans les transitions comme de le voir se perdre dans la complexité du réseau. Le case manager a alors un double rôle : coordonner les partenaires « autour » du patient et garder le patient engagé dans les soins. Concernant l'engagement du patient, le case manager « *doit combiner les rôles d'un clinicien, d'un agent de réhabilitation, d'un conseiller, d'un avocat et d'un allié de confiance* » (Marion-Veyron et al., 2013, p. 45). Il est le partenaire principal du patient, jusque dans des qualités de coach ou de confident (Mebdouhi, entretien 2015). La relation entre patient et soignant est changée. D'ailleurs, en étant lui-même mobile, c'est au soignant de s'adapter à l'environnement proposé par le patient pour une consultation par exemple, et non plus l'inverse (Jordan, entretien 2015). La relation est donc bien au partenariat à même niveau. Son engagement actif et même proactif est décisif, tant auprès du patient que des proches (Jordan, Mebdouhi, entretiens 2015). Il tâche de mettre en place une

³⁰ Cf note précédente. N'oublions pas que c'est un modèle hospitalo-ambulatoire (Conus et al., 2010).

³¹ Notez que le programme TIPP pratique habituellement la prescription de faible dose de neuroleptiques (Conus et al., 2010). A l'image du modèle de « need-adapted treatment » finlandais (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen, & Aaltonen, 1991), le dosage est ajusté en fonction de la situation thérapeutique, qui change (Mebdouhi, entretien 2015). En effet, "(l)ong-time neuroleptic medication with heavy dosage had adverse effects on the psychosocial prognosis" (Alanen et al., 1991, p. 367) pour les patients sous les prescriptions habituelles plus lourdes.

alliance thérapeutique, pour l'engagement mais aussi la continuité de l'histoire personnelle du patient (Abrahamyan Empson, entretien 2015). Ensuite, concernant la coordination, le case manager est au centre en coordonnant tous les soins et partenaires jugés nécessaires pour le suivi de chaque patient individuellement. Il a en effet peu de patients attribués pour pouvoir offrir un suivi réactif et personnalisé. Ainsi, le case manager est un véritable nœud coordinateur au sein de l'équipe du programme TIPP mais aussi de tout le réseau autour. Il est l'élément qui assure la continuité de soins, l'élément qui fait le lien entre tout.

7.1.3.4 D'autres modèles similaires d'intégration dans le réseau

Psychiatrie mobile et case manager révèlent donc les particularités d'un paysage de soins en réseau. Celui-ci se caractérise par des espaces de soins que l'on articule entre eux, quelle que soit leur vision de soins initiale. En effet, l'hospitalier fait partie du programme, quand la crise est de mise. Mais aussi, on fait appel aux partenaires existants qui répondent aux besoins spécifiques du patient. Ainsi, l'Institut Maïeutique devient partenaire principal du programme TIPP. Nous détaillerons cette alliance dans l'axe II, encore mieux révélée de manière visuelle. Ici, il nous importe de conclure sur ce fait d'équipes mobiles et de programmes qui « composent » avec ce qui existe déjà, en les mettant en lien. Ainsi, après le programme TIPP, d'autres modèles vont être développés sur ce même modèle de case management et d'ajout de structures intermédiaires. Il s'agit du « case management de transition » (voir Bonsack et al., 2013) et du « case management de liaison hébergement » (voir Ferrari et al., 2015), développés sur le même principe d'équipes mobiles intervenant dans les transitions entre espaces de soins ou autrement dit dans les phases délicates du suivi du patient (Bonsack, Pfister, & Conus, 2006), pour l'aider à réintégrer sa vie quotidienne. Ces modèles sont donc issus de la même vision en réseau de coordination des espaces particuliers et d'accompagnement des patients dans leur milieu. Enfin, le programme RESSORT – pour un « réseau de soutien et d'orientation vers le travail », un programme de soutien à l'emploi – a lui aussi été établi par la collaboration et la mise en réseau des partenaires concernés (Favre, Spagnoli, & Pomini, 2014). C'est là aussi une équipe mobile qui assure la continuité et la cohérence des soins, qui accompagne le patient dans le milieu et qui travaille en réseau avec les médecins traitants, équipes de soins, partenaires sociaux impliqués, les familles et les employeurs dans une vision d'intégration du patient dans la communauté naturelle.

7.1.3.5 Paysage de soins en réseau : ses visions et espaces de soins

Tous ces programmes et modèles révèlent la spatialisation du réseau : c'est l'institution qui va dans la communauté, là où sont les patients (Bonsack, entretien 2015) et c'est un case manager qui coordonne les partenaires en place pour un suivi personnalisé et garantissant la continuité du suivi. La vision de soins est à l'intégration du patient dans « son milieu » et à son maintien dans un réseau social comme dans le réseau de soins. On mobilise en effet les ressources existantes et déjà présentes. La dimension relationnelle est au cœur du réseau et se traduit par un espace de soins devenu dématérialisé et relationnel avant tout. Nous sommes loin de la concentration asilaire. Aussi, le soignant est ici proactif et flexible et va à la rencontre du patient, à l'inverse d'un patient dont on attendait qu'il formule lui-même ses demandes, dans le réseau morcelé et complexe que formait le paysage de la désinstitutionnalisation. Dans cette ère du réseau, les espaces fixes sont mieux articulés. Le suivi est personnalisé selon les besoins du patient. Dans cette vision des soins, le patient est au centre, et même au centre du réseau, avec un case manager qui l'accompagne dans son quotidien.

Nous notons alors que cette vision est en résonance avec le modèle dit du « rétablissement ». Ce *recovery model* (Bonsack et al., 2013) est apparu dans les années 2000, issu de la prise en compte de l'expérience personnelle des patients. Celle-ci dénote qu'il n'y a pas un stade de guérison dans les troubles de santé mentale, mais que les patients visent la réadaptation. Avec ses principes d'étapes dans la maladie, il implique des partenaires et espaces différenciés selon les phases que le patient traverse. Mais surtout, il considère « (...) *la personne souffrant de troubles psychiques sévères comme une personne normale en prise avec une pathologie sévère* » (Ferrari et al., 2015, p. 63). Ceci révèle la norme de cette ère propre à la réintégration dans une vie quotidienne. D'ailleurs, le modèle « *a pour particularité de s'intéresser davantage aux capacités du patient qu'à ses symptômes : l'évolution personnelle de celui-ci importe davantage que l'évolution de sa pathologie* » (Sassolas, 2015, p. 76). On retrouve là la facette de soutien social qu'a pris la psychiatrie avec un case manager qui soutient le patient dans le réseau. En résumé, nous caractérisons le paysage de réseau vaudois comme indiqué dans le tableau suivant, pour cette ère qui s'étend du tournant du XIX^e siècle à aujourd'hui.

Tableau 5 Caractéristiques du paysage de santé mentale lausannois dans l'ère du réseau

Forme	Réseau
Vision de soins	En réseau, en ville (psychiatrie mobile et case management) Rétablissement, ressources, suivi proactif, accompagnement dans la vie quotidienne, soins vont au patient, personnalisation des soins, autonomie
Espaces de soins	Fixes comme dans le secteur + espaces mobiles, relationnels, dématérialisés
Vision de la maladie / du patient	Optimiste, intervention précoce / citoyen et partenaire, personne normale en prise avec une pathologie sévère
Norme	Intégration dans le réseau (primaire + secondaire), dans le milieu social et naturel du patient
Résultats	Réseau complexe mais articulé, mis en lien par un case manager (soignant et réseau font le lien), continuité des soins, flexibilité

Aussi, nous insistons sur le déplacement du centre de gravité des soins sur le patient, placé au centre du réseau, ainsi que sur le fait que l'espace de soins est créé et exporté via le case manager, « courroie de transmission » entre les espaces et partenaires.

7.1.4 Conclusion

Cet axe a sans aucun doute rempli son objectif de retracer de manière fournie l'évolution des espaces de soins et les visions qu'ils reflètent dans le canton de Vaud. Nous y avons aussi déterminé les points de rupture qui déclenchent le passage entre les formes de pôle, de décentralisation et de réseau dans ce cas particulier. En conclusion de cet axe, nous voulons surtout faire ressortir les visions et espaces de soins caractéristiques des trois formes de soins propres au canton de Vaud ainsi que les tensions relevées, qui nous sont utiles dans l'axe II. Ainsi, nous en faisons ici la synthèse.

L'ère asilaire révèle, du XIX^e siècle aux années 1960, un espace unique et central – l'« Asile des aliénés du Bois-de-Cery » en l'occurrence, de son nom d'antan – révélant une vision de soins d'éloignement et d'institutionnalisation à vie. La norme est donc à l'exclusion socio-

spatiale. Les prémices de la désinstitutionnalisation annoncent alors des soins ambulatoires, à caractère social et en ville pour permettre l'intégration des patients à la communauté.

L'ère de la désinstitutionnalisation, qui s'étend selon notre analyse des années 1960 à 2000 dans le canton de Vaud, s'effectue alors par le modèle de secteur (inspiré du modèle français du même nom) pour décentraliser les soins psychiatriques dans une vision de réintégration des patients dans la communauté. C'est en soi une organisation moins hiérarchique qui en découle, avec plusieurs intervenants et l'intégration des familles dans le traitement, le but étant au fond de « réhumaniser » les soins psychiatriques par des prises en charge plus légères et différenciées. Ce modèle préconise alors plusieurs dispositifs de soins : hospitaliers, ambulatoires et intermédiaires. Ces différents espaces doivent se compléter et offrir, pour les deux « nouveaux » dispositifs, des soins de proximité, en ville, pour réintégrer les patients à la communauté. Dans les faits, un accent particulier sur les soins ambulatoires a été mis en avant mais l'Hôpital de Cery reste central dans l'organisation des soins, formant ainsi un bipôle. Toutefois, leurs visions des soins sont à cette époque en tension, menant à des ruptures dans l'articulation des soins, dans un manque de cohésion avec les structures communautaires aussi. La décentralisation implique en effet une multiplication des espaces et des partenaires de soins. Le fait de la spécialisation des soins et de visions de soins encore très spécifiques à chaque institution résulte en un ensemble peu cohérent. Le patient, mis au centre et dont on attend qu'il soit actif, se perd dans ce paysage complexe. Aussi, les EMS spécialisés, les foyers et appartements protégés sont développés sans politique d'ensemble par des institutions diverses. Des ruptures dans le suivi à la sortie de l'hôpital en résultent pour les patients qui sont remis à la société sans soutien institutionnel. Enfin, les ateliers protégés et centres de réadaptation professionnelle offrent avant tout un environnement « protégé », révélant une norme de réhabilitation plus que de réintégration sociale.

Enfin, l'ère des soins en réseau s'est ancrée dans le paysage des soins depuis le tournant de ce siècle par des modèles de psychiatrie mobile centrés sur un case manager. Celui-ci est le pivot du suivi et de la coordination entre les différents partenaires et espaces, déhiérarchisés. Ce mode de prise en charge s'inspire d'un modèle de case management américain – l'assertive community treatment, pour un « traitement communautaire mobile intensif » – spécialement assorti d'une « approche milieu », c'est-à-dire d'un suivi qui se déroule dans le milieu naturel du patient, en lieu et place d'espaces de soins prédéfinis. Ainsi, la vision est à l'accompagnement du patient dans son quotidien où l'espace de soins devient relationnel avant tout. Les espaces « fixes » de cette ère – grosso modo les mêmes que dans l'ère décentralisée – sont alors reliés par ces équipes de psychiatrie mobiles, véritables « structures intermédiaires ». Dans le cas du programme TIPP – un programme de « traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques », le point de mire de notre travail – le « réseau » est à son paroxysme : il allie les espaces hospitaliers, ambulatoires et mobiles tout en s'ancrant fortement dans le reste du réseau, de là à créer des liens particuliers avec l'Institut Maïeutique, un institut privé, qui n'était qu'un espace parmi d'autres pendant le temps du secteur. La norme est à un partenariat soignant-patient comme à un suivi de soutien, personnalisé et flexible, pour permettre au patient de se réapproprier sa vie.

Nous montrons donc que le paysage de soins lausannois a évolué, en même temps que les normes et formes qui le composent. Il est toutefois toujours nuancé, avec des prémices et des héritages du passé à chaque ère. Dans cet esprit « d'état des lieux » du paysage de soins de santé mentale lausannois actuel, il nous importe de montrer ce qu'on y « voit ». Nous nous tournons donc vers notre deuxième axe d'analyse.

7.2. AXE II : LE PROGRAMME TIPP, UNE VISION COMPLEXE ET PLURIELLE DES SOINS DE SANTE MENTALE

Dans notre axe I, nous avons relevé les espaces de soins introduits sur la base de nouvelles visions de soins au fur et à mesure des ères. Nous les avons décrits et caractérisés par les formes et normes qu'ils révèlent. Nous avons aussi vu que l'essentiel de ces espaces sont toujours présents, « complétés » par des espaces mobiles et relationnels propres à l'ère du réseau. Dans cet axe II, nous aimerions mettre en évidence visuellement ces espaces qui composent le paysage de soins lausannois actuel, en rappelant leurs origines et en insistant sur leur place dans le réseau. Le programme TIPP, en tant qu'incarnation du réseau dans notre analyse, sera utilisé comme exemple. Cette approche nous sera utile à répondre à la sous-question de cet axe :

Sous-question II : En quoi les différents espaces du programme TIPP illustrent-ils une vision de soins plurielle et complexe de la psychiatrie vaudoise, résultante d'adjonctions, de juxtapositions et de tensions entre différentes normes et formes ?

Nous commençons donc par nous référer aux espaces de soins présents dans le paysage de soins actuel.

7.2.1 Les espaces de soins actuels

L'axe I a permis de montrer l'évolution dans la forme générale donnée aux espaces de soins au fur et à mesure des ères du pôle, de la décentralisation et finalement de réseau des espaces de soins avec ce principe de couches superposées. Dans cet axe d'analyse, nous avons alors pour objectif de mettre en évidence tous les espaces actuellement présents et d'en cartographier les espaces fixes, afin d'en révéler au mieux la forme et la diversité.

Notre sous-question fait référence aux « espaces du programme TIPP ». Toutefois, nos entretiens ont confirmé que pour le programme TIPP comme pour les autres institutions, tous les espaces et programmes sont des partenaires potentiels pour répondre aux besoins identifiés par et avec la patient. Ainsi, représenter les espaces du programme TIPP invite d'abord à représenter l'ensemble du réseau, lui-même représentatif de l'héritage local en matière de santé mentale. Aussi, répertorier tous les espaces présentait une valeur ajoutée puisque qu'un document les indiquant n'existait pas parmi les partenaires sur le terrain en 2015. Nous avons donc établi une liste de ces espaces pour pouvoir ensuite illustrer et analyser le paysage de soins en santé mentale lausannois en 2015.

7.2.1.1 Liste des espaces établie

Le premier pas fut donc d'établir une liste des espaces. Afin de mettre des limites à son contenu, et surtout pour rester dans le cadre de l'étude, nous avons restreint nos recherches à ce qui est à disposition à Lausanne pour *une personne adulte souffrant de troubles psychotiques, de l'entrée dans la psychiatrie jusqu'à la réinsertion*. Notez d'emblée que nous avons fait abstraction des multiples autres services et sections spécialisées traitant d'autres « pathologies », par souci de simplification. Pour créer cette liste et déterminer les espaces à inclure, nous nous sommes basés sur :

- nos entretiens et les espaces qui y ont été mentionnés « de tête » (une de nos questions d'entretien portait sur ce point)
- les sites internet des diverses institutions

- une liste de tous les partenaires du réseau du secteur Centre effectuée en 2013 par Mlle G. Skalova lors d'un stage de soins infirmiers au sein de l'unité de psychiatrie mobile du DP CHUV
- et enfin un travail complémentaire de M. Mebdouhi (case manager) et Mme Bociou (assistante sociale) sur requête de « vérification » de nos données consolidées.

Nous avons choisi de répertorier tous les espaces de soins qui entrent dans le quotidien d'une personne souffrant de troubles psychotiques, en accord avec la vision actuelle des soins en réseau où le patient est soutenu dans sa « vie quotidienne ». Cette modélisation « du quotidien » est en partie issue de nos entretiens avec les case managers et les assistantes sociales du programme TIPP. Elle simplifie les points clés d'un suivi. Il s'agit des « domaines » du logement, des activités ainsi que des soins au sens « classique » du terme. Nous y avons ajouté le recours si nécessaire à des services sociaux. Ceux-ci correspondent à de nouveaux partenaires qui concernent le périmètre élargi de la santé mentale reconnu depuis les années 2000, avec des acteurs qui relèvent aussi du domaine de l'éducation ou de la justice par exemple (Canton de Vaud, 2008). Les services sociaux ont été retenus comme les plus pertinents dans notre cas parce qu'ils sont les plus communs dans les démarches de notre population cible. Cette approche est aussi en accord avec la diversification des soins depuis la désinstitutionnalisation. Ainsi, nous avons regroupé les multiples espaces identifiés de la manière suivante :

- Logements : foyers protégés, appartements protégés, studios, EMS pour adultes, chambres, pensions. Nous y avons aussi inclus les hébergements d'urgence parce qu'ils peuvent concerner la population ciblée
- Activités : ateliers protégés, centres de réhabilitation professionnelle, groupes de rencontre ou de création, ergothérapie et activités de groupes
- Les soins : hospitaliers, de consultation ambulatoire ou de suivi thérapeutique en hôpital de jour
- Les services sociaux : nous entendons les services non spécialisés, en l'occurrence le service social de la ville, l'AI et les services d'aide par des fondations et associations qui sont parfois utilisés par la population ciblée.

Notez que les assistantes sociales en psychiatrie (de la PGE en l'occurrence) sont intégrées dans les « soins » et non dans cette dernière rubrique. Elles offrent en effet un suivi spécialisé et favorisent le lien avec ces services extérieurs sans pour autant les remplacer (assistantes sociales, entretien 2015).

Notez que nous n'avons donc pas établi la liste de tous les *partenaires* mais de tous les *espaces* que l'on trouve aujourd'hui à Lausanne. En effet, les espaces mobiles sont à imaginer en filigrane mais ne sont pas représentés. Seuls les lieux physiques ont été retenus puis cartographiés.

Sur la base de ces quelques explications, voici la liste que nous avons établie. Elle est ici présentée par institutions auxquelles les espaces sont rattachés. Nous pouvons d'office dire que les espaces comme les partenaires sont multiples³². Des commentaires sur le découpage et l'inclusion ou non des espaces sont présentés ci-après.

Tableau 6 Liste des espaces de soins sélectionnés dans la région lausannoise 2015

Partenaires	Institutions	Domaines
Afiro, réadaptation et formation prof.	Afiro	activités
Afiro, ateliers	Afiro	activités
Foyer féminin	Armée du Salut	logement
Foyer la Résidence	Armée du Salut	logement
La Marmotte	Armée du Salut	logement
Centre d'ergothérapie des Terreaux	Ergo Terreaux	activités
Foyer Bois-Gentil	Fondation Bois-Gentil	logement
Fondation BVA, ateliers protégés	Fondation BVA	activités
Fondation BVA, formation et réinsertion	Fondation BVA	activités
Cité de la Borde	Fondation de l'Orme	logement
La maison de la Rouvraie	Fondation Deo Gratias	logement
Foyer des Lys	Fondation des Lys	logement
Soupe populaire	Fondation Mère Sofia	service social
Le Point d'Eau	Fondation Point d'Eau Lausanne	service social
Le Cybermag (kiosque/cybercafé)	GRAAP-Fondation	activités
Entraide, espace de rencontres	GRAAP-association	activités
Grain de sel, restaurant	GRAAP-Fondation	activités
Centre d'accueil, ateliers du GRAAP	GRAAP-Fondation	activités
Centre d'accueil, service de soutien, appui et orientation du GRAAP	GRAAP-Fondation	service social
EMS Praz-Séchaud II	Home-Age SA	logement
Institut Maïeutique, programme d'activités thérapeutiques	Institut Maïeutique	activités
Institut Maïeutique, soins psychothérapeutiques	Institut Maïeutique	soins

³² Les chiffres n'est pas dans notre démarche et serait de toute façon délicat au vu du découpage et de la sélection faite.

Partenaires	Institutions	Domaines
Logement Maïeutique I	Institut Maïeutique	logement
Logement Maïeutique II	Institut Maïeutique	logement
Logement Maïeutique III	Institut Maïeutique	logement
Logement Maïeutique IV	Institut Maïeutique	logement
Logement Maïeutique V	Institut Maïeutique	logement
Pension de Collonges	La maison d'Orphée SA	logement
La maison d'Orphée (anciennement Foyer Thonney)	La maison d'Orphée SA	logement
Le Rôtillon, appartements protégés	Le Rôtillon	logement
Le Rôtillon, établissement socio-éducatif	Le Rôtillon	logement
Le Sleep-in	Le Sleep-in	logement
L'Etagère, centre d'ergothérapie	L'Etagère	activités
Le Triangle, rencontre patients - soignants - proches	L'îlot	activités
Au Vieux Rosier (pension Mancini)	Pension Mancini	logement
Liaison Policlinique médicale universitaire (PMU)	Psychiatrie de liaison (DP CHUV)	soins
Unité urgences et crise psychiatriques	Psychiatrie de liaison (DP CHUV)	soins
Liaison CHUV	Psychiatrie de liaison (DP CHUV)	soins
Foyer le Point du Jour	Point du Jour	logement
Polyval, ateliers	Polyval	activités
L'Echappée	Pro-Home	logement
Consultation ambulatoire Minkowski	Section "Eugène Minkowski" (PGE)	soins
Groupes thérapeutiques ambulatoires et communautaires Minkowski	Section "Eugène Minkowski" (PGE)	activités
Unité AZUR (Hôpital de Cery), soins	Section "Eugène Minkowski" (PGE)	soins
Unité AZUR (Hôpital de Cery), activités thérapeutiques	Section "Eugène Minkowski" (PGE)	activités

Partenaires	Institutions	Domaines
Consultation ambulatoire AOC	Section accueil et interventions brèves (PGE)	soins
Unité hospitalière AOC (Hôpital de Cery)	Section accueil et interventions brèves (PGE)	soins
Consultation psychothérapeutique pour étudiants UNIL - EPFL	Section accueil et interventions brèves (PGE)	soins
Les Colombes	SISP SA	logement
Les Aubépines	SISP SA	logement
SISP SA (foyer de la Borde)	SISP SA	logement
Programme d'activités communautaires	Unité de réhabilitation (PCO)	activités
RESSORT	Unité de réhabilitation (PCO)	activités
Ateliers de l'unité de réhabilitation	Unité de réhabilitation (PCO)	activités
Hôpital de jour, activités thérapeutiques	Unité de réhabilitation (PCO)	activités
Hôpital de jour, projet de rétablissement, suivi et évaluation	Unité de réhabilitation (PCO)	soins
Consultation de l'unité de réhabilitation	Unité de réhabilitation (PCO)	soins
L'abri PC de la Vallée de la Jeunesse	Ville de Lausanne	logement
Services sociaux de la Ville	Ville de Lausanne	service social
Assurance invalidité (service des ass. soc.)	Ville de Lausanne	service social

7.2.1.1.1 Commentaires complémentaires

Concernant l'attribution à un domaine et pour être au plus juste, nous avons dédoublé les institutions qui œuvrent dans plusieurs domaines, que les espaces soient à la même adresse ou dans des sites éloignés. Ainsi par exemple de la section Minkowski, qui recense des soins hospitaliers sur un site et des consultations ambulatoires sur un autre site ; ou alors de l'Institut Maïeutique qui œuvre dans des suivis thérapeutiques, des activités comme dans le logement cette fois à la même adresse. Enfin, nous avons tenu compte du but de l'espace revendiqué. Ainsi, l'Hôpital de Cery n'est pas retenu comme logement par exemple, dans une ère où il sert aux séjours brefs.

Nous avons aussi exclu certains espaces : les cas particuliers (mère-bébé) ; les cabinets de soins privés, incalculables ; les ateliers et logements non spécifiques à la psychiatrie. Enfin, un critère de zonage a aussi été établi. La zone délimitée est l'aire urbaine de Lausanne dans le « Grand Lausanne » (districts de Lausanne, Ouest lausannois et Lausanne-Oron).

Pour l'établissement des cartes que nous allons présenter, les espaces apparaissant à la même adresse ont été condensés. La symbologie révèle alors ce mélange de domaines plutôt que le mélange de partenaires, dans une optique de lisibilité et de simplification.

7.2.2 Le paysage de santé mentale lausannois actuel

Nous avons établi deux cartes pour illustrer nos propos. Une première cartographie l'ensemble des espaces sélectionnés du réseau, étape jugée nécessaire pour représenter l'image générale de ce qui compose le paysage de soins actuel. Ensuite, une deuxième carte présente le programme TIPP dans ses espaces principaux. De ces deux cartes et de la forme de cette organisation spatiale, nous en interprétons les visions de soins représentées.

7.2.2.1 Restes du secteur et évolution

La première carte établie représente l'ensemble des espaces de soins précités. Nous rappelons que nous nous intéressons surtout à la forme générale qui leur est donnée.

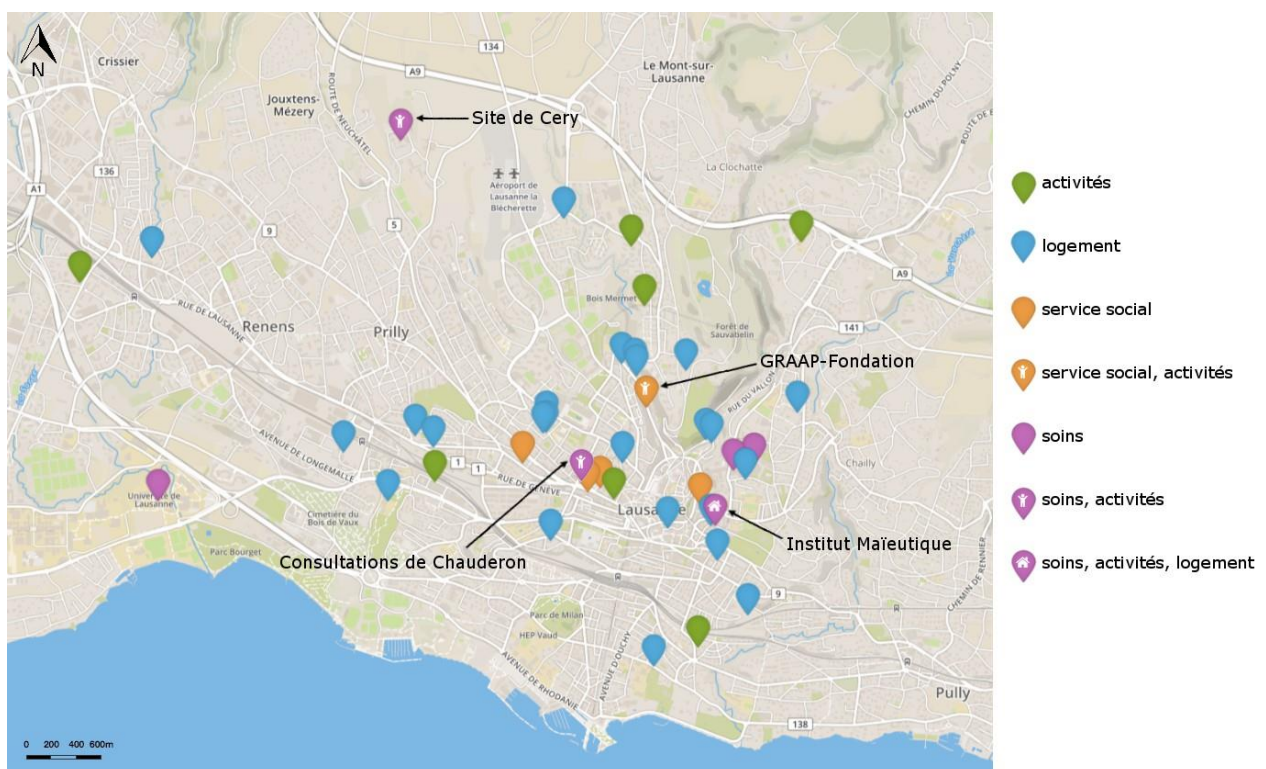


Figure 3 Le paysage de soins de santé mentale lausannois en 2015, dont ses quatre petits pôles

Cette carte invite à de multiples descriptions et analyses. Toutefois, comme annoncé au préalable, nous allons nous contenter de commentaires généraux qui visent à rendre compte de la complexité et de la pluralité des visions de soins « héritées » et traduites dans ce paysage. Ainsi, un premier résultat est évident : cette carte révèle avant tout des espaces multiples, de différents domaines et répartis sous forme éclatée en ville. Cela illustre tout-à-fait l'influence du modèle de secteur établi dans le canton dans les années 1960.

Quelques commentaires par « domaines » sont à faire pour montrer l'évolution de leur rôle dans cette ère du réseau. Concernant les espaces de logement, leur nombre paraît important. Toutefois, notez que cette carte ne révèle pas leur capacité ou leurs critères d'entrée par exemple. Nous notons que le sujet du logement des personnes souffrant de troubles psychiques, qui n'a pas fait l'objet d'une politique d'ensemble jusqu'ici, est un sujet critique

qui appelle à une problématique en soi. Nous relevons alors simplement qu'une « filière hébergement » attachée au Service public est en devenir dans une optique d'améliorer la transition et la coordination entre l'hôpital et tous les espaces de logement à vocation psychiatrique adulte du canton de Vaud (Antille & Resplendino, 2013; Ferrari et al., 2015). En outre, un autre projet à échelle locale, « Housing First »³³ a récemment débuté, associant le Département de psychiatrie du CHUV, une association locale et la Ville de Lausanne. Il vise à favoriser l'accès à un logement individuel à des personnes en situation de précarité en raison de leurs troubles psychiques dans un domaine encore très stigmatisé (Garcia-Gonzalez de Ara & Bonsack, 2015).

Ensuite, la répartition des espaces de soins est multi-sites. En premier lieu, nous relevons l'Hôpital de Cery, le seul à effectuer les hospitalisations. Concernant les soins ambulatoires, notez qu'ils se sont réunifiés pendant cette ère du réseau (Conus, 2011)(Bocion, entretien 2015), en étant partis d'une base séparée depuis les années 1960. A ce jour, l'ambulatoire est incarné par les consultations de Chauderon où plusieurs partenaires et types de consultations psychiatriques sont regroupés. Ensuite, nous avons inclus d'autres espaces de soins comme les portes d'entrée dans les soins psychiatriques³⁴. Ainsi par exemple, l'hôpital général, la policlinique médicale universitaire ou les urgences et l'unité « urgences et crise » sont en lien avec le reste du réseau grâce à un service de « psychiatrie de liaison ». Enfin, une consultation pour étudiants sur le site universitaire de Lausanne est aussi rattachée au Département de psychiatrie, en espace pertinent pour la population jeune représentée dans le programme TIPP.

Finalement, nous ne développerons pas davantage les espaces d'activités et de services sociaux, pour lesquels nous avons récolté peu d'informations. Toutefois, nous notons qu'ils font partie du réseau et qu'ils diversifient certains espaces devenus des points névralgiques. Voyons comment cette carte illustre en effet également le réseau, deuxième analyse évidente à l'observation de la carte.

7.2.2.2 Un ensemble aujourd'hui en réseau

Dans cette approche globale de la carte, nous voyons le secteur mais nous imaginons aussi le réseau. En effet, nous gardons en tête le travail des équipes mobiles et des case managers qui mettent en réseau ces espaces en insistant sur les transitions et la coordination entre espaces et partenaires. Les quelques commentaires ci-dessus vont aussi dans ce sens (liaison et espaces rattachés sous la « même enseigne », autant pour les consultations que pour les logements institutionnels). Aussi nous aimerions mettre en évidence que ce réseau présente quatre points névralgiques. Ceux-ci sont issus de la concentration de différents domaines à la même adresse, qui correspond aussi exactement à la concentration de différentes institutions. Il s'agit du Site de Cery, des Consultations de Chauderon, de l'Institut Maïeutique et de la Fondation du GRAAP. Ce sont des points plus importants qui forment des petits pôles, en l'occurrence caractéristiques du réseau lausannois. Il est intéressant de noter qu'il s'agit du bipôle hospitalo-ambulatoire, toujours fort à ce jour, d'un pôle « Institut Maïeutique » fortement lié à celui-ci depuis l'ère du réseau comme nous le montrons ci-après, et enfin un pôle associatif³⁵. Or, le programme TIPP s'inscrit par définition dans deux d'entre eux (le Site

³³ Les appartements du projet Housing First ne sont pas inclus dans ce projet pour ne pas dévoiler un anonymat recherché.

³⁴ Nous ne les identifions pas sur la carte parce que cette précision visuelle-ci n'apporte pas de valeur ajoutée.

³⁵ Point moins traité dans ce travail.

de Cery et les Consultations ambulatoires en tant que modèle hospitalo-ambulatoire), et dans notre analyse dans un troisième également, l'Institut Maïeutique, comme nous allons le détailler sur notre deuxième carte.

Notre première carte invite à d'autres analyses intéressantes comme de déterminer les raisons de la localisation précise de ces espaces de soins, c'est-à-dire les barrières à leur installation ou au contraire les opportunités présentées d'emménager à tel endroit dans la ville. Toutefois, ce n'est pas le but de notre approche, qui adopte un point de vue plus global. De même, l'ère du réseau se base sur la collaboration entre de multiples partenaires. Ainsi, déterminer les synergies potentielles à travailler dans les mêmes espaces serait intéressant, mais nous ne nous sommes pas non plus orientés vers ce sujet. Dans cet axe, nous voulons montrer que le programme TIPP incarne à lui seul le réseau en mettant en relation des espaces nés dans des visions différentes.

7.2.2.3 Le programme TIPP : incarnation du réseau

Nous avons vu dans l'axe I que le programme TIPP en tant que modèle théorique est formé de trois services (encore une fois, la dénomination de « pôle » a été reprise de la littérature sur le programme mais nous la confirmons selon notre analyse). Il s'agit d'un pôle hospitalier (avec une unité de soins qui lui est consacrée, l'unité AZUR), un pôle ambulatoire (à Chauderon, avec en pilier le case manager) et enfin l'équipe de SIM en complément, non représenté sur la carte puisque cette équipe est mobile. Nous ajoutons alors à cet ensemble l'Institut Maïeutique. En effet, selon nos entretiens, nous avons pu établir que l'institut est « utilisé » comme le partenaire principal du programme TIPP. Les arguments qui nous permettent de le considérer ainsi sont les suivants. Premièrement, un chef de clinique de la section Minkowski a un poste à 10% au sein de la Maïeutique pour assurer une continuité et une cohérence des soins avec la section (Reboh, entretien 2015). Deuxièmement, en moyenne deux-tiers des patients de l'institut sont des patients du programme TIPP³⁶ (ibid.). Enfin, les case managers du programme TIPP le considèrent comme partenaire privilégié parce que la vision de soins est considérée comme « la même », à savoir une approche qui s'adapte à une patientèle jeune dans un suivi réactif et dynamique (Mebdouhi, entretien 2015). La carte ci-dessous représente donc les deux entités (espaces fixes du programme TIPP ainsi que tous les espaces de l'Institut Maïeutique). Constitué de trois des quatre petits pôles identifiés dans la première carte, l'ensemble peut donc être qualifié de cœur du réseau institutionnel.

³⁶ De fait, un peu plus des trois-quarts des patients de l'Institut sont envoyés par le DP CHUV en général (Reboh, entretien 2015).

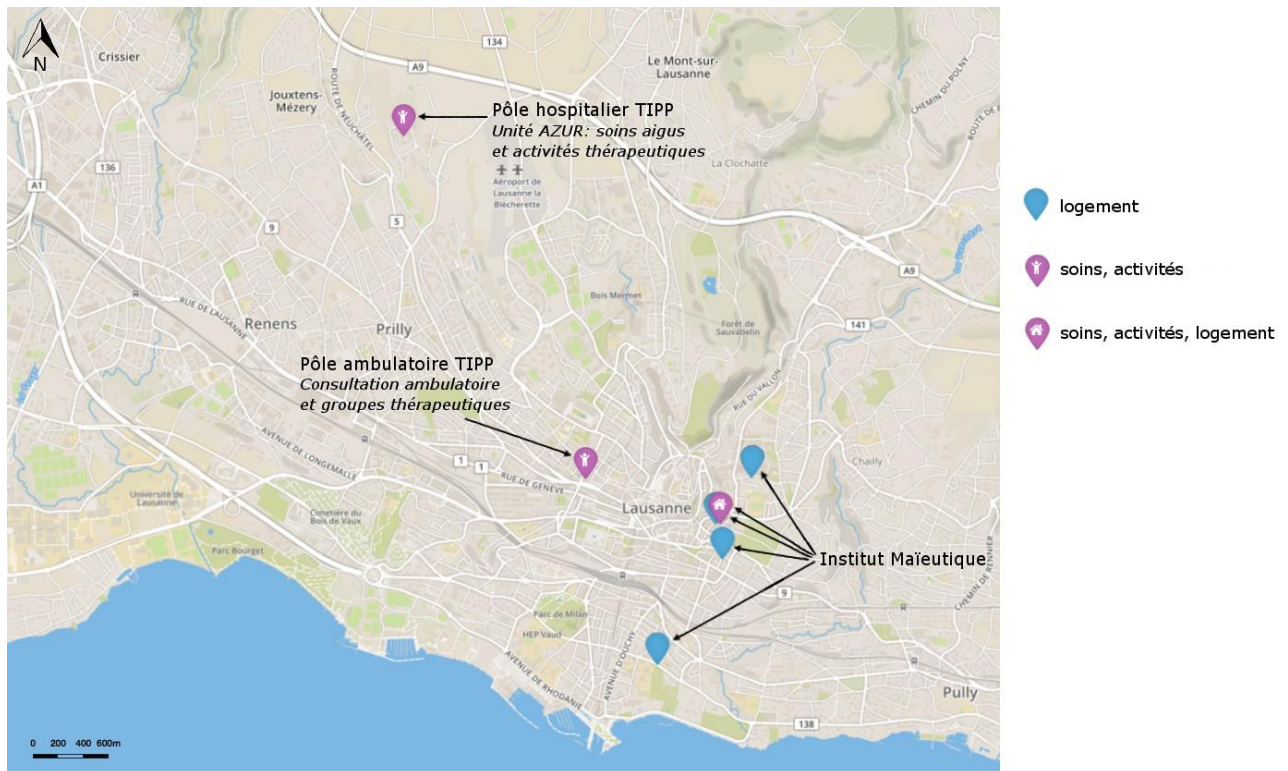


Figure 4 Les espaces du programme TIPP et de son partenaire "principal", l'Institut Maïeutique

L'analyse de cette carte permet de mettre deux éléments en valeur : la mise en réseau d'espaces de soins et leur vision de soins particulière issus des trois ères identifiées (pôle, décentralisation, réseau) en un seul programme ainsi que la complémentarité actuelle du programme TIPP et de l'Institut Maïeutique. Nous commençons par développer le cœur du programme TIPP.

7.2.2.3.1 Mise en réseau de visions de soins différentes

Le programme TIPP est un programme dont le pivot est le case manager tout en étant construit sur un modèle hospitalo-ambulatoire. Ainsi, premièrement, le programme allie l'Hôpital de Cery, héritage d'une vision de soins centrée sur l'hôpital, avec l'ambulatoire, dont la vision est celle d'un soin plus proche du patient en ville. Cette structure fonctionne alors ensemble plutôt que de manière juxtaposée comme elle l'a eu fait du temps du secteur. L'Hôpital est d'ailleurs maintenant intégré dans le réseau, fort de liens réels avec tous les partenaires (Conus, entretien 2015). Ce lien entre les deux espaces est renforcé au sein même de l'équipe du programme TIPP, qui, rappelons-le, travaille en binôme médecin-case manager. Ces derniers effectuent d'ailleurs des « cross-overs » entre les deux services. La tension entre les visions hospitalières et ambulatoires révélée dans l'ère du secteur est donc résorbée. Aussi, la vision de soins de l'ère ambulatoire d'un patient qui se déplace vers le bureau de consultation est en partie transformée par la mobilité du case manager, mais aussi du SIM si une prise en charge « intensive » est nécessaire dans un court laps de temps. Nous notons aussi que cette structure intermédiaire du SIM est une adjonction de plus au réseau dans une organisation où un lien institutionnel soutenu faisait défaut pour assurer les périodes de transitions délicates du suivi d'un patient. Nous voyons donc l'adjonction des visions hospitalière (ère du pôle asilaire), ambulatoire (ère de la décentralisation) et mobile (ère du réseau) « réunie » en un programme.

Ensuite, case manager et mobilité des soignants permettent d'assurer la continuité des soins à travers tout le réseau. Si cette continuité des soins était déjà pensée dans le secteur, elle n'était pas pleinement réalisée. Dans l'ère du réseau, elle est redynamisée par l'instauration de cette vision de soins en réseau centré sur un case manager mobile. Elle réside alors avant tout dans l'espace mobile et relationnel créé par celui-ci plutôt que dans le lien « structurel théorique ». Enfin, la mise en réseau spécifiquement des trois espaces représentés – Unité hospitalière AZUR, consultation ambulatoire de Chauderon et Institut Maïeutique – mais aussi de tous les autres partenaires se fait bien via les actions de coordination du case manager, encore une fois centre névralgique du réseau pour chaque patient du programme.

7.2.2.3.2 Un lien particulier à l'Institut Maïeutique

Le programme TIPP, en se « couplant » à l'Institut Maïeutique, non seulement dépasse les barrières institutionnelles public-privé mais aussi se combine avec une vision de soins additionnelle issue du modèle particulier de la psychothérapie institutionnelle. Celle-ci se base pour rappel sur une approche groupale dans une communauté thérapeutique. L'Institut passe donc de l'état d'un espace juxtaposé aux autres espaces existants du temps du secteur à un espace qui s'ajoute de manière complémentaire au programme TIPP. Le « réseau » a donc bien cette force de faire collaborer des espaces aux origines et au statut différents. Il est toutefois intéressant de noter ce « rapprochement » des visions. Nos interlocuteurs ont en effet mentionné des références communes dans des visions de collaboration, de philosophie de soins orientée « rétablissement » où l'on s'adapte aux différentes phases que le patient traverse, de composition avec les ressources déjà existantes autour du patient et enfin de réponse aux besoins de patient de manière dynamique et personnalisée (Mebdouhi, Reboh, entretiens 2015). Une population jeune est une autre composante de ces similitudes (ibid.), qui participe sans aucun doute au rapprochement entre ces deux institutions.

Aussi, n'oublions pas que l'Institut était là avant le secteur, pionnier dans sa démarche d'offrir dès 1955 une alternative complète à l'asile. Il aura donc traversé les âges. De manière particulière, nous aimerions aussi mettre en avant sa caractéristique unique en son genre : offrir une approche globale. Notre modélisation établie en « domaines » la met particulièrement en avant. L'Institut est en effet la seule institution qui combine soins, activités et logement. Notez que cette offre globale se fait à l'échelle d'un quartier et n'a en cela rien d'asilaire. Au contraire, l'intégration à la vie du quartier est considérée comme un instrument thérapeutique par l'Institut (Reboh, entretien 2015).

7.2.3 Conclusion

Par l'établissement et l'analyse de ces deux cartes, nous avons pu révéler les différents espaces et visions de soins qui composent le paysage de la santé mentale lausannois en 2015. Le programme TIPP révèle à lui seul l'adjonction de visions de soins propres aux différentes ères traversées : celle de garder une structure hospitalière pour les temps de crise et soins aigus, en l'occurrence en retrait dans l'Hôpital de Cery ; celle d'un pilier principal en ville au sein d'un espace ambulatoire plus proche des patients, vision héritée du secteur ; et enfin celle du réseau, par le suivi actif d'un case manager qui coordonne et met en relation les différents espaces et partenaires en fonction des besoins du patient et qui accompagne celui-ci dans sa vie quotidienne, en se déplaçant dans le milieu. En se couplant avec l'Institut Maïeutique, le programme TIPP englobe encore une vision de soins particulière mais devenue familière et dépasse les barrières institutionnelles de manière évidente. Le « réseau », incarné

par le case manager, permet donc de mettre en relation des espaces issus de visions de soins différentes et de statut différent pour une collaboration centrée sur le patient.

Aussi, la carte de l'ensemble des espaces actuels met en valeur le paysage dans son entier, résultat de deux cents ans d'influences internationales, de dynamiques locales et de tensions entre espaces et visions qui ont fait évoluer le paysage de soins de manière particulière. Nous pouvons alors affirmer que le paysage actuel est empreint de tout un héritage de visions et d'espaces de soins particuliers et pluriels. Nous avons aussi vu que ces espaces se juxtaposent, se couplent ou se remplacent. La place des espaces est donc redéfinie en fonction des visions de soins introduites et crée un paysage lausannois tout à fait particulier. D'une vision polarisée, on garde l'Hôpital de Cery qui reste un pôle important dans l'organisation des soins et « hors de vue ». Il s'est toutefois rapproché de la ville, par le simple fait de l'extension de celle-ci mais aussi parce ce qu'il fait partie du réseau et qu'il est intégré avec l'ambulatoire. D'une vision décentralisée, on garde une multiplication des partenaires, simplement juxtaposés d'abord mais plus proches des patients. De cette ère-là vient aussi l'ambulatoire, initialement en tension avec l'hôpital, devant se faire sa place et aujourd'hui établi en un pôle central. Il garde cette idée que c'est au patient de s'y rendre dans une démarche active. Toutefois, des équipes mobiles assurent aujourd'hui de faire le lien entre ces structures, dans une vision de soins en réseau, dans le milieu, avec une approche de soutien du patient dans sa vie quotidienne. La vision d'espaces en réseau est enfin incarnée par le case manager, qui coordonne alors l'ensemble des espaces mais surtout en crée un nouveau : un espace relationnel, dans une démarche de suivi personnalisé et de partenariat avec le patient. Enfin, l'Institut Maïeutique et sa vision particulière de communauté thérapeutique est toujours là, intégré et en collaboration étroite avec les partenaires du réseau, et en lien étroit avec le DP CHUV. La mise en réseau permet donc de cohérer des espaces qui étaient d'abord juxtaposés pour permettre la collaboration dans une approche de continuité des soins centrée sur le patient.

Cinquième partie

CONCLUSION

8. CONCLUSION

Notre mémoire l'a montré, les espaces de soins sont révélateurs des visions de soins et, dans notre cas d'étude spécifique, de visions de soins particulières à la psychiatre lausannoise et même propres à celle-ci. Nous le montrons de deux manières. Premièrement, dans les paysages de soins formés à travers les ères asilaire, de désinstitutionnalisation et enfin de réseau, nous relevons différentes formes et normes qui mettent en avant comment sont considérées la maladie mentale et les personnes souffrant de troubles psychiques à chaque époque dans cette région donnée. Dans la vision de soins polarisée de l'ère asilaire, l'asile exclut et concentre de manière dépersonnalisée à l'échelle du canton. Dans la vision de soins décentralisée, on traite à échelle plus locale, on éclate les espaces et on les intègre en ville, pour être plus proches des patients, pour les réhabiliter dans la communauté. Enfin, dans la vision de réseau, l'échelle devient presque individuelle : le patient est au centre du réseau et l'on cherche à l'insérer dans son propre milieu avant tout. Aussi, l'espace devient relationnel et dématérialisé. Deuxièmement, nous avons montré des visions particulières qui donnent naissance à des espaces particuliers dans ce paysage de soins vaudois en constante mutation. En effet, nous avons retracé l'ensemble des espaces qui « font » la psychiatrie locale d'aujourd'hui. Nous aimerions alors faire ressortir ceux qui ont été précurseurs et marquants mais aussi les inerties dans la formation de ce paysage.

A la fin de l'ère asilaire est créé, sur une initiative privée, l'Institut Maïeutique. Offrant une alternative à l'asile dans une communauté thérapeutique, il vise l'intégration dans la ville à l'échelle d'un quartier. En s'inscrivant en tant que tel dix ans avant la politique de secteur, c'est un espace précurseur. D'abord à part et sans lien avec les autres espaces présents en ce temps, il est aujourd'hui toujours là et pleinement intégré dans le réseau, même partenaire privilégié du programme TIPP. Dans l'ère de la décentralisation des soins, deux entités sont pionnières. Le Centre psychosocial travaille dès 1960 en équipe pluridisciplinaire et mobile. Mais les visions bougent peu, l'inertie du changement dans les visions de soins est réelle, et, dépassé par la demande, il sera remplacé par de l'ambulatoire « classique ». Un autre espace est pionnier en Suisse : l'Hôpital de jour de Sauvabelin, qui offre un type de traitement à temps partiel, en accord avec son temps, pour un petit groupe de patients. Ici, c'est le passage à la vision de la psychiatrie mobile (cette fois ancrée comme « moyens communautaires nécessaires ») qui le verra remplacé, en plus de raisons économiques. Toujours dans cette ère, l'ambulatoire se fait sa place, mais en tension « contre » l'Hôpital de Cery. Ce sont donc quarante ans de « transition » qui s'opèrent entre l'ère asilaire et la vision actuelle : le réseau. Dans cette dernière ère, pour autant que nous ayons assez de recul pour en déterminer les aspects pionniers, « les équipes mobiles » le sont en tout cas pour la Suisse. Le « case manager » quant à lui change véritablement la place du soignant dans le traitement tout comme la relation patient-soignant en étant un partenaire à part entière dans la vie quotidienne du patient. Enfin, l'Hôpital de Cery, né de l'ère asilaire, est toujours là. Il a évolué en s'intégrant dans le réseau, en s'ouvrant sur la ville et en étant même initiateur d'un programme qui prévient l'hospitalisation (le programme TIPP). Il reste toutefois un pôle important dans le paysage de soins établi et garde sa facette « hors de la vue ». Loin d'une vision de soins unique, la psychiatrie vaudoise est donc riche et plurielle.

Ainsi, si l'on esquisse la conception de la maladie, du patient et du mode de prise en charge concernant les personnes souffrant de troubles psychotiques aujourd'hui, on peut relever des soins que l'on cherche à rendre personnalisés, basés sur un lien relationnel avant tout, dans une organisation horizontale et en mode préventif plus que « curatif ». On prône des soins qui s'adaptent aux besoins du patient. On note alors une vision de mobilité et de soins « là où il y

a besoin » dans la vie et le quotidien du patient, sans les imposer mais au contraire en tâchant d'engager le patient. Nous notons toutefois la pluralité des visions présentes aujourd'hui. En effet, il est intéressant de noter que les différents « représentants » des espaces étudiés dans ce mémoire sont pleinement inscrits dans la vision de « l'espace » qu'ils représentent, fonction de valeurs personnelles et de ce qu'ils voient tous les jours sans doute. Ainsi, l'Institut Maïeutique reste inscrit dans une thérapeutique par le groupe et par le milieu institutionnel. Dans le domaine ambulatoire, il y a une tendance à finalement ramener le patient vers la consultation usuelle. Le soignant mobile se veut lui véritablement mobile. Enfin, l'Hôpital de Cery recherche, dans son agrandissement en cours, la valeur refuge qu'il a perdue du fait des courts séjours obligés. Les visions sont donc multiples mais se retrouvent sur un point commun : il faut un peu de tous ces soins et espaces pour suivre le patient dans toutes les étapes de son rétablissement.

La psychiatrie publique a aussi toujours été une question des budgets attribués, et ce depuis l'ère asilaire (voir Secrétan, 1973). Des investissements ont été faits dans le déploiement des équipes de psychiatrie mobiles et des soins communautaires mais ils sont bien en deçà des financements attribués aux infrastructures hospitalières. Or, nous voulons relever l'influence de la lourdeur des structures et des infrastructures dans l'évolution des soins psychiatriques, qui participe d'une inertie certaine (Rilliet, entretien 2015). En effet, la structure d'une organisation ou les infrastructures « en murs » sont des éléments qu'on ne change pas du jour au lendemain. Aussi, Cery est un pilier de la psychiatrie vaudoise et s'affiche comme tel dans son agrandissement en cours. A ce propos, et concernant le programme TIPP, un élément n'a pas encore été introduit dans notre étude mais marque un autre héritage structurel : celui de voir la psychiatrie de l'adolescent comprise dans une autre section que la psychiatrie adulte. Elle est en effet faite de son organisation, de ses ressources, de ses visions de soins et de ses espaces propres (Holzer, entretien 2015). Un projet de mise en commun de ces deux structures pour intervenir sur les psychoses dès l'adolescence (période où peuvent apparaître les premiers symptômes) est alors en discussion (Conus, Holzer, entretiens 2015). Aussi, en vertu de notre mise en lumière de l'historique d'une psychiatrie, n'oublions pas que ce que l'on construit aujourd'hui forme la psychiatrie de demain.

Une limite est à noter dans ce travail de recherche : il est fortement orienté sur le dispositif institutionnel du Département de psychiatrie du CHUV, et plus précisément encore sur ses espaces hospitaliers et ambulatoires. Toutefois, une certaine logique s'y attache dans une démarche où nous avons dû « débroussailler » ce qui constitue le paysage de santé mentale lausannois et où il s'agissait avant tout d'identifier les acteurs principaux. Dans tous les cas, sur cette base, il serait dès lors intéressant de mieux mettre en évidence le rôle et la place des espaces privés et associatifs, comme de développer par exemple les problématiques du logement et de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques. Enfin, notre approche top-down est loin de la considération de comment les patients expérimentent ce paysage de soins et nous nous réjouissons des liens qui pourront être faits avec le projet de recherche du Fonds National Suisse en cours.

En point final, nous aimerions rappeler que l'interdisciplinarité dans cette étude a pour vocation de mettre en lumière les liens entre visions et espaces de soins dans la formation du paysage de santé mentale qui participe de l'intégration ou au contraire de l'exclusion de la population concernée. Par notre approche critique, nous relevons aussi ce que la géographie de la santé mentale peut apporter en matière de politiques institutionnelles aux conséquences humaines vitales (Dear, 2000; Dear & Wolch, 1987; Philo, 2005; Philo & Wolch, 2001). De fait, nous pensons aussi avoir contribué à mieux définir la réalité d'une organisation des espaces de soins en réseau pour enrichir la littérature scientifique dans ce domaine.

Sixième partie

BIBLIOGRAPHIE

9. BIBLIOGRAPHIE

- Alanen, Y., Lehtinen, K., Rääkköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363-372.
- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.-P., Maroy, C., Ruquoy, D., & de Saint-Georges, P. (1995). *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris: A. Colin.
- Antille, J., & Resplendino, C. (2013). *Filière d'accompagnement et d'hébergement psychiatrique*. Retrieved from
- Basterrechea, L., Kasion, J.-M., & Guex, P. (2011). Une gouvernance collégiale et pluridisciplinaire du changement *Pour une psychiatrie scientifique et humaniste : l'école lausannoise* (pp. 321-334). Chêne-Bourg: Georg.
- Baumann, P. S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., . . . Conus, P. (2013). Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP-Lausanne): implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early intervention in psychiatry*, 7(3), 322-328.
- Bonsack, C., Adam, L., Haefliger, T., Besson, J., & Conus, P. (2005). Difficult-to-engage patients: a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting. *Canadian journal of psychiatry*, 50(13), 845.
- Bonsack, C., Ferrari, P., Gibellini, S., Gebel, S., Jaunin, P., Besse, C., & Morandi, S. (2013). Le case management de transition: assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique. *ARCOS*, 8.
- Bonsack, C., Haefliger, T., Cordier, S., & Conus, P. (2004). Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Revue médicale de la Suisse romande*, 124(4), 225-229.
- Bonsack, C., Holzer, L., Stancu, I., Baier, V., Charbon, Y., Koch, N., . . . Morandi, S. (2011). Les équipes mobiles de psychiatrie et les soins proches des lieux de vie des patients *Pour une psychiatrie scientifique et humaniste : l'école lausannoise* (pp. 31-46). Chêne-Bourg: Georg.
- Bonsack, C., Koch, N., Holzer, L., Baier, V., Stancu, I., Samita, M., & Charbon, Y. (2008). Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie: l'expérience lausannoise. *Revue médicale suisse*, 4(171).
- Bonsack, C., Pfister, T., & Conus, P. (2006). Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *L'Encéphale*, 32(5), 679-685.
- Bonvin, E., Basterrechea, L., & Guex, P. (2009). Psychiatrie sous double contrainte, enjeux de la planification en santé mentale. *Revue médicale suisse*, 5(217).
- Burns, T. (2014). Community psychiatry's achievements. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 23(04), 337-344.
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rössler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*.
- Politique de santé mentale : plan d'actions 2007-2012, (2008).
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89.
- Charre, J. (2000). Quantitatif, qualitatif et informel en information géographique. *Espace géographique*, 29(3), 273-278. Retrieved from http://www.persee.fr/doc/spgeo_0046-2497_2000_num_29_3_2016?#spgeo_0046-2497_2000_num_29_3_T1_0276_0000
- CHUV. (2012). Les hospices cantonaux. Retrieved from http://www.chuv.ch/chuv_home/le-chuv-en-bref/chuv-historique-1/chuv-enbref-historique-2.htm
- Clifford, N. J., & Valentine, G. (2003). *Key methods in geography*. London [etc.]: Sage.
- Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., & Mousques, J. (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions d'économie de la santé*, 145.

- Conus, P. (2011). La chaîne des soins dans le Département de Psychiatrie du CHUV *Pour une psychiatrie scientifique et humaniste : l'école lausannoise* (pp. 17-30). Chêne-Bourg: Georg.
- Conus, P., & Bonsack, C. (2004). Intervention précoce dans la phase initiale des troubles psychotiques à Lausanne: quels problèmes et quelles solutions?: La réhabilitation psychosociale des patients souffrant de troubles psychiques majeurs. *Revue médicale de la Suisse romande*, 124(4), 221-224.
- Conus, P., Bonsack, C., Gommeret, E., & Philippoz, R. (2001). Le Soutien psychiatrique Intensif dans le Milieu (SIM) à Lausanne: un projet pilote. *Revue médicale de la Suisse romande*, 121(6), 475-481.
- Conus, P., Polari, A., & Bonsack, C. (2010). Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques: objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. *L'information psychiatrique*, 86(2), 145-151.
- Curtis, S., Gesler, W., Fabian, K., Francis, S., & Priebe, S. (2007). Therapeutic landscapes in hospital design: a qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatient unit. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 25(4), 591-610.
- Curtis, S., Gesler, W., Priebe, S., & Francis, S. (2009). New spaces of inpatient care for people with mental illness: A complex 'rebirth' of the clinic? *Health & Place*, 15(1), 340-348.
- de Rham, M. (2006). *Etude de cas et rapport d'évaluation de la filière de soins coordonnée Diabaide*. (DESS), UNIL, Lausanne. Retrieved from <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/MemoireDeRham.pdf>
- Dear, M. (2000). Asylum and post-asylum geographies after twenty-five years. *Health & Place*, 6(3), 257-259.
- Dear, M., & Wolch, J. (1987). *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness* : Princeton University Press.
- Dixon, L. (2000). Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatric Services*.
- DSAS. (2012). *Plan d'action en dix objectifs pour la santé mentale, Canton de Neuchâtel*. Retrieved from <http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Documents/PlanSantementaleNE.pdf>
- Dugravier, R., Legge, A., & Millieux, M. (2009). Les bases du développement de la psychologie communautaire en Europe. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 39-47. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2008.03.001>
- Farine, A. (2003). Yverdon-les-Bains : La psychiatrie moderne au cœur de la cité. *La Gazette*, pp. 4-5. Consulté sur <http://www.vd.ch/uploads/media/Gazette-136-W-09-07-2003.pdf>
- Favre, C., Spagnoli, D., & Pomini, V. (2014). Dispositif de soutien à l'emploi pour patients psychiatriques: évaluation rétrospective. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie = Archives suisses de neurologie et de psychiatrie = Swiss archives of neurology and psychiatry*, vol. 165, no. 7, pp. 258-264.
- Ferrari, P., Robert, A., Golay, P., McCormick, M., Bangerter, G., Gobet, P., . . . Bonsack, C. (2015). *Se rétablir d'un trouble psychiatrique : Favoriser la transition vers l'hébergement au sortir de l'hôpital*. Retrieved from https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2015/12/publication_10_se_retablir_dun_trouble_psychiatrique_0.pdf
- Fondation de Nant. (2016). Un peu d'histoire. Retrieved from <http://www.nant.ch/qui-sommes-nous/l-histoire-de-la-fondation-de-nant.html>
- Fussinger, C. (2010). Eléments pour une histoire de la communauté thérapeutique dans la psychiatrie occidentale de la seconde moitié du 20e siècle. *Gesnerus*, 67(2), 217-240.
- Garcia-Gonzalez de Ara, C., & Bonsack, C. (2015). Stigmatisation et logement. *Swiss archives of neurology and psychiatry*, 166(1), 17-22.
- Gommeret, E., Philippoz, R., Bonsack, C., & Conus, P. (2001). Les soins intensifs dans le milieu : un challenge pour la psychiatrie lausannoise. *L'Ecrit*, 36, 1-7.
- GRAAP. (2016). Lausanne et sa région. Retrieved from <http://fondation.graap.ch/qui-sommes-nous/ou-nous-trouver/lausanne-et-sa-region.html>

- Grasset, F., Orita, A., Veillon, H., & Cucchia, A.-T. (2004). Origine et évolution de la réhabilitation psychosociale au Xème siècle. *Revue médicale de la Suisse romande*, 124(4), 183-186.
- Grasset, F., Spagnoli, D., Orita, A., Veillon, H., & Cucchia, A.-T. (2004). La réhabilitation psychosociale à l'aube du XXIème siècle. I: Principes, population cible et pathologie en cause: La réhabilitation psychosociale des patients souffrant de troubles psychiques majeurs. *Revue médicale de la Suisse romande*, 124(4), 187-191.
- Guex, P., Gasser, J., & Favrod, J. (2011). *Pour une psychiatrie scientifique et humaniste : l'école lausannoise*. Chêne-Bourg: Georg.
- Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire: thèses pour une psychiatrie des ensembles* : Éditions du Seuil.
- Hochmann, J. (2015). *Les antipsychiatries: une histoire* : Odile Jacob.
- Hospices cantonaux - Faculté de médecine. (2002). *Plan stratégique de développement 2002*. Retrieved from
- Jones, J. (1996). Community-based mental health care in Italy: are there lessons for Britain? *Health & Place*, 2(2), 125-128.
- Jones, J. (2000). Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950: a cross-national comparative study. *Health & Place*, 6(3), 171-187.
- Journées de la schizophrénie. (s.d.). La maladie. Retrieved from <http://www.info-schizophrenie.ch/a-propos/>
- Kingdon, D. (1994). Making care programming work. *Advances in Psychiatric Treatment*, 1(2), 41-46.
- Labasse, J. (1980). *L'hôpital et la ville: géographie hospitalière* (Vol. 1397): Editions Hermann.
- Lecomte, Y. (1988). Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie). *Santé mentale au Québec*, 13(1), 34-47.
- Lefèvre, N. (s.d.). *L'entretien comme méthode de recherche*. Retrieved from http://staps.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf
- Mackler, D. (2011). Open dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis.
- Marion-Veyron, R., Mebdouhi, N., Baumann, P. S., Thonney, J., Crespi, S., & Conus, P. (2013). Les premiers épisodes psychotiques: de l'importance du case management. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 41-51.
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 305.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156.
- Metais, S. (s.d.). ASILE, psychiatrie *Encyclopædia Universalis*
- Molodynski, A., & Burns, T. (2008). The organization of psychiatric services. *Medicine*, 36(8), 388-390.
- Monney, C. (2011). Psychiatrie sociale, survol historique. *Actualité Sociale*, 33, 9-11.
- Moon, G. (2000). Risk and protection: the discourse of confinement in contemporary mental health policy. *Health & Place*, 6(3), 239-250.
- Morandi, S. (2014). Place de la stigmatisation dans la contrainte en psychiatrie: l'exemple des mesures ambulatoires. *Swiss archives of neurology and psychiatry*, 165(7), 249-253.
- Morandi, S., & Bonsack, C. (2011). Engager dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie par un suivi intensif dans le milieu (SIM). *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 162(7), 278-283.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 37-74.
- Müller, C. (1982). *Les institutions psychiatriques: possibilités et limites* : Springer-Verlag.
- Müller, C. (1997). *De l'asile au centre psychosocial : esquisse d'une histoire de la psychiatrie suisse*. Lausanne: Lausanne : Ed. Payot.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Retrieved from Genève:
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* : Armand Colin.

- Parr, H. (2008). *Mental Health and Social Space: Towards Inclusionary Geographies?* Oxford, UK: Blackwell publishing Ltd.
- Petitjean, F., & Leguay, D. (2002). *Sectorisation psychiatrique: évolution et perspectives*. Paper presented at the Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Philo, C. (2005). The geography of mental health: an established field? *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 585-591.
- Philo, C., & Wolch, J. (2001). The 'three waves' of research in mental health geography: a review and critical commentary. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 10(04), 230-244.
- Piel, E., & Roelandt, J.-L. (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale. *VST-Vie sociale et traitements*(4), 9-32.
- 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.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2007). *Manuel de recherche en sciences sociales* (3e éd. ed.). Paris: Dunod.
- Rabinow, P. (1989a). *French Modern: Norms and Forms of the Social Environment* : MIT Press.
- Rabinow, P. (1989b). Governing Morocco: modernity and difference. *International Journal of Urban and Regional Research*, 13(1), 32-46.
- Rollo, F. (2011). Psychiatrie sociale. *Actualité Sociale*, 33, 9.
- Saraceno, B., & Zullino, D. (2013). Santé mentale et santé publique: un lien incontournable. *Rev Med Suisse*, 9, 1661-1663.
- Sassolas, M. (1981). La Baïsse: Une communauté thérapeutique pour psychotiques. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 143-160.
- Sassolas, M. (2010). Pour quelle psychiatrie militer? *Sud/Nord*(1), 139-149.
- Sassolas, M. (2015). Drôle de synthèse. *Pratiques en santé mentale*, 61(1), 74-79.
- Science Europe Scientific Committee for the Humanities. (2015). *Radical Innovation: Humanities Research Crossing Knowledge Boundaries and Fostering Deep Change*. Retrieved from
- Secrétan, C. (1973). *L'Hôpital de Cery : 1873-1973*. Lausanne: Lausanne : Payot.
- Simon, A. E., Theodoridou, A., Schimmelmann, B., Schneider, R., & Conus, P. (2012). The Swiss Early Psychosis Project SWEPP: a national network. *Early intervention in psychiatry*, 6(1), 106-111.
- Smyth, F. (2005). Medical geography: therapeutic places, spaces and networks. *Progress in Human Geography*, 29(4), 488-495.
- Söderström, D. (2006). Quand nous aurons épuisé les ressources du concept de secteur, nous pourrions l'oublier et le laisser à l'histoire. *Institutions psychiatriques du canton de Vaud, rapport 2005*.
- Söderström, D., Jungo, S., Pedrozo, S., Söderström, O., & Conus, P. (2013). Densité urbaine et psychose – est-ce que vivre en ville rend schizophrène ? *Rev Med Suisse*, 9, 1682-1686.
- Söderström, O. (2013). What Traveling Urban Types Do: Postcolonial Modernization in Two Globalizing Cities *Critical Mobilities* (Vol. 2, pp. 1-16): Taylor & Francis.
- Spandler, H. (2009). Spaces of psychiatric contention: A case study of a therapeutic community. *Health & Place*, 15(3), 672-678.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392.
- Talbott, J. (1987). The chronic mentally ill: What do we know and why aren't we implementing what we know. *The chronic mental patient*, 2, 1-29.
- Vitores, A. (2002). From hospital to community: case management and the virtualization of institutions. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*(1), 179-184.
- Weisbrod, B. A., Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment: II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 400-405.
- 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.
- Yanos, P. T. (2007). Beyond "Landscapes of Despair": the need for new research on the urban environment, sprawl, and the community integration of persons with severe mental illness. *Health & Place*, 13(3), 672-676.