

Reconquérir la ville après un épisode psychotique : pratiques, espaces et temporalités

Thèse présentée à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Neuchâtel

Institut de Géographie

Université de Neuchâtel

Pour l'obtention du grade de docteur ès sciences humaines et sociales

Zoé Codeluppi

Soutenu le 18 décembre 2019.

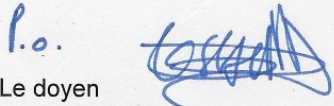
Directeur de thèse: Prof. O. Söderström (UNINE)

Jury: Prof. Philippe Conus (CHUV), Prof. Laurent Matthey (UNIGE)

IMPRIMATUR

La Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Neuchâtel, sur les rapports de M. Ola Söderström, directeur de thèse, professeur, Université de Neuchâtel ; M. Philippe Conus, professeur, Chef du Service de Psychiatrie générale, CHUV et Université de Lausanne ; M. Laurent Matthey, professeur, Département de Géographie, Université de Genève autorise l'impression de la thèse présentée par Mme Zoé Codeluppi en laissant à l'auteur la responsabilité des opinions énoncées.

Neuchâtel, le 18 décembre 2019


Le doyen
Pierre Alain Mariaux

SUMMARY

The aim of this research is to investigate the role of the urban environment in the recovery process of psychosis. I look at the practices, spaces and temporalities of reconquering the city. I focus particularly on young people having recently experienced a first psychotic episode in the city of Lausanne, Switzerland.

This analysis examines recovery from an ecological perspective that considers the city in its systemic dimension as a set of interactions between living beings, and spatially and temporally located milieus. I look at the way the constantly wavering temporal dynamics of psychosis affect people's practices. I show how these temporal dynamics imply various levels of involvement with the urban environment, which translates into the use of specific material, social, sensory and affective resources.

First, my analysis outlines the process of reclaiming urban space while recovering. I highlight the great range and diversity of spaces mobilized by young people in their daily trajectories, which include institutional care spaces such as hospitals, community care centers or outpatient clinics, as well as more informal care settings such as parks or coffee shops.

Second, I draw on the concept of "intensity of engagement" developed by Laurent Thévenot (2006), in order to point out how participants are constantly adjusting their involvement with the material, social, emotional and sensory resources of the environment, according to the frequency and intensity of symptoms. I argue that the temporal recovery dynamics of psychosis involve a short and a long cycle, implying an alternation of practices between withdrawal and reconquest of the urban space.

Third, I develop a broader analysis that touches upon the strategies and tactics developed by people living with a diagnosis of psychosis when facing stressful situations in the city.

In my concluding discussion, I show how the knowledge of practices, temporalities and spatialities of the recovery process provides a new line of thought for care professionals and urban planners, in order to rethink the livability of our cities and the quality of life of their inhabitants.

More generally, this work is part of an interdisciplinary research project between psychiatry and human geography, funded by the Swiss National Research Foundation (SNSF), which aims to better understand the role of the urban environment in the emergence of psychosis.

This analysis has been conducted with patients of an early intervention program for psychotic disorders called TIPP (*Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques*) belonging to the Vaud University Hospital Centre (CHUV). My work is based on an ethnography conducted in a community care service with participants involved in the TIPP program, as well as on go-alongs, interviews and focus groups with another group of patients from the same program.

Keywords: human geography, psychiatry, psychosis, recovery, urban ecology, urban milieu, practices, public space, level of involvement, resources, temporalities, experience-based approach, ethnography, Lausanne.

RÉSUMÉ

Cette recherche porte sur rôle de l'environnement urbain dans le processus de rétablissement de la psychose. Elle explore les pratiques, les espaces et les temporalités du processus de reconquête de la ville chez des jeunes personnes ayant vécu un premier épisode psychotique dans la ville de Lausanne, en Suisse.

Cette analyse examine le rétablissement dans une perspective écologique qui considère la ville dans sa dimension systémique, comme un ensemble d'interactions entre les êtres vivants et les milieux spatialement et temporellement situés. Je propose d'analyser la façon dont le rythme des troubles agit sur les pratiques et sur les formes d'engagement avec l'environnement urbain et la manière dont cela se traduit par la mobilisation de ressources matérielles, sociales, sensorielles et affectives particulières.

Dans un premier temps, mon analyse retrace le processus progressif de reconquête de l'espace urbain au cours du rétablissement. Je mets en évidence la grande variété et diversité d'espaces mobilisés par les jeunes personnes dans leurs trajectoires quotidiennes qui incluent tant des espaces institutionnels de soins comme les hôpitaux ou les centres de consultation que des espaces de soins plus informels comme des parcs urbains ou des cafés.

Dans un deuxième temps, à l'aide du concept "d'intensité d'engagement" développé par Laurent Thévenot (2006), j'examine la façon dont les personnes modulent leur engagement avec les ressources matérielles, sociales, affectives et sensorielles de l'environnement, en fonction du rythme d'apparition et de l'intensité des troubles. Mon analyse montre l'alternance entre les pratiques spatiales de retrait et d'engagement avec l'environnement en fonction de cycles de manifestation des troubles courts ou longs.

Dans un troisième temps, je développe une réflexion plus générale qui porte sur les stratégies et les tactiques développées par les personnes vivant avec un diagnostic de psychose lors de situations de stress en milieu urbain. Je m'intéresse tout particulièrement aux techniques de "mise en confort" de l'environnement qui sont employées dans les pratiques quotidiennes de rétablissement.

Enfin, en guise de conclusion, mon analyse développe quelques pistes de réflexion destinées à la fois aux professionnels de la santé mentale et aux spécialistes de l'aménagement urbain, permettant de repenser l'habitabilité de nos villes et d'améliorer la qualité de vie de ses habitants.

Plus largement, ce travail s'inscrit dans un projet de recherche interdisciplinaire entre la psychiatrie et la géographie humaine, financé par le Fonds national suisse de recherche (FNS), et vise à mieux comprendre le rôle de l'environnement urbain dans l'émergence des troubles de la psychose. Cette analyse a été menée avec des jeunes patients appartenant au programme de traitement et d'intervention précoce dans les troubles psychotiques (TIPP) du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Ce travail se base sur une ethnographie menée dans une institution thérapeutique lausannoise avec des personnes appartenant au programme TIPP, ainsi que sur des "go-alongs", des entretiens et des "focus groups" avec un autre groupe de patients de ce même programme.

Mots-clés: géographie humaine, psychiatrie, psychose, rétablissement, écologie urbaine, milieu urbain, pratiques, espace public, intensité d'engagement, ressources, temporalités, approche basée sur l'expérience, ethnographie, Lausanne.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
2. ETAT DE LA LITTÉRATURE ET PROBLÉMATIQUE	10
2.1 Introduction	11
2.2 Penser le rapport entre milieu urbain et santé mentale en psychiatrie: les limites de l’approche épidémiologique	12
2.3 La santé mentale en géographie	14
2.3.1 Analyses spatiales de la distribution des cas de schizophrénie	14
2.3.2 La désinstitutionnalisation et les nouveaux paysages de soins	14
2.3.3 Le tournant culturel et le regain d’intérêt pour l’expérience individuelle	16
2.3.4 Une nouvelle conception de la santé mentale	18
2.3.5 Penser le bien-être en géographie	18
2.3.6 Les espaces-temps du rétablissement en géographie de la santé mentale: l’importance accordée aux espaces institutionnels de soins et aux phases de crise	19
2.4 L’apport des sciences sociales pour une meilleure compréhension des pratiques de rétablissement	21
2.4.1 L’importance des espaces publics et du rythme fluctuant des troubles	21
2.4.2 Les apports théoriques de Klausner et Duff	21
2.4.3 La variabilité des pratiques et des temporalités du rétablissement	23
2.4.4 L’apport du concept “d’intensité d’engagement” de Laurent Thévenot dans la compréhension de l’expérience de rétablissement	24
2.5 Structure du travail et questions de recherche	25
3. MÉTHODOLOGIE	28
3.1 Introduction	29
3.2 Les patients du programme TIPP	29
3.3 Présentation des méthodes utilisées dans le cadre de la recherche pour comprendre l’expérience urbaine et les pratiques des participants	30
3.3.1 Les parcours filmés ou “go-alongs” comme moyen d’accéder à l’expérience de la ville au-delà du verbal	30
3.3.2 Les sessions de “video elicitation” comme moyen de susciter la narration de l’expérience de la ville	32
3.3.3 Les entretiens et les “go-alongs” non-filmés comme matériel d’analyse complémentaire	34
3.3.4 Dialogue interdisciplinaire : l’interprétation lab et triangulation des méthodes	36
3.3.5 L’apport d’une perspective ethnographique dans la compréhension des expériences et des pratiques des jeunes personnes souffrant de psychose	36
3.3.6 Mon positionnement et mon rôle de chercheuse au coeur d’un terrain ethnographique sensible	38
3.3.7 Le processus de récolte, de traitement et d’analyse des données ethnographiques	41
3.3.8 Les limites méthodologiques de la démarche ethnographique	42
3.3.9 Conclusion du chapitre	43

4. LE RÔLE DES ESPACES DE SOINS DANS LES TRAJECTOIRES DE RÉTABLISSEMENT DES JEUNES SCHIZOPHRÈNES	45
4.1 Introduction du chapitre	46
4.2 Article 1: Entre le plein et le vide: les espaces-temps quotidiens des jeunes patients souffrant de troubles psychotiques en milieu urbain	48
4.2.1 Résumés	48
4.2.2 Introduction	49
4.2.3 Etat de l’art	50
4.2.3.1 Environnement et psychose en géographie de la santé mentale	50
4.2.3.2. L’espace-temps du rétablissement en sciences sociales	51
4.2.4 Méthodologie	52
4.2.5 Résultats	53
4.2.5.1 Une constellation d’espaces de rétablissement	53
4.2.5.2 L’espace institutionnel	54
4.2.5.3 L’espace urbain	54
4.2.5.4 Une hypersensibilité à l’environnement	55
4.2.5.5 Les espaces du “vide” et les espaces du “plein”: des régulateurs de symptômes	55
4.2.6 Discussion	58
4.2.7 Remerciements	58
5. CARACTÉRISER LA RELATION DES PARTICIPANTS AVEC LEUR ENVIRONNEMENT URBAIN: L’APPORT DU CONCEPT D’INTENSITÉ D’ENGAGEMENT DE LAURENT THÉVENOT	59
5.1 Introduction du chapitre	60
5.2 Article 2: Du retrait à la reconquête: pratiquer la ville après un épisode psychotique	61
5.2.1 Résumé	61
5.2.2 Introduction	61
5.2.3 Schizophrénie et milieu urbain	63
5.2.3.1 Analyses spatiales en géographie de la santé mentale	64
5.2.3.2 Pratiques urbaines et temporalités de la psychose en sciences sociales	65
5.2.3.3 L’intensité d’engagement de Laurent Thévenot	65
5.2.4 Méthodologie	66
5.2.5 Résultats	67
5.2.5.1 Temporalités des troubles psychotiques	68
5.2.5.2 Du retrait à la reconquête urbaine	69
5.2.5.3 Un retrait de l’environnement	69
5.2.5.4 Une mobilisation de ressources matérielles, sociales et sensorielles familières	71
5.2.5.5 Un engagement limité avec l’environnement	74
5.2.5.6 Une reconquête de l’espace urbain	75
5.2.5.7 Une mobilisation de ressources matérielles, sociales et sensorielles inédites	76
5.2.5.8 Une intensification des rapports à l’environnement	79
5.2.6 L’espace public urbain comme ressource thérapeutique	80
5.2.7 Disponibilité des données	82
5.2.8 Remerciements	82
6. LA GESTION DU STRESS DES JEUNES SCHIZOPHRÈNES EN MILIEU URBAIN	83

6.1 Introduction du chapitre	84
6.2 Article 3: Emplacing recovery: how persons diagnosed with psychosis handle stress in cities	85
6.2.1 Résumé	85
6.2.2. Introduction	85
6.2.3 Method	86
6.2.3.1 Design	86
6.3.2.2 Recruitment	87
6.2.4 Results	87
6.2.4.1 Programming and regulating trajectories of mobility	87
6.2.4.2 Creating bubbles of isolation	88
6.2.4.3 Creating atmospheres of comfort	89
6.2.5 Limitations	89
6.2.6 Discussion	90
6.2.7 Acknowledgements	91
7. CONCLUSIONS GÉNÉRALES	92
7.1 Les principaux résultats	93
7.2 Les limites du travail et les perspectives de recherche	98
7.3 Les pistes d'action thérapeutiques et les politiques urbaines de prévention	100
7.3.1 Intégrer l'espace urbain aux stratégies thérapeutiques de la psychose	100
7.3.2 Pour une planification de la santé mentale en ville	100
7.3.3 Repenser l'habitabilité de la ville	102
8. BIBLIOGRAPHIE	103
9. ANNEXES	119
Annexe I. Guide d'entretien - go-alongs filmés (avril 2015)	120
Annexe II. Guide d'entretien - parcours commentés (octobre 2015)	123
Annexe III. Synthèse des résultats (go-alongs et parcours commentés)	127
Annexe IV. Synthèse lieux de confort (go-alongs filmés et parcours commentés - 21.02.2016)	141
Annexe V. Guide d'entretiens pour les thérapeutes et les patients membres de l'institution thérapeutique (juin 2016- septembre 2016)	150
Annexe VI. Guide pour les focus groups (soignants)	151
Annexe VII. Guide pour les focus groups (patients)	152
Annexe VIII. Axes d'analyses - terrain ethnographique	153
Annexe IX. Publications scientifiques et mémoires en lien avec le projet FNS	154

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Ola Söderström pour son suivi, sa confiance, ses conseils, son écoute ainsi que sa présence tout au long des diverses étapes de mon travail de doctorat.

Je tiens ensuite à exprimer toute ma reconnaissance à l'ensemble de l'équipe du projet FNS, la Dresse. Lilith Abrahamyan-Empson, le Dr. Philipp Baumann, le Dr. Dag Söderström, le Prof. Philippe Conus et le Dr. Philippe Golay, pour le travail de collaboration effectué dans le cadre du projet FNS ainsi que pour leurs nombreux conseils et retours critiques qui m'ont permis d'enrichir et de faire évoluer mon travail.

Ce travail n'aurait pu être réalisé sans l'ensemble des patients et des soignants qui ont pris part à mon terrain. Je remercie l'ensemble des membres de l'institution thérapeutique qui ont pris part à mon ethnographie pour leur accueil, leur disponibilité et pour leurs feedbacks tout au long de mon terrain. Je remercie également l'équipe des case managers du programme TIPP pour leur accueil et leur disponibilité. Au-delà de leur implication importante dans le projet FNS, les case managers m'ont permis d'établir un premier contact avec le milieu de la psychiatrie lausannoise et d'en comprendre le fonctionnement.

Ma thèse est aussi le résultat de nombreux échanges et de discussions avec des équipes de recherches internationales. J'exprime à cet effet toute ma gratitude à la Prof. Hester Parr et au Prof. Christopher Philo de l'Université de Glasgow pour leur accueil dans le cadre de mon séjour scientifique et pour leur suivi dans la rédaction des premiers chapitres de mon travail de doctorat. J'exprime également toute ma reconnaissance à mes collègues de Berlin et en particulier au doctorant Patrick Bieler, à la Dresse. Martina Klausner, à la Dresse. Milena Bister ainsi qu'au Prof. Jörg Niewöhner, qui grâce aux nombreux échanges m'ont permis faire progresser ma réflexion.

Je tiens également à remercier l'ensemble de mes collègues et amis de l'Institut de Géographie de l'Université de Neuchâtel pour leur accueil, pour leurs conseils et pour leur présence tout au long de mon travail de doctorat. Je remercie également Céline Chevalley, Nicole Jeandupeux ainsi que Léonard Schneider pour leur précieuse collaboration dans le cadre du projet FNS et de mon travail de doctorat.

Enfin, je remercie ma famille, tous mes amis ainsi que mon compagnon pour leur soutien et pour leurs encouragements durant ces années de doctorat. Je tiens également à exprimer toute ma reconnaissance à mes collègues du Rectorat de l'Université de Genève pour leur bienveillance et leur soutien dans la phase clôture de mon travail.

1. INTRODUCTION

Mon travail de thèse s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche interdisciplinaire financé par le Fonds National Suisse de Recherche (FNS), qui vise à mieux comprendre le rôle de l'environnement urbain dans l'émergence des troubles de la psychose¹. Initié en octobre 2014, ce projet est le fruit d'une collaboration entre l'Institut de géographie de l'Université de Neuchâtel et le Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Cette recherche est menée conjointement avec le programme de traitement et d'intervention précoce de la psychose (TIPP)². Ce programme clinique et de recherche se focalise sur la phase précoce des troubles de la psychose et il a déjà traité plus de 400 patients depuis sa mise en place en 2004.

L'objectif central du projet est d'apporter une meilleure compréhension de la relation entre environnement urbain et psychose. Il s'agit plus précisément de saisir le rôle du milieu urbain dans l'émergence de la psychose. La littérature s'accorde sur l'origine multifactorielle des troubles de la psychose résultant de l'interaction entre des facteurs de vulnérabilité physiologiques (génétiques, biologiques et psychologiques) et des facteurs de stress extérieurs aux individus. Parmi ces facteurs, le fait de vivre en ville est considéré comme une source de stress potentielle jouant un rôle dans le déclenchement des troubles de la psychose. Malgré un récent regain d'intérêt de la littérature pour l'étude des facteurs environnementaux dans le développement de la psychose, les mécanismes sous-jacents à cette relation demeurent actuellement encore relativement obscurs. Afin de mieux comprendre le rapport entre environnement urbain et psychose, le projet propose de dépasser une approche strictement épidémiologique, au profit d'une perspective centrée sur l'expérience urbaine des personnes souffrant de troubles de la psychose. À cet effet, ce travail s'inscrit dans une démarche interdisciplinaire qui associe psychiatrie et géographie humaine. Une telle démarche permet en effet de changer d'échelle et de perspective et d'apporter une nouvelle lecture du rapport entre ville et psychose. À travers l'analyse des trajectoires biographiques et des expériences de l'espace urbain par ses usagers, il s'agit d'apporter de nouvelles pistes de réflexion susceptibles de faire progresser la compréhension de l'influence du milieu urbain dans l'émergence de la psychose³. Dans le cadre de ce projet, mon rôle a été double. Sous la supervision du Professeur Söderström, je me suis occupée de la coordination de l'équipe de recherche qui impliquait la prise de contacts, le suivi et la supervision des tâches attribuées aux différents collaborateurs, afin de respecter les délais fixés par la feuille de route du projet. Tout au long du projet, j'ai ainsi travaillé avec l'équipe de recherche interdisciplinaire composée de géographes, de psychiatres et d'ethnométhodologues⁴.

J'ai également été en charge de la préparation, de la gestion et de la coordination du travail de terrain de ce projet qui impliquait les patients du programme TIPP, le personnel médical et les chercheurs. Ma mission consistait à mener et à superviser les phases de récolte et de traitement des données. J'ai aussi effectué une partie des analyses qui étaient ensuite retravaillées dans le cadre des séances interdisciplinaires. Ces tâches ont impliqué une étroite collaboration avec les psychiatres ainsi qu'avec

¹ La psychose est un trouble mental qui se caractérise par une perte de contact avec la réalité. Il existe différents troubles psychotiques, dont la schizophrénie ou le trouble bipolaire par exemple. Dans le cadre de cette étude, seuls sont inclus les jeunes gens vivant un diagnostic de schizophrénie. Ce trouble se traduit par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage et du comportement.

² Pour plus de détails concernant cette recherche, se référer à la requête du projet FNS intitulée "Understanding the relations between psychosis and urban milieus: an experience-based approach", élaborée par le Prof. Söderström et le Prof. Philippe Conus (version d'octobre 2013).

³ La question de recherche générale du projet FNS est la suivante : How, when and where is a sense of stress or protection occasioned in young psychotic patients' experience of urban milieus? Celle-ci sera discutée plus en détails dans le chapitre 1 de ce travail.

⁴ L'équipe de recherche est composée du Prof. Ola Söderström (professeur de géographie humaine à l'Université de Neuchâtel et directeur de l'Institut de géographie), du Prof. Philippe Conus (chef de Service du Service de Psychiatrie générale et adjoint au chef du Département de Psychiatrie), du Dr. Dag Söderström (psychiatre privé pratiquant à Vevey, co-fondateur et président de la branche suisse de la Société Internationale des approches psychologiques et sociales de la psychose (ISPS) de 2007 à 2014); du Dr. Philipp S. Baumann, (responsable du programme TIPP, Service de Psychiatrie Générale); de la Dresse Lilith Abrahamyan-Empson (cheffe de clinique de Cery), du Dr. Philippe Golay (Psychologue et Chef de projets de recherche, Section de Psychiatrie sociale & Service de Psychiatrie générale). Les deux ethnométhodologues ayant travaillé avec l'équipe sont la Dr. Sara Merlino (post-doctorante en linguistique de l'Université de Bâle) et la Prof. Lorenza Mondada (professeure en littérature et linguistique française, à l'Université de Bâle).

les case managers⁵ du programme TIPP. Ces différentes phases ont impliqué en amont un travail important de coordination et d'organisation auprès des patients et des case managers qui a été pris en charge par mes collègues du CHUV, la Docteure Lilith Abrahamyan-Empson, le Docteur Philipp Baumann et le Professeur Philippe Conus.

En outre, ma présence régulière dans le cadre de diverses réunions hebdomadaires du programme TIPP avec les case managers, les psychologues et les psychiatres a permis de faciliter le travail de collaboration entre psychiatres et géographes, garantissant ainsi le bon déroulement de la démarche interdisciplinaire.

Ce travail de coordination était essentiel, puisque les cultures de recherche en géographie humaine et en psychiatrie sont très différentes, en termes épistémologiques et méthodologiques. Toutefois, elles sont unies par les mêmes objectifs de recherche qui ont été discutés régulièrement lors des réunions interdisciplinaires. La géographie humaine contribue à élargir la compréhension des pratiques des jeunes personnes schizophrènes, en-dehors des espaces institutionnels de soins. De façon complémentaire, la recherche en psychiatrie permet d'apporter une expertise médicale au sujet des diagnostics, du traitement, de l'évaluation et du recrutement des patients. Le rôle des psychiatres est en outre crucial pour pouvoir identifier et dissocier les facteurs psychopathologiques, propres aux troubles de la psychose, des facteurs de stress du milieu urbain ayant un impact potentiel sur le développement de la psychose chez les jeunes patients.

Le questionnement développé dans le cadre de mon travail de doctorat s'inscrit de façon complémentaire à la réflexion plus générale du projet FNS. Alors que ce dernier vise à identifier les facteurs de stress et de confort présents dans l'environnement urbain et la façon dont ils se combinent dans les trajectoires urbaines quotidiennes des patients, mon travail de doctorat se focalise plus particulièrement sur le processus de rétablissement des personnes vivant avec un diagnostic de psychose. Cette dimension n'a en effet pas été traitée dans le cadre du projet FNS. L'enjeu principal de mon étude est de montrer que l'environnement urbain joue également un rôle essentiel dans le rétablissement des personnes souffrant de troubles de la psychose. Le milieu urbain n'est en effet pas uniquement source de stress, il contribue également au bien-être des personnes et à leur rétablissement. La notion de rétablissement qui sera détaillée plus loin dans le travail, désigne un processus temporaire ou plus durable d'amélioration du bien-être psychique, physique et social des personnes souffrant des troubles de la psychose (Rowling, 2016; Bjornestad et al., 2019). Cette définition considère la capacité des personnes à mener une vie quotidienne convenable et de qualité, en dépit de la manifestation des troubles qui agit non seulement sur leur état physique et psychique mais également sur leur fonctionnement social (Bjornestad et al., 2019).

Il s'agit donc de tenir compte des dimensions sociales et sociétales du rétablissement qui ne peuvent être réduites au traitement de troubles ou de symptômes et qui nécessitent un travail collectif de sensibilisation et d'éducation à la problématique des troubles psychiques en ville de la part de l'ensemble des usagers. Ceci requiert par ailleurs également une réflexion commune au sujet des ressources urbaines de bien-être.

Dans cette perspective, mon analyse propose d'apporter un regard plus nuancé sur le processus de rétablissement qui s'écarte de la conception qui prévaut actuellement dans la littérature en sciences sociales (Curtis, 2010). La plupart des travaux considère le rétablissement comme un processus linéaire dans le temps et dans l'espace, alors qu'en réalité celui-ci est beaucoup plus nuancé (Klausner, 2015 ; Corin, 2002).

⁵ Les case managers sont les référents thérapeutiques principaux des patients. Ceux-ci sont assistants sociaux, infirmiers ou psychologues de formation. Ils sont responsables de la prise en charge pluridisciplinaire des patients et coordonnent leur suivi avec les différents intervenants. Les case managers sont aussi en première ligne dans le traitement, tout en travaillant en équipe avec les psychiatres (Conus et al., 2010).

Je montre que le rythme de rétablissement suit une logique cyclique et fluctuante qui agit sur les pratiques des personnes, en particulier sur la manière dont celles-ci mobilisent les ressources de l'espace urbain. Je mets ainsi en évidence l'existence d'une interdépendance entre la temporalité et la spatialité du rétablissement et qui est une relation actuellement peu étudiée par la littérature en géographie de la santé mentale et en sciences sociales plus généralement (Klausner, 2015; Codeluppi, 2016). Dans le but de proposer une nouvelle définition du rétablissement, moins réductrice et floue de celle qui prévaut actuellement dans la littérature, j'analyse cela comme un processus actif et dynamique qui implique des formes de mobilisation de l'espace urbain particulières, un engagement plus ou moins intense avec l'environnement, des compétences spatiales et sociales qui définissent les modalités de l'habitabilité de la ville par les personnes ayant vécu un premier épisode psychotique.

Dans cette optique, je montre le rôle central de l'espace urbain du quotidien et en particulier de l'espace public dans le processus de rétablissement des personnes et qui est peu traité par la littérature (Evered, 2016; Codeluppi, 2016). Je mets en évidence la variété de lieux fréquentés par les personnes au cours de leur rétablissement qui ne se réduit pas uniquement aux espaces institutionnels de soins⁶, contrairement à ce que suggère la littérature en sciences sociales (Poirel et al., 2014; Parr, 1998; 1997; Milligan, 2010).

Mon étude contribue ainsi à élargir les réflexions menées en géographie de la santé mentale et en sciences sociales portant sur les pratiques spatiales et sociales de rétablissement de la psychose, à travers une analyse des formes de mobilisation de l'espace urbain des personnes et des compétences qu'elles développent dans leur fréquentation quotidienne de la ville. Ces compétences désignent l'ensemble des savoir-faire déployé par les personnes au cours du rétablissement qui renseignent sur les manières "d'habiter" l'espace et de "faire avec" celui-ci (Lefebvre, 1999; De Certeau, 1990). Mon analyse se focalise en outre sur le cas suisse qui est peu traité dans la littérature et qui ne peut être comparé aux nombreux travaux portant sur les contextes étatsuniens, canadiens, britanniques, australiens ou encore néo-zélandais (Chevalley, 2016). Les conditions sociales, politiques et économiques dans lesquelles ont été développées les programmes et les infrastructures de soins pour les troubles psychiques dans ces autres contextes sont en effet très différentes du paysage de la santé mentale suisse et de son contexte institutionnel.

À cet égard, mon travail développe une écologie urbaine du rétablissement des personnes souffrant des troubles de la psychose. Dans la perspective de l'école de Chicago, l'approche écologique considère la ville dans sa dimension systémique, comme un ensemble d'interactions entre les êtres vivants et leurs milieux spatialement et temporellement situés (Emelianoff, 2000). Mon travail s'inscrit dans cette approche multidimensionnelle et systémique du rétablissement qui considère les interdépendances entre les dimensions temporelles, spatiales et les pratiques des personnes souffrant de troubles de la psychose. Je propose en effet d'examiner la façon dont le rythme des troubles agit sur les pratiques et sur les formes d'engagement avec l'environnement urbain et la manière dont cela se traduit par la mobilisation de ressources matérielles, sociales, sensorielles et affectives particulière (Benetti, 2017). Les dimensions temporelles, spatiales, sociales, affectives et sensorielles du rétablissement co-évoluent de façon interdépendante et doivent par conséquent être analysées en relation les unes avec les autres et non de façon individuelle, comme le suggèrent les travaux actuels sur le rétablissement en sciences sociales (Curtis, 2010).

Mon premier axe d'analyse explore la façon dont les jeunes personnes souffrant de psychose reconquièrent progressivement l'espace urbain au cours de leur rétablissement. Je mets en évidence le

⁶ Les espaces institutionnels de soins regroupent l'ensemble des lieux de soins formels et thérapeutiques fréquentés généralement pendant ou après l'hospitalisation.

rôle des espaces publics dans les trajectoires quotidiennes de rétablissement. Je détaille la façon dont ces personnes se saisissent des ressources matérielles, sociales et sensorielles présentes dans leur vie urbaine quotidienne. Dans cette optique, je souligne le caractère fluctuant et imprévisible de la temporalité des troubles de la psychose et son influence sur les pratiques urbaines des jeunes personnes vivant avec un diagnostic de psychose.

Le deuxième axe de travail approfondit davantage le rapport des participants à l'étude à leur environnement au cours de leurs trajectoires de rétablissement. À l'aide du concept "d'intensité d'engagement" développé par Laurent Thévenot (2006) dans sa sociologie de l'action, je montre que les participants modulent leur engagement avec les ressources matérielles, sociales et sensorielles de l'environnement, en fonction du rythme d'apparition et de l'intensité des troubles. Je mets en évidence l'alternance entre les pratiques spatiales de retrait et d'engagement avec l'environnement en fonction de cycles de manifestation des symptômes. Enfin, le troisième axe de travail est consacré à une réflexion plus générale portant sur les stratégies et les tactiques développées par les personnes vivant avec un diagnostic de psychose lors de situations de stress en milieu urbain. Il s'intéresse tout particulièrement aux techniques de "mise en confort" de l'environnement qui sont employées dans les pratiques quotidiennes de rétablissement.

Au-delà de son apport scientifique à la géographie de la santé mentale, mon travail de doctorat possède des implications thérapeutiques, politiques et sociales concrètes.

Actuellement, la santé mentale constitue en effet un enjeu majeur de santé publique qui requiert de réfléchir à des solutions pratiques et à des pistes d'actions destinées aux politiques et aux professionnels de la santé. Dans cette perspective, mon étude contribue également aux réflexions menées par les professionnels de la santé mentale en matière de stratégies thérapeutiques en milieu urbain pour les personnes souffrant de troubles de la psychose (Baumann et al., 2019). Ces réflexions qui s'inscrivent dans le cadre des politiques de la santé mentale permettent de mettre davantage en évidence le potentiel thérapeutique de l'espace urbain dans les trajectoires de rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques.

Mon travail contribue également aux réflexions en matière d'aménagement urbain et il montre la nécessité de lier davantage les problématiques de santé mentale à celles des politiques de développement urbain. En effet, un engagement concerté de l'ensemble des acteurs de la société participerait à améliorer la qualité de vie des habitants.

Enfin, mon analyse montre la façon dont les pratiques et les compétences identifiées chez les personnes souffrant de troubles de la psychose, nous renseignent plus largement sur nos propres formes et sur nos techniques d'appropriation de l'espace urbain au cours de notre vie et participent à interroger l'habitabilité de nos villes et à repenser les façons de concevoir le milieu urbain et en particulier l'espace public urbain, en impliquant davantage les usagers.

Ce travail est structuré en six chapitres. Le premier chapitre introduit la problématique générale de ma thèse. Je présente d'abord les trois questions de recherche guidant l'ensemble de mon analyse. Dans un deuxième temps, j'explicité la façon dont ma thèse s'articule de façon complémentaire avec la réflexion plus large menée dans le cadre du projet FNS. Le deuxième chapitre détaille les différentes méthodes employées dans ce travail. Les chapitres quatre, cinq et six sont consacrés à la présentation des trois articles scientifiques autour desquels s'articulent ma thèse et qui correspondent aux trois axes de recherche définis plus haut. Le chapitre quatre porte sur les espaces de soins dans les trajectoires de rétablissement des jeunes patients souffrant de troubles de la psychose. Le chapitre cinq traite de l'intensité d'engagement des participants avec leur environnement. Le chapitre six porte sur les stratégies et les tactiques développées par des participants dans les situations urbaines vécues comme stressantes.

Enfin, dans la section conclusive de ce travail, j'aborde les principales limites de mon étude et je propose une série de pistes de réflexions susceptibles d'être approfondies dans des recherches ultérieures.

2. ETAT DE LA LITTÉRATURE ET PROBLÉMATIQUE

2.1 Introduction

Dans le cadre de ce chapitre, je dresse tout d'abord un état général de la recherche en psychiatrie, puis en géographie en montrant la façon dont cette littérature traite de la relation entre environnement urbain et psychose. Je montre que malgré les divers travaux en psychiatrie qui depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle attestent du rôle de l'environnement urbain et de la densité de population dans le développement de la psychose, la nature de la relation entre environnement urbain et psychose et des mécanismes impliqués demeurent encore actuellement peu clairs. Dans cette optique, cette revue de la littérature met en évidence l'apport d'une approche intégrant l'expérience quotidienne des personnes vivant avec un diagnostic de psychose pour une meilleure compréhension de la relation entre environnement urbain et psychose. Cette approche se distingue d'approches épidémiologiques centrées sur la corrélation entre des éléments matériels et sociaux de l'environnement et le développement de troubles psychotiques en analysant comment les personnes vivant avec un diagnostic de psychose⁷ "rencontrent" les divers aspects de la vie en milieu urbain (bruit, interaction sociale, sentiment d'attachement à un lieu) (Söderström et al., 2015). Ainsi, après avoir exposé les limites d'une approche épidémiologique en psychiatrie, je montre la façon dont la littérature en géographie permet de pallier ces lacunes pour mieux saisir les facteurs en milieu urbain pouvant déclencher des troubles. Je mets en exergue l'apport de cette littérature dans la compréhension de l'expérience urbaine du point de vue des personnes en souffrance psychique et dans la façon dont les facteurs urbains de stress se combinent dans leurs trajectoires quotidiennes et qui constituent des dimensions peu étudiées en psychiatrie. Dans un deuxième temps, je m'intéresse plus spécifiquement à l'expérience de confort et de bien-être des jeunes personnes en souffrance psychique en milieu urbain. Après avoir situé mon travail par rapport aux débats portant sur le rétablissement, je mets en évidence l'évolution de la conception de la santé mentale dans la littérature en géographie de la santé mentale et en sciences sociales plus généralement. En effet, dès les années 2000, la vision d'une "mauvaise" santé mentale s'axant sur la pathologie et les troubles psychiques a laissé place à une conception de la santé mentale qui s'intéresse davantage aux facteurs propices au bien-être des personnes. Cette évolution est en phase avec l'avènement d'une vision positiviste en géographie humaine qui propose un regard optimiste sur le monde (Curtis, 2010). Celui-ci a ainsi largement contribué au développement des travaux portant sur le rétablissement de jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques. Le changement de conception de la santé mentale a donc largement participé au développement de tout un pan de littérature s'axant davantage sur les trajectoires de rétablissement des troubles psychiques.

La troisième partie brosse un état de la littérature des travaux en géographie de la santé mentale portant sur la spatialité et la temporalité dans le rétablissement des personnes souffrant de troubles de la psychose. Je montre que les dimensions spatiales et temporelles du rétablissement ont fait l'objet d'un intérêt très récent de la part des chercheurs en géographie et en sciences sociales plus généralement. Cependant, peu d'analyses précises ont été menées jusqu'à présent, d'une part sur le caractère non linéaire et fluctuant de la temporalité des troubles au cours du rétablissement, et d'autre part sur les pratiques spatiales quotidiennes dans des lieux urbains publics, hors des espaces institutionnels de soins. Ma revue de littérature met en évidence le rôle thérapeutique de l'espace urbain dans les pratiques quotidiennes de rétablissement des individus. La fonction de l'espace urbain dans le rétablissement est en effet encore peu traitée (Curtis, 2010). Dans le but de mieux cerner les espaces-temps du rétablissement, j'emprunte une série de concepts issus de la littérature en sciences sociales qui traitent de cette dimension. Ces concepts constituent ainsi un moyen d'enrichir les réflexions sur le rétablissement en géographie de la santé mentale. À cet effet, je propose tout d'abord de mobiliser les concepts de "ressources de rétablissement" et de "niching" développés respectivement par Duff (2014)

⁷ Se référer au chapitre méthodologique pour davantage de précisions concernant le vocabulaire que j'emploie dans le cadre de ce travail pour désigner les personnes souffrant de troubles de la psychose.

et par Klausner (2015). En effet, ces concepts permettent d'une part de détailler les facteurs matériels, sociaux et sensoriels propices à la rémission des troubles et d'autre part de rendre compte du processus progressif de reconquête de l'espace urbain et d'appropriation d'espaces refuges propices au bien-être. Ensuite, je présente le concept "d'intensité d'engagement" développé initialement dans le champ de la sociologie pragmatique par Laurent Thévenot (2006) qui permet de saisir de façon nuancée les variations des pratiques spatiales en fonction de la temporalité fluctuante spécifique au rétablissement des troubles de la psychose.

Enfin, dans un dernier temps, je présente la problématique et les questions de recherche qui structurent l'ensemble de mon travail.

2.2 Penser le rapport entre milieu urbain et santé mentale en psychiatrie: les limites de l'approche épidémiologique

Les recherches en psychiatrie s'accordent sur l'origine multifactorielle des troubles qui résultent de l'interaction entre des facteurs constitutionnels de vulnérabilité (génétiques, biologiques, psychologiques) et des facteurs de stress externes. Parmi ces derniers, l'environnement urbain et plus précisément la densité de population - que les psychiatres désignent par le terme "d'urbanité" - est identifiée comme étant un potentiel facteur de risque. L'étude de Faris et Dunham (1939) est la première recherche qui met en évidence, sur la base d'une vaste enquête statistique, la prévalence deux fois plus élevée de la schizophrénie dans le centre de Chicago que dans le reste de la ville. D'autres recherches plus tardives datant des années 1980, viendront confirmer le lien entre environnement urbain et schizophrénie mis en évidence par Faris et Dunham.

Avec la multiplication de recherches dans le domaine de la génétique, le potentiel rôle de la densité humaine dans le développement de la schizophrénie sera négligé pendant quarante années. Cependant, depuis une dizaine d'années avec le développement de recherches portant sur les interactions entre génétique et environnement urbain, le rôle du phénomène urbain dans le développement de la schizophrénie connaît un regain d'intérêt dans la recherche en psychiatrie. Plusieurs études et une méta-analyse sont venues conforter la relation entre le rôle de l'urbain dans le développement de la schizophrénie qui avait initialement été mise en évidence par l'étude de Faris et Dunham (1939). Mais cette corrélation n'est pas propre à la schizophrénie, elle semble être liée plus globalement à la psychose non-affective, comme le montrent plusieurs études (Krabbendam et van Os, 2005). Celles-ci cherchent donc à comprendre la relation entre l'environnement urbain et les psychoses non affectives comme la schizophrénie et les troubles schizophréniformes (Krabbendam et van Os, 2005).

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer cette relation (Kelly et al., 2010). Celles-ci peuvent être regroupées en trois grands axes de recherche qui s'inscrivent dans une approche traditionnelle de la psychiatrie qui tente d'identifier les facteurs biologiques à l'origine des troubles de la schizophrénie. Ces trois axes ont trait au développement prénatal du cerveau, à l'influence du milieu urbain pendant l'enfance et l'adolescence et à l'environnement social.

Un premier corpus d'études traitant de l'impact de l'environnement sur le développement prénatal du cerveau, suggère que la psychose et plus spécifiquement la schizophrénie est le résultat d'un trouble neurodéveloppemental. L'existence de perturbations au moment du développement prénatal du cerveau a pour conséquence d'accroître la vulnérabilité aux facteurs de stress de l'environnement, plus tard dans la vie de la personne. Ces recherches suggèrent que les facteurs potentiellement impliqués dans ce mécanisme (complications et infections obstétriques durant la grossesse), sont plus fréquents en milieu urbain et que cela n'est pas uniquement lié à une plus grande concentration de personnes à risque en ville (Kelly et al., 2010; Vassos et al., 2012).

Un deuxième pan de la littérature porte le rôle du milieu urbain au cours de l'enfance et de l'adolescence. Cette littérature suggère que les personnes qui ont grandi en ville et y ont passé leur enfance et leur

adolescence sont plus fréquemment exposées à une série de facteurs de stress (surpeuplement du foyer familial, difficultés financières, chômage des parents) ainsi qu'aux facteurs de risques (consommation de cannabis). Cette relation reste vérifiée après avoir contrôlé les variables explicatives (Kelly et al., 2010).

Un troisième volet de littérature traite du rôle de l'environnement social dans le développement de troubles de la psychose. Ces recherches montrent que le stress chronique est responsable de la dérégulation de l'axe hypothalamique pituitaire surrénalien (Steen et al., 2011) et de l'altération du processus de maturation du cerveau. Dans une étude plus récente, il a été démontré que les personnes qui grandissent en ville réagissent différemment au stress que celles qui ont déménagé en ville à l'âge adulte, l'effet principal étant l'hyperréactivité du cortex cingulaire qui aide à réguler l'amygdale et à traiter les émotions négatives (Lederbogen et al., 2011). Les hypothèses développées par Kelly et al (2010) s'inscrivent dans une approche traditionnelle de la psychiatrie qui s'axe essentiellement sur les facteurs biologiques à l'origine des troubles de la schizophrénie.

Une seconde série de travaux plus récents, s'inscrivant dans le champ de la psychiatrie critique, s'est davantage intéressée au rôle de l'environnement social dans le développement des troubles. Ces études dénoncent les effets stigmatisants induits par la catégorisation des personnes, en fonction de diagnostics précis utilisés pour déterminer les symptômes psychiatriques (Read et al., 2004). Ces travaux défendent l'hypothèse selon laquelle les symptômes psychiatriques constituent en réalité des réactions ordinaires à des situations vécues comme difficiles par les personnes. Cette hypothèse a été avancée par un collectif de psychologues et de psychiatres critiques britanniques⁸ qui a développé un système conceptuel, le "Power Threat Meaning Model"⁹ qui montre que les réactions considérées comme "pathologiques" répondent en réalité à des fonctions de protection de la part des personnes lorsqu'elles sont confrontées à des situations difficiles (Johnstone et al., 2018). Cette approche propose donc de délaisser la vision pathologique des troubles au profit d'une perspective qui se centre davantage sur les personnes et sur leur expérience et qui est similaire à celle développée en sciences sociales et en géographie de la santé mentale plus spécifiquement (Johnstone et al., 2018).

Cependant, en dépit de la variété des hypothèses développées pour expliquer les liens entre santé mentale et milieu urbain, les mécanismes exacts impliqués dans cette relation demeurent actuellement méconnus et ceci malgré l'identification d'un large éventail de facteurs qui contribuent potentiellement au développement de troubles de la schizophrénie. Il est en particulier essentiel d'analyser la façon dont ces facteurs se combinent entre eux et mènent au développement de symptômes psychotiques, afin de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent cette relation (Söderström et al., 2015). Par exemple, le concept de "stress urbain" qui fait partie des éléments qui peuvent expliquer le lien entre prévalence de la schizophrénie et villes, reste un paramètre peu clair et mal évalué, car il fait référence à un large ensemble de facteurs potentiels de stress, tels que l'exposition au bruit, à la pollution ou aux interactions sociales (Abbott, 2012). Cette littérature n'évoque pas la façon dont ces facteurs se combinent entre eux et n'intègre pas de perspective éémique du "stress urbain" qui se base sur l'expérience des patients. Dans cette perspective, l'approche épidémiologique se révèle limitée dans la compréhension des mécanismes liant milieu urbain et schizophrénie. Des études approfondies traitant des interactions entre les personnes et l'environnement et qui mobilisent d'autres méthodes de recherche sont nécessaires, afin de pouvoir saisir la relation entre l'environnement urbain et le développement de psychoses. Ainsi, au-delà des approches épidémiologiques et des études sur les facteurs neurobiologiques, il est

⁸ C'est un groupe de psychologues et de psychiatres critiques (Lucy Johnstone, Mary Boyle, John Cromby, David Harper, Peter Kinderman, David Pilgrim et John Read) qui ont développé ce modèle comme alternative aux modèles plus traditionnels basés sur le diagnostic psychiatrique.

⁹ Ce modèle fait référence à un système conceptuel développé par Johnstone, Boyle et al. (2018). Par conséquent, le nom est laissé intentionnellement en anglais dans le texte.

important d'examiner cette problématique depuis la perspective des patients et la façon dont ils interagissent avec leur environnement (Lysaker et Lysaker, 2008), en explorant la façon dont ils "rencontrent" le milieu urbain ainsi que la manière dont les différents facteurs de stress se combinent entre eux. À cet effet, une analyse interdisciplinaire qui inclut psychiatrie et géographie est nécessaire pour faire progresser la connaissance de ces mécanismes (Söderström et al., 2015).

2.3 La santé mentale en géographie

Dès les années 1970 émergent les premiers travaux de géographie de la santé mentale qui portent sur la compréhension des espaces et des pratiques des personnes souffrant de troubles psychiques (Philo et Wolch, 2001; Philo, 1986). La suite de mon analyse montre la façon dont cette littérature contribue à une meilleure compréhension de l'expérience de l'espace urbain par les personnes en souffrance psychique (Philo et Wolch, 2001; Philo, 1986).

2.3.1 Analyses spatiales de la distribution des cas de schizophrénie

En géographie, les premières recherches investiguant la relation entre psychose et espace urbain émergent dès les années 1960 et s'inspirent de l'étude pionnière de Faris et Dunham (1939). Ces premiers travaux s'affilient à la tradition de recherche de sociologie urbaine de l'école de Chicago et ils analysent la distribution socio-spatiale des personnes souffrant de troubles psychiques en milieu urbain. Ils mettent notamment en évidence la forte concentration de cas de schizophrénie au centre-ville (Giggs, 1973; Dean et James, 1981; Taylor, 1974). Ces premiers travaux quantitatifs qui seront amenés à se développer davantage dès les années 1970 portent sur la distribution spatiale à l'échelle régionale des services de soins et à la localisation de leurs usagers (Philo et Wolch, 2001). Plusieurs recherches se penchent sur l'accessibilité des patients à ces infrastructures de soins (Joseph, 1979; Beaumont et Sixsmith, 1984). À travers une cartographie de la distribution des personnes souffrant de troubles psychiques dans différentes villes anglaises - comme Nottingham (Giggs, 1973); Plymouth (Dean et James, 1981) ou Southampton (Taylor, 1974) - et Nord-américaines comme Hudson (Dear, 1977), ces études montrent de manière systématique, la forte concentration de personnes souffrant de schizophrénie dans le centre des villes (Philo 2005, Hudson 2012). Ces recherches viennent donc confirmer les résultats de Faris et Dunham (1939) dans d'autres contextes urbains que Chicago. Ces premières études mettent aussi en exergue les logiques de localisation des infrastructures de soins, héritées de l'ère asilaire (White, 1976; Joseph, 1979; Beaumont et Sixsmith, 1984). Les chercheurs proposent des stratégies visant à maximiser l'accessibilité et l'efficacité d'utilisation de ces infrastructures par les usagers. Ces recherches s'inscrivent dans les agendas politiques des collectivités visant à optimiser les services de soins. Progressivement, les travaux vont associer des méthodes quantitatives et qualitatives dans la compréhension du phénomène. À ce titre, l'étude de Dean (1984) est pionnière. Le travail de Dean porte sur les personnes souffrant de troubles psychiques dans l'Ouest de la Grande-Bretagne. Il agrège en effet des données sociales issues du recensement statistique des personnes récemment hospitalisées avec des données individuelles, plus subjectives sur leurs trajectoires. À travers une analyse de cas précise de ces personnes, Dean démontre l'importance d'une approche interprétative basée sur les expériences et les récits des personnes récemment hospitalisées (Dean, 1984).

2.3.2 La désinstitutionnalisation et les nouveaux paysages de soins

La fin des années 1950 marque le début du processus de désinstitutionnalisation qui va très profondément transformer le système de soins de la santé mentale et son organisation spatiale aux États-Unis d'abord, puis en Europe dès les années 1960. La désinstitutionnalisation se définit par la fermeture des grandes structures asilaires au profit de petites unités de soins implantées en ville, à l'échelle du quartier. Le phénomène de désinstitutionnalisation se développe dans un contexte marqué par la mobilisation de l'opinion publique contre les atrocités commises lors de la deuxième guerre mondiale et par le sort des malades dans les asiles. Dans le prolongement de cette mobilisation se développe un mouvement

critique de l'institution psychiatrique. Celui-ci puise ses sources dans la philosophie, la sociologie et la politique et il se caractérise avant tout par la contestation du pouvoir médical (Foucault, 2003). Les représentants de ce mouvement sont des praticiens et des psychiatres mais également des philosophes et des sociologues parmi lesquels on trouve notamment le philosophe Michel Foucault, le sociologue Erving Goffman et le psychiatre Ronald Laing. Ce mouvement développe une réflexion critique sur le rôle et le fonctionnement de l'institution psychiatrique, interrogeant les normes, les pratiques et les conceptions de la maladie mentale prônées par la psychiatrie officielle, tout en cherchant une nouvelle façon de concevoir la discipline. Il s'agit de remettre en question le rôle du psychiatre en tant qu'autorité chargée de produire la vérité de la maladie dans l'espace hospitalier (Foucault, 2003: 247). L'hôpital psychiatrique est dénoncé comme étant un lieu d'exclusion et de domination du pouvoir médical, justifiant les pratiques d'enfermement et l'imposition de traitements tels que les électrochocs et les thérapies médicamenteuses. En dénonçant ces pratiques qui constituent autant d'atteintes aux libertés civiles et à la vie des malades, les tenants de l'antipsychiatrie critiquent le pouvoir conféré aux psychiatres, tout en interrogeant plus largement les différentes formes de répression politiques et sociales présentes dans d'autres sphères de la société (Dotti, 2015). Les représentants de ce mouvement insistent sur le rôle des variables sociales et environnementales dans la compréhension de la souffrance psychique. Les causes de celle-ci ne sont pas le fruit d'états pathologiques individuels mais résultent plutôt des interactions entre les personnes et leur environnement (Dotti, 2015). Enfin, la désinstitutionnalisation s'appuie sur une avancée majeure en psychiatrie, à savoir l'apparition des neuroleptiques dans les années 1950. Ces médicaments permettent d'augmenter l'efficacité du traitement et de mieux contrôler les symptômes et par conséquent de quitter les institutions de soins plus rapidement et parfois même d'éviter de s'y faire soigner (Dear et Wolch, 1987; Müller, 1982). Ce processus de désinstitutionnalisation s'est développé de façon diversifiée. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, la désinstitutionnalisation est particulièrement brève et brutale, puisque la fermeture des asiles s'opère dans un laps de temps très court et laisse ensuite la plupart des malades à la rue (Dear et Wolch, 1987; Philo, 2005). La situation va se dégrader davantage dès le début des années 1980, puisque le contexte global marqué par la mise en place de politiques néolibérales d'austérité budgétaire, implique le retrait de l'État dans la prise en charge des patients, dans leurs soins et dans les traitements psychiatriques (Joseph et Kearns, 1996; Kearns et Joseph, 1997; 2000; Laws, 1988; 1989; Smith C.J, 1988; 1989). Cela a pour conséquence la privatisation croissante du secteur de la santé et le développement du secteur bénévole dont le rôle dans la prise en charge des patients va se substituer à celui de l'État (Wolch, 1990; Milligan, 1998; 2000). En France et en Suisse tout particulièrement, la désinstitutionnalisation s'est accomplie de façon plus progressive et sur une période plus longue (Chevalley, 2016). Le contexte politique, économique et social dans lequel s'inscrit ce processus n'est en outre pas comparable à celui des pays anglo-saxons, puisque l'État conserve une place prépondérante dans les politiques de soins (Chevalley, 2016)¹⁰. Ainsi, désormais, les travaux en géographie de la santé mentale ne vont plus porter sur la localisation des espaces de soins mais davantage sur l'étude des espaces institutionnels de soins dans le contexte de la désinstitutionnalisation. Dans un premier temps, des recherches historiques, basées notamment sur le travail de Michel Foucault sur les espaces disciplinaires et l'histoire de la psychiatrie, portent sur la conception et la création des asiles (Driver, 1993; Philo, 1987; 1998). Ces études montrent la façon dont les discours sur la santé mentale développés par l'État, le milieu scientifique et le milieu de l'entrepreneuriat ont participé à façonner des politiques visant à isoler spatialement et socialement les patients du reste de la société (Philo et Wolch, 2001). L'analyse des formes et des conséquences sociales et spatiales de la désinstitutionnalisation constitue un deuxième axe d'analyse. Plus précisément, des travaux portant sur les contextes britanniques, étasuniens ou encore néo-zélandais s'intéressent à l'émergence de "ghettos psychiatriques" qui se caractérisent par la concentration spatiale des infrastructures de soins et de leurs utilisateurs dans les centres-villes (Dear, 1977; 1992; Giggs, 1990; Gleeson et al., 1998; Wolpert et al., 1975). L'étude de Dear et Wolch intitulée

¹⁰ Le processus de désinstitutionnalisation en Suisse sera traité plus en détails dans le chapitre 4 du travail.

Landscapes of Despair (1987) portant sur différentes villes aux États-Unis, montre que cette concentration résulte de l'implantation des infrastructures de soins dans un même secteur accessible et proche des potentiels utilisateurs et de la relocalisation des ex-patients des institutions asilaires à proximité de ceux-ci. En effet, la précarisation des conditions de vie de ces personnes désormais livrées à elles-mêmes, les conduit à se localiser proches de l'offre de soins dans des logements abordables et également près des opportunités formelles et informelles d'emploi, créant ainsi une concentration sociale et spatiale dans certaines zones du centre-ville (Dear, 1981). Ces travaux portent principalement sur les contextes britanniques et américains où ce processus a été particulièrement précoce, comparé aux autres pays européens (Giggs et Mather, 1976; Jones, 1996; 1999; 2000; Smith C.J., 1981; Smith C.J. et Hanham, 1981). Alors que la plupart de ces recherches se focalisent sur les effets négatifs induits par la concentration spatiale des ex-patients, d'autres études portent à l'inverse sur les effets plus positifs d'entraide et de solidarité qui se développent entre les individus à l'intérieur de ces "ghettos psychiatriques" (C.J. Smith, 1975; Dear, 1981). Parallèlement aux effets liés à la concentration spatiale, des recherches se sont intéressées à l'impact de la dispersion des infrastructures de soins sur la mobilité des utilisateurs (C.J. Smith 1988; 1989). Des études menées dans les contextes britanniques montrent que la désinstitutionnalisation n'engendre pas nécessairement l'augmentation de la mobilité spatiale des patients (Milligan, 2000). En effet, en 1999, des études comparatives menées en Grande-Bretagne et en Italie montrent qu'en dépit de stratégies de désinstitutionnalisation similaires depuis les années 1950, il existe des différences notables entre ces deux pays, en ce qui concerne l'accessibilité aux espaces de soins, de même que de grandes variations dans les degrés de désinstitutionnalisation des patients qui sont liées à des politiques et à des pratiques de soins locales (Jones, 2001). Enfin, un pan de cette littérature porte également sur l'impact de la désinstitutionnalisation sur les politiques foncières et sur la façon dont celles-ci participent à l'exclusion des patients (Boeckh et al., 1980; Taylor et Dear, 1981; Dear, 1982; Smith C.J., 1981). Ces recherches, qui s'inscrivent pour la plupart dans des contextes Nord-américains, s'intéressent au rôle des politiques foncières dans l'exclusion et la ségrégation des groupes marginalisés auxquels appartiennent les personnes en souffrant de troubles psychiques. Ces travaux montrent de quelle façon la mise en place de dispositifs législatifs visant à conserver la valeur foncière des terrains et des biens immobiliers, participent à exclure les personnes marginalisées de l'accès à la propriété (Wolpert et al., 1975). D'autres contributions connexes analysent les mouvements d'opposition de type "nymbiste"¹¹ à l'encontre des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces études montrent que le voisinage le plus tolérant est celui du centre-ville, majoritairement occupé par une population pauvre ou modeste et de jeunes actifs. À l'inverse les quartiers périphériques sont généralement plus aisés, moins tolérants (Dear et Taylor, 1982). Une partie de ces études s'intéresse également au phénomène de gentrification qui touche les centres-villes et aux implications socio-spatiales du réaménagement de ces zones. Le phénomène de gentrification renforce l'exclusion et la marginalisation des personnes souffrant de troubles psychiques (Wolch et Gabriel, 1985).

2.3.3 Le tournant culturel et le regain d'intérêt pour l'expérience individuelle

Dès la fin des années 1980, la littérature en géographie va être marquée par le tournant culturel qui se caractérise par une mutation profonde dans l'approche et les méthodes employées. Ce tournant est marqué par une remise en question des normes sociales¹², de leur signification et de leurs modalités de construction. Cette nouvelle géographie se traduit également par le développement de réflexions ayant trait à la construction du genre et au rôle du corps (Claval, 2015). Dans ce contexte, les travaux en géographie de la santé mentale portent leur attention sur l'expérience

¹¹ Ce terme dérivé de l'acronyme anglais NIMBY ("not in my backyard" traduit littéralement par "pas dans mon arrière-cour") fait référence aux attitudes d'opposition de la part d'un voisinage à l'implantation de nouvelles infrastructures ou à l'arrivée d'une nouvelle population, censées nuire à leur cadre de vie (Depraz, 2016).

¹² Les normes sociales font références aux attitudes et aux comportements spatiaux et sociaux considérés comme socialement acceptables, conformes aux attentes de la société.

vécue des personnes souffrant de troubles psychiques et leurs perceptions. Les analyses portant sur la localisation des institutions et des patients dans le milieu urbain laissent désormais la place à des études sur les pratiques et les représentations de leurs usages. Ces travaux se caractérisent également par un intérêt prépondérant pour les analyses à l'échelle micro-spatiale, marquant ainsi une rupture avec les travaux antérieurs portant sur des échelles géographiques plus vastes. Ce sont les trajectoires de vie des patients basées sur des études retraçant leurs "carrières spatiales" avant et après la maladie qui sont désormais davantage étudiées (Dean, 1984). Ces carrières font références aux trajectoires résidentielles des patients, mais également à leur contexte social, familial, professionnel, à leur niveau socio-économique et au sentiment d'exclusion. Parallèlement à cela, les travaux de Giggs (1984) rendent compte du phénomène de "dérive spatiale et sociale"¹³ dans les trajectoires des ex-patients des hôpitaux psychiatriques qui tombent souvent dans la précarité sociale, économique et professionnelle (Giggs, 1984; Hudson, 2012). Ce processus induit un phénomène d'*itinérance* de ces populations qui se retrouvent sans logements à vivre dans la rue (Dear et Wolch, 1987). En se basant essentiellement sur des méthodes qualitatives, les chercheurs s'intéressent aux expériences des personnes sans-abris et à la façon dont elles se débrouillent au quotidien et développent des stratégies de survie au sein de la collectivité (Dear et al., 1989). En privilégiant une approche plus interprétative, ces travaux analysent les processus d'exclusion et d'intégration en milieu urbain des personnes souffrant de troubles psychiques, (Knowles, 2000a; Parr, 1997; Parr, 2000; Giggs, 1988; Pinfold, 2000 ; Butler and Parr, 1999; Chouinard et al., 2010). Dans cette perspective, la question identitaire et son rôle dans l'expérience urbaine sont centrales. En effet, l'identité des patients repose sur un processus normatif de catégorisation de ce qui est considéré comme étant de la folie et de la maladie mentale. Les patients interprètent les attitudes des autres, particulièrement dans les espaces publics et se définissent eux-mêmes et sont perçus par les autres comme étant "différents", participant à la création d'identités axées sur la pathologie (Knowles, 2000a; Parr, 1997; Parr, 2000). Dans une même perspective, le travail de Smith et Giggs (1988) étudie les expériences de stigmatisation des patients dans les espaces publics et privés. Les personnes en souffrant de troubles psychiques participent toutefois activement au processus de construction identitaire, à travers leur réappropriation et leur interprétation des normes de catégorisation (Parr, 2000). Toute une série d'études porte plus spécifiquement sur le rapport du corps "malade" ou "sain" à l'espace (Philo et Wolch, 2001; Parr, 2000). La littérature critique en géographie initialement développée autour de la question du handicap physique, constitue une des principales sources d'inspiration de ces nouveaux champs d'investigation dans la géographie de la santé mentale¹⁴. Il existe en effet de nombreuses similitudes entre les expériences corporelles quotidiennes des personnes vivant avec un handicap et les situations de stigmatisation et d'exclusion auxquelles elles sont confrontées (Gleeson, 2001; Philo et Wolch, 2001). Ces travaux mettent en évidence les formes d'exclusion sociales plus subjectives et individuelles. Ils explorent le sentiment d'exclusion, de différence et d'isolation perçus et expérimentés quotidiennement par les patients (Giggs, 1988; Pinfold, 2000). Ces études qui ciblent désormais des phénomènes situés à une échelle micro-spatiale, s'appuient sur une variété de méthodes qualitatives qui impliquent davantage les individus et leurs expériences personnelles. Les chercheurs mobilisent principalement les entretiens-semi directifs, les récits biographiques, les observations ethnographiques de terrain ou encore les "focus groups" qui donnent un accès direct aux expériences, aux pratiques et aux émotions des individus (Philo et Wolch, 2001). Par ailleurs, le tournant culturel marque également un regain d'intérêt pour les perceptions et expériences subjectives des personnes souffrant de troubles psychiques (Philo et Wolch, 2001). Ces travaux tentent de saisir la façon dont les troubles psychiques modifient la perception de l'espace-temps et de l'échelle géographique. Sans occulter la souffrance induite par l'expérience d'un trouble psychique, ces recherches défendent notamment l'idée selon laquelle les personnes vivant avec un

¹³ Ce terme a été traduit de l'anglais "spatial and social drift" et il fait référence au phénomène de mobilité résidentielle des patients, intervenant après la première hospitalisation et qui s'accompagne généralement d'une précarisation sociale (Giggs, 1984; Hudson, 2012).

¹⁴ Ce courant de recherche s'appelle "critical disabilities studies" dans la littérature anglo-saxonne.

diagnostic de psychose expérimentent, identifient et se représentent autrement l'espace et le temps (Parr, 1998; Parks et al., 1994). Cet intérêt pour l'expérience et les pratiques donne une place prépondérante à la dimension affective et émotionnelle sur laquelle je reviendrai plus loin dans le travail (Philo et Wolch, 2001).

Cet état de la littérature permet de mettre en évidence une évolution générale dans la façon de penser la relation entre santé mentale et environnement urbain en géographie. Dans le cadre de mon travail, je vais plus spécifiquement examiner le rôle de l'environnement urbain au cours du rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans la suite de ce chapitre, je retrace l'évolution de la littérature portant plus particulièrement sur les pratiques, les espaces et les temporalités du rétablissement.

2.3.4 Une nouvelle conception de la santé mentale

Dans la littérature en géographie de la santé mentale mais également plus largement en sciences sociales prévaut une conception de la santé mentale axée sur la pathologie (Philo et Wolch, 2001). Cette vision héritée de l'ère asilaire, considère la santé mentale strictement sous l'angle de la maladie mentale et du dysfonctionnement psychique (Philo, 1986). Cette conception de la maladie mentale est très largement influencée par les modèles biologiques qui ont pendant longtemps prédominé et qui mettent l'accent sur les "dysfonctionnements" et les "déficiences" mentales des individus (Andresen et al., 2011). Ces modèles considèrent les troubles comme des réalités objectives extérieures aux individus et qui réduisent les personnes souffrantes à leurs symptômes (Philo, 1986). Ainsi, jusqu'à la fin des années 1980, la plupart des travaux en géographie s'inspirent de ces modèles biologiques. Dans ces études, les malades et leurs troubles sont réduits à des points distribués sur une carte correspondant à la distribution spatiale des personnes considérées comme "déviantes"¹⁵(Philo, 1986). Ces travaux participent selon Philo (1986) à la production d'une "science spatiale des marginalisés"¹⁶ (Philo, 1986:4) qui s'inscrit dans une logique de déshumanisation des personnes souffrant de troubles psychiques qui justifie les pratiques de stigmatisation et d'exclusion sociale et spatiale (Philo, 1986). Cette conception de la santé mentale va progressivement être complétée par une vision plus optimiste et positive de celle-ci qui s'intéresse aux facteurs de bien-être psychique (Philo et Wolch, 2001). Ce tournant dans la conception de la santé mentale s'explique notamment par l'arrivée des neuroleptiques, dont les effets positifs observés sur la gestion et la stabilisation des symptômes des patients apportent de nouveaux espoirs de guérison et contribuent à un élan d'optimisme dans le milieu psychiatrique (Rickwood et al., 2005; Koenig-Flahaut et al., 2012). À cela s'ajoute l'héritage de l'antipsychiatrie et de sa critique du pouvoir psychiatrique, qui se traduit par un changement d'orientation clinique dans la prise en charge des troubles (Dotti, 2015). L'intérêt pour les facteurs de bien-être psychique n'est toutefois pas récent. Comme je le montre dans la suite du travail, les premières analyses apparaissent dès les années 1970 et portent d'abord sur le bien-être à l'échelle de la société, puis au niveau individuel. Ces études constituent par ailleurs le soubassement théorique des analyses de géographie de la santé mentale portant sur le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques et qui vont apparaître à la fin des années 1990 (Philo, 2001; Philo, 2005).

2.3.5 Penser le bien-être en géographie

Les premiers travaux datant des années 1970 et portant sur le bien-être en géographie sont essentiellement quantitatifs. Dans un premier temps, ces études cherchent à mettre en évidence les critères sociaux et spatiaux propices au bien-être collectif à l'échelle de la nation. Ce sont les mécanismes sous-jacents aux inégalités socio-spatiales dans les contextes urbains étasuniens, canadiens

¹⁵ La déviance se définit par la transgression ou la contestation des normes sociales en vigueur à travers une conduite, un comportement ou une attitude. La déviance est réprimée socialement et souvent stigmatisée, puisqu'elle est considérée comme une menace pesant sur l'ordre et l'intégrité de la société (Ogien, 2018).

¹⁶ L'expression a été traduite à partir du terme anglais employé par Philo: "a spatial science of outsiders" (Philo, 1986:4).

et britanniques qui sont l'objet de ces analyses et qui mesurent la qualité de vie des individus vivant sur un territoire donné (Smith, 1977; Kearsley, 1982; Pacione, 1980). Dès les années 1980, les recherches sur le bien-être vont davantage s'orienter vers l'analyse de critères de bien-être plus individuels. Elles vont également chercher à mieux comprendre la relation entre santé et espaces qui jusqu'alors se cantonnait essentiellement à l'analyse des inégalités socio-spatiales (Kearns et Smith, 1993; Kearns et Gesler, 1998; Kearns et Moon, 2002). Dès la fin des années 1980 apparaissent les premières recherches interrogeant le rôle de l'environnement dans le bien-être physique et psychologique des individus. Les travaux de Gesler (1992) font partie des premières analyses sur le potentiel thérapeutique des environnements naturels. À travers des études de cas portant sur les environnements alpins, forestiers, côtiers ainsi que sur plusieurs lieux sacrés, Gesler met en évidence les effets physiques et émotionnels bénéfiques de ces espaces pour les individus. Les travaux de Gesler sont parmi les premiers à s'intéresser à la dimension subjective du bien-être. Des méthodes qualitatives issues du champ de la géographie culturelle et émotionnelle sont mobilisées dans ces recherches (Anderson et Smith, 2001; Davidson et al., 2005). Dès la fin des années 1990, d'autres travaux qui s'inscrivent dans la continuité des réflexions de Gesler, s'intéressent aux effets psychologiques calmants et relaxants des espaces naturels (Williams, 1999; Curtis, 2010). Dans les années 2000, émerge une littérature en géographie et en sciences sociales qui est porteuse d'une vision plus optimiste de la santé mentale et physique et que les chercheurs qualifient de "tournant positif" (Philo et Wolch, 2001). Sur la base des travaux pionniers sur le bien-être et le confort évoqués plus haut, cette littérature analyse les caractéristiques environnementales propices au bien-être physique et psychologique. Il s'agit en particulier de discuter du rôle bénéfique et thérapeutique des espaces verts sur la santé physique (promotion de l'activité physique) et psychique (réduction du stress) (Mitchell et al., 2011; Andrews et Evans, 2008). Une bonne accessibilité à ces espaces permet d'une part de réduire les risques liés à l'obésité et aux maladies cardio-vasculaires et d'autre part de réduire le stress et l'anxiété. D'autres réflexions sont menées au sujet des caractéristiques définissant l'attachement à un lieu et le rôle de cet attachement dans le bien-être des individus (Curtis, 2010; Anderson et Smith, 2001; Conradson et al., 2005). Bien que ces études ne portent pas spécifiquement sur le bien-être des personnes souffrant de troubles psychiques, il est important de les mentionner, puisqu'elles constituent les prémisses des travaux actuels sur les environnements thérapeutiques en géographie de la santé mentale et en sciences sociales plus largement (Philo et Wolch, 2001; Conradson, 2003). Les travaux de Gesler (1992) en particulier constituent la base à partir de laquelle vont se développer les recherches sur les pratiques et les espaces de rétablissement des personnes souffrant de troubles. La littérature en géographie de la santé mentale va progressivement intégrer des études qui, d'une part, traitent du rythme de rétablissement des troubles psychotiques et qui d'autre part, analysent les espaces formels et informels de soins mobilisés au cours du rétablissement. Toutefois, comme je le souligne dans la suite de mon étude, ces travaux demeurent encore actuellement peu nombreux et lacunaires puisqu'ils s'axent principalement sur les périodes de crise et sur la pratique des espaces institutionnels de soins, tels que les hôpitaux psychiatriques ou les centres ambulatoires (Milligan, 2000; Parr, 2006; 2008). Pour remédier à ces lacunes, je propose d'élargir mon analyse à la littérature en sciences sociales qui traite des pratiques spatiales des personnes vivant avec un diagnostic de psychose dans l'espace urbain plus généralement, tout en tenant compte du temps long du rétablissement qui n'est pas réductible aux périodes de crise.

2.3.6 Les espaces-temps du rétablissement en géographie de la santé mentale: l'importance accordée aux espaces institutionnels de soins et aux phases de crise

C'est sur la base des travaux portant sur la relation entre bien-être et environnement (Gesler, 1992; Williams, 1998) que la géographie de la santé mentale s'est dès la fin des années 1990 davantage s'est intéressée aux espaces-temps du rétablissement des personnes souffrant de troubles. Ces travaux cherchent à mettre en évidence l'ensemble des caractéristiques matérielles et sociales des espaces propices au bien-être des personnes et qui participent à leur bien-être et par conséquent à leur

rétablissement¹⁷.

En se basant sur l'expérience des personnes souffrant de troubles psychiques, ces travaux mettent en évidence la diversité d'espaces institutionnels de soins désormais à disposition en milieu urbain. Les expériences de rétablissement dans des espaces tels que les centres de consultation ambulatoire, les foyers, les centres sociaux ou encore les centres d'activités thérapeutiques sont analysées par cette littérature qui concerne principalement les contextes britanniques, français et nord-américains (Chevalley, 2016; Parr, 1998; Milligan, 2010; Philo, 2001). Les propriétés thérapeutiques matérielles et sociales de ces espaces de soins sont analysées dans des contextes ruraux et urbains (Parr, 1997; 1998). Les travaux détaillent les potentiels de retrait spatial et social offerts par l'environnement, créant des refuges¹⁸ propices au bien-être des personnes (Milligan, 2010). D'autres recherches portent sur les caractéristiques de ces espaces propices à l'inclusion sociale tels que les centres sociaux, les foyers, les lieux d'activités artistiques et botaniques qui participent au développement d'un sentiment d'appartenance sociale et d'identité (Parr, 1998; Parr, 1997; Milligan, 2010; Parr, 1997; 1998; Knowles, 2000). Ces lieux permettent de développer des capacités relationnelles, propices au bien-être (Parr, 1997; Milligan, 2010; Knowles, 2000). Toutefois, cette littérature demeure axée sur les expériences de rétablissement dans des espaces essentiellement institutionnels et à vocation médicale et thérapeutique. Bien que ces derniers jouent un rôle essentiel, ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble des lieux pratiqués par les individus au fur et à mesure de leur rétablissement. En effet, ces espaces sont essentiellement fréquentés dans les phases aiguës des troubles psychiques (Parr, 1998; 1997; Milligan, 2010). Ces espaces font donc l'objet d'une pratique ponctuelle et temporaire. Ils ne permettent pas de rendre compte du processus évolutif de diversification des espaces pratiqués et de la façon dont ils sont assemblés au quotidien tout au long du rétablissement. Cette littérature ne se penche en effet que partiellement sur les autres lieux au cours du processus de rétablissement et dans des phases moins intenses de manifestation des troubles. En particulier, les lieux urbains publics informels de soins qui font partie du quotidien des personnes souffrant de psychose sont occultés (Evered, 2016). Par ailleurs, cette littérature essentiellement centrée sur les contextes britanniques et étasuniens n'est pas représentative de la variété des situations dans lesquelles vivent les personnes en détresse psychologique et en particulier du cas suisse (Chevalley, 2016).

La temporalité des troubles, pourtant déterminante dans la pratique des espaces institutionnels et informels de soins, est également peu abordée. Dans ces travaux, le rétablissement est considéré comme un processus linéaire dans le temps et dans l'espace, alors que celui-ci est en réalité beaucoup plus nuancé (Codeluppi 2016). La période de rémission des troubles psychotiques tout particulièrement, se caractérise par des fluctuations dans le rythme d'apparition des symptômes qui se traduit par une forte variabilité dans la pratique de ces espaces. Enfin, dans l'ensemble de ces travaux, il existe un flou quant au diagnostic de la population étudiée¹⁹. Ainsi, ces recherches ne proposent pas de description détaillée des symptômes et des troubles des participants. Les auteurs ne distinguent pas les personnes vivant avec des troubles chroniques de celles dont les troubles apparaissent de façon plus épisodique, bien que leurs expériences spatiales respectives ne soient pas comparables. En outre, les épisodes de manifestation des symptômes décrits par cette littérature ne sont pas situés avec précision dans les trajectoires de rétablissement des individus. Pourtant, une meilleure connaissance de ces éléments est essentielle pour mieux comprendre les pratiques spatiales des personnes souffrant de troubles psychotiques au cours de leur rétablissement.

¹⁷ Le rétablissement renvoie au processus graduel et toujours fluctuant d'amélioration de l'état de santé et du bien-être psychiques qui se caractérise par la stabilisation ou la rémission partielle et parfois totale des troubles sur une période donnée. J'examinerai plus précisément l'évolution de ce concept dans la littérature dans la suite du travail et je proposerai également une définition détaillée du rétablissement.

¹⁸ Milligan emploie le terme de "safe haven" pour désigner les espaces de refuge utilisés par les personnes souffrant de troubles psychiques (Milligan, 2010).

¹⁹ Ce flou est intentionnel, puisqu'il est lié à la perspective critique développée par ces auteurs vis-à-vis des catégories de diagnostics qui ont tendance à réduire les patients à une série de symptômes, alors qu'ils constituent de véritables acteurs sociaux (Corin, 2002; Klausner, 2015; McGrath, 2015).

Cela permet en effet de situer ces pratiques dans la temporalité de la psychose et de proposer des démarches thérapeutiques adaptées aux différentes phases du rétablissement.

2.4 L'apport des sciences sociales pour une meilleure compréhension des pratiques de rétablissement

Afin de mieux détailler les pratiques et les temporalités de rétablissement, mon travail mobilise une littérature plus large en sciences sociales qui inclut les disciplines telles que l'anthropologie, l'ethnographie, la psychologie sociale ou encore la sociologie de la santé. Ces travaux permettent en particulier d'approfondir ma réflexion sur le rôle des espaces publics urbains dans les trajectoires de rétablissement (Corin, 2002; Klausner, 2015; Evered, 2016; Poirel et al., 2013; Duff, 2015; McGrath, 2015).

2.4.1 L'importance des espaces publics et du rythme fluctuant des troubles

À l'image de la littérature en géographie de la santé mentale, une partie de ces travaux s'attache à analyser les pratiques des espaces institutionnels de rétablissement (McGrath, 2015). Ces travaux démontrent le rôle central joué par ces espaces dans les moments de crise qui s'érigent en véritables repères et refuges et qui aident les personnes à retrouver un état psychique stable (Corin, 2002; Klausner, 2015). Ces recherches mettent également en évidence l'espace privé comme lieu de retrait en période de crise (Poirel et al., 2013).

Un autre pan de cette littérature s'intéresse depuis peu au rôle thérapeutique de l'espace public urbain chez les personnes souffrant de troubles psychiques (Evered, 2016; Poirel et al., 2014; Klausner, 2015; Duff, 2014). Ces analyses montrent que l'espace public occupe aussi une place importante dans les trajectoires de rétablissement des individus (Evered, 2016).

Dans cette optique, le caractère naturel des espaces, le dégagement visuel de certains paysages mais aussi les possibilités de mise en retrait offertes par ces lieux constituent autant d'aspects matériels qui peuvent contribuer au processus de rétablissement des troubles (Evered, 2016; Poirel et al., 2014; Klausner, 2015). À cela s'ajoutent les caractéristiques sociales de ces espaces comme les diverses opportunités de création de lien social (Evered, 2016; Klausner, 2015).

Dans le cadre de mon analyse, je mobilise tout particulièrement les travaux de Klausner (2015) et Duff (2012) et qui sont détaillés dans la section suivante. Ces études apportent en effet de nouveaux éléments de réflexion sur les pratiques de l'espace public urbain et des temporalités du rétablissement.

2.4.2 Les apports théoriques de Klausner et Duff

Le travail ethnographique mené par Martina Klausner (2015) analyse les trajectoires de rétablissement de trois participants souffrant de troubles psychiques dans la ville de Berlin. L'étude suit le quotidien de ces trois personnes pendant quatre ans, depuis leur hospitalisation en clinique jusqu'à leur sortie. À travers cette étude, Klausner met en évidence les diverses pratiques d'autonomisation des participants, tout en soulignant le rôle essentiel de l'espace de la clinique dans leur trajectoire de rétablissement, principalement lors des périodes de crises. La clinique demeure en effet un espace autour duquel s'articule le quotidien de ces personnes jusqu'à la stabilisation de leur état de santé. Cet espace continue à être mobilisé lors des périodes de rechutes mais il perd peu à peu en importance, au fur et à mesure du rétablissement. En revanche, pour les participants qui souffrent de troubles chroniques, la clinique demeure un espace fréquenté quotidiennement et il constitue un véritable refuge. Le travail de Klausner montre que le processus de stabilisation des troubles n'est pas linéaire. Il se caractérise par des fluctuations dans l'apparition des symptômes dont l'intensité est également variable. Le quotidien des participants se caractérise avant tout par un va-et-vient constant entre l'hôpital psychiatrique, leur domicile et d'autres espaces urbains. Avec la stabilisation et l'autonomisation progressive des personnes, Klausner montre la façon dont les participants usent de tactiques et de stratégies dans la

reconquête de l'espace urbain et l'appropriation des lieux propices au bien-être. Elle décrypte les différents arrangements spatio-temporels du quotidien propices au processus d'autonomisation. Ces arrangements flexibles mobilisent une variété d'espaces dans lesquels s'inscrivent des pratiques médicales mais aussi des pratiques autonomes de rétablissement des participants. Klausner mobilise le terme de "niching" qui désigne le processus progressif de réappropriation de l'espace urbain et la recherche de lieux propices au bien-être. Ceux-ci regroupent tant des lieux publics tels que les cafés ou les parcs mais aussi privés et institutionnels, comme les espaces médicalisés.

Dans une perspective proche, Duff (2014) développe une analyse ethnographique détaillée des trajectoires de rétablissement de personnes souffrant de troubles psychiques dans la ville de Melbourne en Australie. Il étudie les propriétés matérielles, sociales et affectives de l'espace public qui sont propices au bien-être. Plus précisément, c'est la façon dont se combinent et s'assemblent ces facteurs dans le quotidien des individus qui intéresse Duff.

Dans le but de saisir avec précision ces dynamiques, l'auteur propose une conception de la santé et de la maladie qui dérive des travaux du philosophe français Gilles Deleuze et qui s'inspire également partiellement de l'approche non-représentationnelle²⁰ développée en sciences sociales à la fin des années 1990 (Thrift, 1996). Il privilégie une approche relationnelle des rapports entre les personnes et le milieu urbain. Duff met en exergue la façon dont les personnes se saisissent des ressources de leur environnement créent des agencements propices au bien-être.

Dans cette perspective, l'environnement est un champ de ressources matérielles, sociales et affectives qui se combinent entre elles pour former ce que Duff nomme un *événement de rétablissement*, c'est-à-dire une situation éphémère ou parfois plus durable qui procure un sentiment de bien-être chez les personnes.

Les ressources matérielles se définissent par l'ensemble des possibilités d'appropriation de lieux et d'objets qui jouent un rôle thérapeutique dans les trajectoires des individus. Les ressources sociales se caractérisent par les moyens et les processus mis en œuvre par les individus dans le but de cultiver et de maintenir les liens sociaux. Enfin, les ressources affectives se caractérisent par une série de sentiments qui transforment la capacité d'agir des individus et modèrent leur vécu des troubles. Ainsi, les individus sont simultanément façonnés par l'environnement mais ils peuvent également agir sur celui-ci (Duff, 2014). Duff propose par ailleurs une conception de la temporalité des troubles qui attribue une part importante à la dimension aléatoire et éphémère de la manifestation des symptômes.

Cette vision du rétablissement fait écho à celle qui prévaut actuellement dans la littérature en géographie et en sciences sociales plus largement (Curtis, 2010). Rappelons à cet effet que pendant longtemps, sous l'influence des modèles biologiques, le rétablissement a été défini comme un état de santé caractérisé par une absence totale de troubles ou de symptômes. Une vision plus complexe du rétablissement s'impose progressivement. Le rétablissement est considéré comme un processus - et non plus un état - au cours duquel les individus expérimentent une amélioration dans leur qualité de vie mais qui ne se caractérise pas forcément par l'atténuation ou la rémission durable des symptômes (Harvey et Bellack, 2009). Ainsi, le rétablissement ne fait plus uniquement référence à la rémission mais désigne plus généralement la capacité des individus à gérer leurs troubles et à poursuivre une vie quotidienne convenable (Rowling, 2016).

Dans cette perspective, en m'appuyant sur le travail de Duff (2014), je définis le rétablissement comme un processus non linéaire de stabilisation ou d'atténuation des troubles temporaire ou plus durable et qui s'accompagne d'un recouvrement des aptitudes sociales des personnes, leur permettant

²⁰ L'approche non-représentationnelle se fonde sur le rejet des représentations figeant les phénomènes sociaux, au profit de connaissances performatives et incarnées, basées sur la pratique. L'approche non-représentationnelle regroupe plusieurs théories qui cherchent à élargir la recherche à des objets non-humains, aux dimensions corporelles inhérentes à toute interaction, aux émotions et aux affects (Lorimer, 2005).

d'expérimenter des situations procurant du bien-être et de retrouver une vie sociale satisfaisante. Le rétablissement fait intervenir les différentes ressources matérielles, sociales et affectives qui confèrent aux individus un pouvoir d'action sur leurs expériences des troubles et par extension sur leur capacité à les contrôler²¹.

Les travaux de Klausner (2015) et Duff (2014) apportent donc de nouveaux outils conceptuels qui permettent de mieux appréhender les pratiques spatiales de rétablissement et les temporalités des troubles de la psychose. L'étude de Klausner permet en effet de mettre en évidence les stratégies de reconquête progressive de l'espace urbain par les personnes souffrant de troubles psychiques et la diversité des espaces investis au quotidien. Le travail de Duff propose une typologie détaillée des ressources mobilisées par les individus, en tenant compte de la temporalité non-linéaire du rétablissement.

2.4.3 La variabilité des pratiques et des temporalités du rétablissement

Toutefois, les travaux menés en sciences sociales qui viennent d'être détaillés présentent une série de lacunes dans leurs analyses spatiales et temporelles du rétablissement de la psychose. Premièrement, d'un point de vue spatial, la majorité de travaux se cantonne à l'analyse des espaces institutionnels de soins (Evered, 2016). Mon travail vise à saisir la diversité des espaces pratiqués par les personnes et la façon dont celles-ci les agencent dans leurs pratiques quotidiennes de rétablissement (Klausner, 2015; Evered, 2016). Il met l'accent sur la fonction médiatrice de la relation aux espaces urbains dans le processus de rétablissement.

Deuxièmement, j'attache une importance particulière à la dimension sensorielle de cette relation, qui joue un rôle important pour des personnes dont la perception est exacerbée ou atypique. Ces dernières sont en effet particulièrement sensibles aux stimulations auditives, visuelles et au contact tactile avec d'autres personnes. Cette sensibilité exacerbée peut poser problème dans certaines situations urbaines rencontrées par les personnes en ville et aggraver l'expérience des troubles, tout particulièrement lors des périodes de crise (Kapur, 2003). Les personnes vivant avec un diagnostic de psychose semblent en effet posséder une capacité limitée à filtrer les stimulations sociales et sensorielles de leur environnement, ce qui entraîne un phénomène de surcharge sensorielle (Kapur, 2003, van Os, 2009). En période de rémission des troubles, ces stimulations peuvent au contraire apporter du confort et du bien-être aux personnes (Myins-Germeyns et al., 2009; Evered, 2016; Curtis, 2010). Troisièmement, afin de tenir compte du processus généralement non-linéaire que constitue le rétablissement, mon analyse privilégie une description détaillée de la nature des symptômes et de leur durée permettant ainsi de situer avec précision les personnes dans leur trajectoire de rétablissement par rapport à un premier épisode psychotique. Dans le but de pouvoir retracer le plus fidèlement possible les conditions d'émergence des troubles psychotiques, mon étude porte sur des personnes proches de leur premier épisode psychotique, puisque datant de moins de trois ans, et elle exclut les personnes souffrant de troubles chroniques. En limitant, l'intervalle de temps entre la première manifestation des troubles et ma recherche, je réduis ainsi les risques d'obtenir des souvenirs lacunaires ou faussés chez les participants.

Quatrièmement, à travers l'examen d'une étude de cas suisse, mon travail contribue à étoffer le corpus de travaux sur le rétablissement portant actuellement essentiellement sur les contextes britanniques, étasuniens, canadiens ou allemands et qui ne sont par conséquent pas représentatifs de la variété des situations vécues par les personnes en détresse psychologique.

Cinquièmement, afin de saisir le caractère fluctuant du rétablissement et des relations avec l'espace urbain, je propose de mobiliser le concept "d'intensité d'engagement" développé par Laurent Thévenot dans sa sociologie de l'action (Thévenot, 2006). Comme je le montre ci-dessous, ce concept permet de

²¹ Ce pouvoir d'action encourage le développement des compétences et des savoir-faire chez les personnes au cours de leur rétablissement, leur permettant ainsi de retrouver une vie quotidienne convenable (De Certeau, 1990; Lefebvre, 1999).

saisir l'alternance souvent subtile, entre les pratiques propres aux moments d'intensification, puis d'atténuation des troubles qui surviennent au cours du processus de rétablissement de la psychose.

2.4.4 L'apport du concept "d'intensité d'engagement" de Laurent Thévenot dans la compréhension de l'expérience de rétablissement

Le travail de Laurent Thévenot s'inscrit dans le courant de la sociologie pragmatique qui se développe dans les années 1990, essentiellement en France et dont les figures de proue sont Thévenot et Boltanski (Barthe et al., 2013). La sociologie pragmatique se distancie d'autres démarches sociologiques qui considèrent que les réalités sociales sont déterminées par des structures. Thévenot et Boltanski défendent le principe selon lequel c'est à partir de l'action sociale en situation que peuvent être dégagées les logiques et les dispositions inhérentes à celle-ci. Les acteurs sociaux sont en effet animés par une pluralité de logiques d'action parfois contradictoires. L'agent social possède par conséquent "une personnalité à tiroirs" en fonction des situations dans lesquelles il est engagé (Thévenot, 2006: 24). C'est dans l'ouvrage intitulé *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement* (2006) que Laurent Thévenot analyse plus en détails les diverses logiques d'action dans lesquels sont engagés les individus. L'auteur y développe ce qu'il nomme "une sociologie de la raison pratique" dans laquelle il considère l'individu et son action à travers ses engagements multiples dans le temps et dans l'espace. Ces engagements sont à l'origine des différentes relations qu'un individu tisse avec son environnement dans la réalisation de son action. Celle-ci se définit comme étant une succession de formes variées de coordination avec l'environnement qui évoluent au fil des situations et des circonstances. Chaque action présuppose une relation avec l'environnement dont l'intensité peut être variable, selon sa portée. L'action n'est donc pas le résultat d'une intention bien formée, elle opère de façon aléatoire et elle s'ajuste continuellement en fonction de la portée de l'action. Ces formes de coordination présupposent des intensités d'engagement variables en fonction de la finalité de l'action. À cet effet, Thévenot développe le concept d'intensité d'engagement qui désigne le type de rapport développé avec l'environnement dans la réalisation d'une action. En fonction de sa portée, la relation à l'environnement requiert une coordination et un ajustement plus ou moins étroits avec les pratiques des autres. Si celle-ci est publique, les exigences de coordination avec l'environnement social s'accroissent, de même que l'intensité de la relation. Cela implique une compréhension des pratiques des autres acteurs et une coordination avec celles-ci dans la réalisation de l'action. À l'inverse, si la portée de l'action est plus personnelle, les exigences de coordination se réduisent, de même que l'engagement avec l'environnement.

Thévenot dresse une typologie des rapports qui gouvernent la portée de l'action et qui impliquent diverses intensités d'engagement. L'auteur distingue trois "régimes d'engagement", c'est-à-dire trois "dynamiques de mise en rapport" différentes qui expriment des niveaux et des formes de coordination spécifiques, selon si l'action est publique ou personnelle (Thévenot, 2006: 94). Dans le cadre de mon travail, je ne retiens pas cette typologie des régimes d'engagement mais uniquement le concept d'intensité d'engagement. Cette typologie traite en effet principalement de formes d'investissement avec l'environnement qui requièrent un fort degré de coordination avec l'environnement, alors que les personnes souffrant de troubles psychiques développent plutôt des formes d'engagement plus personnelles qui impliquent un degré de coordination plus lâche avec l'environnement. Les trois régimes d'engagement de Thévenot se distinguent par leur portée essentiellement publique et collective, impliquant par conséquent une étroite synchronisation des personnes avec leur environnement matériel et social.

Le concept d'intensité d'engagement présente l'intérêt dans le contexte de mon thème de recherche de permettre d'exprimer les variations dans les relations développées par les personnes vivant avec un diagnostic de psychose avec leur environnement.

Il permet de saisir les façons dont les personnes mobilisent leurs ressources en fonction des différentes temporalités de leur rétablissement, en se plaçant dans leur perspective. Plus précisément, ce concept permet de comprendre l'alternance entre les dynamiques de retrait et d'engagement avec l'environnement en fonction de la fluctuation des troubles, inhérentes au processus de rétablissement.

Je traiterai dans le chapitre 6 de façon plus détaillée de l'apport de Thévenot dans la compréhension des pratiques de rétablissement.

En résumé, mon travail vise donc à élargir le champ de la géographie de la santé mentale à travers une étude approfondie des espaces et des temporalités du rétablissement du point de vue des jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques. Ma recherche a tout d'abord comme objectif de rendre compte de la variabilité des troubles vécus par les personnes au cours de leur rétablissement et qui permet de dépasser la vision linéaire du rétablissement défendue par la littérature en sciences sociales (Corin, 2002; Poirel et al., 2014). Ensuite, mon étude s'intéresse à la diversité d'espaces mobilisés par les jeunes personnes regroupant tant les lieux publics que privés que les structures institutionnelles de soins (Parr, 1998; 2006, Poirel et al., 2014; Evered). Je m'intéresse tout particulièrement à la fonction médiatrice des espaces publics dans la gestion des troubles psychotiques en mobilisant les concepts de *niching* (Klausner, 2015) et de ressources (Duff, 2014). Enfin, dans le but de rendre compte des pratiques de retrait et d'engagement avec l'environnement, je mobilise le concept d'intensité d'engagement développé par Thévenot (2006). Celui-ci permet ainsi de retracer l'évolution du degré d'investissement des personnes avec leur environnement matériel, social et sensoriel au fur et à mesure du rétablissement.

2.5 Structure du travail et questions de recherche

Dans cette section, je présente d'une part les questions de recherche qui structurent l'ensemble de mon travail et d'autre part, j'expose les principaux apports et objectifs de mon analyse au champ de la géographie de la santé mentale. Je mets en évidence la façon dont mon analyse mobilise et articule de façon complémentaire les concepts de *niching*, de ressources et d'intensité d'engagement. Enfin, je montre la correspondance entre ces questions de recherche et les trois articles autour desquels est articulé mon travail.

Ma question de recherche générale est la suivante:

Comment se déroule le processus de reconquête urbaine après un premier épisode de troubles psychotiques ?

Cette problématique générale comprend les deux axes d'analyse principaux du travail, d'une part les pratiques spatiales urbaines des patients au cours de leur rétablissement et d'autre part, les formes d'investissement avec leur environnement matériel, social et sensoriel qui varient en fonction du rythme de manifestation des troubles. À l'aide du concept de "niching" (Klausner, 2015), il s'agit d'une part de décrire le processus progressif de réappropriation de l'espace urbain et le développement de "niches" et d'espaces de confort, à partir d'espaces familiers. D'autre part, il s'agit de détailler tout particulièrement, les pratiques de rétablissement des participants au cours de la reconquête et la façon dont celles-ci façonnent leur rapport à l'espace urbain. À cet effet, je mobilise le concept "d'enabling ressources" développé par Duff (2014). Je montre la façon dont les pratiques se traduisent par la mobilisation de ressources de nature matérielle, sociale et affective qui évoluent et se diversifient au cours du rétablissement. Enfin, je mobilise le concept "d'intensité d'engagement" développé par Thévenot (2006), afin de mettre en évidence la variabilité du rythme de rétablissement des participants et son influence sur leurs pratiques. Celui-ci permet en effet de détailler le caractère fluctuant du processus de rétablissement et la façon dont celui-ci agit sur le rapport des participants à leur environnement.

Ma première sous-question de recherche porte sur le rôle des espaces publics dans les trajectoires de rétablissement et je l'ai formulée comme suit:

Quelles ressources présentes dans les espaces publics urbains les participants mobilisent-ils dans le processus de reconquête de la ville ?

Le premier article intitulé “*Entre le plein et le vide: les espaces-temps quotidien des jeunes patients souffrant de troubles psychotiques en milieu urbain*” répond à cette première sous-question²². Dans cette analyse, je m’intéresse tout particulièrement au rôle de ces espaces dans l’atténuation des expériences des troubles vécues par les personnes au quotidien. Mon analyse met en évidence la diversité des trajectoires spatiales des participants à l’étude, combinant une pluralité d’espaces de rétablissement institutionnels, privés mais aussi publics aux propriétés matérielles, relationnelles et sensorielles variées. Pour rendre compte de ces trajectoires spatiales, je mobilise les concepts de “niching” (Klausner, 2015) qui permet de montrer la façon dont les personnes reconquièrent progressivement l’espace urbain et s’approprient tant des lieux privés que publics et institutionnels. Dans un deuxième temps, à l’aide du concept “d’*enabling resources*” développé par Duff (2014), je mets en exergue la manière dont les personnes se saisissent d’une variété toujours croissante de ressources matérielles, sociales, affectives et sensorielles au fur et à mesure du rétablissement. Je montre tout particulièrement que les espaces publics urbains possèdent des propriétés matérielles, sociales et sensorielles qui permettent de médiatiser l’intensité du vécu des troubles chez les participants. D’un point de vue méthodologique, l’article se base sur une ethnographie menée dans une institution thérapeutique au centre-ville de Lausanne.

Ma seconde sous-question de recherche traite plus en détails des pratiques d’investissement ou au contraire de retrait des personnes avec leur environnement. Cette question s’énonce ainsi:

En quoi la fluctuation des troubles expérimentée par les participants influe-t-elle sur leur degré d’engagement avec l’environnement ?

Le deuxième article intitulé “*Du retrait à la reconquête: pratiquer la ville après un épisode psychotique*”²³ répond à cette seconde sous-question.

Cet article s’inscrit dans la continuité de mon premier papier sur les pratiques de rétablissement. Il explore la façon dont le rythme d’apparition des troubles lors du rétablissement agit sur les pratiques urbaines des personnes souffrant de troubles de la psychose. À cet effet, je m’appuie sur le concept “d’intensité d’engagement” (Thévenot, 2006) qui permet de détailler la modularité du rapport des personnes avec leur environnement urbain au cours de leur rétablissement. Ce concept s’inscrit de manière complémentaire aux concepts de “niching” (Klausner, 2015) et “d’*enabling resources*” (Duff, 2014) que je mobilise également dans le cadre de cet article. Le concept de Thévenot (2006) contribue à nuancer davantage les différentes formes d’appropriation des ressources par les personnes dans la reconquête de l’espace urbain, en fonction de la dimension temporelle très fluctuante du rétablissement. Mon analyse montre qu’au fur et à mesure du rétablissement, les participants s’impliquent toujours davantage dans les relations qu’ils tissent avec leur environnement et ils étendent leur périmètre de pratiques. Enfin, je mets en évidence le caractère non linéaire du processus de rétablissement chez les personnes vivant avec un diagnostic de psychose. Je montre que ce processus est marqué par des périodes de mal-être au cours desquelles les participants développent des pratiques de repli spatial et social. D’un point de vue méthodologique, au même titre que le papier précédent, cet article se base sur une ethnographie menée dans une institution thérapeutique au centre-ville de Lausanne.

Le troisième article que j’ai intégré à ma recherche est un article collectif écrit dans le cadre du projet FNS qui propose une réflexion générale sur les stratégies de confort développées par les personnes vivant avec un diagnostic de psychose en milieu urbain.

²² Codeluppi, Z.: *Entre le plein et le vide : les espaces-temps quotidiens de jeunes patients souffrant de troubles psychotiques en milieu urbain*, *Géo-Regards*, 9, 119-133, 2016.

²³ Codeluppi, Z.: *Du retrait à la reconquête: pratiquer la ville après un épisode psychotique*, *Geographica Helvetica*, 2019 (Online).

Ce papier intitulé “*Emplacing recovery: how persons diagnosed with psychosis handle stress in cities*”²⁴ met en évidence les différentes “tactiques” (De Certeau, 1984) utilisées par les jeunes patients ayant récemment vécu un épisode psychotique dans la gestion des facteurs urbains de stress. Ces tactiques peuvent être définies comme des pratiques souvent inconscientes qui permettent de faire face aux situations de stress en milieu urbain (Söderström et al., 2017). L’analyse se base sur des entretiens vidéo menés suite à une série de parcours urbains filmés et sur des observations ethnographiques réalisées dans un centre thérapeutique à Lausanne²⁵. Elle montre que les patients utilisent essentiellement trois tactiques: la création de bulles sensorielles, la planification systématique de leurs trajectoires de mobilité et la création de lieux de confort. L’étude permet de rendre compte des stratégies de rétablissement du point de vue des patients et il met également en évidence le rôle important joué par les lieux urbains et les situations en ville au cours de la phase de rétablissement suivant le vécu d’un premier épisode. Cet article apporte un cadrage général du rôle de l’espace urbain et des pratiques développées par les jeunes personnes souffrant de psychose au cours de leur rétablissement.

²⁴ Söderström, O., Söderström, S., Codeluppi, Z., Abrahamyan Empson, L. et Conus, P. (2017): *Emplacing recovery: how persons diagnosed with psychosis handle stress in cities*, *Psychosis*, 1752-2447 (Online).

²⁵ La méthodologie employée dans le cadre de cet article intègre deux travaux de terrains différents qui seront présentés plus loin dans le chapitre méthodologique. Les jeunes ayant participé à ces deux terrains font en revanche tous partie du programme TIPP de Lausanne.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Introduction

Ce chapitre expose les différentes méthodes mobilisées dans le cadre de ce travail.

Après une brève présentation des patients du programme TIPP, j'explicité les spécificités méthodologiques liées à cette population. Dans un deuxième temps, je décris l'ensemble des méthodes employées dans l'analyse qui comprend des parcours accompagnés ou "go-alongs" et des entretiens vidéo, des "go-alongs" et des entretiens non-filmés, des ateliers interdisciplinaires ainsi que de l'observation participante et je montre leur complémentarité. Je me penche tout particulièrement sur le rôle et les apports de la démarche ethnographique dans la compréhension des expériences et des pratiques urbaines de rétablissement des personnes en souffrance psychique que j'ai développé tout spécifiquement pour mon travail de doctorat.

De façon plus générale, dans le cadre de mon étude, j'ai employé un vocabulaire hybride qui témoigne du caractère interdisciplinaire inhérent à ma recherche. Mon analyse s'inscrit dans une perspective critique qui se distancie du regard médical qui souvent réduit les personnes à leurs symptômes et qui ne les considère pas comme des acteurs sociaux à part entière. Mon étude atteste des tensions relatives à ce positionnement. Tout au long de ma recherche, j'ai dû en effet composer avec les acteurs de terrain pris dans des logiques institutionnelles propres au milieu de la psychiatrie.

Dans cette perspective, j'emploie les termes de "personnes vivant avec un diagnostic de psychose", "participants" ou de "personnes souffrant de troubles psychiques" comme alternatives au terme "patients", terme qui tend à réduire les personnes à leur statut vis-à-vis de l'institution médicale et vis-à-vis d'un diagnostic. Cependant, le contexte a parfois nécessité l'usage du terme de "patients", en particulier lorsqu'il s'agissait de souligner ou de rappeler l'appartenance des participants au programme de traitement médical dans le cadre duquel ceux-ci avaient été contactés pour cette recherche.

3.2 Les patients du programme TIPP

Les participants à l'étude sont des jeunes patients âgés qui font partie du programme de traitement et d'intervention précoce de la psychose (TIPP)²⁶ qui a été mis en place en 2004 à Lausanne.

Les patients du programme répondent à une série de critères d'inclusion spécifiques qui se basent sur les lignes directrices internationales du traitement de la psychose, actuellement en vigueur (Baumann et al., 2013). Les patients sont tous âgés entre 18 et 35 ans à l'entrée dans le programme. Ils ont vécu au moins un épisode psychotique datant de moins de trois ans, au cours duquel le seuil critique de la psychose a été atteint²⁷. Ce programme se déroule sur une période de trois ans au cours de laquelle le diagnostic des patients fait l'objet d'une réévaluation tous les six mois. Les personnes consommatrices de drogues ou ayant déjà suivi un traitement antipsychotique de plus de six mois avant l'entrée dans le programme, ainsi que celles qui souffrent de problèmes neurologiques sévères (QI inférieur à 70) ne sont pas admises dans le programme.

L'ensemble des participants a dû fournir un consentement écrit (provenant du protocole de recherche, préalablement approuvé par le Comité d'éthique de l'Université de Lausanne), qui autorise les chercheurs à récolter, stocker et utiliser leurs données à des fins scientifiques. Une partie des patients traités dans le cadre du programme TIPP sont également patients de l'institution thérapeutique dans laquelle a été conduit le terrain ethnographique. Les patients de l'institution retenus pour ce travail répondent tous aux critères d'inclusion mentionnés précédemment.

²⁶ L'acronyme TIPP signifie: "Treatment and Early Intervention in Psychosis Program" en anglais.

²⁷ L'évaluation du seuil critique de la psychose est définie par la "Psychosis threshold subscale" qui propose une échelle, nommée "Comprehensive Assessment of At Risk Mental States scale" (CAARMS) utilisée par les cliniciens pour évaluer les stades de la psychose chez les jeunes gens.

Par ailleurs, la plupart des participants à ce travail est domicilié dans la région de Lausanne et de ses environs qui constitue la cinquième plus grande agglomération de Suisse, avec une population de 415'000 habitants en 2017²⁸.

Le choix de travailler avec les patients du programme TIPP a été motivé par plusieurs raisons qui sont liées tant aux objectifs du projet de recherche qu'à celui du travail de thèse. La première raison est liée à l'objectif principal du projet de recherche qui consiste à identifier les facteurs urbains à l'origine du déclenchement des troubles de la psychose. Ceci demande de travailler avec des patients proches de leur premier épisode psychotique, n'ayant pas développé de troubles chroniques, susceptibles d'induire des variables confondantes. À cette fin, la cohorte de patients du programme TIPP constitue une population relativement homogène, ce qui permet réduire considérablement le risque de biais.

Deuxièmement, l'identification de facteurs prémorbides et prodromaux (c'est-à-dire les facteurs précédant le premier épisode psychotique) et l'influence de ceux-ci sur le développement de la maladie peuvent être analysés de manière plus fiable avec des patients du programme TIPP, dont le diagnostic est réévalué tous les six mois par des cliniciens (case managers et psychiatres) et par des psychologues. Ceux-ci s'occupent en outre de collecter des informations liées notamment aux caractéristiques sociodémographiques, prémorbides qui alimentent la base de données du programme TIPP et qui regroupe tant des données liées aux caractéristiques cliniques, aux comorbidités et aux traitements, qu'aux informations relatives aux symptômes et aux aspects fonctionnels des patients.

Troisièmement, travailler avec la cohorte TIPP permet d'offrir une bonne représentativité de l'ensemble des différentes situations de personnes souffrant de schizophrénie incluant aussi des patients qui vivent seulement une fois dans leur vie un épisode psychotique.

Enfin, dans l'analyse des facteurs à risques, il est important de réduire au maximum le laps de temps écoulé entre la première manifestation des troubles et mon travail de recherche. À cet effet, les patients du programme TIPP sont tous proches de leur premier épisode psychotique, ce qui permet d'éviter le risque de biais induit par des souvenirs lacunaires ou erronés des participants datant du début de la période de leur souffrance psychique, dans l'analyse des facteurs à risques. En outre, pour des raisons de validité théorique, seuls les participants ayant un diagnostic de schizophrénie ou de psychose-non affective ont été inclus à la recherche.

Le recrutement des participants s'est déroulé sur deux périodes d'environ trois mois. Ce sont les case managers et les psychiatres du programme TIPP qui se sont occupés de la sélection des patients, sur la base des critères du projet mais aussi sur la base de leur degré de stabilisation du point de vue de leurs symptômes. La section suivante détaille la première étape de ma démarche qui a été réalisée avec dix patients du programme TIPP.

3.3 Présentation des méthodes utilisées dans le cadre de la recherche pour comprendre l'expérience urbaine et les pratiques des participants

3.3.1 Les parcours filmés ou "go-alongs" comme moyen d'accéder à l'expérience de la ville au-delà du verbal

Les parcours filmés visaient à mettre en évidence le rapport des participants aux lieux suscitant du stress ou du confort. Les parcours filmés, communément appelés "go-alongs" dans la littérature sont utilisés par les sociologues, les anthropologues et les géographes pour saisir les relations des personnes aux lieux (Grosjean et Thibaud, 2001). Ce genre particulier de méthode vidéo consiste à filmer les parcours des participants dans des espaces qui leurs sont familiers et qu'ils fréquentent quotidiennement (Kusenbach, 2003). Cette démarche se révèle tout particulièrement pertinente pour capter les expériences urbaines des personnes souffrant de troubles psychiques qui sont souvent confrontées à des difficultés d'ordre dialogique et qui occasionne une multitude d'obstacles dans les interactions verbales

²⁸ Données issues du portail de l'Office fédéral suisse de la statistique. Le nombre de 415'000 habitants, correspond à l'ensemble de la population résidente permanente de l'agglomération lausannoise en 2017.
Source: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/city-statistics/portraits-agglomerations/lausanne.html>

avec autrui (Lysaker et Lysaker, 2008). Ces difficultés sont à l'origine de récits souvent fragmentés et incomplets produits par ces personnes, ce qui rend leur analyse et leur compréhension délicate (Lysaker, 2005). De façon générale, les obstacles dans l'échange verbal relèvent d'une altération des fonctions métacognitives interpersonnelles, caractéristiques des troubles de la schizophrénie²⁹ (Lysaker, 2005; Macnaughton et al., 2014).

Les parcours filmés permettent aux chercheurs d'observer de manière directe, grâce à la vidéo, les pratiques spatiales des participants. Cela requiert une écoute et une observation active de la part des chercheurs, tant pendant le parcours, qu'après celui-ci, au moment de l'analyse vidéo (Kusenbach, 2003).

Par ailleurs, comme cela sera détaillé plus loin, les "go-alongs" filmés ont été mobilisés dans le cadre d'entretiens vidéo, dans le but de susciter la discussion avec les participants. À cet égard, les promenades filmées constituent un excellent moyen d'ancrer la discussion dans les expériences concrètes corporelles et mobiles de l'espace urbain (Kusenbach, 2003). Ce procédé offre la possibilité de récolter un matériel plus riche, que les entretiens *ex situ*, incluant la dimension émotionnelle et sensorielle des expériences des participants (Doughty, 2013; Pink, 2007).

Les parcours filmés ont été réalisés avec dix participants, sept hommes et trois femmes, appartenant au programme TIPP. Il leur a été demandé de choisir un(e) accompagnant(e) ainsi qu'un itinéraire en ville de Lausanne. Il était en effet important que le sentiment de sécurité et le caractère ordinaire de la démarche soient présents tout au long de la promenade. L'accompagnement permettait également de réduire le sentiment d'inconfort des participants vis-à-vis du tournage vidéo. Lors de cinq promenades cependant, c'est un membre de l'équipe de recherche, un géographe, qui a accompagné le participant, faute de disponibilité d'un(e) accompagnant(e) proche des patients.

Les parcours vidéo ont duré entre 40 et 120 minutes et traversaient une diversité d'environnements urbains. La plupart des promenades avaient comme point de départ le lieu de consultation ambulatoire de Chauderon, espace familier des patients. Pendant le parcours, les participants étaient libres de s'exprimer, de partager et de commenter les idées qui leur venaient à l'esprit dans les diverses situations urbaines traversées.

En fonction des espaces traversés au cours du parcours, le trajet du retour était, dans certains cas, choisi par l'équipe de recherche, afin de diversifier les environnements parcourus et d'obtenir des promenades avec des espaces comparables.

Le tournage a mobilisé trois caméras mobiles, l'une latérale, permettant de saisir les réactions des participants en fonction des lieux parcourus, l'autre arrière visant à capter l'environnement traversé et enfin, une "gopro", fixée sur le participant ou son accompagnant. Ce sont les deux ethnométhodologues de l'équipe de recherche qui se sont occupées du tournage des dix promenades, puis du montage vidéo. Les parcours filmés se sont déroulés en présence d'un patient et son accompagnant(e), d'un psychiatre et d'un géographe.

En dépit du caractère peu naturel induit par le dispositif du tournage, la plupart des participants se sont très rapidement adaptés aux caméras, les oubliant après quelques minutes, n'entraînant pas conséquent pas de perturbations dans l'observation. Deux participants ont eu tout particulièrement davantage de difficultés à s'y habituer, ce qui a entraîné peu d'interactions avec l'accompagnant(e) pendant la promenade, induisant ainsi des perturbations dans l'observation avec pour conséquence une moins grande richesse de matériel pour l'analyse de discours³⁰.

²⁹ La métacognition est définie comme l'analyse de son fonctionnement intellectuel: "la métacognition se rapporte à la connaissance que l'on a de ses propres processus cognitifs et de tout ce qui y touche, par exemple, les propriétés pertinentes pour l'apprentissage ou de données" (Flavell, cité par Noël B., 2001:65). Les difficultés métacognitives se traduisent notamment par des problèmes d'attention, de verbalisation, d'apprentissage et de réflexivité personnelle.

³⁰ Ces informations sont tirées des entretiens vidéo ayant eu lieu avec les patients quelques semaines après les promenades filmées. Une question du guide d'entretien porte tout particulièrement sur le rôle perturbateur ou non des caméras pendant la promenade.



GoPro camera



Lateral camera



Back camera

Figure 1 : Le dispositif de tournage composé d'une "GoPro", d'une caméra latérale et d'une caméra arrière.

Les parcours ont été filmés dans le but de pouvoir analyser avec précision les mouvements des participants dans l'espace urbain, de même que leurs discours dans les interactions. Les vidéos ont permis de mettre en évidence les moments de confort ou d'inconfort des participants et la façon dont ceux-ci faisaient face à ces situations en usant de tactiques spatiales et sociales³¹.

Dans un deuxième temps, les parcours filmés ont été mobilisés dans le but de susciter les narrations des participants dans le cadre de sessions de *video-elicitation*.

3.3.2 Les sessions de "video elicitation" comme moyen de susciter la narration de l'expérience de la ville

Des sessions de visionnement vidéo ont été organisées, en présence des dix participants, d'un géographe et d'un psychiatre de l'équipe de recherche. Ces visionnements ont eu lieu dans les locaux de la consultation de Chauderon, une à trois semaines après le tournage vidéo.

Ces sessions poursuivaient deux objectifs principaux. Le premier visait à aborder les biographies spatiales avec les patients et notamment les paramètres de mobilité résidentielle et de migration. Le deuxième objectif du visionnement consistait à mettre en évidence les effets des différents lieux urbains

³¹ Les vidéos ont fait l'objet de deux analyses distinctes mais complémentaires. Une première analyse, davantage basée sur le discours des participants et sur les espaces fréquentés a été effectuée par les géographes et les psychiatres. Une deuxième analyse a été réalisée par l'équipe d'ethnométhodologues, qui sur la base des transcriptions détaillées des parcours filmés, visait à analyser les interactions des patients avec leur accompagnant(e), leur environnement social et physique. Cette analyse a permis de mettre en évidence les micro-ruptures, les discontinuités, les hésitations ou encore les silences dans des contextes particuliers. Cet aspect ne sera toutefois pas détaillé dans le cadre de ce travail.

sur les expériences de stress ou de confort des participants. Il s'agissait d'utiliser le pouvoir d'évocation de l'enregistrement vidéo, dans le but de susciter la narration du patient.

Dans le cadre de ces séances de "video elicitation", les participants étaient invités à visionner l'ensemble de la vidéo ou des séquences sélectionnées au préalable par un géographe de l'équipe. L'entretien était filmé, à l'aide d'une caméra frontale, enregistrant le son et l'image, afin de pouvoir permettre la retranscription, puis une analyse des narrations des patients par les psychiatres et par les géographes. Au cours de ces sessions, les patients pouvaient interagir librement et commenter les vidéos.

Après le visionnement vidéo suivait un entretien semi-directif classique mené par le géographe et le psychiatre de l'équipe de recherche et qui permettait de discuter des aspects qui n'avaient pu être spontanément abordés pendant la session vidéo. Cet entretien était composé de questions portant sur les pratiques urbaines des participants, les situations de stress et de confort qu'ils étaient amenés à expérimenter ainsi que les interactions sociales ayant eu lieu au cours de leur parcours. Un guide d'entretien élaboré au préalable par l'équipe de recherche permettait de piloter la discussion de façon à aborder chacune des thématiques de la recherche³² (Imbert, 2010). Les questions posées aux participants étaient ouvertes et rattachées à des situations urbaines courantes. Une attention particulière était portée à leur formulation, puisqu'il s'agissait d'éviter les termes académiques comme "interaction sociale". Enfin, la dernière partie de l'entretien regroupait des questions plus générales concernant leurs trajectoires biographiques et résidentielles.

Cette démarche s'est basée en partie sur les méthodes d'entretien d'explicitation développées par Vermersch (2005). Ce type de travail avec la vidéo est aussi connu sous le nom de "travail de médiation"³³ (Laurier, 2009) ou "d'entretiens d'observation réactivée" (Amphoux, cité par Thibaud et Grosjean, 2001).

Comme le suggère Vermersch, sa méthode de verbalisation de l'action, développée initialement à des fins pédagogiques, peut être employée dans des domaines très divers. Dans le cadre de ce travail, cette méthode a donc été mobilisée dans la préparation, puis dans la conduite des entretiens avec les patients. Vermersch définit sa technique d'entretien comme " [...] l'ensemble des pratiques d'écoute basées sur des grilles de repérage de ce qui est dit et de techniques de relance qui visent à aider à accompagner la mise en mots d'un domaine de l'expérience en relation avec des buts personnels" (Vermersch, 2005:14). Le but poursuivi par cette technique est celui d'accompagner les personnes dans la formulation du contenu de leurs actions et de leurs pensées, tout en privilégiant leur propre langage. La position de parole mobilisée par cette méthode est d'ordre phénoménologique. Elle n'est pas spontanée et elle requiert un guidage actif de la part du chercheur.

Vermersch montre que pour pouvoir expliciter l'action, il est nécessaire d'adopter une technique d'entretien permettant de la mettre en mots, puisque souvent une part importante de celle-ci n'est pas consciente. La prise de conscience s'effectue au moment où le chercheur pose la question et adopte une position réflexive par rapport à l'expérience du patient (Vermersch, 2010).

Dans le cadre de ce travail, comme je l'ai expliqué plus haut, il était indispensable d'utiliser un support vidéo, permettant de susciter le dialogue. À travers l'utilisation du support vidéo, le participant était en mesure de "revivre" son parcours et d'évoquer de manière concrète son expérience urbaine, tout en prenant conscience de ses attitudes et ses comportements, au fur et à mesure du visionnement vidéo et de l'entretien (Vermersch, 2010).

Tout au long de la démarche, l'équipe de recherche a privilégié une conduite d'écoute ouverte et peu directive. Les relances des chercheurs visaient essentiellement à aider le patient à mettre des mots sur l'implicite et en revenant sur les informations lacunaires et partielles. Il s'agissait par conséquent d'être attentif au rythme et au ton de la voix du patient ainsi qu'à son attitude, afin de l'accompagner dans la verbalisation de son action (Vermersch, 2010). Tout au long de la démarche, les chercheurs ont cherché à s'adapter au langage des patients et ils ont employé des termes similaires (Vermersch, 2010). Dans

³² Avant son utilisation dans le cadre des entretiens, le guide a été testé auprès d'une dizaine de patients du programme TIPP et auprès d'une quinzaine de cliniciens.

³³ Ce terme a été traduit de l'anglais "mediated work" employée par Laurier (Laurier, 2009).

cette perspective, l'entretien devenait une démarche collaborative, valorisant le rôle du patient en tant que protagoniste de son entretien (Vermersch, 2010).

Le visionnement vidéo, de même que les entretiens ont ensuite été retranscrits de façon détaillée, afin de rester aussi fidèle que possible aux fluctuations de la parole, témoins de leurs expériences de stress et de confort, puis ils ont fait l'objet d'un codage thématique. Conformément à la procédure d'analyse thématique d'entretiens en géographie humaine (Dunn, 2005), les transcriptions des entretiens ont ensuite été examinées et regroupées dans des documents thématiques par un géographe de l'équipe, dans le but d'analyser les similarités et les divergences entre les déclarations des participants.

Étant donné que l'enregistrement vidéo des "go-alongs" demande beaucoup de temps, le nombre de participants a été limité à dix. Afin d'accroître l'échantillon de participants, dix entretiens supplémentaires combinés à des "go-alongs" non-filmés ont été conduits ultérieurement par un géographe et un psychiatre de l'équipe.

3.3.3 Les entretiens et les "go-alongs" non-filmés comme matériel d'analyse complémentaire

Les participants à cette deuxième phase d'étude ont été sélectionnés par les case managers et les psychiatres du programme TIPP sur la base des mêmes critères que ceux évoqués dans la première section de ce chapitre. Les participants étaient tous convoqués au centre de consultation Chauderon où se déroulait d'abord, un entretien semi-directif d'environ trente minutes en présence d'un géographe et d'un psychiatre de l'équipe de recherche, puis suivait un "go-along" non-filmé en ville de Lausanne. En fonction des souhaits émis par les patients et de leur état d'esprit du moment, le parcours filmé était effectué avant l'entretien. Le même guide d'entretien que celui de la première phase de recherche a été utilisé dans le cadre de cette démarche. Dix participants ont pris part à ces entretiens, huit hommes et deux femmes.

L'entretien visait à créer un climat de confiance avec le patient et à lui expliquer le déroulement de la rencontre. Les chercheurs abordaient ensuite avec lui les questions relatives à sa trajectoire biographique et résidentielle. Dans certains cas, ces questions ont été posées après les parcours.

Les chercheurs proposaient ensuite aux participants un parcours en ville, préparé au préalable par le géographe et situé à proximité de la consultation. Cette promenade, d'une durée d'environ de vingt minutes, avait pour but de créer un dispositif d'étude similaire à celui des "go-alongs" filmés, afin d'obtenir des données comparables. Dans cette optique, le participant était immergé dans des environnements urbains similaires à ceux traversés par les patients de la première phase d'étude. Au cours du parcours, en fonction des environnements traversés et des situations rencontrées, les chercheurs interrogeaient le patient au sujet de ses pratiques urbaines, des situations de stress et de confort ainsi que des interactions sociales avec autrui. Les parcours se sont déroulés en présence d'un psychiatre et d'un géographe. Le patient avait la possibilité de demander l'accompagnement par le case manager du programme TIPP, en charge de son suivi. Les parcours et les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un enregistreur, en vue de leur retranscription.

Cette démarche s'est inspirée en partie de la méthode du parcours commenté présenté par Grosjean et Thibaud (2001) dans leur ouvrage intitulé *L'espace urbain en méthodes*.

La démarche consiste à demander à plusieurs personnes d'effectuer un même cheminement en milieu urbain, puis de décrire les situations auxquelles elles prennent part, de même que leurs perceptions et leurs sensations. Dans un premier temps, il est demandé aux participants de faire état aussi précisément que possible des ambiances des lieux et de leurs perceptions (Grosjean et Thibaud, 2001). Toutes les modalités sensorielles peuvent être mobilisées dans cette description. Le cheminement est souvent établi à l'avance par l'enquêteur et il dure généralement vingt minutes. L'enquêteur se doit d'intervenir le moins possible dans le discours de la personne et il doit se cantonner à relancer la discussion, dans le cas d'une difficulté manifeste (Grosjean et Thibaud, 2001). Il mène toutefois un travail d'observation du participant et de l'environnement urbain qu'il décrit et dans lequel il se trouve, permettant de compléter l'analyse du discours des participants par une étude des situations urbaines et des attitudes des personnes.

Dans le cadre de notre démarche, pour des raisons d'organisation et de temps, le parcours proposé était imposé aux participants, puisque l'objectif était de pouvoir procéder ultérieurement à des analyses comparatives avec notre premier échantillon de dix patients. Par ailleurs, lors du parcours, la technique de relance employée dans le cadre du projet était plus contraignante que celle proposée par Grosjean et Thibaud (2001), puisqu'il s'agissait d'orienter la discussion avec les participants en fonction des thématiques du guide d'entretiens en s'adaptant aux lieux traversés et aux situations rencontrées.

Lors de chaque *go-along*, les chercheurs observaient systématiquement les réactions et les comportements des participants, dans les différents environnements traversés. Ces observations ont ensuite été retranscrites dans un cahier par le géographe

Les dix promenades ont été enregistrées au moyen d'un enregistreur que portait l'un des deux chercheurs, durant toute la durée des parcours. Ces enregistrements ont ensuite fait l'objet d'une retranscription et détaillée incluant les silences, les hésitations et les bégaiements des patients. Puis, ces entretiens ont été codés et analysés en suivant la même procédure que celle opérée avec le matériel vidéo décrite dans la section précédente. Les analyses ont fait l'objet de recoupements et de comparaisons avec le premier corpus d'entretiens. Cela a consisté à examiner et à regrouper de façon systématique les transcriptions des entretiens dans des documents thématiques, afin de pouvoir analyser et mettre en évidence les occurrences thématiques et de langage entre les différents entretiens. Ensuite, une classification du matériel récolté a été réalisée sur la base des thématiques ayant émergé lors de l'analyse de la transcription des dix premiers entretiens et des discussions des séances de travail interdisciplinaires ("interpretation lab") qui est l'objet de la section suivante.

À la suite de ces analyses, un focus group a été organisé avec les case managers et les psychologues du programme TIPP, dans le but de discuter des premiers résultats et de les confronter à leurs expériences et à leurs points de vue de thérapeutes.

La qualité du matériel récolté avec la méthode des parcours filmés diffère toutefois des données issues des parcours non-filmés. Le matériel vidéo a en effet permis de mener un travail d'analyse très détaillé à la fois des pratiques et du discours des participants au sujet de leur expérience urbaine (Söderström, 2019). D'un point de vue ethnométhodologique, les "go-alongs" filmés ont en effet permis d'explorer les pratiques urbaines *in situ* des participants et leurs interactions avec leur environnement matériel et social (Merlino et Mondada, 2016). Ce matériel a ensuite servi de support aux séances de "video elicitation" pour susciter le dialogue avec les participants et pour évoquer de manière concrète leurs expériences urbaines. Cela a ainsi permis de développer une analyse de discours qui a été menée sur la base des retranscriptions des échanges avec les participants (Söderström et al., 2016).

En raison de l'absence de supports vidéo ou visuels, les "go-alongs" non filmés n'ont pu faire l'objet d'une analyse aussi minutieuse des pratiques *in situ* des participants. Toutefois, ils ont donné lieu à une analyse détaillée de discours des participants sur la base des échanges ayant eu lieu pendant avant ou après les promenades, ce qui a ainsi permis d'enrichir le travail mené avec le matériel vidéo. Les parcours commentés s'inscrivent dans ce qui est communément appelé en sciences sociales des méthodes mobiles. Celles-ci sont tout particulièrement pertinentes pour mieux saisir les pratiques et les expériences des participants, phénomènes dynamiques constamment remodelés et reconfigurés dans le temps et de l'espace, en fonction des interactions des personnes et des caractéristiques sensorielles et affectives qu'ils rencontrent dans leur environnement (Kazig et al., 2017). Grâce à sa dimensions immersive et mobile, le parcours commenté permet aux participants de partager leur vécu des expériences et des situations urbaines *in situ* (Tixier, 1996). Contrairement aux entretiens réalisés en situation statique qui nécessitent un effort de re-mémorisation de la part des participants, les parcours commentés offrent la possibilité de saisir les diverses façons d'appréhender et de percevoir l'espace du vécu des participants grâce à l'observation et à la verbalisation immédiate de leurs expériences *in situ* (Tixier, 1996). En effet, le mouvement permet d'adopter un regard rétrospectif sur ce qui vient d'être vécu. Le cheminement contribue ainsi à une mise à distance des événements qui se succèdent, de manière à pouvoir comparer les différentes expériences. Dans cette optique, le but n'est pas de s'extraire totalement des situations mais plutôt de pouvoir analyser la façon dont les participants les vivent et les perçoivent (Thibaud et al., 1998).

3.3.4 Dialogue interdisciplinaire : l'interprétation lab et triangulation des méthodes

Comme explicité précédemment, les analyses des parcours filmés et des entretiens vidéo s'inscrivent dans un cadre méthodologique interdisciplinaire. Dans cette optique, des séances de travail entre psychiatres et géographes ont été organisées. Celles-ci ont été nommées "laboratoires d'interprétation" ("interpretation labs"). Ces séances qui étaient organisées à la consultation Chauderon, visaient à analyser le matériel récolté, en combinant les différentes interprétations du matériel vidéo, résultant des points de vues disciplinaires des psychiatres et des géographes. Les psychiatres apportaient leur expérience et leurs connaissances cliniques, alors que les géographes amenaient leur expertise et leurs connaissances des pratiques urbaines spatiales et sociales.

Ce travail était effectué à partir de séquences vidéo sélectionnées au préalable par un géographe de l'équipe de recherche. Cela permettait de cibler des moments particulièrement révélateurs des situations de stress ou de confort rencontrés par les participants dans le cadre de leur parcours urbain. Ces séances duraient généralement entre une et trois heures. Dans un premier temps, l'ensemble de l'équipe de recherche visionnait les extraits présélectionnés, puis, chacun était amené à donner son point de vue. Dans un deuxième temps, l'ensemble de l'équipe discutait des orientations analytiques du matériel visionné. À cet effet, une grille de propositions thématiques permettant de répondre aux hypothèses de recherche du projet étaient élaborées au préalable par un géographe de l'équipe. Au terme de ces séances, le document d'analyse était retravaillé, en fonction des feedbacks des chercheurs. À cela a été associé un corpus d'extraits d'entretiens les plus révélateurs des diverses situations urbaines de stress et de confort.

De façon complémentaire, un psychiatre de l'équipe effectuait une vérification systématique des critères d'inclusion des participants en consultant leurs dossiers médicaux, en particulier pour les patients prenant part aux parcours commentés. En effet, ceux-ci avaient été récemment intégrés au programme TIPP, leur diagnostic n'était souvent pas encore établi par les cliniciens.

Dans le cadre ces réunions, l'équipe s'est également mise d'accord sur les axes de travail à approfondir par une analyse interactionnelle par les ethnométhodologues. Deux séances "d'interprétation lab" ont été organisées avec les ethnométhodologues, afin de présenter les cas d'études sélectionnées au préalable par l'ensemble de l'équipe. Ces séances ont été l'occasion de croiser les interprétations du matériel vidéo des psychiatres, des géographes et des ethnométhodologues. Les analyses des ethnométhodologues et celles des psychiatres et géographes ont été intentionnellement menées de façon séparée pour des raisons d'ordre pratique (disponibilité des personnes), mais aussi à cause de postures épistémologiques distinctes qui justifient deux analyses séparées. Cette épistémologie hybride a été utilisée intentionnellement, afin de proposer une démarche de triangulation entre les méthodes et les approches, tout en apportant des perspectives complémentaires sur les expériences urbaines des participants.

La triangulation entre les diverses méthodes s'est déroulée de façon non-linéaire et itérative, puisque les analyses ont été menées de façon simultanée et conjointe, nécessitant une étroite collaboration et de fréquents échanges au sein de l'équipe de recherche ainsi que de multiples allers-retours entre le matériel récolté et les différentes perspectives d'analyse.

3.3.5 L'apport d'une perspective ethnographique dans la compréhension des expériences et des pratiques des jeunes personnes souffrant de psychose

Dans le cadre de ce travail, j'ai conduit une étude ethnographique de trois mois dans une institution thérapeutique lausannoise accueillant des patients du programme TIPP récemment sortis d'hospitalisation³⁴. Cette démarche réalisée spécifiquement pour le travail de doctorat m'a permis de développer une réflexion approfondie sur les pratiques de rétablissement des jeunes personnes vivant

³⁴ Mon ethnographie a été menée de mai à juillet 2016.

avec un diagnostic de psychose³⁵. Elle a permis de compléter et de corroborer les analyses effectuées avec les vingt participants sur la base des parcours urbains.

Mon travail ethnographique a reposé sur une démarche d'observation participante qui a consisté à passer du temps quotidiennement avec les patients de l'établissement dans et hors institution thérapeutique, afin d'observer leurs pratiques sociales et spatiales.³⁶ Conformément au processus usuel de récolte de données ethnographiques en géographie humaine, mes observations étaient référencées sous forme de notes dans un cahier de terrain (Cook et Crang, 1995). Les notes étaient prises tout au long de la journée, de manière à retranscrire le plus fidèlement possible les situations et les discussions menées avec les participants (Cook et Crang, 1995). Parallèlement à la prise de notes, lorsque cela était possible, je prenais des photographies des lieux ou des situations rencontrées.

Au cours de la journée, je répertoriais aussi de façon systématique, les pensées et les idées qui me venaient, au cours des activités et des expériences avec les participants. Cela me permettait ensuite, d'effectuer des parallèles avec mes lectures théoriques et de relever des similarités et des différences avec les autres données du projet FNS.

D'autre part, dans le cadre de mon ethnographie, j'ai privilégié une attitude participante.

Ainsi, au cours des trois mois d'investigation, j'ai pris part de façon très active au quotidien des patients et des soignants au sein de l'institution. Je me suis investie dans les activités sportives et artistiques proposées par l'institution. J'ai aussi pu organiser des activités hors institution avec l'aide des soignants. À cet égard, j'ai régulièrement animé des visites et des parcours urbains, dans le cadre d'un atelier de promenades en ville. J'ai assisté régulièrement aux réunions de bilan hebdomadaires de l'équipe soignante et j'ai pris part aux repas de midi dans le réfectoire de l'institution.

Mon immersion dans le quotidien l'institution m'a ainsi permis d'observer les attitudes et les comportements des participants dans une multitude d'environnements et de situations sociales. J'ai également eu l'occasion de discuter et d'échanger avec eux à propos de leurs expériences et de leurs pratiques urbaines *in situ*, lors d'activités dans et hors institution. Les moments de pause, tôt le matin ou après le repas de midi, avant la reprise des activités ont constitué des instants privilégiés pour discuter avec les participants. Dans ces moments-là, il m'arrivait aussi parfois d'accompagner certains participants dans le cadre de leurs occupations quotidiennes à l'extérieur de l'institution. De même, je mettais à profit le temps passé avec les participants dans le cadre des activités que j'organisais dans et hors institution, pour échanger avec eux.

Par ailleurs, ma présence régulière au sein de l'institution pour une longue période m'a permis d'établir un contact fréquent avec l'ensemble des membres de l'institution et de créer un lien de confiance avec les patients et avec les soignants (Heyl, 2001). J'ai pu bénéficier de la présence et l'accompagnement de différentes personnes de référence de l'équipe soignante, des informateurs-clés, auxquelles je pouvais m'adresser si j'en éprouvais le besoin. Celles-ci m'ont aidé à mieux saisir certaines situations et attitudes des patients, ainsi que le fonctionnement de l'institution. Afin de conserver une trace écrite de ces échanges, je prenais de façon systématique des notes au cours des discussions et des entretiens.

Mes observations ont été conduites avec trente-six participants, soit l'effectif total des personnes présentes à l'institution, lors de mon ethnographie. Toutefois, dans le cadre de mes analyses, je n'ai retenu que les seize patients, soit douze hommes et quatre femmes, appartenant au programme TIPP et répondant aux critères d'inclusion du projet. Cela était en effet indispensable pour pouvoir recouper les différentes données récoltées dans le cadre du projet FNS et de mon ethnographie. Mes observations ont ensuite été complétées par cinq entretiens avec des patients et des soignants, afin d'obtenir des précisions concernant le fonctionnement de l'institution ainsi que sur certaines pratiques urbaines récurrentes observées dans le cadre de mon ethnographie. J'ai également organisé plusieurs groupes de

³⁵ Malgré l'effort fourni par les chercheurs de recréer une situation familière dans le cadre des entretiens vidéo et des "go-alongs" filmés, le caractère artificiel de la démarche pour les besoins de la recherche peut constituer un obstacle à l'échange spontané. Dans cette optique, l'ethnographie permet de pallier ces difficultés, puisque le chercheur est immergé dans le quotidien des participants, dans lequel les discussions s'effectuent de manière plus ouverte et naturelle.

³⁶ La littérature anglo-saxonne emploie le terme de "hanging out" (traduit littéralement par "traîner avec") pour désigner la démarche d'observation participante menée avec le groupe de personnes sous étude (Edwards et Holland, 2013).

discussions (focus groupes) avec les soignants et les patients, ce qui m'a permis de confronter et d'évaluer mes premières analyses avec les points de vue et les expériences des membre de l'institution.

3.3.6 Mon positionnement et mon rôle de chercheuse au cœur d'un terrain ethnographique sensible

Mon ethnographie fait partie de ce qui est communément appelé un terrain "difficile" ou "sensible" (Edwards et Holland, 2013). Pour reprendre la définition proposée par Bouillon, Fresia et Tallio (2005), le contexte sensible d'une recherche se caractérise par trois facteurs principaux. Premièrement le terrain est considéré comme sensible, lorsqu'il est porteur de souffrances sociales, d'injustices, de violence et de rapports de domination. Mon ethnographie répond à ce premier critère, puisqu'elle porte sur un groupe de population marginalisé en raison de sa souffrance psychique et fréquemment confronté à des pratiques de domination, de discrimination, de stigmatisation et d'exclusion sociale et spatiale. Deuxièmement, le terrain sensible se caractérise par la nécessité pour le chercheur de développer des méthodes inventives et créatives mais toujours rigoureuses, face aux difficultés d'accès aux espaces des enquêtés. Ces espaces sont en effet souvent fermés, isolés et en marge de la société (Bouillon et al., 2005). Mon ethnographie porte précisément sur un espace de ce type, dont l'accès est habituellement limité aux professionnels de la santé mentale et aux patients. Dans le cadre de ma démarche, j'ai pu bénéficier de l'appui de mes collègues psychiatres du projet pour obtenir une autorisation d'accéder à l'institution.

Enfin, toujours selon Bouillon et al. (2005), un terrain sensible se caractérise par les enjeux socio-politiques cruciaux qu'il soulève, tout particulièrement vis-à-vis des institutions sociales normatives. Ici encore, mon ethnographie répond à ce critère, puisqu'elle questionne les normes et les valeurs sous-jacentes aux institutions et aux politiques actuelles de soins et d'intégration sociale de jeunes personnes en détresse psychique dans la ville de Lausanne.

L'accès à un terrain difficile est un processus qui peut s'avérer très long et coûteux en termes d'investissement et d'engagement personnel (Boumaza et Campana, 2007). Le chercheur doit composer avec un terrain souvent chaotique, marqué par des imprévus, ce qui demande un réajustement permanent des objectifs de recherche en fonction des situations rencontrées. De la même façon, les relations établies avec les enquêtés, se révèlent souvent fragmentées, discontinues ou éphémères, en raison du caractère sensible et douloureux de leur vie quotidienne (Parr, 1998). Dans cette perspective, le chercheur doit faire preuve de tact, de sensibilité et d'empathie dans ses échanges avec les enquêtés (Parr, 1998; Estroff, 1989).

Par ailleurs, afin de pouvoir "rentre" dans le terrain, il est nécessaire que le chercheur s'imprègne du rythme et des contraintes temporelles du milieu social des enquêtés (Parr, 1998; Nast, 1994). Dans le cadre de mon ethnographie, je me suis immergée dans le rythme de vie des patients, qui s'est révélé très différent de celui de mon quotidien. En effet, bien que le quotidien des patients soit rythmé par les activités dans et hors institution, la fréquence et la durée de celles-ci étaient réduites, de manière à laisser plusieurs heures de temps libre par jour. Ainsi, après chaque activité (repas compris), suivait généralement un moment de pause et de repos. De même, les horaires des activités étaient adaptés en fonction des besoins des patients. Celles-ci commençaient en général vers dix heures du matin et elles s'achevaient autour de seize heures, l'après-midi. Ce rythme de vie plus lent et plus serein contrastait avec mon emploi du temps habituel, souvent chargé et rythmé par les contraintes et les délais inhérents à mon activité de recherche.

Le chercheur aux prises avec un terrain sensible doit pouvoir donner des "gages", c'est-à-dire des garanties de son honnêteté et de son engagement éthique auprès des enquêtés. Ces gages relèvent généralement de tensions propres au terrain (Bouzama et Campana, 2007). Dans mon cas, ils étaient liés aux questions de confidentialité et de protection des données des patients de l'institution.

Bouzama et Campana (2007) relèvent deux "gages" principaux inhérents aux terrains sensibles. Le premier gage consiste à accepter de mener son terrain en tenant compte de conditions fixées au préalable par les enquêtés. Ces conditions définissent un cadre et des limites que l'enquêteur doit s'engager à

respecter tout au long de son terrain. Cela constitue en générale une étape incontournable de toute démarche ethnographique portant sur un terrain sensible, puisque de façon générale, “[...] l’accord des enquêtés est subordonné à l’acceptation par le chercheur de conditions fixées par les premiers” (Bouzama et Campana, 2007: 12). De fait, le chercheur doit s’accommoder des limites qui lui sont fixées concernant notamment l’accès de l’enquêteur à certaines ressources du terrain, la relecture des transcriptions et des notes de terrain par les enquêtés ou encore le respect de leur anonymat. Dans le cadre de mon ethnographie, les conditions d’accès à mon terrain ont fait l’objet d’une négociation préalable avec la responsable de l’institution. J’ai d’abord clarifié les objectifs de ma démarche, puis j’ai signé une charte de confidentialité qui garantissait la protection des données des patients et qui expliquait de façon détaillée les précautions prises quant à leur récolte, à leur analyse et à leur utilisation. Ces données ont été systématiquement anonymisées, de façon à protéger l’identité des patients. Elles ont ensuite été stockées sur un serveur sécurisé de l’Université. Lorsque cela était possible et que l’on m’y autorisait, j’ai pu compléter mon matériel de terrain avec des photographies prises à l’extérieur de l’institution, dans le respect des normes de confidentialité et d’anonymat des patients. À l’image de l’ensemble des membres de l’institution, je me suis aussi engagée à respecter les règles internes liées au fonctionnement de l’institution. En dépit de ces contraintes, j’ai pu bénéficier d’une grande liberté d’action tout au long de mon travail d’enquête, tant en termes d’accès aux espaces de l’institution, qu’en matière de contacts avec les patients et les soignants. Cela m’a permis de récolter un matériel ethnographique riche et diversifié.

Le deuxième “gage” caractéristique d’un terrain sensible est celui du positionnement du chercheur vis-à-vis du groupe de population qu’il est amené à étudier (Bouzama et Campana, 2007). En effet, le chercheur doit constamment faire reconnaître sa légitimité à enquêter auprès de la population qu’il cherche à étudier. Il doit généralement se plier dans un premier temps à certaines rites initiatiques imposés ou non par les enquêtés et qui lui permettra de gagner en légitimité auprès de ces derniers. Celle-ci est également renforcée par la capacité de l’enquêteur à démontrer l’intériorisation du langage et des schémas caractéristiques du groupe étudié (Bouzama et Campana, 2007). Dans le cadre de mon ethnographie, dès les premiers contacts, j’ai été confrontée à la nécessité de justifier ma présence et mes pratiques d’observation auprès des patients. Au-delà du travail d’insertion effectué par la responsable auprès de l’ensemble des membres de l’institution, deux facteurs essentiels ont contribué à mon intégration. Le premier facteur a été ma présence régulière à l’institution en tant que “stagiaire” et ma participation active au quotidien des patients. Je suivais en effet un planning d’activités organisées dans et hors institution et qui avait été élaboré par la responsable. Outre, le fait de pouvoir me mêler aux patients et nouer des contacts, cela me permettait d’avoir un aperçu des divers espaces qu’ils étaient amenés à fréquenter quotidiennement.

Le deuxième facteur qui m’a permis de me faire accepter par les patients a été mon statut de géographe. En effet, n’étant ni assimilée aux soignants, ni aux psychologues, j’étais davantage considérée comme leur semblable. Le regard que je portais sur leurs pratiques était en effet très différent de leurs expériences quotidiennes marquées par ce qu’ils nommaient “un regard psychologisant”³⁷ au travers duquel ils se sentaient constamment jugés et analysés. À l’inverse, ma démarche constituait à leurs yeux une façon de les mettre en valeur et de leur conférer un rôle actif dans mon travail³⁸. Mon statut de géographe s’est aussi révélé crucial dans les échanges avec les participants. Ceux-ci m’ont souvent confié très spontanément leurs expériences de vie.

Par ailleurs, mon ignorance des codes médicaux et de l’institution, que j’ai progressivement découvert par la suite au contact des patients et de soignants, a participé à atténuer mon statut “d’étrangère” au sein de l’institution, puisqu’il arrivait fréquemment que je transgresse certains codes de façon involontaire (Parr, 1998). Ces situations constituaient des preuves involontaires de mon absence d’affiliation au milieu médical.

³⁷ Ceci sont les termes exacts employés par plusieurs patients lors de discussions portant sur ma présence à l’institution.

³⁸ Ces informations proviennent également de discussions menées avec les participants.

En tant que femme de 26 ans, je correspondais non seulement à la moyenne d'âge des patients de l'institution, mais aussi à celle d'une partie des soignants et des psychologues-stagiaires, récemment engagés. Cela m'a aidé à m'intégrer à la vie de l'institution, puisque je partageais des codes et des références culturelles communes aux participants (Bouzama et Campana, 2007).

Tout comme mon âge, mon genre a également influé sur la création de contacts avec les patients. Toutefois, contrairement à l'expérience d'Hester Parr menée dans un centre pour personnes souffrant de troubles psychiques en Grande-Bretagne (1998), je n'ai pas été confrontée à des situations potentiellement risquées ou inconfortables avec des patients de sexe masculin. En revanche, en tant que femme, les interactions verbales avec les groupes de jeunes patients masculins se sont révélées, dans un premier temps, moins faciles à établir qu'avec les jeunes femmes du même âge. Lors des premières semaines de mon terrain, dans le but de pouvoir gagner la confiance des patients masculins, j'ai dû en effet me plier à ce que Bouzama et Campana (2007) identifient comme des rites initiatiques. Ceux-ci se caractérisent par une série d'actions imposées par les enquêtés, visant à évaluer l'enquêteur en vue de son intégration dans le groupe (Bouzama et Campana, 2007). Une situation de ce type s'est déroulée lors de l'activité de natation à la piscine municipale. La responsable de cette activité avait organisé différents jeux dans l'eau avec des ballons. Les jeunes garçons du groupe se sont amusés à m'éclabousser, en guettant mes réactions, jusqu'à ce que je leur demande gentiment mais fermement d'arrêter. D'autres situations de ce genre se sont produites lorsque j'organisais des activités en-dehors de l'institution. Cela participait également à la volonté de la part des jeunes patients à "évaluer mes limites", dans le but de pouvoir tirer profit de ma présence et de ma méconnaissance du fonctionnement de l'institution, en vue de l'obtention certains privilèges transgressant les règles établies.

Enfin, la dimension corporelle a joué un rôle déterminant tout au long de mon ethnographie. Comme le relève Parr (1998), le corps, en tant qu'outil de recherche, occupe une place prépondérante dans la pratique ethnographique, puisqu'il participe activement à la construction des connaissances du chercheur (Parr, 1998)³⁹.

Dans le cadre de mon ethnographie, la dimension corporelle a souvent constitué un obstacle dans les échanges avec les patients. En effet, les caractéristiques physiques de mon corps étaient pour les patients celles d'une personne "normale", c'est-à-dire dénuée de problèmes d'ordre psychiques⁴⁰. Ces caractéristiques avaient notamment trait à mon expression faciale, ma façon de me déplacer dans l'espace, ma manière de parler. Les participants se définissaient comme "malades" et "différents", en raison des caractéristiques physiques et psychiques liées à leur vécu de la schizophrénie⁴¹. La plupart des patients souffraient des suites de leur hospitalisation (phases de rechute, réapparition de symptômes) et des effets secondaires liés à leur médication. Ces effets avaient une influence très directe sur leurs corps. La plupart des participants avaient développé des problèmes de prises de poids et de fatigue chronique, ce qui avait un fort impact sur leur mobilité quotidienne, sur leurs capacités de concentration et sur leurs interactions avec autrui. Ils adoptaient des pratiques corporelles particulières qui leur permettaient de faire face à ces problèmes au quotidien. Ils privilégiaient par exemple des vêtements amples et confortables permettant de dissimuler leurs corps. Ils recherchaient aussi des espaces et des éléments de mobilier sur lesquels ils pouvaient s'asseoir pour se reposer, parfois pour dormir. Ainsi, ils restaient souvent assis et prostrés dans la salle principale de l'institution, immobiles⁴². Afin de m'intégrer, j'ai donc privilégié des attitudes corporelles similaires à celles des participants, tout au long de mon ethnographie.

Enfin, la dimension émotionnelle dans le cadre des terrains sensibles occupe une place importante et en particulier dans un travail comme celui-ci avec des personnes en souffrance psychique (Parr, 1998; Bouzama et Campana, 2007). Même si le partage d'émotions participe à créer une complicité entre le

³⁹ Comme cela a déjà été mentionné dans le chapitre 2, cette conception fait écho aux théories issues de l'approche non-représentationnelle qui considère le corps comme un moyen privilégié d'accéder aux expériences sensibles et émotionnelles des personnes (Thrift, 2005).

⁴⁰ Les termes employés sont ceux utilisés par les participants dans le cadre de nos échanges.

⁴¹ Les termes employés sont ceux utilisés par les participants dans le cadre de nos échanges.

⁴² Ces éléments d'analyse sont tirés de mes observations de terrain et des échanges avec les soignants de l'institution.

chercheur et les enquêtés qui est favorable à l'établissement d'un lien de confiance, ce paramètre peut également induire un manque de distanciation de la part de l'enquêteur avec le groupe étudié (Edwards et Holland, 2013; Bouzama et Campana, 2007). Dans cette optique, le chercheur se doit d'adopter une posture réflexive tout au long de sa démarche, à travers une remise en question constante de son attitude et de son positionnement vis-à-vis des enquêtés. Pour cela, il est important de procéder régulièrement à une introspection critique, afin de conserver une distance nécessaire avec l'objet d'étude (Parr, 1998). Mon ethnographie a impliqué une forte charge émotionnelle, en raison des situations de souffrances psychiques mais aussi d'injustices sociales que vivaient les personnes avec lesquelles je travaillais. J'ai toutefois progressivement appris à conserver une distance émotionnelle avec les enquêtés, grâce à un suivi psychologique hebdomadaire effectué avec l'une des psychologues de l'institution. J'ai pu aussi, plus généralement, compter sur le soutien psychologique des soignants de l'institution qui ont été très disponibles tout au long de mon terrain.

3.3.7 Le processus de récolte, de traitement et d'analyse des données ethnographiques

Au cours des trois mois, j'ai récolté un corpus important de données ethnographiques sous forme de notes de terrain. Au moyen d'un journal de bord, j'ai tout d'abord consigné l'ensemble des événements et des expériences survenant sur le terrain. Mes prises de notes régulières au cours de la journée m'ont permis de répertorier les observations mais également les discussions avec les personnes de l'institution. Il faut toutefois souligner le caractère fragmenté et discontinu de la prise de notes sur le terrain (Emerson et al., 2011). En effet, l'écriture du journal de bord s'effectue rarement de façon régulière et constante, puisqu'elle dépend des conditions d'observations et des situations rencontrées sur le terrain (Bryman, 2016). Dans le cadre de mon travail terrain, ma prise de notes était conditionnée d'une part par mon rôle en tant que participante ou organisatrice des activités qui rendait la prise de notes *in situ* parfois difficile et d'autre part par les conditions et l'état d'esprit des participants dont l'envie et la disponibilité à échanger avec moi variaient considérablement d'un moment à l'autre.

La plupart du temps, je rapportais donc mes observations ainsi que mes discussions dans mon journal, lors des moments de pause qui rythmaient la journée. Chaque soir, je relisais ensuite mes notes et je complétais mes observations des événements de la journée. Cette relecture me permettait également d'organiser les fragments récoltés de manière à pouvoir déjà identifier et recouper certains axes thématiques qui ont progressivement émergés au cours du terrain.

Toutefois, comme tout processus d'écriture, mes notes de terrain n'échappent à une certaine subjectivité inhérente à toute démarche d'observation et ceci en dépit de la volonté de décrire de façon objective et rigoureuse les situations et les expériences du terrain. En effet, la traduction des expériences sous forme textuelle relève déjà d'une forme d'interprétation des faits observés et d'un processus de sélection des informations retenues en fonction de choix d'écriture, du positionnement et des orientations de celui qui observe (Emerson et al., 2011). Dans le cadre de mon terrain, cette dimension était particulièrement importante puisqu'à cela s'est ajouté la composante émotionnelle qui rendait parfois l'observation complexe. J'ai donc opéré des relectures systématiques pendant et après la fin de mon terrain, de manière à pouvoir confronter et faire évoluer ma compréhension et mon interprétation du matériel ethnographique.

Dans un deuxième temps, les données récoltées dans le cadre de mon terrain ont fait l'objet d'une analyse thématique systématique, similaire à celle opérée dans le cadre des entretiens et des promenades filmées présentées dans les sections précédentes (Emerson et al., 2011; Cook et Crang, 1995). Cette phase est essentielle, puisqu'elle constitue le processus au cours duquel le chercheur va organiser ses données et leur donner un sens à travers un travail de conceptualisation de son terrain (Tillard, 2011).

Dans cette perspective, j'ai tout d'abord, j'ai procédé à de nombreuses lectures de mes notes de terrain, afin de mieux saisir l'évolution de mon expérience de terrain au fil du temps et d'identifier les thèmes majeurs. Au cours de cette étape, j'ai procédé à un examen minutieux de mes observations mais également des éléments de langage employés par les patients (termes, rythme d'élocution, silences), qui sont révélateurs de leurs expériences et pratiques urbaines. Au cours de cette première étape, je me suis

appuyée sur les résultats des entretiens et des “go-alongs” filmés, ce qui m’a permis de guider mes analyses, sur la base des similitudes que j’avais repérées dans mon matériel de terrain. Par ailleurs, les retours sur mon matériel lors des groupes de discussions m’ont aussi aidé à orienter mes choix d’analyse. Ce processus de codage ouvert a été propice à la génération d’un vaste corpus de thématiques et d’idées (Emerson et al., 2011). J’ai ensuite procédé à un codage plus sélectif et plus détaillé, ce qui m’a permis d’organiser et de catégoriser mes données de terrain en fonction des thématiques identifiées au préalable (Emerson et al., 2011). J’ai à cet effet sélectionné une série d’axes thématiques que je souhaitais traiter dans le cadre de mon travail, en lien avec les pratiques et les rythmes de rétablissement. J’ai ensuite retravaillé et approfondi ces axes, à l’aide de mon matériel de terrain mais aussi au moyen d’entretiens complémentaires effectués avec les patients et les soignants de l’institution, de manière à consolider mes analyses. En outre, j’ai procédé à de multiples allers-retours entre mes lectures théoriques et mes premières analyses de terrain, dans le but d’apporter de la cohérence et davantage de robustesse à mon étude (Emerson et al., 2011). Ma classification a ainsi évolué au fur et à mesure de mon analyse, jusqu’à l’obtention d’un ensemble cohérent et structuré d’axes de réflexion (Crang et Cook, 1995). J’ai associé les différents axes thématiques de mon ethnographie à des concepts théoriques qui me semblaient pertinents à mobiliser dans le cadre de mon travail (Crang et Cook, 1995).

Ces processus ont donné lieu à un intense travail d’écriture. En effet, les narrations ethnographiques sont le fruit d’un long travail de recoupements et de regroupements des fragments de récits récoltés lors de la phase de terrain (Emerson et al., 2011). Afin de proposer une cohérence et une continuité dans les descriptions et les récits des personnes observées, j’ai élaboré et regroupé les informations issues de mes observations et des discussions avec les membres de l’institution. À l’aide de ces informations, j’ai ensuite reconstitué des situations et des expériences que j’avais vécues sur le terrain. J’ai dû à cet effet trouver un compromis entre mes observations et les résultats que je souhaitais présenter dans mon analyse (Tillard, 2011). Ce travail d’écriture constitue un véritable acte de communication, puisqu’il traduit la posture de l’ethnologue vis-à-vis de son objet de recherche. Il ne peut donc être réduit à une simple retranscription d’observations et d’informations (Tillard, 2011).

3.3.8 Les limites méthodologiques de la démarche ethnographique

Comme toute méthodologie, la démarche d’observation participante mobilisée dans le cadre de ce travail ne peut prétendre à une quelconque exclusivité. Elle présente un certain nombre de limites qu’il s’agit de mettre en évidence. Comme je l’ai déjà relevé plus haut, l’observation directe *in situ* suppose une intégration à un groupe de population dans le but de mieux pouvoir l’étudier.

Dans le cadre de ma démarche, mon implication en tant que stagiaire au sein de l’institution m’obligeait souvent à répondre aux attentes et aux règles fixés par l’institution. Ce cadre strict fixé pour des raisons de sécurité des patients et des soignants, constitue l’une des principales limites de mon travail. Faute d’une formation sociale ou médicale, je n’ai pas été autorisée à accéder aux appartements protégés de l’institution dans lesquels résidaient plusieurs participants. De même, je n’étais pas autorisée à les accompagner dans leurs déplacements quotidiens, dans d’autres espaces thérapeutiques, en-dehors de leurs horaires de présence à l’institution. Pourtant, cette démarche apporte une véritable plus-value dans la compréhension des trajectoires quotidiennes de rétablissement, comme le montrent d’autres travaux en sciences sociales qui emploient cette méthode (Klausner, 2015; Bieler et Klausner, 2019).

La durée de mon ethnographie constitue une deuxième limite de ma démarche. L’observation participante requiert du temps, de la flexibilité et de la patience, en vue de l’immersion et l’intégration dans le groupe étudié (Klausner, 2015). Les conditions de la réussite d’un tel exercice reposent sur une présence régulière du chercheur sur une longue période. Cela s’avère essentiel, en particulier dans un contexte de recherche comme le mien avec des personnes souffrant de troubles psychiques. La création de liens avec celles-ci requiert généralement beaucoup de temps. Toutefois, pour des raisons organisationnelles et de disponibilité, mon travail de terrain s’est limité à trois mois. Une immersion plus longue au sein de l’institution m’aurait permis d’approfondir mon observation des pratiques et des

temporalités de rétablissement chez les participants, tout en développant davantage de liens avec l'ensemble des membres de l'institution.

Une troisième limite inhérente à l'observation participante *in situ* est celle évoquée précédemment du manque d'objectivité de la part du chercheur face à la population qu'il étudie. En effet, l'immersion dans le terrain peut comporter un risque de "parti pris" (Diaz, 2005). Ce risque était d'autant plus grand dans le cadre de mon ethnographie, puisque celle-ci possédait une forte charge émotionnelle. Dans le cadre de mon terrain, j'ai bénéficié d'un suivi psychologique qui m'a permis de développer une série d'outils m'aidant à conserver une distance émotionnelle et affective avec les participants.

Enfin, une dernière limite méthodologique est la difficulté à capter l'expérience sensible des participants à l'aide de l'observation participante. Les composantes affectives et multi-sensorielles de l'expérience urbaine constituent un aspect central des trajectoires de rétablissement des personnes souffrant de psychose (Duff, 2014; Winz, 2017). Toutefois la dimension inconsciente et involontaire inhérente aux expériences sensibles des personnes, nécessite de nouveaux outils méthodologiques permettant de rendre compte de ce phénomène (Winz, 2017). La mobilisation d'outils de mesure physiologiques tels que les biosenseurs, en complément à d'autres méthodes qualitatives, est une voie qui est actuellement explorée par la recherche en sciences sociales et qui fait d'ailleurs l'objet d'une recherche à l'Université de Neuchâtel (Winz, 2017).

3.3.9 Conclusion du chapitre

Le tableau ci-dessous récapitule les différentes méthodes et les données utilisées pour répondre aux questions de recherche du travail. Pour répondre à mes deux sous-questions de recherche, je me suis basée sur le matériel ethnographique récolté lors de mon terrain dans l'institution thérapeutique lausannoise. La réflexion générale portant sur les stratégies de confort s'appuie sur les méthodes développées plus spécifiquement dans le cadre du projet FNS.

Questions de recherche	Méthodes	Données
<p><i>Question générale :</i></p> <p>Comment se déroule le processus de reconquête urbaine après un premier épisode de troubles psychotiques ?</p>	<p><i>Go-alongs</i> filmés</p> <p><i>Video elicitation</i></p> <p><i>Go-alongs</i> non-filmés</p> <p>Entretiens semi-directifs non-filmés</p> <p>Démarche ethnographique et observation participante</p> <p><i>Focus groups</i></p>	<p>Avec 10 patients du programme TIPP</p> <p>Avec 10 patients du programme TIPP</p> <p>Avec 16 jeunes de l'institution thérapeutique lausannoise et l'équipe soignante</p>
<p><i>Première sous-question :</i></p> <p>Quelles ressources présentes dans les espaces publics urbains les participants mobilisent-ils dans le processus de reconquête de la ville ?</p>	<p>Démarche ethnographique et observation participante</p> <p><i>Focus groups</i></p>	<p>Avec 16 jeunes de l'institution thérapeutique lausannoise et avec l'équipe soignante de l'institution</p>
<p><i>Deuxième sous-question :</i></p> <p>En quoi la fluctuation des troubles expérimentée par les participants influe-t-elle sur leur degré d'engagement avec l'environnement ?</p>	<p>Démarche ethnographique et observation participante</p> <p><i>Focus groups</i></p>	<p>Avec 16 jeunes de l'institution thérapeutique lausannoise et avec l'équipe soignante de l'institution</p>
<p><i>Réflexion générale :</i></p> <p>Les stratégies de confort développées par les personnes vivant avec un diagnostic de psychose en milieu urbain</p>	<p><i>Go-alongs</i> filmés</p> <p><i>Video elicitation</i></p> <p><i>Go-alongs</i> non-filmés</p> <p>Entretiens semi-directifs non-filmés</p> <p>Démarche ethnographique et observation participante</p> <p><i>Focus groups</i></p>	<p>Avec 10 patients du programme TIPP</p> <p>Avec 10 patients du programme TIPP</p> <p>Avec 16 jeunes de l'institution thérapeutique lausannoise et l'équipe soignante</p>

Figure 2: Tableau récapitulatif des questions de recherche, des méthodes et des données du travail.

4. LE RÔLE DES ESPACES DE SOINS DANS LES TRAJECTOIRES DE RÉTABLISSEMENT DES JEUNES SCHIZOPHRÈNES

4.1 Introduction du chapitre

Ce chapitre présente le premier article de thèse portant sur les pratiques de rétablissement des jeunes personnes ayant vécu un premier épisode psychotique. Celui-ci s'intitule: " Entre le plein et le vide: les espaces-temps quotidien des jeunes patients souffrant de troubles psychotiques". Cette analyse est basée sur le terrain ethnographique de trois mois mené au sein de l'institution thérapeutique lausannoise.

Ce papier s'inscrit dans la problématique principale du travail portant sur les pratiques et les espaces-temps de rétablissement chez les jeunes schizophrènes. Il permet de répondre à ma première sous-question de recherche: *Quelles ressources présentes dans les espaces publics urbains les participants mobilisent-ils dans le processus de reconquête de la ville?*

L'article explore les ressources matérielles, sociales et sensorielles mobilisées par les personnes vivant avec un diagnostic de psychose au fur et à mesure de leur progressive réappropriation de la ville, caractéristique du processus de rétablissement. Son objectif est d'analyser le rôle des espaces informels dans les trajectoires de rétablissement des personnes vivant avec un diagnostic de psychose. Il met en exergue le rôle important joué par les espaces publics urbains, tant dans les périodes d'intense manifestation des troubles et des symptômes que dans les phases de rémission.

Dans le cadre de mon analyse, le terme de symptôme ne se réduit pas aux signes de manifestation des troubles de la psychose telles que des hallucinations auditives et visuelles, une désorganisation de la pensée, du discours et/ou du comportement, des troubles de l'humeur, mais il implique également un changement dans le fonctionnement social et relationnel et dans la perception sensorielle de la personne. Ce terme doit être compris comme la manifestation d'un mal-être plus ou moins conscient chez la personne, déclenché par l'épisode psychotique, qui affecte en général l'attitude, le comportement et la qualité de vie des personnes (Raffard et al., 2008).

Dans le but de saisir les pratiques et les ressources de rétablissement des jeunes patients, mon travail mobilise les concepts de "niching" et de "reconquête urbaine" développés par Martina Klausner (2016) ainsi que celui "d'abling resources" mobilisé par Cameron Duff (2014).

Je tiens à préciser ici que ces concepts ont été développés par les auteurs dans des contextes urbains et temporels particuliers. Dans le cadre de mon travail, ces concepts ont été retravaillés à la lumière du cas d'étude lausannois. Le concept de "reconquête urbaine", tout particulièrement qui fait référence à la progressive réappropriation de la ville par les personnes souffrant de troubles psychiques, a été mobilisé par l'auteure dans un contexte spécifique: celui d'un hôpital psychiatrique berlinois dans lequel la chercheuse a suivi trois patients sur plusieurs mois aux profils et aux prises en charges particuliers. Mon analyse reprend ce concept de façon plus nuancée, en tenant compte des différences de contextes, de profils et de prise charge des participants entre le cas berlinois et le cas lausannois. Dans le cadre de mon travail, ce concept permet de mettre en évidence la variabilité pratiques des participants au fil du temps. Malgré une vulnérabilité qui reste omniprésente chez les personnes, ces variations peuvent aboutir à une amélioration temporaire ou durable de leur état de santé. Il est utile ici de présenter l'institution thérapeutique dans laquelle j'ai été amenée à réaliser mon terrain ethnographique.

Cette institution thérapeutique située au cœur de Lausanne accueille les jeunes patients du programme TIPP pour un accompagnement thérapeutique dont la durée varie entre plusieurs mois et quelques années (Chevalley, 2016). Créée en 1955 sur une initiative privée, cet espace thérapeutique s'est développé de manière indépendant par rapport aux autres lieux de soins lausannois. D'abord conçu comme une alternative à l'asile, proposant une prise en charge à vie, ce lieu a progressivement évolué vers une structure d'hôpital de jour qui accueille les jeunes en souffrance psychique de façon temporaire. La prise en charge actuelle qui se base sur le modèle de la psychothérapie institutionnelle⁴³ inclut un

⁴³ La psychothérapie institutionnelle se caractérise par une thérapie effectuée au sein d'une institution, dont les méthodes très variées visent à utiliser la structure sociale de l'institution dans le but d'obtenir des effets thérapeutiques. Les communautés thérapeutiques s'apparentent à la

suivi thérapeutique, des activités de groupe, la réhabilitation professionnelle ainsi que des logements pour ceux qui en ont besoin (Chevalley, 2016). L'institution suit deux principes propres à la psychothérapie institutionnelle. Elle propose une thérapie groupale dans laquelle l'intégration du patient au groupe est au cœur du traitement, tout en tenant compte de leurs besoins individuels. De plus, les patients sont considérés comme partenaires de leur traitement, ce qui implique une relation d'égal à égal avec les soignants basé sur la communication et la suppression de cloisons hiérarchiques (Chevalley, 2016).

Cet institut est un espace unique dans le paysage de soins lausannois. Il se caractérise en effet, par son emplacement au cœur de la ville de Lausanne et par plusieurs locaux dispersés dans le quartier. Dès sa création, l'objectif de ce lieu de soins a été l'intégration des patients à l'espace urbain, considérée comme un véritable instrument de soins. L'institut suit un principe clé, celui de travailler avec les ressources existantes présentes autour du patient, incluant une collaboration avec les divers partenaires thérapeutiques (Chevalley, 2016).

L'ensemble de ces paramètres fait de l'institut thérapeutique un espace qui se distingue des autres lieux de soins lausannois, en étroite synergie avec l'espace urbain et le quartier environnant.

vision des soins prôné par la psychothérapie institutionnelle qui reposent sur l'idée selon laquelle l'environnement affecte le comportement et agit sur la manière de penser et de ressentir des individus (Oury, 2001).

4.2 Article 1: Entre le plein et le vide: les espaces-temps quotidiens des jeunes patients souffrant de troubles psychotiques en milieu urbain⁴⁴

Zoé Codeluppi

4.2.1 Résumés

Français

L'article cherche à mieux comprendre les pratiques spatiales de jeunes patients souffrant de troubles psychotiques en milieu urbain. Sur la base d'une ethnographie menée dans une institution thérapeutique à Lausanne (Suisse), l'étude met en évidence la diversité des trajectoires spatiales des patients, combinant une pluralité d'espaces de rétablissement institutionnels, privés mais aussi publics aux propriétés matérielles, relationnelles et affectives variées. La pratique de ces lieux varie en fonction de l'intensité des troubles. La recherche souligne également la fonction médiatrice des espaces publics urbains permettant de réguler l'intensité des symptômes psychotiques.

Mots clés : Milieu urbain, psychose, espaces de rétablissement, espace public, ethnographie.

Anglais

The article aims to provide a better understanding of space-times of young psychotic patients. Based on an ethnography in a therapeutic institution in Lausanne, the research points out patients' various spaces of recovery, including institutional, private, as well as public places. These spaces are made of numerous material, relational and affective features. Furthermore, the study shows how patients modulate their spatial trajectories according to the intensity of their disorder. Finally, the article discusses the regulatory role of public space on patients' psychotic symptoms.

Keywords : Urban milieu, psychosis, spaces of recovery, public space, ethnography.

Allemand

Der Artikel befasst sich mit der Problematik der räumlichen Verhaltensweise junger Patientinnen und Patienten, die unter psychotischen Störungen leiden. Eine ethnographische Feldforschung in einer therapeutischen Einrichtung in Lausanne zeigt die Vielfalt an Erholungsräumen für die Patientinnen und Patienten. Diese können sowohl institutionell als auch öffentlich oder privat sein. Erholungsräume bestehen aus besonderen materiellen, sozialen und affektiven Eigenschaften. Die Studie zeigt auch, wie Patientinnen und Patienten je nach Intensität ihrer Krankheit ihre Wege in der Stadt gestalten. Zum Schluss wird die Rolle des öffentlichen Raums bei der Symptomen-Behandlung besprochen.

Stichwörter: Städtisches Umfeld, Psychose, Erholungsräume, Öffentlicher Raum, Ethnographie.

⁴⁴ L'article a été publié en 2016 dans la revue scientifique à comité de lecture, Géo-Regards. Cette revue publie des recherches en géographie et plus largement en sciences sociales (anthropologie, économie territoriale, sociologie, sciences de l'environnement, urbanisme, etc). Elle est publiée par la Société Neuchâteloise de Géographie (SNG) aux Editions Alphil.

4.2.2 Introduction

« Tom est un jeune patient souffrant de schizophrénie qui fréquente l'institution thérapeutique depuis quelques mois. Pendant les premières semaines après son hospitalisation, Tom reste très souvent seul, en retrait dans son refuge principal, un carré de gazon devant l'institution. Toutefois, après quelques semaines, il se rapproche des autres patients et participe aux activités. Comme la plupart de ses camarades qui ont aussi vécu un épisode psychotique récent, Tom reconquiert progressivement son environnement spatial et social. Souvent la reconquête débute dans l'institution et elle s'élargit ensuite à la ville tout entière. » (Extrait des notes de terrain, juin 2016)

Les pratiques spatiales de Tom sont caractéristiques des trajectoires observées auprès de jeunes patients psychotiques⁴⁵ dans le cadre d'un travail de terrain mené dans une institution thérapeutique lausannoise. La façon dont ces patients occupent l'espace n'est pas le fruit du hasard. Le processus de reconquête de l'espace dépend de la manifestation et de l'intensité des symptômes psychotiques. Les pratiques spatiales des patients varient donc en fonction de la temporalité des troubles. Suivant l'intensité des troubles, les patients fréquentent l'espace institutionnel composé de l'ensemble des lieux de soins formels ou plutôt des espaces thérapeutiques informels urbains du quotidien. La symptomatologie des patients influence leurs trajectoires spatiales. Mais, plutôt que de se focaliser sur les éléments de l'environnement qui intensifient les troubles, l'article examine le rôle de l'espace urbain dans la régulation et la dissipation des symptômes.

Cet article contribue au champ de la géographie de la santé mentale qui s'intéresse aux expériences spatiales de personnes avec des troubles psychiques. L'analyse propose de réfléchir au rôle de la temporalité des troubles dans les pratiques spatiales des patients dans un contexte européen, peu étudié jusqu'à présent. La recherche dans ce domaine traite en effet essentiellement de l'expérience des espaces de soins dans des contextes britanniques et nord-américains (Philo et Wolch, 2001 ; Philo, 2005 ; Parr, 2006).

Un vaste pan de littérature en sciences sociales traite de la dimension temporelle des espaces de rétablissement. Cependant, les références aux périodes de troubles sont floues et peu détaillées. La période de rétablissement en particulier ne fait pas l'objet de définitions et de descriptions précises, car elle s'inscrit dans le temps long, marqué par l'incertitude des rechutes. De façon générale cependant, le rétablissement peut être défini comme le processus progressif d'autonomisation spatiale et sociale entrepris par les patients. Il s'accompagne généralement d'une stabilisation des symptômes et de la capacité à les contrôler⁴⁶ (Klausner, 2015).

De même, les analyses portant sur les espaces de soins en sciences sociales sont partielles. La plupart de ces études s'intéressent en effet à la pratique des espaces institutionnels de rétablissement et des espaces privés des patients (McGrath *et al.*, 2015 ; Evered, 2016). Le rôle de l'espace public dans les trajectoires des patients et dans la médiation des symptômes est en revanche peu analysé (Evered, 2016). Les espaces de rétablissement désignent les différents lieux de soins formels et informels s'inscrivant dans le processus d'autonomisation des patients.

⁴⁵ La psychose est un trouble mental qui se caractérise par une perte de contact avec la réalité. Il existe différents troubles psychotiques dont la schizophrénie ou le trouble bipolaire par exemple. Dans le cadre de cette étude, sont inclus l'ensemble des jeunes patients souffrant de schizophrénie. Ce trouble se traduit par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage et du comportement.

⁴⁶ Le rétablissement se caractérise également par le recouvrement progressif des compétences sociales des personnes (Bjornestad *et al.*, 2019).

L'article a comme objectif d'élargir la réflexion portant sur les espaces de rétablissement en géographie de la santé mentale, en cherchant à saisir plus finement le rôle joué par le facteur temporel dans le processus de rétablissement de jeunes patients psychotiques. Dans cette optique, l'article vise dans un premier temps, à rendre compte avec précision de la grande pluralité et diversité des espaces urbains (institutionnels, privés, publics) fréquentés par les patients au cours de leur période de rémission après la sortie d'hôpital. Dans un deuxième temps, l'objectif de l'étude est de mettre en évidence la façon dont l'espace urbain participe activement à la stabilisation des patients. L'analyse met en exergue la façon dont les espaces de rétablissement institutionnels et publics agissent comme régulateurs ou médiateurs de symptômes des patients dont les expériences sensorielles, relationnelles et affectives sont particulièrement exacerbées. L'article conclut en interrogeant la pratique actuelle des espaces institutionnels par les patients en montrant les bénéfices d'une approche plus souple et multifonctionnelle des lieux de soins. La recherche s'appuie sur différentes études menées plus largement en sciences sociales sur les pratiques spatio-temporelles de patients psychotiques dans les différentes phases de leur rétablissement (Estroff, 1985 ; Duff, 2014 ; Klausner, 2015 ; Evered, 2016).

4.2.3 État de l'art

L'intérêt porté aux pratiques spatiales et urbaines des patients ne peut se comprendre sans un examen préalable du rapport très particulier entretenu par les personnes souffrant de troubles psychotiques avec la ville. Le milieu urbain⁴⁷ joue un rôle dans le développement des psychoses comme le montre à ce sujet la littérature en psychiatrie (Kelly *et al.*, 2010 ; Vassos *et al.*, 2012). L'étude pionnière de Faris et Dunham pointait déjà en 1939 la prévalence deux fois plus élevée que la moyenne de cas de schizophrénie dans le centre de la ville de Chicago. Depuis, d'autres recherches ont montré que le risque de développer des troubles psychotiques est plus élevé en ville, même si actuellement la nature des liens demeure peu claire (Van Os, 2004 ; Kirkbride *et al.*, 2007 ; Kelly *et al.*, 2010 ; Vassos *et al.*, 2012). La corrélation entre l'exposition à l'environnement urbain et le développement de troubles de la schizophrénie demeure vérifiée après contrôle des variables potentiellement explicatives, telles que la consommation de cannabis, le statut social et économique ou l'appartenance à une minorité ethnique (Kelly *et al.*, 2010 ; Vassos *et al.*, 2012).

Plusieurs études montrent par ailleurs la forte sensibilité que développent ces patients aux stimulations de l'environnement, expérimentant fréquemment une intensification des symptômes en milieu urbain (Kapur, 2003 ; Van Os *et al.*, 2010).

4.2.3.1 Environnement et psychose en géographie de la santé mentale

Les années 1960 marquent véritablement l'émergence de la géographie de la santé mentale en tant que champ de recherche. Les premières études, essentiellement quantitatives, portent sur les logiques de localisation des patients et des équipements thérapeutiques (Giggs, 1973 ; Dear, 1977 ; Dean et James, 1981). Dans le contexte de la désinstitutionnalisation des années 1970, marqué par l'abandon du modèle asilaire⁴⁸, les études basculent progressivement vers des analyses plus qualitatives des espaces de soins. Celles-ci s'intéressent désormais aux effets spatiaux et sociaux engendrés par la relocalisation des lieux de traitement dans la communauté en ville (Philo, 2005 ; Dear, 1974). Dès les années 1980, la recherche en géographie de la santé mentale délaisse les analyses socio spatiales à l'échelle

⁴⁷ Dans le cadre de cette analyse, le milieu urbain fait référence aux zones du centre-ville à forte densité humaine et bâtie.

⁴⁸ Le modèle asilaire désigne l'organisation spatiale des soins ayant prédominé depuis le XIX^e siècle jusqu'au milieu du XX^e siècle en Europe et en Amérique du Nord. Les hôpitaux psychiatriques, connus alors sous le nom d'asiles sont les lieux exclusifs de la prise en charge psychiatrique. Ces espaces imperméables et à l'écart de la société sont en réalité des lieux d'exclusion spatiale et sociale. Les patients sont jugés incurables et enfermés en masse à vie dans des conditions insalubres et subissent des traitements d'une grande violence.

régionale, au profit d'études à l'échelle du quartier portant sur les pratiques, les représentations et les expériences des patients (Philo, 2005 ; Parr, 2002). Bien qu'un nombre croissant de recherches s'intéressent aux espaces formels et informels de rétablissement en milieu urbain, la littérature en géographie de la santé mentale ne traite que partiellement de la façon dont ils sont pratiqués et expérimentés par les patients (Parr, 2006 ; Milligan *et al.*, 2010). Le rôle de la temporalité des troubles dans l'expérience spatiale des patients est particulièrement peu étudié, bien qu'il influence considérablement leurs pratiques. Par ailleurs, les analyses des lieux de soins demeurent limitées et n'incluent pas les espaces publics (Parr, 2008). Enfin, cette littérature porte essentiellement sur les contextes nord-américains et britanniques (Philo, 2005 ; Chevalley, 2006). C'est pourquoi, dans le but de mieux saisir l'expérience des espaces de rétablissement en fonction des différentes temporalités des troubles, l'article mobilise également d'autres champs de recherche en sciences sociales, tels que la psychologie sociale, la sociologie, l'anthropologie sociale ou encore l'ethnographie.

4.2.3.2. L'espace-temps du rétablissement en sciences sociales

Dans les années 1990, plusieurs recherches s'intéressent aux caractéristiques sociales, matérielles, symboliques et psychologiques des espaces de rétablissement (Gesler, 1992 ; Parr et Butler, 1999). Ces différentes études traitent des effets thérapeutiques des lieux de soins institutionnels, tels que les hôpitaux psychiatriques, mais aussi des espaces plus informels tels que des centres d'accueil ou des hôpitaux de jour (Conradson, 2003). Ces études intègrent progressivement le milieu urbain dans leurs analyses des espaces de soins et de rétablissement quotidiens (Parr, 2008 ; Evered, 2016 ; Corin, 2002). Des études plus récentes en psychologie, en sociologie ou encore en anthropologie s'intéressent à la dimension médiatrice des espaces de rétablissement dans les temporalités de crises de différents troubles psychiques (McGrath *et al.*, 2015 ; Duff, 2012a, 2012b ; Bister *et al.*, 2015). Ces analyses mettent en évidence la manière dont les espaces thérapeutiques permettent de neutraliser ou d'atténuer les états de stress ou d'anxiété des patients. La majeure partie de cette recherche se focalise sur les espaces sensoriellement et socialement peu stimulants. Peu d'études s'intéressent en effet aux lieux publics actifs et à leur fonction régulatrice dans la gestion des symptômes (Duff, 2012b). Trois études particulièrement pertinentes pour notre analyse sont discutées ci-dessous. Chacune d'entre elles permet d'étoffer la compréhension des pratiques urbaines des patients et leur évolution progressive tout au long de la période de rétablissement.

Duff (2012b) développe la notion "*d'enabling spaces*" qui permet d'enrichir la notion d'espace de rétablissement. À travers ce concept, l'auteur met en évidence la façon dont les propriétés matérielles, sociales et affectives des espaces de rétablissement en milieu urbain servent de véritables supports aux patients psychotiques. Les différentes caractéristiques de ces espaces se traduisent sous la forme de potentialités matérielles, relationnelles ou affectives dont peuvent se saisir les patients et qui participent activement à la rémission de leurs symptômes. Les potentialités matérielles se traduisent par l'appropriation de lieux ou d'objets particuliers dans des contextes institutionnels, privés ou publics. Les potentialités relationnelles désignent des configurations sociales propices à l'échange et à la création de contact. Enfin, les potentialités affectives se caractérisent par des événements ou des situations expérimentés comme stimulants, gratifiants ou fortifiants par les patients, avec un impact bénéfique sur leur humeur. Ces espaces de rétablissement sont à la fois produits et vécus par les patients. Ces derniers ont une capacité à agir sur leur environnement spatial, social et affectif, mais ils sont également contraints par certaines caractéristiques intrinsèques à l'environnement (Lefèbvre, 1968 ; Martin, 2006). Cependant, même si l'analyse de Duff a le mérite de mieux caractériser les espaces de rétablissement, la relation entre ces derniers et la temporalité des troubles n'est que partiellement traitée.

Dans une perspective plus spatio-temporelle, l'étude de Bister *et al.*, (2015) met en évidence la façon dont les patients psychotiques pratiquent les espaces urbains en période de crise ou de forte vulnérabilité. L'analyse souligne la progressive reconquête sociale, spatiale et affective de patients psychotiques pendant et après leur hospitalisation. La recherche se base sur un petit échantillon de patients ayant expérimenté un ou plusieurs épisodes psychotiques et qui sont en voie de stabilisation. La reconquête est souvent initiée dans des espaces retirés, en marge de la communauté conférant protection et sécurité. Les patients étendent ensuite leurs trajectoires vers d'autres espaces plus actifs du point de vue sensoriel et social. Cette étude met plutôt en évidence le rôle protecteur et isolant des espaces de rétablissement. Bien qu'associant espace et temporalité des troubles, l'analyse traite essentiellement de l'expérience des espaces institutionnels de soins. Le rôle des institutions thérapeutiques en tant que régulateur et gestionnaire des symptômes y est souligné. Le rôle des espaces informels de soins et en particulier dans l'espace public demeure par contre peu étudié. À ce propos, un vaste pan de littérature en sciences sociales met en évidence les difficultés rencontrées par les patients dans l'espace public, notamment en termes d'accessibilité spatiale et sociale (Gleeson *et al.*, 2001 ; Kitchin, 1998). Peu d'études ont en revanche été menées sur le rôle des espaces publics dans le processus de rétablissement des patients qui offrent notamment des opportunités de rencontres et d'expériences sensorielles nouvelles (Duff, 2014 ; McGrath *et al.*, 2015; Parr, 1997). Une étude plus récente menée par McGrath *et al.*, (2015) en psychologie sociale et environnementale souligne le rôle bénéfique des espaces publics urbains dans le rétablissement des patients. Cette analyse met en exergue la façon dont l'espace public en tant qu'environnement actif et stimulant régule et atténue les symptômes des patients. Les places publiques, les rues animées du centre-ville ou encore les parcs sont autant d'espaces de médiation des symptômes. Ainsi, à travers l'étude des pratiques spatio-temporelles de jeunes patients psychotiques en voie d'autonomisation, l'article vise à mettre en lumière la manière dont les espaces urbains sont expérimentés dans leur processus de rétablissement. Dans cette perspective, une attention particulière est portée aux espaces publics régulateurs de symptômes qui médient la sensibilité exacerbée des patients à l'environnement.

4.2.4 Méthodologie

La recherche mobilise plusieurs méthodes qualitatives complémentaires. L'analyse se base essentiellement sur une ethnographie du quotidien de seize jeunes patients dans une institution thérapeutique à Lausanne. L'analyse se focalise sur des patients proches de leur premier épisode psychotique, dans le but de saisir de façon la plus précise et fidèle possible les circonstances d'émergence de leurs troubles. Ces patients appartiennent au programme lausannois de traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques (TIPP). Tous ont vécu un premier épisode psychotique datant de moins de trois ans et ils sont âgés entre dix-huit et trente ans. Ces patients habitent sur l'arc lémanique entre Vevey et Genève. La moitié d'entre eux vivent en ville de Lausanne ou dans des communes suburbaines proches. Notre échantillon de patients comporte 80 % d'hommes et 20 % de femmes.

Le travail de terrain s'est déroulé sur une période de trois mois, d'avril à juin 2016⁴⁹. Il a permis une immersion complète dans le quotidien des patients et dans l'organisation et le fonctionnement de l'institution. Cela s'est traduit par la participation régulière aux activités organisées par les soignants et à la vie communautaire de l'institution. Cet espace de soins atypique est précurseur de la période de

⁴⁹ L'ethnographie s'est déroulée de mi-avril à mi-juillet 2016. Toutefois, les données utilisées dans le cadre de ce travail ne comprennent pas celles de juillet, puisque une partie celles-ci étaient encore en cours d'analyse au moment de la rédaction de cet article. Ces données ont été intégrées à l'article qui sera présenté dans le chapitre suivant.

désinstitutionnalisation de la psychiatrie en Suisse. Il est situé au cœur de la ville de Lausanne et il fait office d'hôpital de jour pour des jeunes patients récemment sortis d'hospitalisation. L'objectif est d'assurer un accompagnement à la fois individuel et collectif permettant d'accroître l'autonomisation des patients.

Le choix de la démarche ethnographique a été motivé par deux raisons principales. D'une part, l'immersion dans le quotidien des patients permet d'avoir un accès plus immédiat et *in situ* à l'expérience des patients, et d'établir un lien de confiance avec eux. D'autre part, cette méthode basée sur l'observation offre un moyen de remédier aux difficultés dialogiques et verbales rencontrées par les patients psychotiques (Duff, 2014 ; Davidson, 2003 ; Lysaker et Lysaker, 2008). Ainsi, l'observation participante apporte une plus grande richesse d'analyse et elle contribue à une meilleure compréhension des pratiques spatiales des patients. Les observations ethnographiques ont été complétées ultérieurement par cinq entretiens et deux *focus groups* avec les soignants et les patients qui avaient pour objectif de saisir les pratiques spatio-temporelles des patients.

4.2.5 Résultats

Les résultats de l'analyse mettent en évidence deux aspects majeurs, caractéristiques des pratiques urbaines des patients. D'une part, les patients utilisent une constellation d'espaces aux intensités sensorielles, interactionnelles et affectives variées qui sont mobilisés différemment selon la temporalité de leurs troubles. L'analyse distingue les lieux actifs du plein et les lieux apaisants du vide qui jouent un rôle important dans le processus de rétablissement des patients. D'autre part, les patients recherchent activement des espaces de régulation des symptômes dans leurs trajectoires urbaines quotidiennes. Ces lieux, qu'ils soient institutionnels ou non, privés ou publics, actifs ou calmes font office de refuge et permettent d'atténuer temporairement la manifestation des symptômes. L'espace public se révèle capital dans la médiatisation de l'intensité des troubles des patients, tout particulièrement du point de vue relationnel et affectif.

4.2.5.1 Une constellation d'espaces de rétablissement

Les patients identifient une pluralité d'espaces thérapeutiques s'organisant en réseau autour de l'institution qui constitue le lieu de vie central. Les points d'ancrage sont à la fois privés et publics, intérieurs et extérieurs, institutionnels et urbains. Parmi ceux-ci figurent les bâtiments de l'institution, le lieu d'habitation, mais également des parcs, des cafés ou encore des kiosques. Ces lieux propices au bien-être des patients s'inscrivent dans leurs trajectoires quotidiennes de rétablissement. Ces espaces ont un effet sécurisant et protecteur, mais aussi stimulant et social auprès des patients et leur confèrent un équilibre sensoriel et affectif. À ce propos, deux types d'espaces peuvent être distingués: l'un est institutionnel, alors que l'autre est informel et situé hors institution en milieu urbain. L'intensité de fréquentation de ces lieux est déterminée par chaque patient et par sa symptomatologie. Les espaces institutionnels et informels sont tous deux fréquentés à différentes intensités tout au long de la période post-hospitalisation



Figure 3 : Espaces fréquentés par les patients (CODELUPPI, novembre 2016).

4.2.5.2 L'espace institutionnel

Les espaces de l'institution à disposition des patients sont multiples. Ils comprennent des salles d'activités, mais aussi une salle à manger et une cuisine, une petite bibliothèque, une cour intérieure et plusieurs espaces interstitiels, tels que des couloirs par exemple. Certains de ces endroits possèdent des conditions strictes d'utilisation, fixées par l'institution, en raison des activités qui y sont organisées. D'autres lieux sont plus souples du point de vue de leur utilisation. Certains endroits sont utilisés plus fréquemment avec l'augmentation des symptômes, comme c'est le cas de Yoan par exemple : « Yoan est un jeune patient très sociable et très impliqué dans les diverses activités de l'institution. Il aime bien discuter avec les soignants et avec d'autres patients. Mais, depuis quelques semaines, Yoan ne s'implique plus autant dans les activités ou dans les conversations. Il se retire fréquemment dans des recoins de l'institution peu fréquentés, dans lesquels il reste seul pendant des heures à pianoter sur son ordinateur ou à lire sur une table, face à la porte d'entrée. Il affectionne tout particulièrement la petite bibliothèque située dans une des ailes du bâtiment. C'est un espace un peu en retrait, dénué de fenêtres et très calme. Parfois, il y a un peu de passage, parfois non. Cela ne semble pas déranger le patient. Lors d'une discussion qui a lieu un autre jour, Yoan m'explique la raison pour laquelle il aime se rendre dans ce lieu. Il apprécie la tranquillité de cet endroit qui lui permet de réfléchir. Il m'explique également qu'il évite les stimulations sensorielles et plus particulièrement la présence d'autrui lorsqu'il ne se sent pas bien, comme c'est le cas actuellement » (Extrait des notes de terrain, mai 2016).

4.2.5.3 L'espace urbain

Les espaces informels de soins situés hors de l'institution s'inscrivent aussi dans les trajectoires quotidiennes des patients. Les patients fréquentent des lieux publics situés à proximité de l'institution, tels que certains cafés, bistros et kiosques. Les petits centres commerciaux sont également appréciés. Ces endroits sont à la fois familiers et actifs et ils apportent différentes stimulations qui sont vécues comme revigorantes et distrayantes. Parfois, la présence d'amis ou de camarades peut constituer une motivation supplémentaire dans la fréquentation de ces espaces plus stimulants. Ces lieux hors institution sont propices à la participation active ou passive des patients à la vie communautaire.

Gabriel, par exemple, explique ce qu'il aime faire pendant sa pause de midi hebdomadaire hors institution avec ses copains : « Une fois par semaine, j'ai le droit de manger dehors. Souvent, on va tous ensemble avec les copains dans le petit resto juste derrière l'institut qui fait des plats à emporter. C'est bon et c'est pas cher. On aime bien aller là, ça change de l'institut, y a d'autres gens et on voit un peu autre chose... Et si, par exemple, y en a un dans le groupe qui se sent pas bien ce jour-là... ben souvent il nous accompagne quand même... et si ça va pas il part avant » (Extrait d'entretien avec Gabriel, mai 2016)

Les deux types d'espaces décrits se caractérisent par leur potentiel sensoriel, relationnel et affectif propice au rétablissement. Les espaces hors institution génèrent plus de sollicitations que les espaces institutionnels plus apaisants. Dans la suite de l'analyse, il s'agit de détailler ces deux types d'espaces du point de vue de leur intensité afin de mieux saisir le rôle qu'ils jouent dans le processus de rétablissement.

4.2.5.4 Une hypersensibilité à l'environnement

L'expérience des patients psychotiques se caractérise par une dérégulation de la capacité à filtrer les stimulations externes et à les dissocier des pensées plus personnelles (Kapur, 2003 ; Van Os *et al.*, 2010). Les patients portent une attention souvent excessive aux sollicitations produites dans l'environnement et ils se sentent parfois submergés par elles. Le ressenti des stimulations du milieu urbain varie en fonction de la force des symptômes. Dans le but de qualifier les espaces aux intensités sensorielles, relationnelles et affectives variées, nous proposons de distinguer deux nouvelles notions : les espaces du « vide » et les espaces du « plein » qui agissent comme régulateurs de ces expériences de surcharge.

4.2.5.5 Les espaces du “vide” et les espaces du “plein” : des régulateurs de symptômes

Les espaces du « vide » se caractérisent par une faible intensité de stimulations permettant de neutraliser ou de médiatiser les charges affectives et sensorielles (McGrath *et al.*, 2015 ; Evered, 2016). Ces endroits sont souvent – mais pas uniquement – fréquentés en période de crise ou lorsque les troubles se manifestent fréquemment chez les patients. Les patients privilégient des lieux d'invisibilité, protégés des différentes sollicitations, propices au recouvrement d'un équilibre sensoriel, relationnel et affectif. Ces refuges isolants sont qualifiés de « sas » par certains patients. Ils offrent une protection aux stimulations de l'environnement telles que la lumière, le bruit, et ils participent à réguler les interactions sociales et affectives des patients. Un grand nombre de ces lieux du « vide » se trouvent au sein de l'institution de soins ou à proximité de celle-ci. Les patients fréquentent également des espaces publics à faible intensité sensorielle, tels que certains parcs ou encore des endroits retirés, en marge de l'activité, dans des cafés ou de petits kiosques. Les patients cherchent à se distancier spatialement, socialement et sensoriellement des endroits dynamiques et des interactions sociales. Ces lieux souvent familiers leur confèrent la sensation de contrôler leur environnement, tout en apportant sécurité et protection (McGrath *et al.*, 2013, 2015 ; Duff *et al.*, 2012b ; Klausner, 2015). Ces espaces en retrait favorisent, par ailleurs, un sentiment de cohérence et de clarté dans l'expérience du patient, participant à reconstituer un sens du soi (Evered, 2016). Le récit des pratiques spatiales et sociales de Patrick montre la manière dont les patients s'approprient des espaces publics du « vide » et les érigent en refuges lorsque les symptômes se manifestent. Ces lieux jouent un rôle de médiateur permettant d'atténuer l'intensité des troubles (Klausner, 2015 ; Bister *et al.*, 2016) : « En ville j'aime bien m'arrêter parfois dans les églises... ce sont des endroits calmes... un peu à l'écart... ça me permet de me calmer... de retrouver mes esprits... mais aussi de réfléchir à moi... Je vais souvent à la cathédrale quand je me sens pas bien... ou quand j'ai besoin d'être seul. » (Extrait d'entretien, avril 2016)



Figure 2 : Un espace public du vide situé à côté de l'institution (CODELUPPI, août 2016).

Toutefois, les personnes avec lesquelles nous avons collaboré ne cherchent pas exclusivement à se mettre en retrait. Ainsi, certains patients fréquentent aussi des espaces dynamiques, sensoriellement et socialement. Ces espaces du « plein », très actifs, sont aussi fréquentés en période de crise. Ces lieux contribuent à la régulation des symptômes des patients, dans la mesure où ils apportent des sources de distraction sensorielles, affectives et sociales aux patients. Ils permettent d'atténuer ou de bloquer les symptômes. Ces lieux de médiation sont des espaces publics, des places, des cafés, des bistrotts ou encore des rues piétonnes du centre-ville. Pour Nathan par exemple, les centres commerciaux animés procurent du bien-être :

« Quand je vais pas bien, j'aime bien aller au centre commercial... j'aime bien l'animation... tous ces gens qui font leurs courses... il y a aussi les différents produits... ça fait rêver et en même temps ça occupe l'esprit. Sinon j'aime bien aussi la rue de Bourg, je m'y promène parfois les week-ends, y a plein de choses à regarder... j'aime bien... » (Extrait d'entretien, mai 2016)

La fréquentation des espaces du « plein » s'accroît avec l'apaisement et parfois la disparition des symptômes chez les patients. Cela s'accompagne par un processus de (re)découverte des lieux propices à l'expérience sociale, sensorielle et affective.



Figure 4 : La rue de Bourg, un espace du plein (CODELUPPI, août 2016).

Malgré une vulnérabilité toujours omniprésente, ces stimulations procurent du bien-être aux patients et elles ont un effet stabilisateur sur les symptômes. La participation accrue à la communauté offre de nouvelles opportunités de rencontres et d'expériences (Bister *et al.*, 2015 ; Klausner, 2015). Celles-ci peuvent parfois être sensoriellement, affectivement et socialement intenses comme pour Mike dans sa pratique hebdomadaire de la piscine municipale. Ses performances physiques lui offrent l'opportunité de créer une relation affective bénéfique avec d'autres jeunes gens⁵⁰ dans un espace public.

« Mike est un jeune patient fréquentant l'institution thérapeutique quelques jours par semaine seulement. Il participe notamment à l'activité piscine organisée par une soignante de l'Institution. Dans le cadre de cette activité, Mike a établi un lien avec une équipe d'étudiants universitaires venant s'entraîner aux plongeurs tous les mercredis à la piscine. Par son statut de patient et grâce à une négociation avec les entraîneurs et les maîtres-nageurs, Mike a un accès aux plongeurs qui

⁵⁰ Le terme de "jeunes gens" a été employé dans le cadre de cet article, comme alternative aux termes de "patients", de "jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques" ou de "jeunes gens vivant avec un diagnostic de schizophrénie". Cette expression a été toutefois été abandonnée dans la suite du travail, en raison de sa connotation jugée trop paternaliste.

d'habitude sont réservés aux groupes. Les entraîneurs et les étudiants l'ont intégré au groupe à tel point qu'ils le coachent lui aussi lors de ses plongées lui permettant d'acquérir une plus grande confiance en lui. Mike ne loupe jamais l'activité piscine, il aime beaucoup cette activité qui lui permet de s'intégrer à un autre groupe de jeunes grâce à ses performances physiques en plongeur qui lui confèrent une certaine reconnaissance sociale par la valorisation de ses capacités sportives. » (Extrait des notes de terrain, juin 2016)

Ainsi, contrairement aux affirmations dominantes dans la littérature, l'analyse met en évidence le rôle important que jouent les espaces, tant institutionnels ou privés que publics, dans le processus de rémission des patients (Klausner, 2015 ; Duff, 2014 ; Evered, 2016). Les patients naviguent continuellement entre les espaces du « vide » et les espaces du « plein » qu'ils combinent en fonction de leurs besoins. Ce sont des espaces perméables du point de vue de leurs pratiques et de leurs usages dans la régulation des symptômes.

4.2.6 Discussion

Cet article avait pour objectif principal de cerner les pratiques spatio-temporelles de jeunes patients psychotiques en période de rétablissement post-hospitalisation, peu étudiées dans la littérature (Klausner, 2015 ; Evered, 2016). En se basant sur un terrain ethnographique de trois mois, mené dans une institution thérapeutique lausannoise, il s'agissait de montrer le rôle des espaces urbains dans la régulation des troubles psychotiques. L'analyse visait également à mettre en évidence le rôle des espaces publics dans les trajectoires de rétablissement des patients, qui a fait l'objet de peu d'études jusqu'à présent (McGrath *et al.*, 2015).

Les résultats mettent en évidence la diversité d'espaces urbains fréquentés par les patients. Ces lieux, aussi bien privés que publics, institutionnels qu'informels, aident les patients à réguler ou à stabiliser leurs symptômes. Les patients fréquentent tant des espaces apaisants du « vide » que les espaces stimulants du « plein », propices à la médiatisation des troubles. Les espaces publics, tels que des places, des parcs ou encore des édifices publics libres d'accès jouent un rôle important dans les pratiques spatiales des patients. Ces lieux font tant office de refuge favorable au repos que d'espace de distraction, propice aux interactions sociales. Ces multiples espaces constituent de véritables supports au rétablissement des patients psychotiques. Ces *enabling spaces* possèdent des propriétés matérielles, sociales et affectives aidant à la stabilisation et à la rémission des symptômes (Duff, 2012b). Le milieu urbain joue donc un rôle indéniable dans le processus de rétablissement des patients. L'appropriation des différents lieux s'inscrit dans un processus de reconquête progressive de la ville dans lequel les patients modulent leurs trajectoires spatiales, en choisissant les configurations spatiales les plus adaptées à leurs besoins (Klausner, 2015). Parmi celles-ci, aussi bien les espaces informels qu'institutionnels du milieu urbain occupent une place importante dans les pratiques de rétablissement. L'espace public en particulier est très investi et apprécié par les patients, tout au long de leur processus de rémission. Par sa dimension appropriable, flexible et perméable, le lieu public peut être converti pour différents usages et adapté à leurs besoins. Par ailleurs, les espaces publics confèrent aux patients la possibilité d'être acteurs de leurs pratiques spatiales. Dans cette même perspective, instaurer des espaces multifonctionnels et modulables dans les institutions thérapeutiques permettrait d'offrir des possibilités d'appropriations variées aux patients et adaptables en fonction de leurs besoins. Les patients pourraient par conséquent participer plus activement à leur processus de rétablissement.

4.2.7 Remerciements

Je tiens à remercier les patients et les soignants de l'institution thérapeutique lausannoise pour leur accueil, leur disponibilité, ainsi que les précieux retours et discussions tout au long du terrain.

5. CARACTÉRISER LA RELATION DES PARTICIPANTS AVEC LEUR ENVIRONNEMENT URBAIN: L'APPORT DU CONCEPT D'INTENSITÉ D'ENGAGEMENT DE LAURENT THÉVENOT

5.1 Introduction du chapitre

Ce chapitre s'inscrit dans le prolongement de ma réflexion sur les pratiques et les espaces-temps de rétablissement des jeunes schizophrènes. Dans le cadre de mon deuxième article intitulé "Du retrait à la reconquête: pratiquer la ville après un épisode psychotique", j'interroge tout particulièrement l'évolution du rapport des jeunes personnes en souffrance psychique avec leur environnement au fur et à mesure de la stabilisation ou de la rémission de leurs troubles⁵¹. Dans cette optique, ce deuxième article permet de répondre à ma deuxième sous-question de recherche intitulée comme suit: *En quoi la fluctuation des troubles expérimentée par les jeunes psychotiques influe-t-elle sur leur degré d'engagement avec l'environnement?*

L'objectif premier de ce papier est de montrer que le rapport des jeunes schizophrènes avec l'environnement évolue en fonction du rythme et de l'intensité de manifestation des troubles. Au cours de leurs trajectoires de rétablissement, les personnes en souffrance psychique vivent des périodes de crise qui alternent avec des moments de mieux-être. Mon travail montre que le caractère fluctuant de la manifestation des troubles agit sur les pratiques de rétablissement par le biais d'un engagement plus ou moins intense des personnes avec les ressources de leur environnement. À cet effet, j'emprunte le concept "d'intensité d'engagement" développé par Laurent Thévenot (2006).

Tout comme le premier article, ce deuxième papier se base également sur mon travail ethnographique de trois mois réalisé dans l'institution thérapeutique lausannoise.

Cependant, le processus d'évaluation inhérent aux publications scientifiques (demandes formulées par les relecteurs à l'issue de l'évaluation) m'a conduite à devoir répéter dans cet article des éléments d'information contextuels et problématiques qui avaient déjà été évoqués dans mon premier article.

Néanmoins, à travers la mobilisation du concept de Thévenot, cet article apporte un nouvel éclairage sur les pratiques et les temporalités du rétablissement de la psychose. Il contribue à caractériser la variabilité en termes de rythme de rétablissement et de pratiques urbaines développées par les personnes vivant avec un diagnostic de psychose.

⁵¹ Pour la définition des symptômes de la psychose utilisée dans le cadre de ce travail, se référer au chapitre 4, page 50.

5.2 Article 2: Du retrait à la reconquête: pratiquer la ville après un épisode psychotique⁵²

Zoé Codeluppi

5.2.1 Résumé

The article aims to provide a better understanding of the urban practices of young people living with a diagnosis of psychosis while recovering. I show the way practices are adjusted according to the temporal dynamics of psychosis. I argue that the continuous variability of symptoms over the recovery period implies alternately practices of withdrawal and reconquest of the urban space. I first outline participants' reconquest of urban spaces, which starts in well-known places and then extends to less familiar ones. In doing so, I point out the diversity of urban spaces inhabited by participants during the recovery process which includes institutional, private, as well as public places. I then outline the various material, relational and sensory resources available in these spaces. I show how participants use them according to the temporal dynamics. I finally highlight the way participants are gradually getting involved in the relationship with a large array of resources as the intensity of symptoms is reducing. My analysis is based on a three months ethnography in a therapeutic institution in Lausanne.

Keywords: urban milieu, urban practices, psychosis, ethnography, withdrawal, involvement, public space, recovery

Mots-clés : espace urbain, pratiques urbaines, psychose, ethnographie, retrait, engagement, espace public, rétablissement

5.2.2 Introduction

« J'aime bien venir dans ce parc...ça me calme. Je passe souvent à travers le parc...avant d'aller à l'institution. C'est un endroit à part, un peu isolé ça me permet de réfléchir. Quand ça va pas bien... je viens ici... je m'assieds sur un banc à côté de la fontaine ou de l'autre côté vers la cascade... je fais abstraction de tout le reste... ça m'aide d'être ici » (Nathan, Extrait du cahier des observations, juin 2016). Nathan⁵³ est un jeune homme vivant avec un diagnostic de schizophrénie. Il se rend depuis une année, chaque jour, dans une institution thérapeutique au centre de Lausanne. Nathan pratique quotidiennement la ville dans le cadre de ses déplacements et de ses activités. Mais tout comme les autres jeunes gens⁵⁴ fréquentant l'institution, ce jeune homme de vingt-deux ans ne pratique pas l'espace urbain de façon aléatoire. Le vécu des troubles psychotiques influe en effet sur les façons de mobiliser l'environnement. Nathan m'explique que lorsque les troubles se manifestent, il préfère rester en retrait, loin des autres et du bruit. Dans ces moments-là, le jeune homme privilégie des espaces calmes et apaisants qui l'aident à se ressourcer. Cet acte de retrait n'est pas propre à Nathan, il témoigne plus largement des pratiques caractéristiques des jeunes personnes souffrant de schizophrénie.

Dans cette perspective, l'article vise à mettre en évidence les pratiques de retrait et de reconquête urbaine de jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques et plus précisément de schizophrénie⁵⁵, au cours

⁵² Cet article a été publié dans la revue scientifique à comité de lecture, *Geographica Helvetica*, en février 2019. Ce journal scientifique suisse de géographie publie des contributions issues du domaine de la géographie ainsi que des disciplines voisines à la géographie qui traitent de questions empiriques en lien avec les Suisse. Cette revue publie des articles dans les trois langues nationales principales ainsi qu'en anglais. Les articles publiés sont en libre accès.

⁵³ En raison du caractère sensible des données, les noms des jeunes gens et des soignants ont été anonymisés.

⁵⁴ Le terme de "jeunes gens" a été employé dans le cadre de cet article, comme alternative aux termes de "jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques" ou de "jeunes gens vivant avec un diagnostic de schizophrénie". Cette expression a été toutefois abandonnée dans la suite du travail, en raison de sa connotation jugée trop paternaliste.

⁵⁵ La psychose est un trouble mental qui se caractérise par une perte de contact avec la réalité. Il existe différents troubles psychotiques dont la schizophrénie ou le trouble bipolaire par exemple. Dans le cadre de cette étude, sont inclus l'ensemble des jeunes patients souffrant de schizophrénie. Ce trouble se traduit par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage et du comportement.

de leur rétablissement. Les pratiques désignent les différentes formes de mobilisation de l'environnement, conscientes et inconscientes, qui sont développées de façon récurrente par les jeunes gens vivant avec un diagnostic de schizophrénie dans leur expérience de la ville (Söderström et al., 2017). Le rétablissement fait quant à lui référence au lent processus d'autonomisation des personnes souffrant de schizophrénie⁵⁶. Celui-ci se caractérise par une stabilisation ou par l'atténuation progressive de l'intensité et de la fréquence des troubles, menant parfois à une disparition totale des symptômes⁵⁷(Bister et al., 2016 ; Klausner, 2015).

Dans le cadre de ce travail, je mets dans un premier temps en évidence la temporalité non-linéaire et fluctuante du rétablissement des troubles de la schizophrénie qui est à l'origine des pratiques de retrait et de reconquête urbaine. La temporalité du rétablissement désigne le laps de temps s'étendant depuis la période de crise psychotique à celle de stabilisation ou de rémission des troubles (Klausner, 2015). À cet effet, je montre l'existence d'une temporalité courte et d'une temporalité longue du rétablissement. La temporalité courte se caractérise par de brèves périodes de manifestation des troubles qui interviennent de façon récurrente au cours du processus long de rémission ou de stabilisation de symptômes. La temporalité longue fait référence au long processus de rémission progressive des symptômes. Mon analyse démontre que les pratiques de retrait, caractéristiques des périodes de manifestation des troubles, évoluent progressivement vers des pratiques de reconquête urbaine, au fur et à mesure du long processus d'atténuation des symptômes.

Dans un deuxième temps, je montre que l'évolution des pratiques témoigne, d'une part, de l'extension du périmètre de pratiques des jeunes schizophrènes et se traduit, d'autre part, par la mobilisation d'une diversité de ressources de l'environnement. Je souligne à cet effet que la spatialité du rétablissement, c'est-à-dire le rapport entre les pratiques des individus et les diverses «prises» offertes par un environnement donné (Golembiewski, 2013), s'élargit progressivement vers de nouveaux espaces urbains aux ressources multiples et variées⁵⁸. Les «prises» renvoient à des ressources matérielles, sociales et sensorielles mobilisées par les jeunes gens au cours de leur rétablissement (Golembiewski, 2013). Dans cette perspective, la spatialité du rétablissement est à la fois façonnée à travers les pratiques des individus et déterminée par la réalité matérielle de l'espace. Celui-ci est donc à la fois produit et vécu par les individus. Ces derniers ont une capacité à agir sur leur environnement mais ils sont également contraints par les caractéristiques intrinsèques à l'environnement (Lefèbvre, 1974).

Dans un troisième temps, je mets en évidence que les pratiques de retrait et d'engagement révèlent un degré d'engagement particulier des jeunes gens avec leur environnement. Mon analyse montre qu'au fur et à mesure de la stabilisation des troubles, les individus accroissent et diversifient les ressources mobilisées et témoignent ainsi d'une intensification de leur degré d'engagement avec l'environnement. Afin de rendre compte de manière fine du degré d'investissement au cours des pratiques de retrait et de reconquête du rétablissement, je mobilise le concept « d'intensité d'engagement » développé par le sociologue Laurent Thévenot (2006). Ce concept désigne les différentes façons de s'investir dans une relation avec l'environnement et de se coordonner avec celui-ci en fonction de la portée de l'action. Plus celle-ci est collective, plus elle requiert un investissement intense et un degré de coordination élevé de l'individu avec son environnement. À l'aide du concept de Thévenot, il s'agit donc de montrer comment, au cours de leur rétablissement, les jeunes personnes souffrant de schizophrénie s'impliquent progressivement dans des pratiques plus collectives qui requièrent un degré d'engagement plus marqué

⁵⁶ Le rétablissement se caractérise également par le recouvrement progressif des compétences sociales des personnes, leur permettant de retrouver une vie sociale (Bjornestad et al., 2019).

⁵⁷ La stabilisation des troubles ou des symptômes désigne un état stable à durée variable, au cours duquel les symptômes sont toujours présents mais moins intenses. Chez certaines personnes les symptômes disparaissent progressivement au fil du temps, alors que chez d'autres ils réapparaissent à nouveau avec une intensité généralement plus forte.

⁵⁸ Golembiewski emploie le terme de "positive affordance" pour désigner les ressources de l'environnement (Golembiewski, 2013). J'ai choisi de traduire ce terme par "prise" permettant de souligner la dimension à la fois produite et vécue de l'espace urbain par des acteurs.

avec l'environnement.

Cet article cherche à élargir le champ de recherche en géographie, en proposant une réflexion sur les pratiques urbaines de jeunes personnes souffrant de schizophrénie après un premier épisode psychotique⁵⁹, dans un contexte suisse qui fait pour l'instant l'objet de peu d'études. Les travaux actuels en géographie de la santé mentale s'attachent en effet essentiellement à décrire les pratiques de jeunes personnes psychotiques dans des contextes américains, australiens, néo-zélandais, allemands et britanniques (Parr, 2006, 2008 ; Philo et Wolch, 2001 ; Knowles, 2000 ; Estroff, 1985 ; Gleeson, 1999). De même, les temporalités dans lesquelles s'ancrent ces pratiques ne sont que partiellement analysées, bien qu'elles influencent de façon déterminante les trajectoires spatiales de rétablissement des jeunes personnes souffrant de schizophrénie. Dans le but d'enrichir la réflexion sur les temporalités et les spatialités de rétablissement, l'article mobilise une littérature plus large en sciences sociales, qui traite des dimensions temporelles et spatiales des personnes souffrant de schizophrénie (Duff, 2012 ; Klausner, 2015 ; Corin, 2002 ; Bister et al., 2016).

Toutefois, ces travaux défendent majoritairement une vision linéaire de la temporalité des troubles, allant du vécu d'un épisode psychotique à la période de stabilisation des troubles (Evered, 2016; Poirel et al., 2013). Même si une partie de ces analyses reconnaît l'existence de variations temporelles au cours du rétablissement, celles-ci ne sont pas documentées de façon précise et détaillée (Yates et al., 2012).

Par ailleurs, les analyses en sciences sociales portant sur la spatialité du rétablissement et en particulier sur les espaces dans lesquels s'inscrivent les pratiques de retrait et de reconquête sont partielles. Ces recherches traitent essentiellement des espaces institutionnels de soins, c'est-à-dire de l'ensemble des lieux de soins formels et thérapeutiques fréquentés pendant ou juste après l'hospitalisation (Poirel et al., 2013). En revanche, la fonction de l'espace urbain du quotidien, hors institution, dans le processus de rétablissement n'est pas traitée par cette littérature (Evered, 2016). Mon analyse propose d'explorer le rôle de l'espace urbain du quotidien et en particulier des espaces publics dans le processus de rétablissement des jeunes personnes psychotiques (Evered, 2016 ; Klausner, 2015 ; Bister et al., 2016). L'article s'organise en trois parties. Dans une première section, je situe la recherche par rapport à la littérature existante sur les pratiques, les espaces et les temporalités de rétablissement de personnes vivant avec un diagnostic de schizophrénie en géographie et en sciences sociales. Puis, sur la base de mes données ethnographiques, je mets en évidence, dans un deuxième temps, l'évolution des spatialités et des pratiques de rétablissement des jeunes personnes souffrant de schizophrénie en fonction de la temporalité courte et longue du rétablissement. J'élabore à cet effet une typologie qui permet de rendre compte des ressources mobilisées dans les pratiques quotidiennes des jeunes gens en fonction des deux temporalités du rétablissement, renseignant par extension l'intensité d'engagement avec leur environnement.

En guise de conclusion, je souligne le potentiel thérapeutique de l'espace public urbain et je propose quelques pistes de réflexion destinées aux professionnels de la santé mentale pour le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques en ville. Mon étude se base sur une ethnographie menée dans une institution thérapeutique avec des jeunes personnes ayant vécu un épisode psychotique remontant à moins de trois ans.

5.2.3 Schizophrénie et milieu urbain

Pour mieux saisir l'intérêt et la pertinence de mon analyse des pratiques urbaines, il faut d'abord examiner la relation des personnes souffrant de troubles psychotiques avec le milieu urbain⁶⁰. Ce dernier

⁵⁹ L'épisode psychotique se définit comme la manifestation la plus aiguë des troubles.

⁶⁰ Dans le cadre de cette analyse, le milieu urbain fait référence aux zones du centre-ville à forte densité humaine et bâtie.

joue en effet un rôle dans le développement de psychoses. La première étude montrant cette relation est menée en 1939 par Faris et Dunham. Celle-ci met en évidence la concentration plus élevée de personnes souffrant de psychose dans le centre de la ville de Chicago par rapport à d'autres zones de l'agglomération (Faris et Dunham, 1939). Par la suite, d'autres études plus récentes en psychiatrie montrent que le risque de développer des troubles psychotiques est plus élevé en ville qu'en milieu rural (van Os, 2004 ; Kirkbride et al., 2007 ; Kelly et al., 2010 ; Vassos et al., 2012). Ce phénomène reste vérifié après contrôle des variables potentiellement explicatives, telles que la consommation de cannabis, le statut social et économique ou encore l'appartenance à une minorité ethnique (Kelly et al., 2010 ; Vassos et al., 2012). Cependant, la nature des mécanismes impliqués dans cette relation reste peu claire (Söderström et al., 2016).

D'autre part, plusieurs études montrent que les personnes souffrant de troubles psychotiques expérimentent souvent une intensification des symptômes en milieu urbain en raison de la forte sensibilité qu'elles développent aux stimulations de l'environnement (Kapur, 2003 ; Van Os et al., 2008). Les personnes vivant avec un diagnostic de psychose sont en effet émotionnellement plus actives et plus sensibles que le reste de la population (Myin-Germeys et al., 2009). Dans cette perspective, les variations, même minimales, dans les interactions avec l'environnement influent sur l'intensité des expériences psychotiques. Les troubles ne se manifestent cependant pas de façon continue. Ils occupent environ un tiers du temps des individus (Myin-Germeys et al., 2009). Cela signifie que les troubles fluctuent constamment et de façon quotidienne, entraînant des changements dans la façon dont ces personnes s'engagent dans les activités sociales et spatiales (Myin-Germeys et al., 2009 ; Verdoux, H. et Cougnard, A., 2003).

5.2.3.1 Analyses spatiales en géographie de la santé mentale

De manière générale, il existe peu d'analyses en géographie de la santé mentale qui traitent des pratiques urbaines de jeunes personnes psychotiques. La plupart des études porte essentiellement sur les espaces fréquentés dans les phases aiguës de manifestation des troubles (Parr, 2006, 2008 ; Estroff, 1985 ; Knowles, 2000 ; Klausner, 2015). Ces recherches s'attachent à décrire les dimensions sociales et spatiales des espaces institutionnels de soins⁶¹ hérités de la désinstitutionalisation⁶² (Parr, 2008 ; Milligan et Wiles, 2010). En revanche, le rôle des espaces urbains du quotidien dans les trajectoires de rétablissement des jeunes personnes vivant avec un diagnostic de schizophrénie est peu traité par cette littérature.

Par ailleurs, la littérature existante ne détaille pas le diagnostic des personnes étudiées. Cette absence d'indications précises ne permet ni de situer l'expérience psychotique des patients en fonction de l'apparition des troubles, ni de distinguer les situations chroniques des situations épisodiques. Ces informations sont pourtant indispensables à la compréhension des pratiques et des temporalités des jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques. Dans le but de pallier l'absence de littérature sur les pratiques et sur les temporalités en géographie de la santé mentale, cet article mobilise une littérature interdisciplinaire plus large en sciences sociales. Celle-ci permet d'apporter et d'affiner la compréhension des spatialités, des temporalités et des pratiques des jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques.

⁶¹ Les espaces institutionnels de soins désignent l'ensemble des établissements et des structures thérapeutiques de prise en charge psychiatrique. Parmi les espaces institutionnels, on trouve l'hôpital psychiatrique, les consultations ambulatoires et les hôpitaux de jour. Les différentes structures communautaires héritées de la désinstitutionalisation en font également partie, puisque la plupart de ces lieux font office d'hôpital de jour. Ces lieux peuvent être étatiques ou privés.

⁶² Le processus de désinstitutionalisation se caractérise par la fermeture des grandes institutions asilaires au profit de petites structures de soins qui se basent sur le modèle ambulatoire, plus flexible, ouvert et proche des patients. Ce processus se développe d'abord de manière précoce dans les années 1930 aux États-Unis et dès les années 1950 en Europe.

5.2.3.2 Pratiques urbaines et temporalités de la psychose en sciences sociales

Mon analyse s'appuie sur des recherches menées en sciences sociales (en ethnographie, en anthropologie, en psychologie sociale et en sociologie de la santé), qui traitent des pratiques urbaines et de la temporalité des troubles psychiques (Corin, 2002; Klausner, 2015; Evered, 2016; Poirel et al., 2013; Duff, 2015). En se basant sur l'expérience et le vécu des personnes vivant avec des troubles psychotiques, cette littérature montre la façon dont ces individus composent quotidiennement avec leur environnement matériel et social. L'environnement est considéré comme un vaste champ de ressources matérielles, sociales et sensorielles avec lesquelles les individus interagissent selon leurs besoins (Duff, 2012). Les ressources matérielles font référence à l'organisation d'un espace et à ses composantes physiques. Les ressources sociales désignent l'ensemble des potentiels relationnels permettant la création de contact offerts par un espace. Enfin, les ressources sensorielles regroupent l'ensemble des sollicitations auditives, visuelles et du toucher présentes dans l'environnement et qui participent au bien-être des individus (Duff, 2014). Ces trois types de ressources constituent de véritables « prises » que les personnes mobilisent en fonction de leurs besoins au cours de leur rétablissement (Golembiewski, 2013 ; Duff, 2014).

Cependant l'ensemble de ces travaux ne traite pas de l'évolution des formes et des intensités d'engagement avec ces ressources, en fonction de la manifestation des troubles. Cela s'explique par la prédominance d'analyses menées dans des environnements institutionnels, occultant les pratiques dans l'espace urbain du quotidien et en particulier dans l'espace public (McGrath et Reavey, 2016; Parr, 1999). Par ailleurs, ces études se focalisent sur les moments de manifestation aiguë des troubles, ce qui ne permet pas de saisir l'évolution des formes d'engagement au fur et à mesure du rétablissement. La plupart de ces études considère en outre le rétablissement dans une perspective linéaire qui se caractérise par un lent processus de stabilisation des troubles. Le caractère fluctuant et aléatoire des troubles au cours de ce processus est en revanche peu traité par cette littérature, alors même qu'il constitue un élément caractéristique du rétablissement des personnes souffrant de troubles de la psychose (Klausner, 2015 ; Corin, 2002).

De plus, à l'image de la littérature en géographie de la santé mentale, il existe également un flou autour du diagnostic des populations étudiées dans la plupart de ces recherches, puisque celles-ci ne distinguent pas les expériences psychotiques chroniques de celles survenant occasionnellement.

5.2.3.3 L'intensité d'engagement de Laurent Thévenot

Le sociologue Laurent Thévenot développe ce qu'il nomme «une sociologie de la raison pratique», dans laquelle il considère l'individu et son action à travers ses engagements multiples dans le temps et dans l'espace (Thévenot, 2006 : 92). Ces engagements sont à l'origine des différentes relations qu'un individu tisse avec son environnement dans la réalisation de son action. Cette dernière n'est cependant pas le résultat d'une intention bien formée. Elle se définit plutôt comme une succession de formes variées de coordination avec l'environnement, évoluant au fil des situations et des circonstances. Chaque action se traduit par une forme d'engagement avec l'environnement qui s'ajuste en fonction de la portée de l'action. Cet engagement se décline à différentes intensités. Afin de pouvoir mieux les caractériser, Thévenot développe le concept «d'intensité d'engagement» (Thévenot, 2006). Celui-ci désigne le type de rapport développé avec l'environnement dans la réalisation d'une action. En fonction de sa portée, la relation à l'environnement requiert une coordination et un ajustement plus ou moins étroits avec les pratiques des autres.

Si la portée de l'action est publique, les exigences de coordination avec l'environnement social s'accroissent, de même que l'intensité de la relation, impliquant une compréhension des pratiques des

autres acteurs et une coordination avec celles-ci dans la réalisation de l'action. À l'inverse, si la portée de l'action est plus personnelle, les exigences de coordination se réduisent, de même que l'engagement avec l'environnement.

Dans le cadre de mon analyse, le concept « d'intensité d'engagement » proposé par Thévenot (2006) me sera utile pour rendre compte avec précision du degré d'investissement au cours des pratiques de retrait et de reconquête du rétablissement.

Ce concept offre la possibilité de détailler les différentes formes d'engagement personnelles et collectives inhérentes aux pratiques de rétablissement des jeunes gens. À cet effet, je distingue les formes d'engagement développées lors des pratiques de retrait, des formes d'investissement propres aux pratiques de reconquête de l'espace urbain.

5.2.4 Méthodologie

Dans le cadre de cette recherche, je m'appuie sur une ethnographie du quotidien que j'ai menée avec de jeunes personnes vivant avec un diagnostic de schizophrénie d'avril à juillet 2016 dans une institution thérapeutique lausannoise. Celle-ci est située au coeur de Lausanne, dans un des quartiers les plus denses de la ville⁶³. Le quartier de l'institution, très accessible en transports publics, abrite des logements, des commerces, des bureaux, des infrastructures publiques (écoles, piscine, hôpital) mais aussi des espaces de loisirs, tels que des parcs publics urbains. L'institution possède plusieurs locaux d'activités et de soins ainsi qu'une dizaine d'appartements protégés, tous situés dans ce même quartier.

Pour comprendre l'ancrage de l'institution dans le quartier, il faut remonter à sa création en 1955 sur une initiative privée (Chevalley, 2016). Cet espace est précurseur de la période de désinstitutionalisation de la psychiatrie en Suisse. L'institution offre une alternative à l'asile à une époque où les longs séjours à l'hôpital psychiatrique sont encore une pratique courante partout en Europe, de même qu'en Suisse (Chevalley, 2016). Le choix de localisation de cet espace n'est pas le fruit du hasard. Il correspond à la vision intégrative du propriétaire de l'institution de l'époque qui souhaitait trouver un espace situé en ville, afin de faciliter l'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques à l'échelle du quartier. La vision préconisée était celle de l'espace urbain comme un instrument de soins à part entière. D'un lieu de vie, l'institution se mue au fil des années, en un hôpital de jour qui inclut un suivi thérapeutique, des activités de groupe, de la réhabilitation professionnelle et des possibilités de logement pour ceux qui en ont besoin (Chevalley, 2016). L'objectif de l'institution est d'accompagner les jeunes gens dans leur processus d'autonomisation à travers des activités individuelles et collectives qui ont lieu dans et hors de l'institution. Les participants appartiennent tous au programme lausannois de traitement et d'intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques (TIPP). Ce programme a été mis en place par le Département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) en 2004. L'ensemble des participants a vécu un premier épisode psychotique remontant à moins de trois ans et est âgé entre dix-huit et trente ans⁶⁴. Ces participants sont au nombre de seize. Ils sont tous originaires de Suisse romande. La moitié d'entre eux viennent de la région lausannoise. Avant leur admission à l'institution, les participants connaissaient peu ou mal ce quartier de Lausanne. C'est au cours des mois passés à l'institution que les jeunes gens ont développé une connaissance approfondie du secteur. L'ensemble des participants à mon étude fréquente l'institution depuis au moins trois mois et a développé un lien de familiarité avec plusieurs espaces situés à proximité de l'institution. Quatre des

⁶³ Données issues des statistiques de la ville de Lausanne basées sur les données de 2017, (source: <https://www.lausanne.ch/statistique> (la date du dernier accès : 14 novembre 2018), fiche de population, juin 2018).

⁶⁴ Dans le cadre de cet article, les participants à l'étude ont vécu un premier épisode psychotique datant de trois ans. Cependant, au moment de mon travail de terrain, la plupart d'entre eux a déjà connu des périodes de rechutes, se traduisant parfois par le vécu d'un ou de deux autres épisodes.

participants interrogés vivent, par ailleurs, en appartement protégé depuis plus d'une année dans ce même secteur, ce qui participe également à développer des liens de familiarité avec le quartier. Dans le cadre du terrain ethnographique, j'ai pris part au quotidien de l'institution thérapeutique pendant une période de trois mois. Tout au long de cette période, j'ai participé aux différentes activités thérapeutiques organisées dans et hors institution. Grâce à ma présence régulière, j'ai aussi pu m'impliquer dans l'organisation de la vie de l'institution à laquelle prend part l'ensemble de l'institution. J'ai aussi participé aux tâches et aux réunions réservées au personnel soignant de l'institution. J'ai également été amenée à côtoyer certains participants et soignants dans des activités quotidiennes réalisées hors de l'institution pendant la journée. Dans le cadre de mon terrain, j'ai privilégié la méthode d'observation participante car elle permet de pallier les difficultés dialogiques et verbales rencontrées par les participants, caractéristiques des personnes vivant avec un diagnostic de psychose (Davidson, 2003 ; Lysaker et Lysaker, 2008).

Cette démarche ethnographique a été l'occasion de m'immerger dans le quotidien des jeunes. J'ai ainsi pu partager des expériences avec eux in situ. Grâce à cet accès immédiat à leur expérience, j'ai pu observer leur vécu des troubles et leurs pratiques urbaines dans les moments de manifestation des symptômes. Ma présence quotidienne à l'institution et le partage d'expériences communes m'a permis de progressivement tisser des liens avec les participants et de gagner leur confiance.

Tout au long des trois mois de terrain, j'ai suivi les diverses étapes propres à une démarche ethnographique (Lapassade, 1993). J'ai d'abord rigoureusement et quotidiennement consigné par écrit mes observations, de même que les diverses discussions informelles avec participants et soignants dans un journal de bord. Cela m'a permis de répertorier de façon systématique les différentes données de terrain récoltées au fur et à mesure de mon ethnographie.

Au cours du dernier mois de mon expérience de terrain, j'ai procédé à de premières analyses spontanées sur la base des données déjà récoltées. J'ai ainsi pu formuler une première série d'observations et une proposition de classification des données sur la base des différents faits relevés. J'ai ensuite confronté ces premières analyses aux remarques et aux critiques des soignants et des participants dans le cadre de groupes de discussion⁶⁵. Cette démarche de confrontation a été répétée régulièrement au cours du travail de terrain, permettant ainsi d'évaluer et de réorienter, si nécessaire, les premières analyses et les tentatives de classification des données.

Après la phase de terrain, sur la base de ce premier travail d'analyse, j'ai procédé à une classification systématique des transcriptions de mon ethnographie. J'ai constitué des catégories thématiques permettant d'ordonner les données de manière cohérente, complète, logique et succincte. Sur la base de cette classification, j'ai pu identifier et formuler une série de concepts pertinents dans le cadre de mon ethnographie. Enfin, à la fin de mon ethnographie, j'ai complété mon analyse par cinq entretiens menés respectivement avec des participants et des soignants. Cela m'a permis d'obtenir des éléments de détails ou des précisions supplémentaires nécessaires à la compréhension du fonctionnement de l'institution ainsi qu'à certaines pratiques observées.

Dans cette optique, les résultats qui font l'objet de la section suivante se basent sur des observations récurrentes et systématiques qui ont émergé tout au long de mon ethnographie. Les expériences des participants que je cite et que je développe dans mon analyse se réfèrent à des situations-types rencontrées tout au long de mon ethnographie avec d'autres jeunes de l'institution.

5.2.5 Résultats

Les observations de terrain révèlent trois aspects centraux des pratiques du rétablissement. Tout d'abord,

⁶⁵ Les groupes de discussion sont aussi communément appelés "focus groups discussions" en anglais (Hennink, 2014).

les temporalités de rétablissement se caractérisent par une logique cyclique (Baumann et al., 2019). L'analyse met ensuite en évidence l'existence de deux cycles de rétablissement, l'un court et l'autre long qui correspondent respectivement aux courtes périodes de manifestation des troubles et à la période d'atténuation des troubles plus ou moins durable. Le deuxième aspect mis en évidence par les résultats a trait à l'extension du périmètre des pratiques de rétablissement des jeunes gens et à leur reconquête progressive de la ville, au fur et à mesure de la rémission des troubles. Je montre plus spécifiquement que cette reconquête s'effectue depuis des lieux-refuges, tant des espaces publics que des lieux de soins institutionnels, vers d'autres environnements urbains moins familiers.

Troisièmement, les résultats montrent que les participants modulent leurs pratiques de retrait ou au contraire de reconquête en fonction des cycles courts et longs, ce qui se traduit par une mobilisation variable des diverses ressources et par l'activation de «prises» offertes par l'environnement (Golembiewski, 2013). À ce titre, je propose une typologie de ressources d'ordre matériel, social et sensoriel mobilisées par les participants au cours de ces deux cycles du rétablissement.

En dernier lieu, je mets en évidence que le degré d'engagement des participants avec leur environnement augmente au fur et à mesure de la rémission des troubles.

5.2.5.1 Temporalités des troubles psychotiques

Les observations de terrain révèlent tout d'abord le caractère fluctuant et cyclique des troubles au cours du rétablissement. Les participants m'expliquent que les troubles interviennent de façon fluctuante mais récurrente à différents moments de la journée, à l'image de l'expérience de Nathan :

« Au cours des semaines passées à l'institution, j'observe que Nathan s'absente régulièrement pendant ou après les activités pendant la journée. Un jour, alors que nous prenons un café, je demande à Nathan la raison de ces absences. Il réfléchit un instant, puis m'explique : "Quand ça va pas bien là-haut (Nathan montre sa tête), je pars tout de suite de l'institution. J'entends tout d'un coup des voix... elles me disent quoi faire. Et là avec tout le bruit autour de moi, l'agitation... ça fait trop... Dans ces moments-là, je préfère m'isoler et attendre que ça passe. Quand ça s'arrête, je rentre à l'institution. Il y a quelques mois j'ai eu une crise... c'était horrible... je suis sorti de l'hôpital... je restais chez moi, j'avais tout le temps des voix qui me parlaient. Maintenant, même si ça revient encore... Il y a des jours où ça va mieux et au moins... j'arrive à sortir» (Extrait du cahier des observations, juillet 2016).

Dans cet extrait, Nathan explique en effet que les troubles surviennent de façon brève à différents moments de la journée de façon fluctuante mais récurrente, à la façon d'un cycle. Mais depuis sa sortie d'hospitalisation, le jeune homme remarque qu'avec le temps, le rythme et l'intensité des troubles s'atténuent progressivement. Ces fluctuations de rythme d'apparition chez les jeunes constituent une réalité quotidienne à laquelle sont confrontés les soignants de l'institution et avec laquelle ils doivent composer, comme l'explique Géraldine, membre de l'équipe soignante : « [...] On sait que chez les jeunes qui souffrent de schizophrénie on peut avoir un changement brutal de comportement... comme ça au cours de la journée... souvent dû à la réapparition de symptômes... on les accompagne dans ces moments difficiles... ça fait partie de notre quotidien ici » (Extrait du cahier des observations, juillet, 2016).

Ensuite, ces observations attestent de l'existence de deux temporalités différentes du rétablissement qui correspondent à ce que j'ai nommé le cycle long et le cycle court. Nathan explique en effet qu'au cours du lent processus de stabilisation des troubles après sa sortie d'hôpital – qui correspond au cycle long –, il entend à intervalles réguliers des voix dans sa tête. Celles-ci sont l'expression temporaire des symptômes et elles correspondent au cycle court. Ces cycles sont caractéristiques de la période de rétablissement de la schizophrénie et ils interviennent chez de nombreux participants, comme en

témoignent les propos d'Aline, membre de l'équipe soignante qui travaille dans l'institution depuis une dizaine d'années : *« Avec les collègues on sait que... les jeunes... quand ça va mal... ils ont le réflexe de chercher refuge dans un endroit isolé, souvent ils restent d'ailleurs chez eux quand ils sentent qu'il y a une aggravation dans leur souffrance psychique. Surtout après les hospitalisations c'est toujours très difficile... Nous on les encourage quand même à venir même quand ça va pas... c'est important qu'ils ne s'enferment pas dans leur souffrance. Ensuite... on observe souvent une amélioration... après quelques jours... quelques semaines... ou quelques mois... quand la crise est passée... on les revoit ici. Mais je dirai que cette souffrance est toujours présente chez chacun des jeunes, simplement elle s'aggrave par moments et chez certains elle est plus grande et elle dure plus longtemps... »* (Extrait du cahier des observations, juillet 2016).

Le récit d'Aline confirme que ces deux cycles constituent le quotidien des jeunes participants. Comme l'explique la soignante, les troubles interviennent toujours ponctuellement et de façon récurrente chez les jeunes participants. Puis, ils s'atténuent ou disparaissent temporairement, ce qui permet aux participants de reprendre normalement le cours de leur vie. Chez certains participants, le cycle long dure plus longtemps que chez d'autres, comme le souligne Aline.

Un autre cas emblématique des situations vécues par plusieurs participants récemment sortis d'hospitalisation est celui d'Éléonore, une jeune femme qui fréquente l'institution depuis deux ans. Lors d'une discussion avec cette jeune participante, j'apprends que depuis son arrivée elle effectue régulièrement des séjours à l'hôpital en raison de la régularité et de la forte intensité de ses troubles. Il arrive en effet chez certains participants, comme c'est le cas pour Éléonore, que les troubles persistent et apparaissent de façon récurrente tout au long de la vie. Chez d'autres participants, le rythme d'apparition des troubles se stabilise, puis s'atténue progressivement, jusqu'à la disparition complète des symptômes, comme c'est le cas de Mathys. Ce jeune participant est resté seulement quelques mois à l'institution. Avant son départ il m'explique : *« Je me sens de nouveau comme avant et ces quelques mois... ce qui m'est arrivé... C'était comme une parenthèse... heureusement c'est fini maintenant »* (Extrait du cahier des observations, juillet 2016). Dans la majorité des cas, les troubles des jeunes disparaissent ou du moins s'atténuent permettant ainsi le retour à une vie quotidienne ordinaire, comme en témoigne cette discussion avec l'équipe soignante : *« C'est une grande victoire pour le jeune... mais pour nous aussi... (rire) quand on arrive à l'accompagner pour qu'il puisse retrouver une vie à peu près normale... un quotidien comme avant... d'ailleurs la majorité des jeunes que nous suivons s'en sortent et on ne les revoit plus... »* (Extrait du cahier des observations, focus group, juin 2016).

5.2.5.2 Du retrait à la reconquête urbaine

Dans la suite de l'analyse, je mets en évidence l'extension du périmètre de pratiques des participants et le processus de reconquête de l'espace urbain, au fur et à mesure de la rémission des troubles. Je montre que le périmètre de pratiques se restreint lors de la manifestation des troubles propre au cycle court. À l'inverse, les participants étendent leurs pratiques à d'autres espaces, au fur et à mesure de la rémission des troubles, caractéristique du cycle long.

Le travail propose ensuite une typologie des ressources matérielles, sociales et sensorielles mobilisées par les participants dans leurs pratiques de retrait et de reconquête. Il s'agit aussi de faire ressortir l'évolution de l'usage de ces ressources en fonction du cycle court et du cycle long. Enfin, l'analyse démontre que le nombre et la diversité de ressources utilisées par les participants permettent de renseigner le degré d'engagement de ceux-ci avec leur environnement.

5.2.5.3 Un retrait de l'environnement

Lors du cycle court, marqué par une manifestation récurrente des troubles, les participants restreignent

le périmètre de leurs pratiques. De façon générale, les jeunes gens se déplacent dans un périmètre circonscrit qui s'organise autour d'espaces connus, qu'ils fréquentent habituellement au quotidien. Ces lieux leur procurent un sentiment de sécurité et de sérénité dans les périodes de crise (Klausner, 2015 ; Corin, 2002 ; Parr, 1999). À l'image de Raoul, un jeune homme de vingt-deux ans récemment arrivé à l'institution, lors des intenses moments de souffrance, les participants se retirent dans des espaces familiers, loin de l'activité sociale. Ces périodes s'accompagnent souvent d'une perte de repères spatiaux et sociaux : « *Quand je suis sorti d'hospitalisation, j'avais besoin d'être dans des endroits que je connaissais et avec des gens que j'appréciais... qui sont proches... tu vois... la crise ça te change toutes tes perceptions... tu ressens tout de façon très intense... alors si tu es dans un endroit que tu connais pas ou mal... ça peut très vite devenir hyper-stressant et angoissant... du coup après tu recommences à réfléchir trop... et pis tu repars dans des délires...* » (Extrait du cahier des observations, juin 2016). Les participants cherchent refuge dans des espaces, à l'échelle du quartier, à proximité ou au sein de l'institution thérapeutique et qui permettent de limiter et d'éviter les interactions sociales et sensorielles avec leur environnement. Comme l'explique Raoul, les pratiques de retrait sont liées à une augmentation significative de la sensibilité à l'environnement au moment de la manifestation des troubles (Kapur, 2003). Ce phénomène est en effet récurrent chez les personnes souffrant de troubles de la schizophrénie. L'intensification de la sensibilité à l'environnement mène souvent à un phénomène de surstimulation sensorielle au cours duquel les personnes ont l'impression d'être submergées par les sollicitations rencontrées dans l'environnement (Kapur, 2003 ; Myin-Germeys et al., 2009). Les participants mettent ainsi à distance les stimulations de l'environnement. Ils cherchent avant tout à éviter le bruit et les interactions sociales qui sont susceptibles d'aggraver les symptômes et de provoquer une surstimulation sensorielle, et ceci jusqu'à l'atténuation et jusqu'à la disparition des troubles.

Les pratiques de retrait et de mise à distance de l'environnement que j'ai pu observer au cours de mon travail, ont également été constatées par l'équipe soignante et notamment, par Martine une thérapeute, qui m'explique que les soignants doivent gérer ces pratiques au quotidien : « *[...] souvent on doit téléphoner chez les participants, le matin, après l'appel... il y a en a beaucoup qui juste après l'hospitalisation n'arrivent pas à venir parce qu'ils se sentent mal ou fatigués... on voit souvent une période pendant laquelle ils se retirent de tout... ils évitent beaucoup de choses... Du coup, on les appelle pour savoir comment ils vont. En fonction de leur état, on leur propose de venir au moins quelques heures ici...* » (Extrait du cahier des observations, entretien, mai, 2016).

Dans cette perspective, les observations montrent qu'une partie des participants s'approprient essentiellement les espaces institutionnels de soins qui se composent principalement de l'institution thérapeutique, de l'hôpital et des centres de consultation ambulatoires. Les participants fréquentent essentiellement les espaces de soins et ils privilégient la proximité du personnel médical qui leur procure un sentiment de sécurité, comme l'explique Eléonore : « *Quand je suis en crise... je préfère être chez moi ou à l'institution... ce sont des endroits où je me sens en sécurité et que j'ai l'habitude de fréquenter... à l'institution il y a des professionnels de la santé qui peuvent m'aider si ça va pas... chez moi... c'est ma mère qui m'amène aux urgences... ils me connaissent là-bas... quand j'arrive ils savent quoi faire...* » (Extrait du cahier des observations, juillet 2016). Plusieurs participants cherchent exclusivement refuge dans des espaces intérieurs et confinés qui leur confèrent protection et tranquillité, à l'image de Dan, un jeune homme de vingt-quatre ans qui fréquente l'institution depuis trois mois : « *Juste après mon hospitalisation... j'avais beaucoup de peine à être dehors... maintenant ça va mieux... mais j'avais besoin d'être dans un endroit circonscrit, dedans...* » (Extrait du cahier des observations, juin 2016).

De même, le lieu d'habitation constitue également un refuge familial en retrait de l'activité sociale. À l'image d'Eléonore, les participants privilégient également leur lieu d'habitation, car il offre la possibilité d'un retrait momentané et permet d'atténuer la souffrance des jeunes gens. À l'instar de Liam

et Mélusine, deux jeunes participants de vingt ans qui fréquentent l'institution depuis quelques mois, les jeunes gens préfèrent en général rester chez eux, avec leur famille, lorsque les symptômes se manifestent, au cours d'une période de rechute. Cela leur permet en effet de se remettre de leur souffrance dans un environnement qui leur procure confort et bien-être : « [...] quand on n'est pas bien... je sens quand ça commence... on peut se reposer loin du bruit et des autres de l'institution, de toute l'activité qui est très pénible à supporter, en attendant que ça aille mieux » explique Liam. Mélusine hoche la tête et ajoute : « oui, c'est exactement ça. Et puis chez moi, il y a aussi ma mère qui est là au cas où ça va pas. Elle est là pour moi. Si ça va pas elle appelle un médecin ou elle m'emmène aux urgences » (Extrait du cahier des observations, mai 2016).

Toutefois, à l'image de Nathan, certains participants fréquentent aussi des espaces publics familiers tels que des parcs, des cafés ou des commerces de proximité. Ces lieux sont tous situés à l'échelle du quartier et à proximité immédiate de l'institution. Cette proximité confère un sentiment de sécurité aux participants, comme l'explique Nathan : « Les endroits où je vais quand je me sens mal sont dans le quartier... je pense qu'ils sont à cinq minutes à pied de l'institution... pas plus. Comme ça, si j'ai un problème, je peux retourner directement voir Aline [soignante en charge du suivi de Nathan] » (Extrait du cahier des observations, juillet, 2016).

À l'exemple du jeune Raoul âgé de vingt-quatre ans et depuis deux ans à l'institution, d'autres participants fréquentent les cafés du quartier, des lieux dans lesquels Raoul se sent « comme chez lui... toujours bien accueilli » (Extrait du cahier des observations, juillet, 2016). Ces lieux sont considérés comme familiers par Raoul, car il connaît les propriétaires des cafés qui le laissent lire son journal dans un coin de la salle, autant de temps qu'il le souhaite.

De même, les participants fréquentent les espaces verts à proximité de l'institution, à l'image de Nathan qui se rend quotidiennement dans le parc urbain situé à deux pas de l'institution. Les parcs et les forêts sont en effet connus pour leurs propriétés thérapeutiques dans les soins des troubles psychiques (Curtis, 2010; McGrath et Reavey, 2016). Les espaces verts permettent par exemple de réduire l'anxiété et de développer un sentiment de sécurité (De Vries et al., 2003). De même, ces espaces agissent parfois également comme médiateurs dans les situations stressantes vécues par les personnes souffrant de troubles psychiques, en limitant les sollicitations de l'environnement vécues comme désagréables et ils permettent d'atténuer et de limiter les sollicitations de l'environnement (Evered, 2016). Ainsi, ce sont véritablement les propriétés calmantes et tranquillisantes des espaces verts qui aident les participants à surmonter les moments de crise au cours de leur rétablissement, comme en témoignent ces observations : « Lors d'une activité organisée par l'institution dans un parc, je demande aux jeunes gens de me décrire ce qui leur plaît dans cet espace. Ils m'expliquent tous que ces lieux aident à se calmer quand on n'est pas bien, à réfléchir sur soi, à prendre de la distance avec sa vie et pour certains à méditer » (Extrait du cahier des observations, juin, 2016).

Ces espaces se situent donc dans un périmètre circonscrit, à proximité de l'institution thérapeutique. Lors du cycle court, les participants privilégient essentiellement des pratiques de mise à distance de l'environnement qui impliquent la mobilisation de ressources matérielles, sociales et sensorielles spécifiques.

5.2.5.4 Une mobilisation de ressources matérielles, sociales et sensorielles familières

Lors du cycle court, les participants ne s'isolent pas de toute interaction avec leur environnement. Les observations montrent qu'ils conservent un lien privilégié avec les ressources familières offertes par celui-ci (Duff, 2012). Les jeunes gens mobilisent des ressources matérielles, sociales et sensorielles qui font partie de leur quotidien et qu'ils ont l'habitude d'utiliser. Ces ressources permettent d'apporter du confort et un sentiment de sécurité, mais aussi d'apaiser la manifestation des troubles (Duff, 2012,

2014).

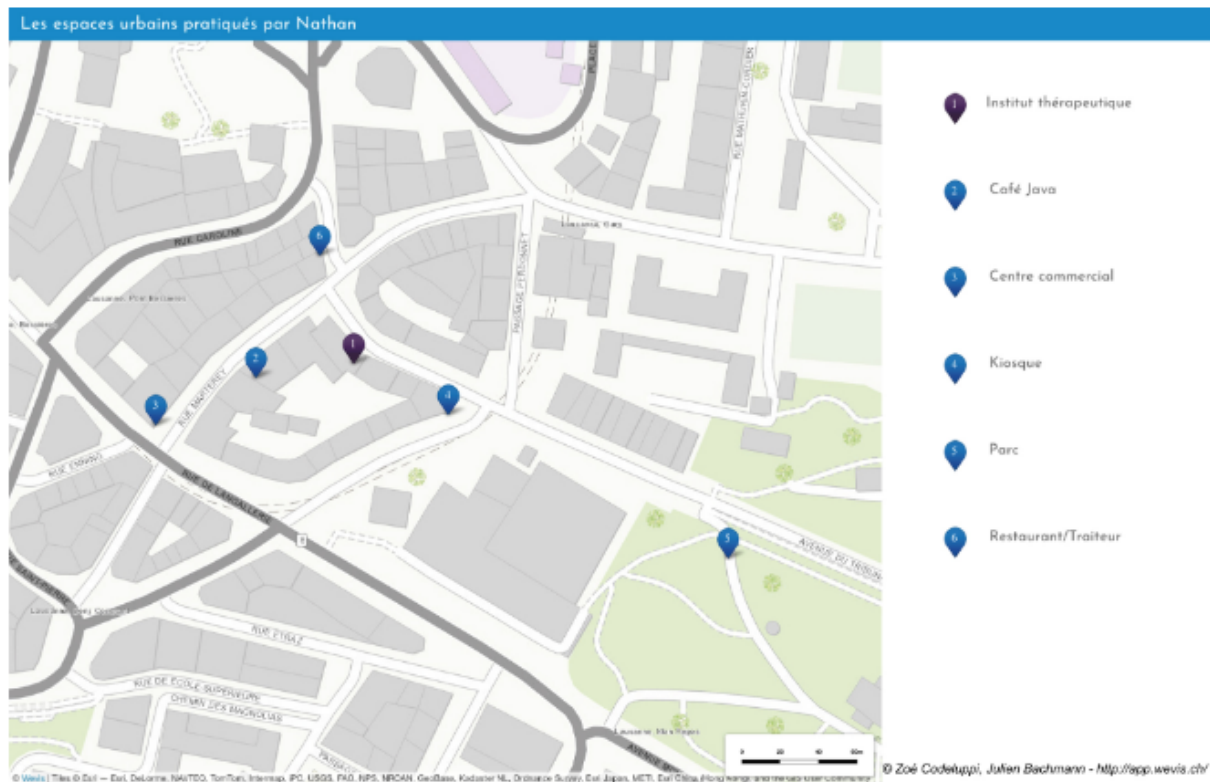


Figure 5: Les espaces familiers de retrait de Nathan.

Dans la suite de l'analyse, je propose une typologie des ressources familières matérielles, sociales et sensorielles qui sont employées par les participants dans le cadre de leurs pratiques de retrait. Premièrement, les participants mobilisent des ressources matérielles spécifiques. Celles-ci regroupent l'ensemble des objets utilisés par les participants ainsi que les caractéristiques matérielles d'un espace, comme la présence de végétation ou de mobilier urbain (Duff, 2014). J'observe que les participants amènent très souvent avec eux des objets personnels, comme des livres, mais aussi des téléphones et des ordinateurs portables qu'ils mobilisent à l'institution, mais également à l'extérieur, dans les espaces publics. Ces objets embarqués constituent de véritables «prises» dans l'environnement (Golembiewski, 2013 ; Duff, 2014) qui leur permettent de médiatiser les sollicitations de l'environnement et de surmonter les moments de mal-être, survenant avec la manifestation des troubles. Marianne par exemple, une jeune participante âgée de vingt-trois ans qui fréquente l'institution depuis une année, utilise la lecture pour surmonter ses troubles :

« Marianne apporte souvent des lectures lors de ses journées à l'institution. Lors des pauses, elle s'installe la plupart du temps dans la salle principale, dans un coin, en train de lire un livre. Elle m'explique que la lecture, surtout les livres "philosophiques" l'aident à "surmonter les moments difficiles" qu'elle vit actuellement avec sa "maladie". "Je ne sors pas de chez moi sans un livre dans mon sac" me dit-elle en rigolant » (Extrait du cahier des observations, juin 2016). De même, les objets électroniques tels que les téléphones ou les ordinateurs portables permettent aux participants de médiatiser leurs troubles et d'apporter distraction et réconfort dans les instants de souffrance, à l'image de Paul, un jeune participant de vingt-quatre ans, qui fréquente l'institution depuis 9 mois : «Paul apporte régulièrement son ordinateur portable. Il s'installe pendant de longues heures dans la bibliothèque de l'institution, à l'écart des autres. Il m'explique qu'il aime bien "travailler" sur son ordinateur. Il aime surfer sur internet, apprendre de nouvelles choses, échanger avec des amis sur les

réseaux sociaux. Cela lui permet, me dit-il, de se distraire et de penser à autre chose lorsqu'il n'est pas suffisamment "en forme pour participer aux activités comme les autres" » (Extrait du cahier des observations, mai 2016).

La fonction des objets électroniques dans le rétablissement des participants est d'ailleurs souvent discutée lors de réunions au sein de l'équipe soignante. Ces objets électroniques sont souvent qualifiés de «doudous affectifs» par l'équipe soignante, compte tenu du lien affectif fort que les participants développent avec ces médiateurs qui leur apportent *«beaucoup de réconfort et un sentiment de sécurité»* (Extrait du cahier des observations, focus group, juillet, 2016).

Les participants privilégient également des configurations spatiales particulières dans les moments de souffrance. À l'instar d'Éléonore, Dan, Liam ou encore Mélusine, évoqués précédemment, les jeunes gens privilégient des espaces intérieurs, de petite dimension et bien circonscrits. Ces configurations confèrent aux participants un sentiment de sécurité et de maîtrise de leur environnement.

Pour d'autres participants comme Nathan, les espaces publics familiers, tout particulièrement les lieux végétalisés pourvus de mobilier urbain, comme les parcs permettent de médiatiser leurs troubles : *«Souvent je vais au parc à côté de l'institution. J'aime m'asseoir sur les bancs et regarder les arbres et la vue sur le lac. Il y a aussi un coin . . . vers une fontaine où je vais souvent... j'aime bien entendre le bruit de l'eau . . . ça me calme »* (Extrait du cahier des observations, juillet, 2016). Le son de l'eau est souvent apprécié par les participants car il permet d'atténuer le vécu des troubles.

La configuration du parc offre ainsi des « prises » qui procurent du bien-être à Nathan (Golembiewski, 2013). Le rôle ressourçant des lieux de nature fait l'objet de discussions au sein de l'équipe soignante. Martine m'explique : *«[...] quand il y a des sorties organisées par l'institution . . . les patients réclament . . . ils veulent aller dans des parcs, au bord du lac ou parfois dans la forêt... ils aiment bien se poser dans ces endroits... il y a vraiment un effet thérapeutique évident »* (Extrait du cahier des observations, juillet, 2016).

Deuxièmement, les participants privilégient les ressources sociales familières qui leur procurent un sentiment de sécurité. Cela se traduit par la présence, la proximité et la disponibilité de personnes proches des jeunes gens ou du personnel soignant. À l'image de Mélusine, citée plus haut, qui privilégie la proximité avec sa mère, lors de la manifestation temporaire des troubles, les jeunes gens préfèrent interagir avec des proches et des personnes de confiance qu'ils connaissent bien et qui leur permettent de surmonter leur moment de souffrance. D'autres participants comme Éléonore privilégient le contact avec le personnel soignant et médical de l'institution, comme elle me l'explique lors d'une conversation : *« [...] ce sont des personnes de confiance qui me connaissent bien et avec qui je peux parler quand il y a des moments difficiles. En plus, ils sont toujours là pour moi... quand j'ai besoin. Ils savent aussi quoi faire si je me sens mal. Dans ces moments-là, j'aime pas trop être avec d'autres gens de l'institution que je connais moins... ça me stresse»* (Extrait du cahier des observations, juin 2016).

À l'instar de Raoul, d'autres participants préfèrent se rendre dans des cafés de quartier, dans lesquels ils créent un petit espace de sociabilité et d'échange avec des personnes de leur entourage et des connaissances à même de comprendre ces moments de souffrance et qui, par leur présence et par leur empathie, les aident à surmonter ces périodes difficiles : *«Quand je vis des moments difficiles, je vais au café... je connais bien le patron... il m'accueille toujours... il me laisse un petit coin tranquille... et quand il voit que ça va pas bien... ben... il s'assied à côté de moi et il m'écoute parler... des fois je préfère rester seul... du coup... il m'amène le journal, le café et il me dit toujours : "Si tu as besoin de quelque chose Raoul, on est là, ok?" (rires). C'est vraiment un endroit où je me sens bien là-bas... mieux qu'à l'institution... en fait... »* (Extrait du cahier des observations, juin 2016).

Enfin, les ressources sensorielles mobilisées par les participants lors du cycle court sont peu nombreuses. Comme mentionné plus haut, ceux-ci évitent toute sollicitation sensorielle en raison du phénomène de surstimulation sensorielle déjà évoqué plus haut (Kapour, 2003). Les jeunes gens

cherchent à se préserver du bruit ainsi que de toute interaction avec des inconnus qui amplifient leur mal-être au moment de la manifestation des troubles (Söderström et al., 2017). Eléonore, par exemple explique : « *Dans ces moments-là [les moments de crise]... j'ai beaucoup de peine avec le bruit... avec les gens... surtout ceux que je connais pas... la proximité physique aussi... c'est problématique pour moi... après je peux très vite paniquer...* » (Extrait du cahier des observations, juillet, 2016). Les jeunes gens privilégient ainsi les espaces calmes et en retrait de l'activité sociale, loin des stimulations auditives, visuelles et olfactives. La recherche de calme leur permet de retrouver un certain « *calme intérieur* » m'explique Eléonore et leur apporte davantage de bien-être (Extrait du cahier des observations, juillet 2016). Parfois, à l'instar de Nathan, dans les moments de crise, certains participants aiment fréquenter les parcs, car ils offrent des sollicitations auditives tels que les chants des oiseaux ou le son du vent dans les arbres qui sont vécues comme agréables et apaisent leurs souffrances.

5.2.5.5 Un engagement limité avec l'environnement

Les observations montrent que lors du cycle court, les participants s'engagent peu avec les ressources de leur environnement. Ils limitent le nombre et la variété de ressources mobilisées dans les périodes de manifestation des troubles (Thévenot, 2006). Dans ces moments-là, les jeunes gens mobilisent essentiellement des ressources matérielles et sociales familiales, à l'image de Nathan, d'Eléonore et des autres participants cités précédemment. Ces ressources familiales apportent en effet du réconfort aux individus et les aident à surmonter les périodes de crise.

Toutefois, de manière générale, les participants mettent à distance leur environnement ainsi que les ressources qui s'y trouvent et qu'ils maîtrisent moins. De même, ils évitent les espaces qu'ils connaissent mal. Les participants modulent ainsi leur degré d'engagement avec les ressources de l'environnement en fonction de la manifestation des troubles. La mise à distance de l'environnement se traduit notamment par la création de « bulles de protection » par les participants, leur permettant ainsi de se protéger des stimulations sociales et sensorielles, susceptibles d'aggraver leur ressenti des troubles (Söderström et al., 2017). Ces bulles agissent ainsi comme des filtres qui participent à limiter le degré d'engagement avec leur environnement et avec ces ressources peu familiales. À cet effet, les objets électroniques sont utilisés par les participants pour filtrer leurs interactions avec l'environnement. Ils facilitent ainsi les pratiques de retrait temporaire de la part des participants, comme le montre l'exemple de Tom : « *Pendant les moments de pauses, j'observe qu'une majorité de participants sont sur leurs téléphones et que quelques-uns pianotent sur leurs ordinateurs. J'observe notamment Tom, qui regarde des vidéos sur son téléphone, écouteurs dans les oreilles. Souvent, lors d'activités, il s'assied dans un coin et je l'entends régulièrement rigoler au fond de la salle. Un jour, après l'activité de danse, j'interroge Charlène, une soignante qui travaille depuis une dizaine d'années au sein de l'institution, sur les pratiques de Tom. Elle m'explique que Tom communique difficilement en raison de la gravité de ses troubles de la schizophrénie. La seule façon pour lui d'être présent lors des activités est de s'asseoir dans un coin de la salle, de préférence à côté d'une fenêtre, et de regarder des dessins animés. De cette façon, il "arrive à s'isoler dans une bulle et à rester avec les autres en se concentrant sur autre chose" me dit-elle* » (Extrait du cahier des observations, mai, 2016). Grâce à ces pratiques, les participants se constituent une « bulle de protection » qui leur permet de rester en retrait et de ne pas s'investir avec leur environnement social et sensoriel. En limitant leurs interactions avec l'environnement, les participants ne doivent pas fournir d'efforts pour se coordonner avec leur environnement social et matériel, contrairement aux pratiques de reconquête du cycle long. Dans la suite du travail, je détaille les pratiques de reconquête ainsi que leurs spatialités, caractéristiques du cycle long du rétablissement.

5.2.5.6 Une reconquête de l'espace urbain

Le cycle long du rétablissement se caractérise par une extension progressive du périmètre des pratiques des participants. Ceux-ci reconquièrent en effet progressivement l'espace urbain, au fur et à mesure de la stabilisation ou de l'atténuation des troubles (Klausner, 2015). Le périmètre de pratiques ne se restreint plus désormais à l'échelle du quartier de l'institution, mais il s'élargit à l'ensemble de la ville. Comme l'explique Aline, membre de l'équipe soignante, chez la plupart des participants, la manifestation des troubles s'atténue ou se stabilise progressivement après quelques mois et elle s'accompagne d'un changement de spatialité de leur rétablissement : « *La majorité des jeunes gens qu'on accueille arrivent à s'en sortir et retournent à leur vie d'avant... On les accompagne après leur hospitalisation qui est souvent un moment difficile autant pour le jeune que pour les proches... [...] au début... ils ont beaucoup de mal à sortir de l'institution... et puis après un moment... quand ça va mieux... ils sortent en ville... ils récupèrent leurs anciennes habitudes... jusqu'à ce que ce soit comme avant... après quand ils vivent des moments de vulnérabilité qui souvent peuvent resurgir... mais pas toujours... on les revoit à l'institution... c'est leur lieu-refuge en quelque sorte... » (Extrait du cahier des observations, juin, 2016). Ainsi, les participants se réapproprient progressivement l'espace urbain au fur et à mesure de leur rétablissement. Toutefois, comme le souligne Aline, au cours du processus de rémission des troubles, les participants sont souvent confrontés à des rechutes momentanées. Dans ces moments-là, les jeunes gens restreignent leur périmètre de pratiques et ils cherchent refuge dans des espaces familiers qui ont été décrits précédemment.*

Cette reconquête s'opère à partir des espaces familiers qui servent de point de départ à une extension progressive de la réappropriation de la ville (Klausner, 2015). Patrick par exemple explique : « *Au début, je préférerais rester à l'institution... j'osais pas trop sortir... je me sentais pas assez bien... maintenant j'aime beaucoup aller dans des cafés au centre-ville... quand il fait beau... je m'assieds à une terrasse et j'observe les gens autour de moi... parfois j'échange quelques mots avec un autre client ou le serveur... c'est toujours très accueillant... il y a une bonne ambiance » (Extrait du cahier des observations, juin, 2016). Les espaces investis, lors de cette reconquête, sont essentiellement des lieux publics, comme des places ou des rues piétonnes du centre-ville, mais aussi des commerces et des cafés ou encore des bâtiments publics, tels que les églises, les bibliothèques ou les musées (Baumann et al., 2019). À l'instar de Patrick, les participants recherchent des espaces actifs et stimulants qui offrent de nouvelles ressources ou « prises » (Golembiewski, 2013). Les jeunes gens investissent, en particulier, les espaces publics qu'ils considèrent comme « accueillants », dans lesquels ils trouvent des opportunités d'inclusion sociale et de contact, de même qu'un niveau de stimulations sensorielles agréable (Curtis, 2010; Baumann et al., 2019). L'atténuation progressive du phénomène de surstimulation sensorielle, au fur et à mesure du processus du rétablissement, contribue à cette ouverture sociale et sensorielle (Kapur, 2003 ; Myin-Germeys et al., 2009).*

De même, les bâtiments publics situés un peu partout dans la ville sont également investis par les participants. Ces espaces ne présentent toutefois pas les mêmes caractéristiques que les autres lieux. Ils sont en effet appréciés pour leur calme et pour l'absence de sollicitations sociales et sensorielles trop intenses (Codeluppi, 2016).

Ainsi, à l'image de Jim, certains participants privilégient des espaces peu actifs et peu stimulants socialement et sensoriellement : « *[...] ça m'arrive souvent d'aller à la bibliothèque municipale et au Palais Rumine [musée et espace d'exposition temporaire]. J'aime bien cet endroit... c'est calme... je rencontre personne que je connais... j'aime bien me poser sur les tables à la bibliothèque... ou en dehors et lire ou écouter de la musique... des fois je regarde aussi les expositions... » (Extrait du cahier des observations, juin 2016). Ces espaces offrent aux participants la possibilité de se reposer et ils leur confèrent un certain anonymat, propice au bien-être (Klausner, 2015).*

Par ailleurs, à l'image de Nathan, les espaces publics comme les parcs sont très investis par les participants, tout au long du rétablissement : « [...] *les parcs... oui j'y vais très souvent... quand ça va... quand ça va pas aussi... j'essaye d'y aller régulièrement... j'ai remarqué que ça me fait beaucoup de bien... ça me détend... mais il y a aussi un côté stimulant que j'aime... des fois ça m'arrive aussi de parler à des gens... quelques instants...* » (Extrait du cahier des observations, juin 2016). Les parcs possèdent en effet des propriétés à la fois stimulantes et calmantes qui procurent du bien-être aux participants.

Les espaces publics et les parcs tout particulièrement jouent un double rôle dans les trajectoires de rétablissement des jeunes gens. Ils agissent à la fois comme médiateurs lors des moments de crise et de souffrance et ils constituent également une source de stimulations agréables qui confère du bien-être aux participants dont les troubles sont stabilisés ou en rémission (Baumann et al., 2019 ; Codeluppi, 2016).

Chez de nombreux participants, la reconquête de l'espace urbain s'effectue dans un premier temps en groupe, puis de manière individuelle. Cela confère aux jeunes gens un sentiment de protection et de sécurité, comme l'explique Filipa, la responsable de l'équipe soignante : « [...] *les jeunes... souvent quand ils vont mieux... ils partent explorer la ville en groupe... des fois... pour certaines démarches... administratives ou médicales... ils demandent à être accompagnés par l'un d'entre nous... ça les rassure...* » (Extrait d'entretien avec Filipa, août, 2016).

Dans la suite du travail, je détaille les ressources matérielles, sociales et sensorielles mobilisées au cours de la reconquête de l'espace urbain.

5.2.5.7 Une mobilisation de ressources matérielles, sociales et sensorielles inédites

Au fur et à mesure de leur reconquête de l'espace urbain, les participants mobilisent un nombre croissant et une diversité de ressources matérielles, sociales et sensorielles. Avec la rémission et la stabilisation des troubles, caractéristiques du cycle long, les participants exploitent ainsi davantage les ressources à disposition dans leur environnement (Duff, 2014; Codeluppi, 2016). Dans leur pratique de la ville, les jeunes gens activent ainsi les différentes « prises » de leur environnement et ils s'investissent davantage avec leur environnement (Golembiewski, 2013). Je dresse à ce propos une typologie des ressources matérielles, sociales et sensorielles utilisées par les participants dans leurs pratiques de reconquête urbaine. Tout d'abord, les jeunes gens mobilisent des ressources matérielles inédites. Les participants se saisissent des objets à disposition dans leur environnement, ce qui leur permet de développer de nouvelles pratiques propices au bien-être. Les objets de loisirs comme des jeux de société ou encore des instruments de musique mis à disposition par l'institution sont fréquemment utilisés par les jeunes gens dans le but de médiatiser leur rapport à l'environnement. Ces objets leur permettent de développer de nouvelles pratiques qui leur procurent du bien-être, comme l'explique Jim, un jeune participant de vingt ans qui fréquente l'institution à mi-temps : « *Depuis quelques temps... c'est vrai... j'aime bien jouer un peu de piano... celui qui se trouve dans la salle commune... j'en faisais encore il y a quelques années... j'aime bien jouer des petits trucs... ça me change les idées... et puis des fois j'ai quelques spectateurs (rires) qui viennent me demander ce que je joue... ou qui me demandent de jouer un truc pour eux... du coup je vais chercher des partitions sur internet... et pis après je les amène à l'institution et je les joue... c'est cool... j'aime bien* » (Extrait du cahier des observations, juillet 2016). La musique constitue pour Jim une source de distraction, mais également un outil d'exploration et d'apprentissage qu'il mobilise au gré de ses envies et qui lui apporte du bien-être.

De même, les configurations spatiales de certains lieux font également partie des ressources matérielles mobilisées au cours du processus de reconquête spatiale. Même si, comme déjà mentionné plus haut, les espaces végétalisés sont encore souvent utilisés par les participants, ceux-ci privilégient désormais

également d'autres lieux du centre-ville aux caractéristiques plus minérales. Ainsi, les places publiques mais également les rues piétonnes pourvues de petits aménagements tels que des bancs, des tables ou des marches d'escalier sont propices à une appropriation temporaire par les participants. Ces lieux constituent également d'excellents points d'observation de l'activité urbaine comme l'explique Dan, un jeune homme de vingt-et-un ans : « *Quand je vais en ville... y a plein de coins que j'aime bien... souvent je me pose... sur un banc dans la vieille ville... ou alors sur les marches d'escalier vers la Riponne ou la cathédrale... avec une bière... et pis j'observe ce qui se passe autour de moi... de là-haut t'as une vue incroyable... tu vois tout... tu te sens maître de la ville (rires)... au-dessus de tout le monde... c'est vraiment cool* » (Extrait du cahier des observations, juillet 2016). Ainsi, les espaces extérieurs avec un dégagement visuel à l'image de la cathédrale sont également appréciés par les participants, car ils leur confèrent un sentiment de contrôle sur leur environnement. Les terrasses de café du centre-ville s'inscrivent également dans les ressources matérielles mobilisées par les participants. La configuration spatiale des terrasses offre un degré d'ouverture agréable sur la ville, tout en s'inscrivant dans un espace plus intime, celui des clients du café, comme l'explique Patrick : « *Je me pose souvent sur les terrasses de café... c'est un peu comme un salon ouvert sur la ville... tu bois ton café tranquille... et pis tu peux observer ce qu'il se passe dans la rue... mais t'es pas dans l'action tu vois... [...]* » (Extrait du cahier des observations, juin 2016).

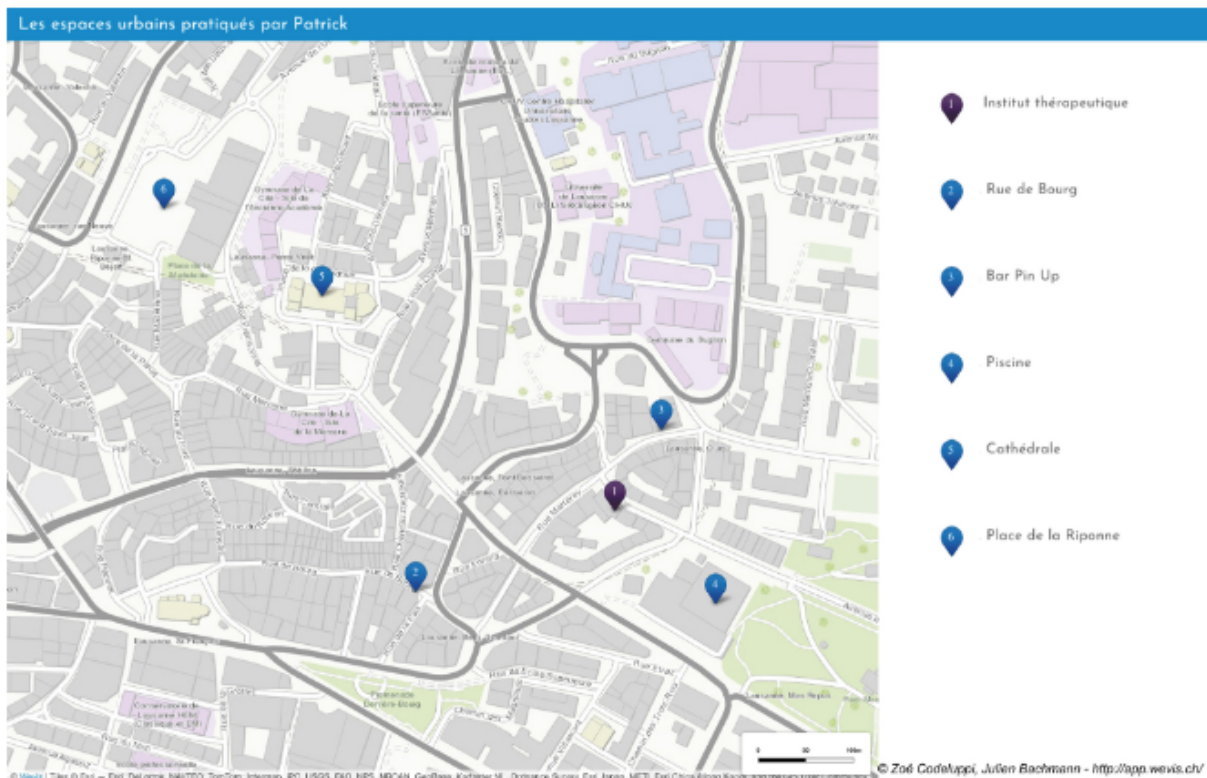


Figure 6: Les espaces de reconquête de Patrick.

Enfin, les configurations spatiales de certains bâtiments publics, tel que le Palais Rumine qui abrite la bibliothèque cantonale et universitaire, sont considérées comme espaces de ressources. La présence de tables et de chaises dans divers coins du bâtiment, la gratuité d'accès aux expositions temporaires et à la bibliothèque, de même que l'esthétique de l'édifice confèrent du bien-être et du réconfort aux participants, comme l'explique Jim : « *Quand je suis en ville... je fais un crochet par le Palais Rumine... souvent... j'aime bien m'arrêter devant et regarder le bâtiment... il est beau quand même... c'est artistique... les façades... comme ça a été fait... après je me pose dans un des coins où il y a des tables* »

et des chaises... j'écoute de la musique... je lis des livres... des fois je vais à la bibliothèque... je m'installe dans les fauteuils avec des journaux... je suis tranquille... Et pis quand j'ai envie je jette un œil aux expos temporaires... des fois c'est intéressant... et pis c'est abrité quand il pleut j'aime bien venir là... en plus c'est gratuit... » (Extrait du cahier des observations, juillet 2016).

Ensuite, au cours de leur reconquête, les jeunes gens mobilisent des ressources sociales nouvelles. Les participants cherchent à établir des contacts avec des personnes fréquentant l'institution, mais également en dehors de celle-ci. Dans cette optique, les jeunes gens privilégient des espaces propices à l'interaction sociale ou à des activités en groupe qui permettent de nouer des contacts avec d'autres personnes. Les lieux tels que les cafés, les espaces publics ou la piscine municipale leur permettent de participer à l'activité sociale et de s'intégrer dans d'autres groupes de personnes.

À l'instar d'Élise, une jeune femme de vingt-et-un ans qui fréquente à mi-temps l'institution, les jeunes gens mobilisent souvent les jeux de société à l'institution pour établir de nouveaux liens avec d'autres membres. Ces jeux permettent en effet : « [...] *d'apprendre à connaître les gens de l'institution... et à se faire de nouveaux amis...* » (Extrait du cahier des observations, juillet, 2016). Les jeux de société constituent ainsi un médiateur qui permet à Élise d'élargir son réseau social au sein de l'institution. D'autres participants comme Patrick cherchent davantage à établir un contact avec des personnes extérieures à l'institution. Patrick aime se rendre au café en raison de sa dimension sociale, comme il l'explique lui-même : « *C'est pas rare qu'au café je parle avec des gens que je connais... et aussi que je connais pas... si tu es assis à une table à côté de quelqu'un qui est lui aussi tout seul... ben des fois ça arrive qu'on parle un moment de tout et de rien... de banalités quoi... après quand c'est avec des gens que je connais pas... ben c'est facile... parce qu'ils connaissent pas ma situation... du coup c'est moins prise de tête... j'aime bien... après... quand des fois j'ai envie d'être seul... je prends le journal et pis j'évite les gens...* » (Extrait du cahier des observations, juillet 2016). Ainsi, le café offre à Patrick un espace social où il peut échanger avec ses connaissances mais aussi avec des inconnus. Ces interactions qui sont souvent éphémères confèrent à Patrick un certain anonymat qu'il apprécie. Il peut également réguler ses interactions, lorsqu'il en éprouve le besoin.

Dans une même perspective, Mike, un jeune homme de vingt ans, cherche lui aussi du contact avec des personnes extérieures à l'institution : « *Mike se rend une fois par semaine à l'institution pour participer à l'activité piscine organisée par une soignante. Dans le cadre de cette activité, Mike a établi un lien avec une équipe d'étudiants universitaires venant s'entraîner aux plongeoirs tous les mercredis à la piscine. Par son statut de patient et grâce à une négociation avec les entraîneurs et les maîtres-nageurs, Mike a un accès aux plongeoirs qui d'habitude sont réservés aux groupes. Les entraîneurs et les étudiants l'ont intégré au groupe à tel point qu'ils le coachent lui aussi lors de ses plongeoirs, lui permettant d'acquérir une plus grande confiance en lui. Mike ne loupe jamais l'activité piscine, il aime beaucoup cette activité qui lui permet de s'intégrer à un autre groupe de jeunes grâce à ses performances physiques en plongeon qui lui confèrent une certaine reconnaissance sociale par la valorisation de ses capacités sportives* » (Extrait du cahier des observations, juin 2016). Cette activité permet à Mike de s'intégrer dans un groupe hors de l'institution thérapeutique et lui offre de nouvelles opportunités de rencontres, qui permettent de créer une relation affective bénéfique avec d'autres jeunes gens. Cette activité procure également un sentiment d'appartenance à Mike et un rôle dans lequel il se sent valorisé. Toutefois, les liens sociaux tissés avec des personnes extérieures à l'institution sont souvent éphémères et souples, de façon à pouvoir moduler l'interaction à la convenance des jeunes (Codeluppi, 2016).

Enfin, les participants privilégient des espaces urbains actifs et vivants dans lesquels ils peuvent puiser des ressources sensorielles agréables. Ainsi, les parcs publics mais également les terrasses de café ou encore les rues piétonnes sont appréciées par les jeunes gens pour les stimulations sensorielles que ces espaces offrent. Les sollicitations auditives comme le chant des oiseaux, le son du vent dans les arbres

dans les parcs, mais également la rumeur de l'activité urbaine dans la zone piétonne du centre-ville, le bruit de l'eau des fontaines ou encore la musique douce des cafés sont autant de sollicitations qui confèrent aux participants un sentiment de bien-être (Codeluppi, 2016). Toutefois, à l'image de Patrick, le niveau de stimulations auditives, ne doit pas être trop intense. Un niveau de stimulation peu intense qui n'implique pas d'effort cognitif mais qui parvient à capter l'attention, est vécu comme agréable par les participants (Baumann et al., 2019)⁶⁶. De même, les stimulations olfactives et, en particulier, l'odeur de la forêt dans les parcs ou celle de la nourriture et du café dans les rues du centre-ville sont perçues agréablement par les jeunes gens et contribuent à leur confort. Ainsi, c'est un équilibre subtil entre ces différentes stimulations sensorielles de l'environnement qui procure du bien-être aux jeunes gens, participant ainsi à leur rétablissement.

5.2.5.8 Une intensification des rapports à l'environnement

Les observations montrent qu'au cours du cycle long, les participants s'engagent davantage, de façon plus active et plus intense avec une pluralité et une diversité de ressources présentes dans l'environnement (Thévenot, 2006 ; Corin, 2002). Cela se traduit par une participation plus active à la vie de l'institution et aux activités offertes mais aussi par la recherche de contact social et par la création de liens avec d'autres personnes dans et hors de l'institution. À l'image de Mike, Jim et Élise, les participants mobilisent un grand nombre et une grande diversité de ressources matérielles, sociales et sensorielles, pour la plupart inédites, qui témoignent ainsi d'un investissement plus intense des participants avec leur environnement. En effet, dans leur pratique de reconquête, les jeunes gens fréquentent de nouveaux espaces comme la piscine, la bibliothèque, les espaces publics ou encore les cafés. Ils mobilisent à cet effet une multitude de nouvelles ressources matérielles (mobiliers urbains, éléments végétaux et minéraux de l'espace urbain), sociales (lieux de rencontres propices aux interactions sociales) et sensorielles (sollicitations auditives agréables).

L'engagement des jeunes gens avec les diverses « prises » de l'environnement requiert un effort d'ajustement et de coordination de leurs actions en fonction de celles des autres personnes (Thévenot, 2006). Cet ajustement est en effet indispensable, lorsque la portée de l'action est collective, c'est-à-dire qu'elle implique des interactions avec d'autres acteurs. Dans cette perspective, l'action se constitue à travers une coordination constante entre les diverses pratiques des acteurs impliqués dans celle-ci (Thévenot, 2006). Cette coordination requiert par ailleurs au préalable une compréhension des pratiques des autres acteurs, ainsi qu'un réapprentissage de la capacité à s'ajuster en fonction des pratiques d'autrui.

À l'exemple de Patrick, l'engagement avec l'environnement se traduit d'abord par une phase d'observation de la part des participants, dans le but de faciliter l'ajustement et la coordination avec les actions des autres. Cette phase d'observation est en effet indispensable pour les participants, puisqu'elle leur permet de mieux comprendre l'environnement, avant leur réapprentissage de la coordination, précédant la participation aux activités et aux situations quotidiennes : « *À son arrivée à l'institution, Patrick est un jeune homme plutôt solitaire qui reste souvent en retrait. Il est présent aux activités mais n'y participe que rarement. Au fil des semaines, il s'ouvre peu à peu aux autres individus. Il prend davantage la parole en public, il discute avec les soignants et avec les autres jeunes de l'institution. Cette évolution est particulièrement notable dans le cadre de l'activité de danse. En effet, Patrick délaisse son rôle de spectateur au profit du rôle d'assistant de danse de la soignante en charge de l'activité. Peu à peu, le jeune homme s'investit dans l'activité. Il montre beaucoup de motivation et d'enthousiasme dans l'apprentissage des pas et des chorégraphies. Au cours des semaines, la soignante*

⁶⁶ L'étude de Baumann et al. (2019) emploie le terme de "soft fascination" pour désigner un niveau de stimulations agréables pour les participants et qui participe à leur rétablissement.

qui l'encourage beaucoup, le choisit comme partenaire de danse pour montrer les exercices et lui demande de l'assister dans l'animation de son activité. Un jour, peu avant le début de l'activité, Patrick me confie qu'il aime beaucoup cette activité qui lui procure de plaisir et l'aide beaucoup à se remettre de ses "problèmes" de santé. Il m'explique : "au début je me sentais un peu perdu... je connaissais pas vraiment la danse... et puis j'avais un peu peur des autres... mais maintenant... ça m'a beaucoup aidé... surtout à être de nouveau avec d'autres... à reprendre confiance en moi aussi" » (Extrait du cahier des observations, juin 2016). La participation de Patrick à l'atelier de danse témoigne de l'engagement progressif du jeune homme dans des activités dont la portée est collective. Après une phase d'observation qui lui permet de se réappropriier et de se familiariser avec les règles de l'activité de danse, le jeune homme réapprend progressivement à coordonner son action avec celle des autres. Patrick apprend en effet à reproduire les mouvements de l'animatrice et à coordonner ses pas avec les siens. Il interagit ensuite avec les autres participants pour corriger leur posture ou leurs pas. La pratique de la danse a une portée collective qui requiert donc un réapprentissage de la façon de coordonner son action en fonction de celle des autres (Thévenot, 2006).

Par ailleurs, l'engagement de Patrick dans les activités et les interactions, lui permet de nouer des contacts avec d'autres participants au cours des activités et facilite ainsi son intégration sociale. Grâce aux encouragements prodigués par l'animatrice et à son savoir-faire en tant que partenaire de danse, Patrick reprend confiance en lui et en ses capacités.

Dans cette même perspective, à l'image de Mike, d'autres participants réapprennent à se coordonner avec leur environnement mais hors de l'institution. Au cours de sa pratique du plongeon dans le cadre de l'activité piscine décrite précédemment, Mike cherche en effet à coordonner son action en fonction de celle des étudiants, à travers la reproduction des figures proposées par les entraîneurs du groupe. La participation de Mike aux activités du groupe d'étudiants, témoigne de son investissement dans des interactions sociales avec des personnes hors de l'institution. Le jeune homme participe activement aux conversations avec les étudiants et les entraîneurs qui l'encouragent dans l'exécution de ses plongeurs et qui lui montrent comment réaliser ces figures. À l'exemple de Patrick et de Mike, les participants s'approprient ainsi de nouvelles ressources sociales qui leur procurent du bien-être et participent à leur rétablissement.

5.2.6 L'espace public urbain comme ressource thérapeutique

Ainsi, comme l'a montré ce travail, le milieu urbain joue actuellement un rôle incontestable dans le rétablissement des jeunes personnes schizophrènes (Söderström et al., 2016; 2017). Pour comprendre la place occupée par l'espace urbain dans les soins psychiatriques, il faut remonter à l'ère de la désinstitutionnalisation qui a contribué à la décentralisation des espaces de soins et à l'implantation de services communautaires en ville, au plus près de la société, afin d'encourager une progressive intégration des ex-patients du système asilaire au sein de la collectivité. Aujourd'hui, la prise en charge et le suivi des personnes souffrant de troubles psychiques sont plus personnalisés et s'ancrent dans les lieux de vie de celles-ci. À cet effet, des équipes de soins mobiles et des partenariats entre différents acteurs du réseau de soins sont créés, afin d'accompagner les individus dans leur vie quotidienne (Chevalley, 2016). Même si les espaces institutionnels demeurent mobilisés à certains moments du rétablissement, celui-ci s'accomplit essentiellement hors des murs de l'institution.

Bien que la vie en milieu urbain puisse à certains moments du rétablissement se révéler problématique pour les personnes schizophrènes, car source de stress et d'inconfort, mon analyse montre qu'à l'inverse, l'espace urbain offre également une multitude de ressources matérielles sociales et sensorielles mobilisables selon les besoins.

Mon travail avait comme objectif principal d'analyser l'évolution de la spatialité en matière de pratiques et de ressources de rétablissement des jeunes personnes souffrant de schizophrénie, en fonction de la temporalité non-linéaire, caractéristique de ces troubles psychiques. Dans cette optique, mon travail se base sur un terrain ethnographique de trois mois dans une institution thérapeutique lausannoise avec de jeunes participants ayant vécu un premier épisode psychotique datant de moins de trois ans.

Mes résultats mettent en évidence quatre aspects centraux. Premièrement, la temporalité du rétablissement de la schizophrénie se caractérise par une logique non-linéaire et cyclique. Elle fait intervenir le cycle long qui correspond au processus long du rétablissement, depuis le vécu d'un épisode à la progressive stabilisation et rémission des troubles et le cycle court, c'est-à-dire les moments temporaires d'expression des troubles qui interviennent tout au cours du cycle long.

Deuxièmement, mon analyse met en exergue l'extension du périmètre des pratiques des jeunes gens depuis l'échelle du quartier de l'institution à l'échelle de la ville entière. À cet effet, je montre l'évolution des pratiques de retrait des jeunes gens, caractéristiques du cycle court vers des pratiques de reconquête de l'espace urbain, propres au cycle long.

Troisièmement, mon étude montre que les participants mobilisent une pluralité et une diversité de ressources matérielles, sociales et sensorielles de leur environnement, au fur et à mesure de leur reconquête de l'espace urbain. Je propose à cet effet une typologie qui distingue les ressources familiales, utilisées lors des périodes de manifestation des troubles, des ressources novatrices dont se saisissent les jeunes gens au fur et à mesure de l'amélioration de leur état psychique.

Enfin, mon travail emploie le concept « d'intensité d'engagement » développé par Thévenot (2006) pour rendre compte avec précision du degré d'investissement des participants dans les relations avec les ressources matérielles, sociales et sensorielles de l'environnement. L'analyse montre qu'au fur et à mesure du rétablissement, les jeunes gens s'engagent avec une plus grande quantité et avec une plus grande diversité de ressources.

De manière générale, une meilleure compréhension des spatialités et des temporalités complexes de rétablissement des personnes schizophrènes permet de contribuer aux réflexions très actuelles des professionnels de la santé mentale qui portent sur l'implémentation de nouvelles stratégies thérapeutiques en milieu urbain et à Lausanne tout particulièrement (Baumann et al., 2019).

Au-delà de la pratique des espaces institutionnels de soins implantés en milieu urbain, mon analyse fait ressortir la place prépondérante occupée par l'espace public urbain dans les trajectoires de rétablissement des jeunes participants, ainsi que leur dimension complémentaire. Quand bien même l'étude montre le rôle de refuge joué par les différents espaces institutionnels de soins, comme l'hôpital psychiatrique, les consultations ambulatoires ou encore les hôpitaux de jour, véritables lieux-clés dans les mécanismes de rétablissement des jeunes participants, le travail souligne également la façon dont ces derniers s'approprient une variété d'espaces publics, aux ressources matérielles sociales et sensorielles très diverses. Les parcs et les édifices publics comme les bibliothèques ou les églises jouent tout particulièrement un rôle important dans les moments de crises (Baumann et al., 2019). La présence de végétation, la présence de mobilier urbain invitant à la pause, mais également l'anonymat et le calme sont autant de ressources offertes par ces espaces et mobilisées par les participants dans les périodes de grande souffrance. De même, les parcs, les rues piétonnes, les cafés ou les places publiques sont des espaces appropriés par les participants au cours de la rémission des troubles. Les lieux de rencontres, la présence d'éléments minéraux, mais aussi les opportunités d'interactions et d'inclusion sociale dans le cadre d'échanges ou d'activités de groupes, mais également les stimulations sensorielles comme les rumeurs de la ville ou la musique constituent les ressources privilégiées des participants en cours de rémission.

Dans cette perspective, il semble opportun d'intégrer les espaces publics urbains aux stratégies thérapeutiques des professionnels de la santé mentale, tant dans les moments de souffrance qu'au cours

de la période de rémission des troubles et de réfléchir à leur complémentarité avec les diverses institutions de soins, qui elles aussi jouent un rôle clé tout au long du rétablissement.

Des activités thérapeutiques individuelles ou collectives organisées dans des espaces verts ou dans des lieux publics comme des musées, par exemple, permettraient d'encourager les patients à s'approprier des lieux propices au bien-être et mobilisables en cas de crise. Une stratégie similaire pourrait être développée dans des espaces actifs et « pro-sociaux » offrant un potentiel d'interactions avec d'autres et d'inclusion sociale, comme les places publiques, la piscine, les musées ou la patinoire (Okkels et al., 2018 ; Baumann et al., 2019).

D'autre part, le développement d'espaces de consultation thérapeutiques plus flexibles et modulables, en proposant par exemple, des lieux de rencontres dans d'autres espaces comme des cafés, participerait à proposer une large gamme de lieux qui pourraient être adaptés aux besoins des patients, selon leur état de santé psychique (Baumann et al., 2019; Codeluppi, 2016).

De même, l'accompagnement par un professionnel de la santé mentale de confiance dans le cadre de différentes activités ou d'obligations quotidiennes en ville, permettrait d'assister les patients dans leurs pratiques de mobilité en ville et de développer les connaissances géographiques, propices à leur autonomisation spatiale (Baumann et al., 2019).

En outre, des stratégies thérapeutiques alliant marche urbaine et discussions, effectuées de façon collective ou individuelle, participerait à la création d'un nouvel espace de thérapie mobile, au cours duquel les patients seraient amenés à développer leur mobilité au sein de la ville, tout en s'engageant dans une interaction avec d'autres interlocuteurs (Baumann et al., 2019).

Enfin, si les espaces publics urbains participent activement au processus de rétablissement des jeunes schizophrènes, l'analyse souligne aussi le rôle des objets technologiques embarqués, comme les ordinateurs, les tablettes ou encore les téléphones portables qui médiatisent le rapport des personnes à leur environnement, réduisant ainsi le sentiment de stress et d'anxiété. À ce propos, le potentiel de ces supports dans le développement de démarches et de stratégies thérapeutiques destinées aux personnes souffrant de troubles psychiques mériterait d'être approfondi dans des travaux ultérieurs.

5.2.7 Disponibilité des données

L'ensemble des données utilisées dans le cadre de ce travail (entretiens, observations) n'a pas été rendu public, ni accessible en raison du caractère sensible et confidentiel du matériel récolté qui a trait à l'état de santé psychique, au traitement et au rétablissement des participants. Pour des raisons de sécurité et de protection de la sphère privée des participants et des soignants, l'accès à ces données est strictement réservé à l'auteur ainsi qu'à l'équipe de recherche dont l'auteur fait partie. Les chercheurs sont par ailleurs tous soumis aux règles de confidentialité usuelles concernant les données sensibles. L'ensemble des données est stocké sur un serveur sécurisé de l'Université de Neuchâtel.

5.2.8 Remerciements

Je tiens à remercier les patients et les soignants de l'institution thérapeutique lausannoise pour leur disponibilité et leur collaboration tout au long de ma recherche.

6. LA GESTION DU STRESS DES JEUNES SCHIZOPHRÈNES EN MILIEU URBAIN

6.1 Introduction du chapitre

Ce chapitre propose une réflexion générale sur les stratégies de confort développées en milieu urbain par les jeunes gens ayant vécu un premier épisode psychotique. Ce travail s'inscrit dans mon troisième axe d'analyse présenté dans le chapitre 2 qui permet à la fois d'ancrer mon propos dans la réflexion plus large du projet FNS portant sur les facteurs de stress et de confort en milieu urbain et également de montrer l'articulation entre le projet et ma thèse.

Ce chapitre comprend un article collectif écrit par l'ensemble de l'équipe du projet FNS qui s'intitule "*Emplacing recovery: how persons diagnosed with psychosis handle stress in cities*". Ce papier traite des pratiques de gestion des facteurs urbains de stress développées par les patients ayant récemment vécu un premier épisode psychotique. L'article identifie les différentes tactiques utilisées par les personnes dans le but de réguler ou d'éviter les situations urbaines vécues comme stressantes ainsi que les lieux procurant de l'inconfort (De Certeau, 1984).

6.2 Article 3: Emplacing recovery: how persons diagnosed with psychosis handle stress in cities⁶⁷

Ola Söderström, Dag Söderström, Zoé Codeluppi, Lilith Abrahamyan Empson and Philippe Conus

6.2.1 Résumé

The background of this study is recent work on the correlation between urban living and psychosis. It is part of a larger interdisciplinary research project using an experience-based approach to the city-psychosis nexus. The aim of this paper is to investigate how, soon after a first episode of psychosis, patients manage urban factors of stress. Methodologically, it is based on video-elicitation interviews of urban walks and ethnographic observations in a community care centre in the city of Lausanne, Switzerland. It shows that patients use three tactics: creating sensory bubbles; programming mobility; and creating places of comfort. On the basis of these findings, the paper discusses how the approach and results of our study can inform strategies of recovery that are both user-driven and take into consideration the importance of places and situations in the city in the phase following a first episode.

Keywords: Urban living; schizophrenia; first episode; recovery

6.2.2. Introduction

Various recent studies in different national contexts have shown that there is a correlation between urban living and the development of psychosis (Allardyce et al., 2001; Kelly et al., 2010; Kirkbride et al., 2007; Lewis, David, Andréasson, & Allebeck, 1992; Marcelis, Navarro-Mateu, Murray, Selten, & Van Os, 1998; Mortensen & Pedersen, 2001; Sundquist, Frank, & Sundquist, 2004; Van Os, 2004; Vassos, Pedersen, Murray, Collier, & Lewis, 2012; Zammit et al., 2010). The link between urban living and increased risk of developing a psychiatric disorder is specific to psychoses and not to other diagnoses, except perhaps for severe depression, but in this case, with a much lower incidence (Van Os, 2004). Various factors on an individual or neighbourhood scale, such as the experience of social defeat (Freeman et al., 2015), density (Vassos et al., 2012), social adversity (Heinz, Deserno, & Reininghaus, 2013) or social deprivation (Kirkbride, Jones, Ullrich, & Coid, 2014) have been investigated to explain why the prevalence of psychosis is, on average, two times higher in urban than in rural areas. However, for the time being there is no clear model of how different factors combine to make urban living as a whole a trigger in the onset of this illness (Söderström et al., 2016).

In contrast to an exploration of the urban dimensions of the aetiology of psychosis, the aim of this paper is to investigate how, soon after a first episode of psychosis, patients manage the difficulties that urban milieus represent for them. This research strand relates to recent work in human geography and how persons living with a diagnosis strive to create the social, affective and environmental conditions of recovery in urban environments (Bister, Klausner, & Niewöhner, 2016; Duff, 2016; Klaas et al., 2016; McGrath & Reavey, 2015; Parr, 2008). These dimensions are generally absent from recovery models in psychiatry which rightly concentrate on individual efforts and the help of peers, but rarely consider the socio-economic and material conditions in which recovery is experienced. Our paper focuses on concrete material situations encountered by first episode patients. We analyse more specifically the tactics of patients in cities, how they deal with a milieu that is often stressful, especially soon after a first episode.

⁶⁷ Cet article a été publié dans la revue à comité de lecture *Psychosis, Psychological, Social and Integrative Approaches*, en juillet 2017. La revue *Psychosis* est une revue médicale qui publie des recherches portant sur les traitements psychologiques et les causes psychosociales de la psychose. Le journal publie des papiers de recherche quantitatifs et qualitatifs, de même que des articles portant sur les enjeux conceptuels et éthiques des traitements psychologiques. Cette revue est publiée par Routledge pour le compte de la société internationale pour les traitements psychologiques de la schizophrénie et des autres psychoses (ISPS). Article disponible sur : <http://www.tandfonline.com/>

“Tactics” is a term often used in urban studies in the wake of the influential work of the French philosopher and sociologist Michel De Certeau (1984). It refers to the ordinary and often tacit ways of doing things, in contrast with the more intentional strategies of different types of institutions such as state urban planning agencies. These “tactics” are usually described as creative and resisting norms and rules imposed by the State or private economy; they are distinct from “coping strategies” which refer more specifically to psychological and cognitive dimensions of stress management (Bister et al., 2016). While we are sceptical about this frequent romanticisation of users’ tactics, we still think the term aptly captures important (and often unconscious) ways through which we go about our everyday lives, notably in the city. Drawing on video-elicitation interviews with ten patients, semi-structured interviews with ten further patients and ethnographic observations in a specialised early psychosis programme in the city of Lausanne, Switzerland recruiting 50 new patients each year since 2004, “tactics” are what this paper studies, in an attempt to explore a set of recurring ways of handling the city developed by these patients. In our concluding discussion, we argue that knowledge of these tactics provides orientations for service users, care professionals and urban planners.

6.2.3 Method

6.2.3.1 Design

The methodological design of the study is based on an interdisciplinary dialogue between members of the team. It includes video-recorded go-alongs as well as video-recorded film-elicitation sessions with ten patients of an early intervention programme for psychotic disorders called TIPP (for *Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques*), semi-structured interviews with 10 other patients based on non-recorded go-alongs and participant observation over a three month period in a community care service in the city of a Lausanne, Switzerland. The go-alongs took place in Lausanne and the itineraries were chosen by the patients who were accompanied by a friend, a member of the family or, if nobody else was available, by a member of the research team. The ten video-recorded go-alongs lasted between 40 and 120 min each.

For the video-elicitation sessions, patients were shown the videos of their walks and asked to freely comment on them. A semi-structured interview followed immediately in order to discuss aspects that had not been spontaneously addressed during the video elicitation. It involved questions regarding routine urban practices, stress, comfort, and social interaction in urban milieus as experienced during the go-along; while more general questions concerning patients’ successive places of residence were asked in the concluding part of the interviews. Questions were open and related to ordinary urban situations (for instance: “What are you doing when you encounter a crowded place?”), avoiding technical terms present in academic studies, such as “stress” or “social interaction”. These video-elicitation sessions took place at the outpatient clinic, one to four weeks after the walks and involved a psychiatrist and a geographer who led the interviews with the patients. These video-elicitation sessions were themselves video-recorded and analysed within an interdisciplinary workshop that included the psychiatrists and geographers on the team.

The video-elicitation interviews were transcribed and thematically coded. Thematic coding was done on the basis of three elements: (a) themes that resulted from a previous preparatory interview-based study with a group of patients involved in the same programme (Söderström, 2016), (b) themes that emerged from the analysis of the interview transcripts and c. themes that emerged from the previously mentioned interdisciplinary workshop where interpretations of recorded interviews were shared between geographers and psychiatrists. Psychiatrists on the team brought their clinic- and research-based knowledge, while geographers brought their expertise on place-related social practices to the workshop. Following procedures of thematic interview analysis in human geography (e.g. Dunn, 2005),

coded interview transcripts were then extracted and grouped by a geographer on the team in thematic documents in order to successively analyse convergences and divergences between interviewers' statements. The recording of the go-alongs is a time-consuming and labour-intensive procedure. This is why it was limited to ten patients. However, ten further interviews during and after non-video-recorded go-alongs were conducted to increase the sample of participants. They were transcribed, coded and analysed following the same procedure. Finally, following ethnographic data collection procedures in human geography (Crang & Cook, 2000), participant observation by one of the authors of this article (a geographer) used regular note-taking and photography to record information for the research. Thematically coded notes from participant observation were used to enrich and contrast the results of the interviews. The aim of the participation was declared to the service users and the researcher was involved in taking part in and organising activities in the community care centre. Thus, the following results are based on interviews and ethnographic work with a total of 36 participants.

6.3.2.2 Recruitment

The research focuses on young patients with recent first experiences of psychotic disorders. The patients are all involved in the Treatment and Early Intervention in Psychosis Programme (TIPP) launched in 2004 by the Department of Psychiatry at the University Hospital in Lausanne, which provides specialised integrated care for a period of 3 years, based on current international guidelines (Baumann et al., 2013). The urban region of Lausanne, where the study took place, is Switzerland's fifth largest, with a population of 335,000 inhabitants in 2014. Patients aged between 18 and 35 were included in the Programme following their first psychotic outbreak (but excluding those for whom psychosis was induced by illicit substances, those with an IQ below 70 and those suffering from severe neurological problems): the majority of participants had never been exposed to antipsychotic medication before entering the Programme. These patients are routinely assessed every six months over a treatment period of 36 months. Only those patients with diagnoses of schizophrenia or non-affective psychoses participated in the present study after providing written consent to a research protocol that was approved by the local Ethics Committee.

6.2.4 Results

All participants, except one, expressed a preference for the countryside rather than urban areas, based on the fact that the latter are associated with factors of stress. Another publication drawing on the same study, shows that the factors of stress identified by the participants were: density (of people and buildings); levels of sensory stimulations; obstacles to mobility; and questions of role management in public situations (Söderström et al., 2016). Participants' urban tactics are, of course, connected to these factors: their ways of dealing with the city are in part determined by attempts to avoid or regulate these sources of stress. These tactics are varied because they are related to participants' specific health problems and the urban situations encountered in their daily lives. However, systematic analysis of our interviews and observations shows that tactics fall into three groups: programming and regulating mobility; creating 'bubbles' of isolation; and creating atmospheres of comfort. These tactics are described before we discuss them in a larger theoretical and empirical context.

6.2.4.1 Programming and regulating trajectories of mobility

Patients' experiences of the city are rarely analysed as a mobile phenomenon (but see: Ellett, Freeman, & Garety, 2008). The walks undertaken during the study allowed us to understand how participants organise their mobility. Although the walks had no specific predetermined goal and participants were

invited to spontaneously go wherever they wanted, a majority of walks had been carefully planned beforehand by participants. For instance, Laure wanted to avoid the city centre and possible encounters with people she knows. She therefore made an appointment with us for a walk in the suburbs. The video-elicitation sessions showed – either by explaining the videos or by commenting more generally on their urban habits – how all participants strive to produce a predictable environment. They do so, they told us, by the careful *planning of pathways in the city*: “I optimise my journeys down to the smallest detail” explains William. Before going out “I already know everything” says Rachel. Trajectories in the city are well-prepared in advance, but also carefully controlled during a walk in the city. Alex puts it this way: I hear everything. In the city you need to be vigilant about everything: it’s tiring. I have very clear perceptions of my environment. I am a super-analyst. I analyse whatever small thing close to me is not in its place. This constant monitoring of the urban milieu is a means of avoiding sources of stress – density (problematic for 80% of participants), noise and the proximity/gaze of other urban dwellers. Pointing at the screen when he is shown in the video taking a little side-street, Benoît explains how he “cuts the city”: “On purpose, I cut the density of the city. I choose small isolated streets where there is less noise.”

Another way of organising mobility is the rhythm of walking. Six participants said they accelerate their rhythm when they encounter sources of stress and slow down when the milieu is more favourable. Finally, urban practices are also programmed according to moments during the day or intensity of symptoms. Some places considered by participants as highly demanding in terms of sensory solicitation or social contacts may, however, be appreciated early in the morning (when they are less busy) even when symptoms are present; and they can also be considered unproblematic when symptoms are absent. In sum, these different ways of planning and regulating mobility are used to produce predictable experiences in a milieu characterised by the frequent irruption of the unexpected.

6.2.4.2 Creating bubbles of isolation

Participants mentioned different ways of being, and at the same time, not being in the city. In other words, they described how they go about their activities while protecting themselves from factors of stress. These are at first sight differing individual tactics within a small group of participants, but if we consider them together as “bubble-making” tactics, they correspond to a consistent element in our findings. We use the term “bubble” because it was used by different participants when mentioning how they protect themselves from factors of stress in the city, such as the gaze of others often perceived as judgemental. For two participants, it is primarily a technological bubble. They use portable IT devices – headphones, smartphones, laptops.

Other participants ($n = 9$) use *peers* in their “bubble-making”. While it is not the case for all patients – some see peers rather as intruders into their bubble –, for these participants, friends or members of their family are filters that mitigate sensory stimulations. Therefore, they immerse themselves in conversations they’re having with them and entrust them with the task of organising the trajectory in the city. William thus says: “I follow others and completely let myself go”. Participants also describe how *thought bubbles* work as protections. They look at the pavement and engage in an interior dialogue, they think about fond memories or about people they like in order to be there while being also partly absent. Finally, three participants explained how they actively disconnect socially and sensorially. Matteo says: “I stay indifferent. I pretend nothing happens”; while Rachel explains that she does not respond when people ask her something. She pretends she has neither seen nor heard the person addressing her.

Using social interaction, technology, thoughts and disconnection to this end is not specific to persons with psychotic disorder. However, if we follow the aberrant salience thesis (Kapur, 2003; Van Os, 2009) the use of such tactics by patients becomes understandable.

6.2.4.3 Creating atmospheres of comfort

The term “atmosphere”, rather than place, zone or situation, aptly summarises our findings concerning how participants try to create comfort in the city. Rarely did participants point to specific places or situations as providing comfort: they rather described how they *relate* to a series of elements present or absent in a place. Atmospheres are made of these relations. As Duff (2016, p. 63) puts it: “atmospheres belong neither to an environment nor a subject”. It sits between those two poles and captures how we experience and are affected by the conjunction of different aspects of what surrounds us: the presence of others, physical space, light, heat, colour or other elements perceived by our senses. Not surprisingly, considering how psychosis is related to isolation and often domestic retreat, for many of our participants ($n = 15$), home in its different forms (their own apartment, a temporary therapeutic housing, their parents’ apartment) is the primary place associated with an atmosphere of comfort. It works as a safe haven, especially in periods of anxiety. In those moments, says Rachel, “even if I have someone to meet or something to do, I immediately head home”.

This role of home is well known, as is the fact that it can be both a place of comfort and of discomfort (Bonsack & Garcia, 2015). However, to understand patients’ urban tactics in their recovery trajectory after a first episode, it is crucial to move beyond the home and examine the process through which a broader perimeter of urban space is progressively conquered (see also Bister et al., 2016). In this process, *interactional* comfort plays a central role: the perception of other people’s mood is carefully monitored by the participants. They explain how the speed of gestures, for instance, is an indicator of people’s mood, revealing whether or not they are calm and relaxed. Thus, other peoples’ positive moods – “good vibes” – are a crucial aspect of a comfortable urban atmosphere in our participants’ experience. Comfort is also linked to open spaces, possibilities of escape ($n = 8$) and unobstructed views. Four participants mentioned large public squares, and eight described places where the way out – a possibility of escape – is clearly perceptible. Others mentioned places where they can look at an open landscape: for instance, the lakeshore or parks from which the mountains can be seen. Participants associate these open spaces with a sense of freedom, calmness and the capacity to control their environment. This contrasts with the sense of discomfort expressed when facing visually-charged urban contexts (tags, adverts, etc.) which tend to produce psychotic interpretations of sensory perceptions. Finally, comfort is also actively created by using what the psychologist James Gibson (1979) called *affordances*. Affordances in his theory describe the latent possibilities of action offered by objects or spatial settings. Guy, for instance, has been sleeping and working for months in a student bar in a university building. Other persons running the bar as well as people responsible for security and maintenance all know and accept this situation. Guy has created a niche where he both belongs to a group and “can easily stay on [his] own”. In sum, comfort in cities is not simply provided by patients’ homes or features of the built environment, but produced by patients’ active engagement with the social, physical and sensorial dimensions of places’ atmospheres.

6.2.5 Limitations

There are three limitations to our research. The first is the rather small sample due to the time-consuming methodology we used. A survey with a larger group of patients building on these findings would allow us to see if the tactics we identified are congruent with the experience of a larger group of participants. The second limitation relates to the characteristics of the study site. Urban areas have variable characteristics which lead to differing ways of dealing with the city for patients after a first episode. A better comprehension both of “urban stress” and of recovery tactics requires comparative work across a range of cities differing in their size, socio-economic structure and geographical location

(Global North vs. Global South in particular). However, as we discuss below, our fieldwork-based results with first episode patients provide new insights into how they deal with urban stress and new elements for user-driven and context-sensitive recovery strategies. Finally, in this paper we focused specifically on the tactics used by patients in order to handle stressful urban situations during periods of recovery following a first episode of psychosis. Our study design did not allow us to extend the analysis neither to the possible impact of exposure to urban milieu prior the emergence of psychosis, nor to the role played by urban milieu in the recovery process.

6.2.6 Discussion

Our analysis shows that three tactics (creating sensory bubbles, programming mobility, creating places of comfort) are used by first episode psychosis patients. The common denominator of these tactics lies in how they contribute to handling the relations between persons and their milieu (both physical and social) in order to avoid factors of stress during a phase of recovery. They show how persons living with a diagnosis of psychosis try to avoid density, noise and unpredictable events and how they search for calm “niches”, such as parks. The tactics we identified are important resources used by first episode patients in their efforts to re-establish what, for them, would be a sustainable form of urban living: they are part of their struggle for recovery. Therefore, in this discussion section we focus on what the approach and results of our study brings to the literature on recovery in the field of mental health. In their systematic review of personal recovery in mental health, Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, and Slade (2011, p. 450) observe that the “philosophy of recovery gives primacy to individual experience and meaning”. This, they add, “may underemphasize the importance of the wider socio-environmental context, including important aspects such as stigma and discrimination”. Our study responds to this limitation in two ways: first, by looking at practices of everyday life rather than using standardised evaluation scales and interviews; and second, by showing that recovery is an emplaced process rather than an abstract model made of a series of successive phases. The CHIME model for instance, based on a systematic review of the literature, identifies five processes: Connectedness, Hope and optimism, Meaning and purpose, and Empowerment (Leamy et al., 2011). However, as Duff argues (2016, p. 62), if CHIME is a rich and rigorous model, “it remains unclear how the five recovery stages posited in the CHIME model actually engender an experience of ‘becoming well’, and how these stages are enabled or inhibited within a broader web of social, political and economic contexts”. The risk with such a model is “that recovery is treated as a function of a given individual’s effort or will to recover” (ibid.). It might thus mean, as a carer quoted by Roberts and Boardman (2013, p. 405) puts it, that “people will be denied supports and services to promote ‘independence’”. In other words, introducing context in approaches and analyses of recovery is a means to bring social, material and political dimensions back in. Responding to these risks and limitations and drawing on a qualitative study, Topor, Borg, Di Girolamo, and Davidson (2011) argue that recovery is also a social process involving the contribution of others (family, friends, carers, colleagues), good material conditions (proper housing, decent revenue) as well as access to knowledge about the recovery process and a positive reciprocal relation with care professionals. They thus conclude that “it is not only the individual who needs to develop in a recovery process but also the social network” (Topor et al., 2011, p. 96).

These recent developments in research on recovery point towards the importance of user-focused recovery research and user-oriented guidelines in the promotion of recovery in mental health policies. The Toward Recovery, Empowerment and Experiential Expertise programme (TREE) developed in the Netherlands promotes such an approach. A recent study of the results of this programme as implemented in four mental health care organisations in the country shows that TREE is “associated with increased mental health confidence, less self-reported symptoms, lower level of need for care and reduced risk of

institutional residence” (Boevink, Kroon, van Vugt, Delespaul, & Van Os, 2016, p. 295). Our study shares this user-oriented perspective. However, it is not an evaluation of a recovery programme. It looks at recovery practices *in situ* and, compared to factors of recovery usually identified in psychiatry which insist on personal identity and social integration (Leamy et al., 2011; Roberts & Boardman, 2013; Topor et al., 2011), it shows the importance of places and situations in the city in periods of recovery following a first episode of psychosis.

Duff (2012, 2014, 2016) has also studied recovery in this way. In his studies of recovery in mental health, he looks at enabling resources in cities to allow service users “to examine the social, material and affective conditions of recovery” (Duff, 2016, p. 65). He finds that affective atmospheres in terms of opportunities for social interaction, safety, belonging and hope are important factors when recovery is approached “in the wild” (Callon & Rabeharisoa, 2003) rather than in a laboratory or clinical setting. Our findings about the role of active bodily and affective engagement with ordinary everyday milieus converge with Duff’s studies. However, our study is part of a larger research project on the relation between urban living and psychosis. Therefore, it focuses more specifically on the tactics developed by young patients in order to manage aspects of the urban milieu that had been identified as stressful in previous studies (Söderström et al., 2016). As a consequence, the three tactics we identified – mobility planning, fabricating protective “bubbles” and creating atmospheres of comfort – can provide helpful orientation for care professionals and service users, and provide some response to Topor et al.’s (2011) call for better provision of knowledge in order to empower members of recovery networks. Beyond knowledge for carers and service users, these findings also provide indications for urban planning. They show how noise limitation, free access to calm public spaces, and clear means of orientation matter for mental health. The importance of home for the participants in our study highlights once more how important affordable and autonomous housing, such as advocated by “housing first” programmes, is for the process of recovery. In other words, taking context seriously in recovery approaches shows the importance of better connecting mental health and urban development policies.

6.2.7 Acknowledgements

We would like to thank the anonymous reviewers for their helpful comments on an earlier version of this paper. Many thanks also to Margo Huxley for her helpful comments and excellent proofreading.

7. CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Dans ce chapitre de conclusion, je présente d'abord une synthèse des principaux résultats obtenus. Dans une deuxième partie, je propose une réflexion sur les perspectives de recherche que mon travail a permis de mettre en évidence et qui peuvent faire l'objet d'investigations ultérieures. Enfin, je propose quelques pistes d'action destinées aux thérapeutes de la santé mentale et aux responsables en charge des politiques urbaines suisses.

7.1 Les principaux résultats

Cette thèse avait comme objectif de mettre en évidence le rôle fondamental de l'espace urbain et de ses ressources dans le processus de rétablissement des personnes ayant vécu un premier épisode psychotique. Plus spécifiquement, mon travail s'est attaché à montrer l'évolution du rapport des personnes à l'environnement urbain et de leurs pratiques en fonction de la temporalité toujours fluctuante, caractéristique des troubles de la psychose.

Dans cette perspective, mon travail visait à élargir le champ de la géographie de la santé mentale en développant une écologie urbaine du rétablissement des personnes vivant avec un diagnostic de psychose à Lausanne.

Héritée des travaux précurseurs de l'école de Chicago (Grafmeyer et Joseph, 1979), la notion d'écologie urbaine considère l'espace urbain comme un vaste écosystème dans lequel le citadin et son environnement sont dépendants l'un de l'autre. Cette approche met l'accent sur les cycles et les interactions à l'origine des interdépendances entre les êtres vivants et leurs milieux permettant ainsi d'expliquer leur co-évolution (Emelianoff, 2000). Dans le cadre de mon analyse, j'ai mis en évidence l'importance d'adopter une lecture systémique du processus de rémission des troubles et d'examiner de façon concomitante les temporalités, les spatialités des personnes en souffrance psychique. J'ai montré qu'une telle démarche permet de rendre compte du caractère multidimensionnel et situé du rétablissement des troubles de la psychose qui est un aspect qui fait défaut dans la littérature actuelle en géographie de la santé mentale et en sciences sociales.

Mon analyse soulignait ainsi la logique systémique et co-évolutive entre la temporalité cyclique du rétablissement et les pratiques urbaines de reconquête et de repli impliquant une mobilisation variable de ressources matérielles, sociales, sensorielles et affectives. En identifiant les modalités d'interaction des personnes ayant récemment vécu un premier épisode psychotique avec leur environnement urbain, il a été possible de tracer les grandes lignes d'une véritable grammaire urbaine du rétablissement, c'est-à-dire un ensemble de règles de normes, de fonctions et d'usages que les personnes attribuent à la forme construite de la ville et qu'elles identifient comme étant sources de bien-être (Augoyard, 1998).

Dans le but de montrer les interactions réciproques entre temporalités, pratiques spatialités du rétablissement, mon analyse a dans un premier temps décrit le processus progressif de reconquête spatiale et sociale des personnes souffrant de troubles de la psychose. J'ai à cet effet souligné le caractère non-linéaire de ce processus qui implique des pratiques de repli temporaires, lors des moments de manifestation intense des troubles. Mon étude a ensuite montré que ces pratiques impliquent tant la mobilisation de ressources matérielles, sociales, affectives et sensorielles familières que novatrices tout au long du processus de reconquête urbaine. Enfin, mon travail a fait ressortir l'engagement progressif des personnes avec les ressources de leur environnement au fur et à mesure de cette reconquête et la façon dont celle-ci permet le développement de compétences spatiales et sociales et qui contribuent à rendre la ville habitable.

Pour rappel, la question de recherche principale de ce travail était formulée comme suit :

Comment se déroule le processus de reconquête urbaine après un premier épisode de troubles psychotiques ?

Pour y répondre, j'ai défini deux axes de recherche avec deux sous-questions. Un troisième axe, tiré du projet FNS propose une réflexion plus générale du rôle de l'espace urbain dans le rétablissement de la psychose.

Le premier axe de ce travail avait l'objectif d'explorer le rôle de l'espace public et plus spécifiquement de mettre en évidence les ressources matérielles, sociales, affectives et sensorielles mobilisées dans les pratiques urbaines quotidiennes de rétablissement des personnes vivant avec un diagnostic de psychose. Il s'agissait donc de considérer l'espace urbain et plus spécifiquement l'espace public dans une perspective écologique, à savoir comme un système dynamique qui met à disposition une pluralité de ressources matérielles, sociales, sensorielles et affectives.

Cet axe visait à répondre à la première sous-question de recherche de mon travail, énoncée comme suit:

Quelles ressources présentes dans les espaces publics urbains les jeunes psychotiques mobilisent-ils dans le processus de reconquête de la ville?

Mon analyse qui était basée sur les observations de mon terrain ethnographique a mis en évidence que les participants combinent au quotidien une diversité de lieux formels et informels de soins, tels que les centres de consultation ambulatoires, les institutions thérapeutiques mais également les cafés, les parcs urbains ou encore les places publiques, en fonction de la manifestation toujours variable des troubles, au cours du rétablissement. Dans une perspective systémique, mon étude s'est intéressée à la façon dont la temporalité des troubles affecte la mobilisation des ressources dans l'espace urbain et participe à l'élargissement ou au rétrécissement du périmètre de pratiques des personnes, définissant par là-même son rapport à l'environnement.

J'ai ainsi mis en exergue le processus de reconquête urbaine des participants, au fur et à mesure de la stabilisation ou de l'atténuation des troubles. J'ai montré que ce processus se déploie depuis des espaces familiers des personnes vers des lieux moins connus ou parfois inexplorés tels que des parcs, des cafés ou des places publiques. J'ai ainsi distingué deux types d'espaces: "les espaces du vide" et "les espaces du plein". Les premiers espaces regroupent les lieux familiers souvent calmes et sensoriellement peu stimulants et qui sont essentiellement fréquentés en période de crise. À l'inverse, "les espaces du plein" incluent l'ensemble des lieux actifs et stimulants et ils sont mobilisés par les personnes en période de rémission des troubles.

Enfin, j'ai montré l'interdépendance entre les pratiques spatiales et les temporalités du rétablissement. J'ai souligné à cette effet le rôle de médiateur que jouent les espaces publics tout au long du processus de rétablissement des participants. Ces lieux possèdent en effet des propriétés matérielles, sociales et sensorielles qui leur permettent de réguler l'apparition des symptômes et d'atténuer le vécu douloureux des troubles.

Le tableau ci-dessous dresse une typologie des types d'espaces du "vide" et du "plein" et montre les ressources mobilisées par les participants dans ces deux types d'espaces.

TEMPORALITÉS	ESPACES	RESSOURCES
Forte intensité des troubles (temporaire ou durable)	Espaces du "vide" à l'échelle de l'institution, puis du quartier : <ul style="list-style-type: none"> - espaces intérieurs propices à l'isolement - cour intérieure de l'institution - espaces du chez-soi - kiosque à proximité de l'institution - café à proximité de l'institution - parcs publics à proximité de l'institution - centre commercial de proximité 	Les ressources du retrait : <p>Matérielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dimension circonscrite de l'espace - éléments de végétation - dégagement paysager - mono-fonctionnalité de l'espace - objets familiers embarqués (écouteurs, téléphones) <p>Sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • interactions sociales limitées - présence des proches, des soignants et des camarades <ul style="list-style-type: none"> • anonymat dans les espaces hors de l'institution <p>Sensorielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • absence de bruit • absence de lumière • distance physique avec autrui
Faible intensité des troubles (temporaire ou durable)	Espaces du "plein" à l'échelle du quartier, puis de la ville : <ul style="list-style-type: none"> • espaces extérieurs • places publiques • terrasses de café • zone piétonne du centre-ville • centres commerciaux • bâtiments publics (palais Rumine, Cathédrale, piscine) 	Les ressources de la reconquête: <p>Matérielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mobilier urbain (bancs publics) • éléments de végétation • objets de l'institution thérapeutique (instruments de musique, livres) • objets familiers embarqués (téléphones) • multifonctionnalité de l'espace <p>Sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • opportunités d'interactions et de rencontres à l'extérieur de l'institution thérapeutique • activités en groupe ou accompagnées <p>Sensorielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mouvement/animation urbaine • lumière • rumeur urbaine • tolérance d'une certaine proximité physique avec autrui

Figure 5: Tableau récapitulatif des espaces pratiqués et des ressources engagées par les participants en fonction de la temporalité du rétablissement.

Le deuxième axe de ce travail visait à approfondir la réflexion portant sur les pratiques de rétablissement des jeunes personnes vivant avec un diagnostic de psychose et tout particulièrement sur l'influence du rythme des troubles dans leur rapport à l'environnement ainsi qu'aux formes de relations développées avec les ressources urbaines. Cet axe cherchait à répondre à la deuxième sous-question de recherche, formulée comme suit:

En quoi la fluctuation des troubles expérimentée par les participants influe-t-elle sur leur degré d'engagement avec l'environnement?

Fondé sur le terrain ethnographique, mon travail a d'abord démontré le caractère cyclique et continuellement fluctuant du rétablissement de la psychose. J'ai à cet effet distingué deux cycles, "le cycle long", caractéristique du processus progressif de stabilisation ou de rémission des symptômes et "le cycle court", désignant les courtes périodes de manifestation intense des troubles. Puis, mon analyse a mis en exergue le processus d'extension du périmètre de pratiques de rétablissement, depuis les espaces familiers, essentiellement situés à proximité ou au sein de l'institution vers ceux de l'espace urbain plus généralement. J'ai mis en évidence les pratiques de retrait et de repli spatial et social des participants, au cours du cycle court. Puis, j'ai montré la façon dont ceux-ci reconquièrent l'espace urbain et explorent des lieux moins connus, au fur et à mesure de la stabilisation des troubles, processus

qui s'inscrit dans le cycle long du rétablissement. Dans une perspective systémique, j'ai ainsi montré l'interdépendance entre ces cycles et les pratiques de reconquête et de retrait ainsi que leur co-évolution. Dans la dernière partie de mon analyse, j'ai mobilisé le concept "d'intensité d'engagement" de Laurent Thévenot (2006) pour rendre compte de l'évolution du rapport des participants avec les ressources de leur environnement. Ce concept a permis de caractériser les modalités relationnelles des participants avec le milieu urbain en fonction des temporalités du rétablissement.

J'ai montré qu'au fur et à mesure de leur rétablissement, les participants abandonnent leur attitude de retrait, caractéristique des périodes de crise, au profit d'un engagement plus intense avec leur environnement qui se traduit par la mobilisation d'une plus grande diversité et quantité de ressources matérielles, sociales et sensorielles. Le schéma ci-dessous décrit l'écologie urbaine du rétablissement et illustre le processus cyclique du rétablissement qui alterne des pratiques de reconquête et de retrait de l'espace urbain à différentes échelles géographiques (institution thérapeutique, quartier, ville). Ce schéma montre l'extension progressive du périmètre de pratiques des participants qui implique une variété d'espaces urbains et qui se caractérise par une intensité d'engagement toujours croissante avec les ressources de l'environnement.

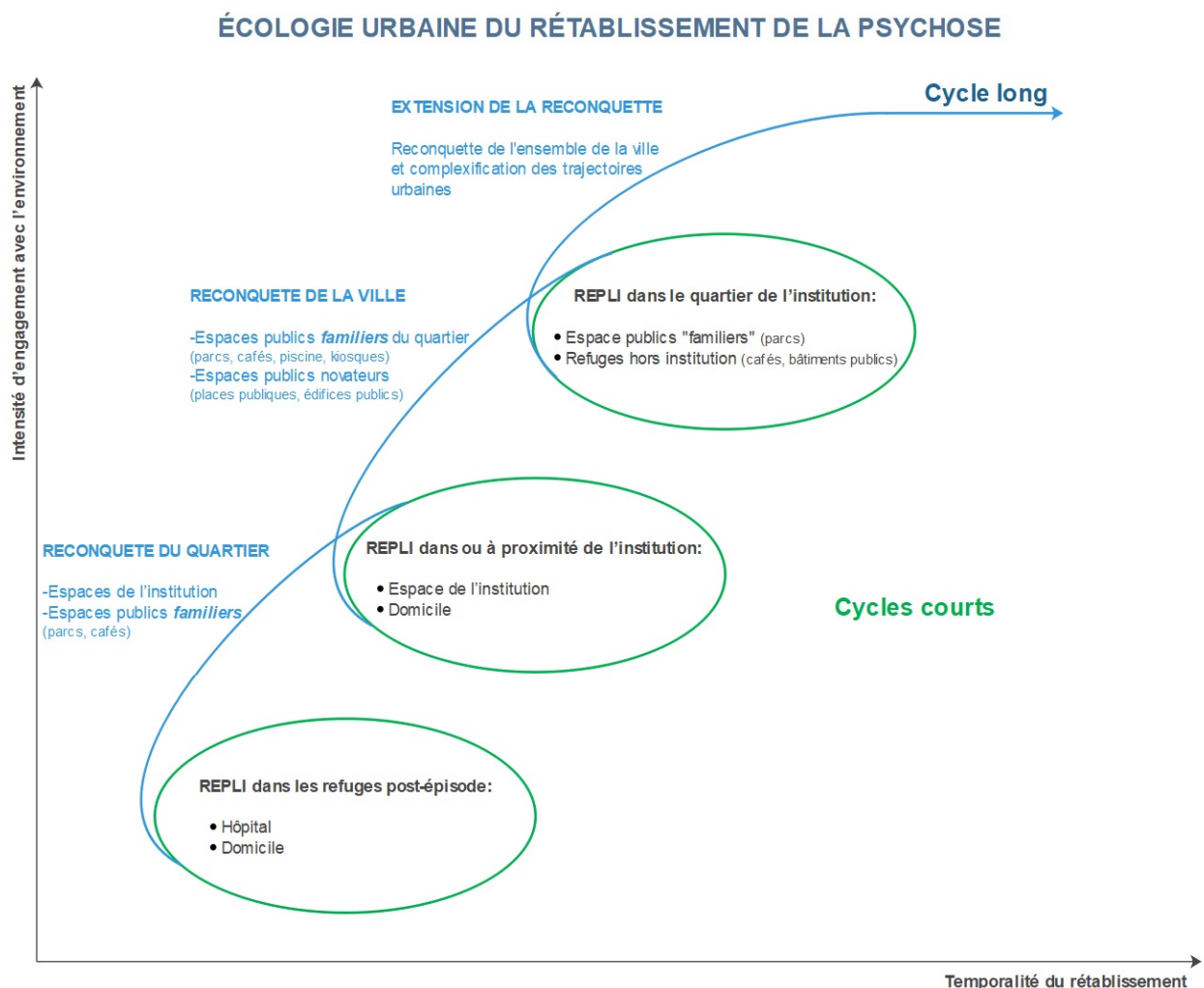


Figure 6: L'écologie urbaine du rétablissement de la psychose répond à une logique cyclique et implique un élargissement du périmètre de pratiques qui combine trois échelles géographiques différentes, celles de l'espace institutionnel, du quartier et de la ville. La trajectoire de rétablissement évolue de façon variable en fonction des personnes. Elle peut rester cyclique ou suivre une progression plus continue dans le temps.

Enfin, le troisième axe d'analyse développé dans le cadre de ce travail a proposé une réflexion générale sur les stratégies de confort développées en milieu urbain par les patients ayant vécu un premier épisode psychotique. Cette réflexion a été développée dans le cadre du projet FNS et elle est le fruit d'un travail collectif de l'ensemble de l'équipe de recherche. Celui-ci a été réalisé sur la base d'une méthodologie mixte associant des "go-alongs" et des entretiens filmés et non-filmés menés avec vingt patients du programme TIPP et de mon terrain ethnographique. L'objectif de cette analyse a été de mettre en évidence la façon dont les patients développent des tactiques leur permettant face aux facteurs de stress rencontrés en milieu urbain. L'étude a identifié dans un premier temps les différents facteurs urbains de stress, soit la densité humaine et bâtie, le niveau de stimulation sensorielle, les obstacles à la mobilité ainsi que la négociation du rôle social. Dans un deuxième temps, le travail a dégagé les trois stratégies principales employées par les patients dans des situations impliquant un de ces vecteurs de stress: la planification systématique des trajectoires de mobilité, la création de bulles physiques ou psychologiques d'isolement temporaires ainsi que la création d'atmosphères de confort du point de vue spatial, social et affectif.

Ainsi, mon travail a permis de brosser une écologie urbaine du rétablissement en analysant les relations temporelles et spatiales des personnes souffrant de troubles de la psychose et l'évolution de leur rapport à la ville et des formes de mobilisation de celles-ci. Toutefois, je tiens à rappeler le caractère spatialement situé de cette écologie du rétablissement. En effet, chaque type de ville possède son écologie propre et sa manière d'offrir des lieux et des liens aux personnes qui l'habitent (Amar, 1993).

7.2 Les limites du travail et les perspectives de recherche

Dans cette section, j'expose les principales limites de mon travail de ma recherche empirique. Les limites méthodologiques de mon analyse ont déjà été discutées dans le chapitre 3 consacré à la présentation de ma démarche méthodologique.

Le premier aspect que j'aurais souhaité approfondir davantage est le rôle du logement ou du "chez-soi" dans les trajectoires quotidiennes des participants, car il joue un rôle central dans le processus de rétablissement de la psychose (Bonsack et Garcia, 2015). La mise à disposition d'un logement pour les personnes souffrant de troubles de la psychose permet de réduire les hospitalisations, les risques de rechute ainsi que la durée moyenne de séjours à l'hôpital (Bonsack et Garcia, 2015). Le chez-soi constitue "un refuge hors du monde" pour les personnes vivant avec un diagnostic de psychose. Il leur permet de se retirer dans un espace silencieux et calme, tout particulièrement dans les situations de surcharge sensorielle, caractéristiques des troubles de la psychose (Bonsack et Garcia, 2015: 205). Le logement est associé par les participants à un espace-refuge, à partir duquel ils déploient leur reconquête urbaine, au fur et à mesure de leur rétablissement. Le chez-soi constitue par conséquent le point de départ du rétablissement et il occupe une place importante dans les stratégies de gestion des troubles développées par les participants. Il représente d'ailleurs actuellement un véritable outil d'intervention thérapeutique dans le programme de soins mobiles psychiatriques développé à Lausanne (Bonsack et Garcia, 2015). Toutefois, le chez-soi peut parfois également se muer en espace menaçant et oppressant. En effet, il arrive que lors des périodes de crise ou de rechutes, "[...] le chez-soi perd ce caractère protecteur pour devenir une inquiétante étrangeté" (Bonsack et Garcia, 2015: 206). Le logement devient dès lors un lieu de réclusion pour les personnes et il entrave leur rétablissement. Dans cette optique, il aurait été intéressant d'analyser le rôle ambivalent du logement, à la fois comme vecteur de confort et comme obstacle à l'autonomisation des personnes. Une étude de la pratique du chez-soi tout au long du processus de rétablissement aurait permis de définir d'une part le phénomène d'étrangeté et d'autre part celui de familiarité et de sécurité à l'origine de la sensation de confort des participants. Il aurait ensuite été intéressant de croiser ces analyses avec l'expérience de l'espace public urbain des participants.

La place des structures associatives de réinsertion socioprofessionnelle et des institutions privées et publiques socio-éducatives dans les trajectoires de rétablissement constitue la deuxième dimension qui mériterait une analyse détaillée et qui n'a pas été suffisamment développée dans mon travail. Lors de mon ethnographie au sein de l'institution thérapeutique, j'ai en effet pu constater qu'au même titre que les espaces de soins et le chez-soi, ces lieux font partie intégrante du quotidien des participants. Ceux-ci étaient impliqués, à temps partiel, dans des ateliers de réhabilitation, de réinsertion et de formation, dans diverses structures associatives⁶⁸. Certains participants fréquentaient régulièrement par exemple le Groupe d'accueil et d'action psychiatrique (GRAAP) qui a été créé 1987 à Lausanne. Ce lieu est spécialisé dans la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychiques et il offre un service social de conseil, soutien et d'orientation. Il propose des ateliers coopératifs, un restaurant à vocation occupationnelle et de formation, ainsi que des espaces d'animation culturelle, sportive et récréative (Chevalley, 2016). Cette structure accueille régulièrement des jeunes de l'institution. Dans cette perspective, il aurait été intéressant d'analyser le rôle de ces associations dans le rétablissement des participants.

Enfin, le troisième aspect qui aurait nécessité une investigation plus approfondie est celui de l'expérience sensible des personnes souffrant de psychose en milieu urbain. En effet, comme je l'ai relevé dans mon analyse ainsi que dans mon chapitre méthodologique, cette dimension joue un rôle

⁶⁸ Parmi les structures associatives fréquentées par les participants, figurent la fondation BVA qui offre des ateliers protégés, l'association Afiro (entreprise sociale et formatrice), les services sociaux de la ville de Lausanne ainsi que l'association L'îlot. Les jeunes gens participent également à des groupes et à des activités thérapeutiques organisés par les Services de psychiatrie générale (Unité RESSORT) et communautaire (Unité AZUR) du CHUV (Chevalley, 2016).

crucial dans le rétablissement des participants. Les composantes affectives et multi-sensorielles de l'expérience de l'espace urbain par les personnes souffrant de psychose restent actuellement peu étudiées par la littérature en sciences sociales (Winz, 2016; 2017). À cet effet, le recours aux notions d'atmosphères et d'ambiances offre de nouveaux outils conceptuels prometteurs (Winz, 2016). L'approche par les atmosphères affectives et les ambiances urbaines permet en effet d'explorer trois axes principaux: l'association des cinq sens dans la perception de l'environnement; le vécu des moments de transition entre les diverses ambiances de la ville et enfin l'étude de la dimension physique et matérielle de l'espace urbain dans l'expérience des personnes (Winz, 2016). Cette approche nécessite toutefois de nouveaux outils et fait actuellement l'objet d'un travail de doctorat par mon collègue Marc Winz, sous la direction du Professeur Ola Söderström.

7.3 Les pistes d'action thérapeutiques et les politiques urbaines de prévention

Dans cette dernière section je présente quelques pistes d'action destinées aux professionnels de la santé mentale et aux responsables en charge des politiques urbaines. Compte tenu du caractère appliqué de ma recherche et du projet FNS plus globalement, il me semble important de proposer des orientations thérapeutiques et politiques, susceptibles, non seulement de contribuer au rétablissement des personnes souffrant de psychose en milieu urbain, mais aussi de favoriser plus généralement le bien-être des habitants des villes, au moyen de mesures préventives et de sensibilisation.

7.3.1 Intégrer l'espace urbain aux stratégies thérapeutiques de la psychose

Bien que l'espace urbain soit actuellement principalement considéré comme source de stress, celui-ci possède un potentiel thérapeutique non-négligeable que les professionnels de la santé pourraient exploiter dans les prises en charge des patients psychotiques. Dans la suite de cette section, sont présentés trois axes d'intervention thérapeutique possibles, qui mobilisent l'espace urbain en tant que ressource de rétablissement (Baumann et al., 2019).

Le premier axe suggère de développer des stratégies urbaines avec les patients, afin d'éviter les situations engendrant du stress et de l'inconfort. Il s'agit par exemple de privilégier la fréquentation d'espaces calmes au cours des thérapies avec les patients. Ceux-ci permettent en effet aux patients de récupérer plus aisément de la fatigue engendrée par le sentiment de stress face aux stimulations sensorielles, en particulier dans les environnements urbains denses et bruyants (Baumann et al., 2019). Les espaces verts mais aussi d'autres lieux tels que les musées, les églises ou les places publiques sont des endroits que les patients aiment fréquenter, car ils possèdent un niveau de stimulation sensoriel agréable et ils offrent des possibilités d'interactions sociales positives (Baumann et al., 2019).

Le deuxième axe propose la mise en place de stratégies permettant une meilleure gestion du stress de la part des patients lorsque ceux-ci sont confrontés à des situations urbaines inconfortables (Baumann et al., 2019). Ces stratégies qui ont déjà été évoquées dans le chapitre 6, comme la création de bulles d'isolement sensoriel à travers l'utilisation d'écouteurs ou par la pensée, permettent de se déconnecter du monde extérieur. Les thérapeutes pourraient ainsi travailler sur ces tactiques psychologiques et sociales avec les patients, afin de faciliter leurs pratiques de la ville (Baumann et al., 2019). De même, le développement de thérapies de "go-alongs" avec l'équipe mobile des case-managers du programme TIPP offre une stratégie thérapeutique intéressante pour les patients qui ont des difficultés à sortir de chez eux (Baumann et al., 2019).

Enfin, le troisième axe suggère de renforcer l'utilisation d'espaces censés procurer du plaisir et de la motivation aux patients et réduire l'anhédonie et l'apathie, caractéristiques des symptômes dits "négatifs" de la schizophrénie (Baumann et al., 2019). Cette stratégie thérapeutique peut être intégrée à des démarches existantes, comme le programme de traitement groupal d'émotions positives dans la schizophrénie (PEPS) développé au sein du Service de psychiatrie de communautaire (PCO), afin de promouvoir les expériences positives des patients dans l'espace urbain (Baumann et al., 2019).

7.3.2 Pour une planification de la santé mentale en ville

Depuis plusieurs décennies déjà, les politiques urbaines et l'aménagement des villes ont été identifiées comme des moyens importants permettant d'agir sur les conditions de santé physique et psychiques des citoyens (Curtis, 2010). En Suisse, en 2015, près de 17% de la population souffrait d'un ou de plusieurs problèmes psychiques⁶⁹. L'impact de ces troubles sur l'individu et sur la collectivité est profond et

⁶⁹ Données tirées du rapport de l'OBSAN, publié en mai 2015. Rapport disponible sur : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/dialog-bericht/bericht_psychische_gesundheit.pdf.download.pdf/Rapport_Sante_psychique_Suisse.pdf (site consulté le 16 avril 2019).

multiple: baisse de la qualité de vie, discrimination et stigmatisation, coût des soins, perte de productivité et problèmes d'ordre juridique (OMS, 2001).

Dans le but d'améliorer non seulement, le bien-être de ces personnes, mais aussi de renforcer la prévention et la sensibilisation aux problématiques de santé mentale en ville, il serait souhaitable que les responsables politiques développent des plans d'action à l'échelle de l'ensemble des cantons suisses. Je présente ici trois pistes d'action susceptibles d'être intégrées aux politiques urbaines de nos villes.

Le développement de politiques de logement inclusives constitue une première piste d'action. L'implémentation de programmes tels que *Housing First*⁷⁰ permet de favoriser l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques. En raison de leurs problèmes de santé, celles-ci se retrouvent très souvent dans des situations de précarité sociale et professionnelle, les privant souvent d'un logement fixe ou convenable. Pourtant, le logement est crucial pour les personnes souffrant de troubles psychiques, puisqu'il participe à leur rétablissement (Bonsack et Garcia, 2015). Sur la base de ces constats, des initiatives communales se sont développées en Suisse au cours de ces dernières années, notamment à Lausanne, où a été mis sur pied un projet pilote (*Housing First*). Toutefois, en raison de la crise du logement de l'arc lémanique, des mécanismes d'exclusion de la part des acteurs du secteur de l'immobilier, il est nécessaire de mettre en place des mesures politiques et financières plus efficaces, visant à faciliter l'accès aux logements aux personnes en souffrance psychique, en particulier dans les centres urbains (Bovitutti et Baumann, 2018)⁷¹.

De façon plus générale, le développement d'un plan santé mentale dans les villes suisses constitue une deuxième piste d'action qui concerne également les politiques urbaines (Söderström, 2019)⁷². L'amélioration de la santé mentale des habitants passe avant tout par la prise de conscience de l'ampleur des problèmes psychiques et par la nécessité d'un engagement concerté impliquant l'ensemble des acteurs de la société, afin de défendre une meilleure qualité de vie. À cet égard, *Thrive*, une initiative internationale en faveur de la santé mentale a été développée depuis quelques années dans 200 villes à travers le monde. Cette initiative propose des actions de prévention et de sensibilisation fondées sur des principes communs à l'ensemble des villes du programme. Parmi celles-ci figurent la sensibilisation et la formation des habitants, dans le but de reconnaître et de pouvoir soutenir des personnes montrant des signes de détresse psychologique et émotionnelle, la constitution de réseaux de soutien en-dehors des services psychiatriques ainsi que la participation à l'aménagement de l'espace urbain au niveau local (Söderström, 2019). Dans cette perspective, la promotion d'espaces verts et de lieux publics inclusifs à l'échelle de la ville sont un exemple de mesure urbanistique qui permettrait d'accroître le bien-être des habitants (Baumann et al., 2019). De récentes études ont en effet montré que les espaces verts améliorent la santé mentale, en particulier chez les personnes souffrant de psychose (Baumann et al., 2019). Toutefois, d'autres travaux sont nécessaires pour pouvoir déterminer précisément les effets de ces espaces dans le développement de la psychose.

En Suisse il n'existe actuellement pas d'initiatives à l'image de *Thrive*. Malgré son excellent système de soins en matière de santé mentale, le pays gagnerait à cependant à adhérer à une initiative de ce type ou à développer un plan d'action propre, afin d'améliorer la santé mentale de ses habitants. À cet effet, les municipalités constituent des acteurs privilégiés pour la mise en place de plans d'actions concertés, à l'échelle locale. Proches des citoyens et de leurs préoccupations, elles sont à même de répondre aux défis actuels et futurs liés à la qualité de vie et au bien-être des habitants (Söderström, 2019).

⁷⁰ Le *Housing First* est un modèle thérapeutique qui vise à fournir un logement indépendant aux personnes souffrant de troubles psychiques. Ce modèle est d'abord développé à New-York dans les années 1970 pour les sans-abris souffrant de troubles psychiques et pour les consommateurs de substances psychotropes (Garcia et Bonsack, 2005).

⁷¹ Information tirée de l'article online de Bovitutti, E., Baumann, N., "Housing first" made in Lausanne", Disponible sur: <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/3540-housing-first-made-in-lausanne> (consulté le 17 avril 2019).

⁷² Information tirée de: Söderström, O., "A quand un plan santé mentale dans les villes suisses?", in *Le Temps*, Nr.194, 06.02.2019, p.7.

7.3.3 Repenser l'habitabilité de la ville

De manière plus générale, mon travail permet de réfléchir aux usages et aux pratiques des personnes en milieu urbain, au-delà des seuls individus vivant avec un diagnostic de psychose. En effet, ceux-ci ne sont pas l'apanage des personnes souffrant de troubles psychiques, puisque chacun d'entre nous mobilise des ressources et développe des compétences qui lui sont propres dans les situations urbaines quotidiennes. La différence se situe davantage dans l'intensité de l'expérience urbaine et dans la sensibilité à l'environnement qui est souvent exacerbée chez les personnes vivant avec un diagnostic de psychose. Leur expérience urbaine se révèle être un indicateur important permettant d'évaluer l'habitabilité d'un espace ou d'une ville plus globalement et d'identifier les compétences spatiales et sociales collectives déployées par les usagers dans leurs trajectoires quotidiennes.

Dans cette optique, mon travail contribue plus largement au champ de la géographie sociale et culturelle, en proposant une véritable grammaire du rétablissement qui identifie des règles, des fonctions et des usages qui sont attribuées par les personnes à la forme construite de la ville et qui sont identifiées comme sources de bien-être (Augoyard, 1998).

En étudiant tout particulièrement les modalités d'appropriation des ressources présentes dans l'espace urbain matériel, il devient possible de saisir la façon dont les personnes habitent, produisent et pratiquent l'espace urbain et d'identifier les représentations collectives d'objets tels que le paysage, l'habitat ou encore l'espace public (Augoyard, 1998). Le milieu urbain comme système d'éléments objectifs et subjectifs devient ainsi un véritable objet d'action, puisqu'il constitue la base à partir de laquelle, l'usager déploie ses compétences spatiales et sociales dans ses trajectoires quotidiennes.

Ainsi, en enrichissant les réflexions portant sur les techniques et les usages des mondes urbains, mon travail permet à la fois d'apporter une meilleure connaissance des modalités de la pratique quotidienne de la ville, mais il brosse également un tableau des perceptions et des représentations collectives du milieu urbain.

À ce titre, mon étude permet d'interroger les modalités d'aménagement de l'espace urbain et de réfléchir à la définition un certain nombre de critères permettant d'évaluer l'habitabilité d'une ville, c'est-à-dire la "somme de composantes physiques, naturelles, matérielles, esthétiques, symboliques et signifiantes qui concourent à dessiner la qualité de vie" (Delabarre et Marry, 2012:3).

Cette qualité de vie se caractérise notamment par la promotion de bien-être et de confort auprès des usagers. La ville est par définition un projet collectif, à savoir un espace qui est organisé par la société. Il semble par conséquent indispensable d'impliquer l'ensemble des usagers de la ville dans la définition de mesures et de politiques, afin de promouvoir des conditions favorables à l'habitabilité urbaine. Une telle démarche permettrait de repenser les façons de concevoir le milieu urbain et en particulier l'espace public urbain, "[...] véritable plateforme d'innovation ouverte à la société civile" (Delabarre et Marry, 2012: 4).

8. BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (2012). Stress and the city: Urban decay. *Nature*, 490(7419), 162.
- Allardyce, J., Boydell, J., Van Os, J., Morrison, G., Castle, D., Murray, R., & McCreadie, R. (2001). Comparison of the incidence of schizophrenia in rural Dumfries and Galloway and urban Camberwell. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 335–339.
- Amar, G. (1993). Pour une écologie urbaine des transports. In: *Les annales de la recherche urbaine* (Vol. 59, No. 1, pp. 141-151). Centre de Recherche d'Urbanisme.
- Anderson, K., & Smith, S. J. (2001). Emotional geographies. *Transactions of the Institute of British geographers*, 26(1), 7-10.
- Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 784-788.
- Andresen R, Oades L and Caputi P (2011). *Psychological Recovery: Beyond Mental Illness*. Sydney: Wiley Blackwell.
- Andrews, G. and Evans, J. 2008. Reproducing health care: Towards geographies in health care work. *Progress in Human Geography*, 32, 759-80.
- Association, A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Arlington: Amer Psychiatric Pub Inc.
- Atkinson, S., Fuller, S., & Painter, J. (2016). *Wellbeing and place*. Routledge: London.
- Augoyard, J. F. (1998). Éléments pour une théorie des ambiances architecturales et urbaines. *Les cahiers de la recherche architecturale*, 42(43), 13-23.
- Barthe, Y., De Blic, D., Heurtin, J. P., Lagneau, É., Lemieux, C., Linhardt, D., ... & Trom, D. (2013). Sociologie pragmatique: mode d'emploi. *Politix*, (3), 175-204.
- Baumann, P.S, Conus P., Söderström, O. et al (forthcoming, 2019). Urban remediation: a new recovery oriented strategy to manage urban stress after first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Baumann, P. S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., Bonsack, C., Do, K. Q. & 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.
- Beaumont J.R. & Sixsmith A. (1984). Elderly Severely Mentally Infirm (ESMI) units in: Lancashire: an assessment of resource allocation over space. In *Planning and Analysis in Health Care Systems* (ed. M. Clarke), pp. 163-193. London Papers in Regional Science No.13. Pion: London.
- Benetti C. (2017). Le rapport d'usagers de maisons d'hébergement en santé mentale à leur environnement immédiat : une étude socio-écologique. Mémoire de master (non publié). Université de Montréal. Disponible sur: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20014/Benetti_Chiera_2017_memoire.pdf?sequence=4 (consulté le 30 septembre 2019).

- Berney, S., de Roten, Y., Despland, J. N. & Söderström, D., (2009). L'étude des mécanismes de défense psychotiques: un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 29(3), 133-144.
- Bieler, P., & Klausner, M. (2019). Niching in cities under pressure. Tracing the reconfiguration of community psychiatric care and the housing market in Berlin. *Geoforum*.
- Bjornestad, J., Davidson, L., Ten, WVH., Stain, H., Berg, H., (2019). Re-thinking social functioning in psychosis. *Schizophrenia research*, 211, 93-94.
- Boeckh J. (1980). Neighbourhood response to community mental health facility location. Unpublished MA thesis, McMaster University, Department of Geography.
- Boeckh J., Dear M. & Taylor S.M. (1980). Property values and mental health facilities in Metropolitan Toronto. *Canadian Geographer* 24, 270-285.
- Boevink, W., Kroon, H., van Vugt, M., Delespaul, P., & Van Os, J. (2016). A user-developed, user run recovery programme for people with severe mental illness: A randomised control trial. *Psychosis*, 8, 287–300.
- Bonsack, C., & Garcia, C. (2015). Se rétablir d'une psychose chez soi: dans et hors du monde. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 166, 203–207.
- Bouillon, F., & Fresia, M. (2005). *Terrains sensibles: expériences actuelles de l'anthropologie*. V. Tallio (Ed.). Centre d'études africaines EHESS.
- Boumaza, M., & Campana, A. (2007). Enquêter en milieu «difficile». *Revue française de science politique*, 57(1), 5-25.
- Bovitutti, E., Baumann, N., “ “Housing first” made in Lausanne”, in Reiso. org (online), 8.10.2018, p. 12. Disponible sur: <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/3540-housing-first-made-in-lausanne> (consulté le 17 avril 2019).
- Boydell, J., Van Os, J., Lambri, M., Castle, D., Allardyce, J., McCreddie, R. & Murray, R. 2003. Incidence of schizophrenia in south-east London between 1965 and 1997. *British Journal of Psychiatry*, 182, 45-49.
- Bister, M., Klausner, M., Niewöhner, J., (2016). The cosmopolitics of ‘niching’. Rendering the city habitable along infrastructures of mental health care. *Urban Cosmopolitics. Agencements, assemblies, atmospheres*, London: Routledge.
- Blok, A. & Farias I., (Eds.) (2016). *Urban cosmopolitics. Agencements, assemblies, atmospheres* (pp. 187–206). London: Routledge.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford university press.
- Butler, R. & Bowlby, S., (1997). Bodies and spaces: an exploration of disabled people's experiences of public space. *Environment and Planning D*, 15, 411-434.
- Butler, R. & Parr, H. (1999). *Mind and body spaces: geographies of illness, impairment and disability*. London: Routledge.

- Callon, M., & Rabearisoa, V. (2003). Research “in the wild” and the shaping of new social identities. *Technology in Society*, 25, 193–204.
- Carpiano R (2009) Come take a walk with me: The “Go-Along” interview as a novel method for studying the implications of place for health and well-being. *Health & Place* 15(1): 263–272.
- Chouinard, V., Hall, E. & Wilton, R., (2010). *Towards Enabling Geographies. Disabled Bodies and Minds in Society and Space*. London: Ashgate.
- Chevalley Céline, (2016). Paysage de la santé mentale lausannois : état des lieux de ses espaces et de ses visions de soins de 1960 à nos jours, mémoire de maîtrise, Neuchâtel : Université de Neuchâtel.
- Claval, P. (2015). *Espace et pouvoir*. Paris. PUF. Collection Espace et liberté. 257p.
- Codeluppi, Z., (2016). Entre le plein et le vide: les espaces-temps quotidiens de jeunes patients souffrant de troubles psychotiques en milieu urbain, *Géo-Regards*, 9, 119-133.
- Codeluppi, Z., (2019). Du retrait à la reconquête: pratiquer la ville après un épisode psychotique, *Geographica Helvetica*, 74(1), 41-58.
- Conradson, D. (2003). Spaces of care in the city: The place of a community drop-in centre. *Social and Cultural Geography*, 4(4), 507-25.
- Conradson, D. (2005). Landscape, care and the relational self: Therapeutic encounters in rural England. *Health and Place*, 11, 337-48.
- Corin, E., (2002). Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ?, *Santé mentale au Québec*, 27(1), 65-82.
- Corin, E., (2003). À l'ombre de la psychose... des tracés en creux aux marges de la culture. *Cahiers de psychologie clinique*, 2, 197-218.
- Crang, M., & Cook, I. (2000). *Doing ethnographies*. London: Sage.
- Cresswell, T., (1996). *In place/out of place: Geography, ideology, and transgression*. University of Minnesota Press Minneapolis.
- Cresswell, T., (2004). *Place*. Oxford: Blackwell.
- Cullberg, J., (2006). *Psychoses: An integrative perspective*. London: Routledge.
- Curtis, S., (2010). *Space, Place and Mental Health*, Ashgate: London, 316p.
- Davidson L., (2003). *Living Outside Mental Illness : Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*, New York : NYU Press.
- Davidson, L., O'connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005a). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle?. *Professional psychology: research and practice*, 36(5), 480.
- Davidson, J., Bondi, L. and Smith, M. (eds) (2005b). *Emotional Geographies*. Aldershot: Ashgate.
- De Certeau, M. (1984). *The practice of everyday life*. Berkeley: The University of California Press.
- Dean, K. (1984). Social theory and prospects in social geography. *GeoJournal*, 9(3), 287-299.

- Dean, K. & James, H. (1981). Social factors and admission to psychiatric hospital: Schizophrenia in Plymouth, *Transactions of the Institute of British Geographers*, 39-52.
- Dear M.J. (1974). Locational analysis for public mental health facilities. Unpublished PhD thesis, University of Pennsylvania, Department of Geography.
- Dear, M. (1977). "Psychiatric Patients and the Inner City". *Annals of the Association of American Geographers*, 64(4), 588-594.
- Dear M.J. (1981). Social and spatial reproduction of the mentally ill. In: *Urbanisation and Urban Planning in Capitalist Society* (M. Dear and A.J. Scott), pp.481-500. Methuen: London.
- Dear, M. J. & Taylor, S. M. (1982). *Not on our street: Community attitudes to mental health care*. Pion London.
- Dear, M. J. & Wolch, J. R. (1987). *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness*. Cambridge: Polity Press.
- Dear M.J., Bayne E., Boyd G., Callaghan E. & Goldstein E. (1989). Coping in the Community: the Needs of Ex-Mental Patients. A Mental Health Hamilton Project, Funded by Young Canada Works: Hamilton.
- Dear M.J., Wolch J. & Wilton R. (1994). The service hub concept of human services planning. *Progress in Planning* 43, 173-271.
- Delabarre, M., & Marry, S. (2012). Habitabilité et nature urbaines: vers un outil d'évaluation des projets urbains: Exemple de la métropole lyonnaise. [*VertigO*] *La revue électronique en sciences de l'environnement*, 12(2).
- Diaz, Frédéric (2005). L'observation participante comme outil de compréhension du champ de la sécurité, *Champ pénal/Penal field* [En ligne], vol. 2.
- Dotti, Federico. *La remise en question de la psychiatrie : du mouvement de L'antipsychiatrie aux groupes militants dans la Genève des années 1970*. Université de Genève. Maîtrise, 2015.
- Doughty, K. (2013). Walking together: the embodied and mobile production of a therapeutic landscape. *Health & place*, 24, 140-146.
- Duff, C., Jacobs K., Loo, S. & Murray S., (2012). The role of informal community resources in supporting stable housing for young people recovering from mental illness : key issues for housing policy-makers and practitioners, AHURI Final Report, 199, Melbourne : Australian Housing and Urban Research Institute.
- Duff, C. (2012). Exploring the role of 'enabling places' in promoting recovery from mental illness: A qualitative test of a relational model, *Health & Place*, 18(6), 1388-1395.
- Duff C., (2014). *Assemblages of health : Deleuze's Empiricism and the Ethology of Life*, Berlin : Springer.
- Duff, C., (2016). Atmospheres of recovery: Assemblages of health. *Environment and Planning A*, 48, 58-74.
- Dunn, K., (2005). Interviewing. In: I. Hay (Ed) *Qualitative Research Methods in Human Geography* (2nd Edition). Melbourne: Oxford University Press, pp.79-105.

- Driver, F. (1993). *Power and Pauperism. The Workhouse System 1834-1884*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dziwota, E., Stepulak, M. Z., Włoszczak-Szubzda, A., Olajossy, M. (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1), 50-55.
- Edwards, R., & Holland, J. (2013). *What is qualitative interviewing?*. A&C Black.
- Eiel Steen, N., Methlie, P., Lorentzen, S., Hope, S., Barrett, E. A., Larsson, S., Mork, E., Almas, B., Lövas, K. & Agartz, I. (2011). Increased systemic cortisol metabolism in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a mechanism for increased stress vulnerability?. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(11), 1515-1521.
- Ellett, L., Freeman, D., & Garety, P. A. (2008). The psychological effect of an urban environment on individuals with persecutory delusions: The Camberwell walk study. *Schizophrenia Research*, 99, 77–84.
- Emelianoff, C. (2000). L'écologie urbaine entre science et urbanisme. *Quaderni*, 43(1), 85-99.
- Estroff, S. E. (1985). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*, London: University of California Press.
- Evered, E., (2016). The role of the urban landscape in restoring mental health in Sheffield, UK: service user perspectives, *Landscape Research*, 41(6), 678-694.
- Faris, R. E. & Dunham, H. W.,(1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. . Chicago/London: The University of Chicago, 270. Fleuret, S. and Atkinson, S. (2007). Wellbeing, health and geography: A critical review and research agenda. *New Zealand Geographer*, 63, 106-18.
- Foucault, M. (2003). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Routledge: London, 700p.
- Freeman, D., Emsley, R., Dunn, G., Fowler, D., Bebbington, P., Kuipers, E., ... Garety, P. (2015). The stress of the street for patients with persecutory delusions: A test of the symptomatic and psychological effects of going outside into a busy urban area. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 971–979.
- Gesler, W. 1992. Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science and Medicine*, 34(7), 735-46.
- Gibson, J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Giggs, J. (1973). The distribution of schizophrenics in Nottingham. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 55-76.
- Giggs J.A. & Mather P.M. (1976). The geography of mental disorders and mental health services in England and Wales. In: *The Impact of Environment and Lifestyle on Human Health: Proceedings of a Symposium* (ed. M. Diesendorf), pp. 134-136. ANU: Canberra.
- Giggs, J. (1977). The mental health of immigrants in Australia. In: Bowen, M., *Australia 2000: The Ethnic Impact*. Armidale: University of New England Publishing Unit.

- Giggs J.A. (1984). Residential mobility and mental health. In: *Mental Health and the Environment* (ed. H. Freeman), pp.27-354. Churchill Livingstone: London.
- Giggs, J. A. (1988). The spatial ecology of mental illness. In: Smith, C. J. and Giggs, J. A., *Location And Stigma: Contemporary Perspectives On Mental Health* London: Unwin Hyman, 65-88.
- Giggs J.A. (1990). The changing provision and location of services for the mentally ill and mentally handicapped in Nottingham: 1945-1990. *Revue Belge de Géographie*, 48, 237-245.
- Gleeson, B., Hay, C. & Law, R. (1998). The geography of mental health in Dunedin, New Zealand. *Health and Place*, 4(1), 1-14.
- Gleeson B. (1999). *Geographies of Disability*. Routledge: London.
- Gleeson B., Kearns R., (2001). Remoralising landscapes of care, *Environment and planning D : Society and Space*, 19(1), 61-80.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster.
- Golembiewski, J.: Lost in space (2013). The place of the architectural milieu in the aetiology and treatment of schizophrenia. *Facilities*, 31(9/10), 427-448.
- Grafmeyer, Y., & Joseph, I. (1979). L'école de Chicago. *Yves Grafmeyer· Isaac Joseph. Abstract. Grafmeyer Y., Joseph I., eds, 1979, L'École de Chicago., 378.*
- Grosjean, M. & Thibaud, J.-P. (2001). *L'espace urbain en méthodes*. Marseille: Editions Parenthèses.
- Hall E. & Kearns R. (2001). Making space for the 'intellectual' in geographies of disability. *Health and Place* 7, 237-246.
- Hansen, N. & Philo, C. (2007). "The normality of doing things differently: bodies, spaces and disability geography". *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 98(4), 493-506.
- Harvey, P. D., & Bellack, A. S. (2009). Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: is functional remission a viable concept?. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 300-306.
- Hay I. (Ed.), (2005). *Qualitative research methods in human geography*. Oxford: Oxford University Press.
- Heinz, A., Deserno, L., & Reininghaus, U. (2013). Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*, 12, 187-197.
- Heyl, B. S. (2001). Ethnographic interviewing. *Handbook of ethnography*, 369-383.
- Hochmann, J. (2015). *Les antipsychiatries: une histoire*: Odile Jacob.
- Hudson, C. G. (2012a). Disparities in the geography of mental health: implications for social work. *Social Work*, 57(2), 107-119.
- Hudson, C. G. (2012b). Patterns of Residential Mobility of People with Schizophrenia: Multi-level Tests of Downward Geographic Drift. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 39(3), 149-179.

- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 23-34.
- Imrie, R. (2003). Architects' conceptions of the human body. *Environment and Planning D*, 21(1), 47-66.
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society.
- Jones J. (1996). Community-based mental health care in Italy: are there lessons for Britain? *Health and Place* 2, 125-128.
- Jones J. (1999). Community-based mental health care in Britain and Italy: Geographical Perspectives. Unpublished PhD thesis, University of Sheffield, Department of Geography.
- Jones J. (2000). Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950: a cross-national comparative study. *Health and Place* 6, 171-188.
- Jones, J. (2001). The geography of mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 219-224.
- Joseph A.E. (1979). The referral system as a modifier of distance-decay effects in the utilisation of mental health services. *Canadian Geographer*, 23, 159-169.
- Joseph A.E. & Boeckh J.L. (1981). Locational variation in mental health care utilisation dependent upon diagnosis: a Canadian example. *Social Science and Medicine*, 15D, 395-404.
- Joseph A.E. & Hall G.B. (1985). The locational concentration of group homes in Toronto. *Professional Geographer* 37, 143-154.
- Joseph A.E. & Kearns R.A. (1996). Deinstitutionalisation meets re-structuring: the closure of a psychiatric hospital in New Zealand, *Health and Place*, 2, 179-189.
- Kapur S., (2003). Psychosis as a state of aberrant salience : a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia, *American journal of Psychiatry*, 160, 13-23.
- Kearns R.A. (1986). Convergence of humanistic and social thought in social geographic practice. Paper read at the Annual Meeting of the Association of American Geographers, Minneapolis, March 1986.
- Kearns R.A. (1987). In the shadow of illness: a social geography of the chronically mentally disabled in Hamilton, Ontario. Unpublished PhD thesis, University of McMaster, Department of Geography, Hamilton, Ontario.
- Kearns R.A. & Taylor S.M. (1989). Daily life experience of people with chronic mental disabilities in Hamilton, Ontario. *Canada's Mental Health*, 37, 1-4.
- Kearns R.A., Taylor S.M. & Dear M. (1987). Coping and satisfaction among the chronically mentally disabled, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6, 13-24.
- Kearns R.A. (1990). Satisfaction with community life among chronically mentally disabled persons in Auckland. *Community Mental Health in New Zealand*, 5, 47-63.

- Kearns R.A., Smith C.J. & Abbott M.W. (1991). Another day in paradise? life on the margins in urban New Zealand, *Social Science and Medicine* 33, 369-379.
- Kearns R.A., Smith C.J. & Abbott M.W. (1992). The stress of incipient homelessness. *Housing Studies*, 7, 280-298.
- Kearns R.A. & Smith C.J. (1993). Housing stressors and mental health among marginalised urban populations. *Area* 25, 267-278.
- Kearns R.A. & Joseph A.E. (1997). Restructuring health and rural communities in New Zealand, *Progress in Human Geography*, 21, 18-32.
- Kearns, R. A., & Gesler, W. M. (Eds.). (1998). *Putting health into place: Landscape, identity, and well-being*. Syracuse University Press.
- Kearns R.A. & Joseph A.E. (2000). Contracting opportunities: interpreting post-asylum geographies of mental health care in Auckland, New Zealand, *Health Place* 6, 159-170.
- Kearns, R., & Moon, G. (2002). From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. *Progress in Human Geography*, 26(5), 605-625.
- Kearns, R.A. and Andrews, G.J. (2010). Geographies of Wellbeing, in *The SAGE Handbook of Social Geographies*, edited by S.J. Smith, R. Pain, S.A Marston and J.P. Jones. London: SAGE, 309-28.
- Kelly, B., O'Callaghan, E., Waddington, J., Feeney, L., Browne, S., Scully, P., Clarke, M., Quinn, J., McTigue, O., Morgan, M., Kinsella, A. & Larkin, C. (2010). Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophrenia Research*, 116(1), 75-89.
- Kirkbride, J., Jones, P., Ullrich, S., & Coid, J. (2014). Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 169–180.
- Kirkbride, J., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Murray, R. M., & Jones, P. B. (2007). Neighbourhood variation in the incidence of psychotic disorders in Southeast London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 438–445.
- Klaas, H., Clémence, A., Marion-Veyron, R., Antonietti, J.-P., Alameda, L., Golay, P., & Conus, P. (2016). Insight as a social identity process in the evolution of psychosocial functioning in the early phase of psychosis. *Psychological Medicine*, 1–12.
- Klausner, M., (2015). *Choreografien psychiatrischer Praxis: eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie*, Bielefeld: transcript Verlag.
- Koenig-Flahaut, M., Castillo, M. C., Schaer, V., Le Borgne, P., Bouleau, J. H., & Blanchet, A. (2012). Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 88(4), 279-285.
- Knowles, C.(2000a). *Bedlam on the Streets*. London: Routledge.
- Knowles, C. (2000b). Burger King, Dunkin Donuts and community mental health care. *Health and Place*, 6(3), 213-224.

- Kohut, H. (2011). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
- Korpela Kalevi M., Ylén M. *et al.*, (2009). Stability of self-reported favourite places and place attachment over a 10-month period, *Journal of Environmental Psychology*, 29.1, 95-100.
- Krabbendam, L. & van Os, J. (2005). Schizophrenia and Urbanicity: A Major Environmental Influence-Conditional on Genetic Risk. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 795-799.
- Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: The go-along as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.
- Laurier, E. (2009). Ethnomethodology/ethnomethodological geography. *International encyclopedia of human geography*, 3, 632-637.
- Laws G. (1988). Privatisation and the local welfare state: the case of Toronto's social services. *Transactions of the Institute of British Geographers* 13, 433-448.
- Laws G. (1989). Privatisation and dependency on the local welfare state. In :*The Power of Geography: How Territory Shapes Social Life* (ed. J. Wolch and M. Dear), pp. 238-257. Unwin Hyman: London.
- Laws G. (1992). Emergency shelter networks in an urban area: serving the homeless in Metropolitan Toronto. *Urban Geography* 13, 99-126.
- Laws G. & Dear M. (1988). Coping in the community: a review of factors influencing the lives of deinstitutionalized ex-psychiatric patients. In: *Location and Stigma: Contemporary Perspectives on Mental Health and Mental Health Care* (ed. C.J. Smith and J.A. Giggs), pp. 83-102. Unwin Hyman: London.
- Lamy, M., (2013), Quels liens entre l'entretien d'explicitation (EDE) et les analyses de pratiques professionnelles (APP) en groupes?. In: *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles*, pp.50-58.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445–452.
- Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H., Schuch, P., Wüst, S., Pruessner, J. C., Rietschel, M. & Deuschle, M. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, 474(7352), 498-501.
- Lefebvre, H. (1974). La production de l'espace, *L'Homme et la société*, 31(1), 15-32.
- Lévy, J., & Lussault, M. (2013). *Dictionnaire de géographie et de l'espace des sociétés*.
- Lewis, G., David, A., Andréasson, S., & Allebeck, P., (1992). Schizophrenia and city life. *The Lancet*, 340, 137–140.
- Ley, D. (1988). Interpretive social geography in the inner city. In Eyles, J., *Research in human geography: introductions and investigations*. Oxford: Blackwell, 121-138.
- Longhurst, R. (2003). Semi-structured interviews and focus groups. *Key methods in geography*, 3, 143-156.

- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 197-206.
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolò, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta psychiatrica scandinavica*, 112(1), 64-71.
- Lysaker, P., Lysaker, J. (2008). *Schizophrenia and the fate of the self*, Oxford: University Press Oxford.
- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(7), 785-793.
- Macnaughton, E., Sheps, S., Frankish, J., & Irwin, D. (2015). Understanding the development of narrative insight in early psychosis: A qualitative approach. *Psychosis*, 7(4), 291-301.
- Marcelis, M., Navarro-Mateu, F., Murray, R., Selten, J.-P., & Van Os, J. (1998). Urbanization and psychosis: A study of 1942–1978 birth cohorts in The Netherlands. *Psychological Medicine*, 28, 871–879.
- Martin J-Y., (2006). Une géographie critique de l'espace du quotidien. L'actualité mondialisée de la pensée spatiale d'Henri Lefebvre, *Articulo-Journal of Urban Research*, 2.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156.
- McGrath L. & Reavey P., (2015). Seeking fluid possibility and solid ground : Space and movement in mental health service users' experiences of crisis, *Social Science & Medicine*, 128, 115-125.
- McGrath L., Reavey, P. (2016). Zip me up, and cool me down: Molar narratives and molecular intensities in 'helicopter' mental health services, *Health & Place*, 38, 61-69.
- McKenzie, R. D., & Hawley, A. H. (1968). *On Human Ecology: Selected Writings Edited and with an Introduction by Amos H. Hawley*. University of Chicago Press.
- Mortensen, P., & Pedersen, C. (2001). Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: A replication and reanalysis. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 46–52.
- Milligan, C. (1996). Service Dependent Ghetto formation—a transferable concept?. *Health & Place*, 2(4), 199-211.
- Milligan, C., Wiles, J. (2010). Landscapes of care, *Progress in Human Geography*, 34(6), 736-754.
- Milligan, C. (2000). Breaking out of the Asylum: the impact of the informal sector in a restructured mental health environment. *Health and Place*, 6(3), 189-200.
- Mitchell, R., Astell-Burt, T., & Richardson, E. A. (2011). A comparison of green space indicators for epidemiological research. *J Epidemiol Community Health*, 65(10), 853-858.
- Müller, C. (1982). *Les institutions psychiatriques: possibilités et limites*: Springer-Verlag.

- Myin-Germeys, I., Oorschot, M., Collip, D., Lataster, J., Delespaul, P., Van Os, J. (2009). Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychological medicine*, 39(9), 1533-1547.
- Noël, B., (1991). *La métacognition*, De Boeck: Bruxelles.
- Observatoire suisse de la santé (éd) (2015). La santé en Suisse- le point sur les maladies chroniques. In: *Rapport national sur la santé 2015*. Berne: Hogrefe Verlag, pp.40-74.
- Park D.C., Simpson-Housley P. & de Man A. (1994). 'To the infinite spaces of creation': the interior landscape of a schizophrenic artist. *Annals of the Association of American Geographers*, 84, 192-209.
- Parr, H. & Philo, C. (1995). Mapping mad identities. In Pile, S. and Thrift, N., *Mapping the Subject: Geographies of Cultural Transformations*. London: Routledge, 199-225.
- Parr, H. (1997). Mental health, public space, and the city: questions of individual and collective access. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, 435-454.
- Parr, H. (2000). Interpreting the 'hidden social geographies' of mental health: ethnographies of inclusion and exclusion in semi-institutional places. *Health and Place*, 6(3), 225-237.
- Parr H., (2002). Medical geography : diagnosing the body in medical and health geography, 1999-2000, *Progress in Human Geography*, 26(2), 240-251.
- Parr, H., Philo, C. & Burns, N. (2004). Social geographies of rural mental health: experiencing inclusions and exclusions. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 29(4), 401-419.
- Parr, H. (2006). Mental health, the arts and belongings, *Transactions of the Institute of British Geographers*, 31(2), 150-166.
- Parr, H. (2008). *Mental Health and Social Space: Towards Inclusionary Geographies ?*, Oxford, UK: Blackwell publishing Ltd.
- Philo, C., (1986). The same and the Other: on geographies, madness and outsiders. Working Paper. Loughborough University of Technology, Department of Geography.
- Philo, C. (1987). Fit localities for an asylum: the historical geography of the nineteenth-century "mad-business" in England as viewed through the pages of the *Asylum Journal*. *Journal of Historical Geography*, 13(4), 398-415.
- Philo, C.(1989). Enough to drive one mad: the organisation of space in nineteenth-century lunatic asylums. In Wolch, J. and Dear, M. J., *The power of geography: how territory shapes social life*. London: Unwin Hyman, 258-90.
- Philo, C. (1997). Across the water: Reviewing geographical studies of asylums and other mental health facilities. *Health and Place*, 3(2), 73-89.
- 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.
- Philo, C. & Parr, H. (2004). They shut them out the road': Migration, mental health and the Scottish highlands. *The Scottish Geographical Magazine*, 120(1-2), 47-70.

- Philo, C., Parr, H. and Burns, N. (2004) Geographies of exclusion. *Mental Health Today*, pp. 20-23.
- Philo C., (2005). The geography of mental health: an established field ?, *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 585-591.
- Pinfold, V. (2000). Building up safe havens... all around the world: users' experiences of living in the community with mental health problems. *Health and Place*, 6(3), 201-212.
- Pile, S., & Thrift, N. J. (Eds.). (1995). *Mapping the subject: geographies of cultural transformation*. Psychology Press.
- Pile S. (2010) Emotions and affect in recent human geography. *Transactions of the Institute of British Geography* 35(1): 5–20.
- Pink, S. (2007). Walking with video. *Visual studies*, 22(3), 240-252.
- Pink S. (2009) *Doing Sensory Ethnography*. London: Sage.
- Poirel, M-L., Khoury, E., Rodriguez, L., Larivière, N., Riendeau-Janvier, C. (2013). Contribution des hôpitaux de jour en psychiatrie dans le champ contemporain de la santé mentale au Québec. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2929-2937.
- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J. P., & Gely-Nargeot, M. C. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique: Partie I: insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'Encéphale*, 34(6), 597-605.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P & Ross, C. A., (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 112: 330-350. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 112. 330-50.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251.
- Roberts, G., & Boardman, J. (2013). Understanding 'recovery'. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19, 400–409.
- Sixsmith A.J. (1983). The provision of health care facilities in Lancashire for the elderly, severely mentally infirm. Unpublished MA thesis, University of Keele, Department of Geography.
- Sixsmith A.J. (1988). Locating mental health facilities: a case study. In *Location and Stigma: Contemporary Perspectives on Mental Health and Mental Health Care* (ed. C.J. Smith and J.A. Giggs), pp. 175-202. Unwin Hyman: London.
- Smith C.A. & Smith C.J. (1978). Locating natural neighbours in the community. *Area* 10, 103-110.
- Smith C.A., Smith C.J., Kearns R.A. & Abbott M.W. (1994). Housing stressors and social support among the seriously mentally ill. *Housing Studies* 9, 245-261.
- Smith C.J. (1975). Being mentally ill in the asylum or the ghetto. *Antipode* 7(2), 53-59.
- Smith C.J. (1976). Distance and the location of community mental health facilities: a divergent viewpoint. *Economic Geography* 52, 181-191.

- Smith C.J. (1977). Geography and mental health. Association of American Geographers, Commission on College Geography, Resource Paper No.76-4.
- Smith, C. J. (1978). Problems and prospects for a geography of mental health. *Antipode*, 10(1), 1-12.
- Smith C.J. (1980). Neighbourhood effects on mental health. In: *Geography and the Urban Environment: Progress in Research and Applications*, Vol.III (ed. D.T. Herbert and R.J. Johnston), pp. 363-415. John Wiley: Chichester.
- Smith C.J. (1981). Residential proximity and community acceptance of the mentally ill. *Journal of Operational Psychiatry* 12, 2-12.
- Smith C.J. (1983). Innovation in mental health policy: community mental health in the United States of America, 1965-1980. *Environment and Planning D: Society and Space* 1, 447-468.
- Smith, C. J. & Giggs, J. A. (1988). *Location and stigma: contemporary perspectives on mental health and mental health care*. London: Unwin Hyman.
- Smith C.J. (1988). *Public Problems: the Management of Urban Distress*. Guilford Press: New York.
- Smith C.J. (1989). Privatisation and the delivery of mental health services. *Urban Geography*, 10, 186-195.
- Smith C.J. & Hanham R.Q. (1981). Deinstitutionalisation and the mentally ill: a time path analysis of the American states, 1955-1975. *Social Science and Medicine* 15D, 361-378.
- Söderström, D., Jungo, S., Pedrozo, S., Söderström, O. & Conus, P. (2013). Densité urbaine et psychose—est-ce que vivre en ville rend schizophrène?. *Revue Médicale Suisse*(398), 1682- 1686.
- Söderström, O. (2016). “I don’t care about places”: The whereabouts of design in mental health care. In: R. Imrie, C. Bates & K. Kullman (Eds.), *Care and design: Bodies, buildings, cities* (pp. 56–73). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Söderström O., Abrahamyan-Empson L., Codeluppi Z., Söderström D., Baumann P.S, Conus P., (2016). Unpacking ‘the City’: an experience-based approach to the role of urban living in psychosis, *Health & Place*, 42, 104-110.
- Söderström, O., Söderström, D., Codeluppi, Z., Empson, L. A., Conus, P. (2017). Emplacing recovery: how persons diagnosed with psychosis handle stress in cities, *Psychosis*, 1-8.
- Sundquist, K., Frank, G., & Sundquist, J. (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression: Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 293–298.
- Söderström, O. (2019), “A quand un plan santé mentale dans les villes suisses?”, In: *Le Temps* (194) , 06.02.2019, p.7.
- Taylor, S.(1974). *The geography and epidemiology of psychiatric disorders in Southampton*. Unpublished doctoral dissertation, University of Southampton, England.
- Taylor S.M. & Dear M.J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240.

- Taylor S.M., Hall G.B., Hughes R.C. & Dear M.J. (1984). Predicting community reactions to mental health facilities. *American Planning Association Journal*, 50, 36-47.
- Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel: sociologie des régimes d'engagement*. Éd. La Découverte, 111.
- Thrift, N. (1996). *Spatial formations* (Vol. 42). Sage.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 90-99.
- Van Os, J., Driessen, G. & Delespaul, P. (2000). Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *British Journal of Psychiatry*, 176, 243-248.
- Van Os, J. (2004). Does the urban environment cause psychosis? *The British Journal of Psychiatry*, 184, 287-288.
- Van Os J., Kenis G., et al. (2006). The environment and schizophrenia, *Nature*, 468, 203-212.
- Van Os, J. (2009). A salience dysregulation syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 101-103.
- Vassos E., Pedersen, C. B., Murray R. M., et al. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1118-1123.
- Veling, W., Susser, E., van Os, J., Mackenbach, J. P., Selten, J.-P. & Hoek, H. W. (2008). Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants. *The American Journal of Psychiatry*, 165(1), 66-73.
- Vermersch, P. (2004). Aide à l'explicitation et retour réflexif. *Education permanente*, 160(3), 71-80.
- Vermersch, P. (2005). *L'entretien d'explicitation, en formation initiale et continue*. (5è édition) ESF Sciences Humaines: Paris.
- Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation*. (6è édition), ESF: Paris.
- Williams, A. (Ed.). (1999). *Therapeutic landscapes: The dynamic between place and wellness*. University Press of America.
- Winz, M. (2018). An atmospheric approach to the city-psychosis nexus. Perspectives for researching embodied urban experiences of people diagnosed with schizophrenia. *Ambiances. Environnement sensible, architecture et espace urbain*.
- White A.N. (1976). Locational analysis for public facilities: models, patterns and processes. Unpublished PhD thesis, University of Pennsylvania, Department of Urban and Regional Planning.
- White A.N. (1979). Accessibility and public facility location. *Economic Geography*, 55, 18-35.
- Wolch J.R. (1979). Residential location and the provision of human services: some directions for geographic research. *Professional Geographer* 31, 271-277. Wolch J.R. (1980). Residential location of the service-dependent poor. *Annals of the Association of American Geographers* 70, 330-341.
- Wolch J.R. & Gabriel S.A. (1985). Dismantling the community-based human service system. *Journal of the American Planning Association* 51, 53-62.

Wolch J.R. (1990). *The Shadow State: Government and Voluntary Sector in Transition*. Foundation Centre: New York.

Wolpert, J. (1974). From asylum to ghetto. *Antipode*, 6(3), 63-76.

Wolpert, J., Dear, M. & Crawford, R. (1975). Satellite mental health facilities. *Annals of the Association of American Geographers*, 65(1), 24-33.

World Health Organization (WHO), (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope. In: *World Health Report 2001*. Geneva, pp.17-25.

Yates, I., Holmes, G., Priest, H. (2012). Recovery, place and community mental health services, *Journal of Mental Health*, 21(2), 104-113.

Yung, A. R., Stanford, C., Cosgrave, E., Killackey, E., Phillips, L., Nelson, B. & McGorry, P. D. (2006). Testing the ultra high risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenia Research*, 84(1), 57-66.

Zammit, S., Lewis, G., Rasbash, J., Dalman, C., Gustafsson, J., & Allebeck, P. (2010). Individuals, schools, and neighborhood. *Archives of General Psychiatry*, 67, 914-922.

9. ANNEXES

Annexe I. Guide d'entretien - go-alongs filmés (avril 2015)

Suite à l'expérience filmée à laquelle vous avez participé il y a quelques semaines, nous vous proposons aujourd'hui de visionner ensemble la vidéo de votre parcours. L'idée de ce visionnement est que vous commentiez vous-mêmes librement différentes moments de votre parcours qui vous ont marqués. Après ce visionnement, nous aimerions discuter plus généralement de ce parcours en ville et de ce qui se passe habituellement pour vous lorsque vous êtes en ville.

I. Expérience du go-along

- a. Si vous vous rappelez votre parcours, pouvez-vous nous dire quels sont les éléments ou moments dont vous vous souvenez aujourd'hui ?

Je vous propose à présent que nous visionnions ensemble la vidéo de votre parcours (le patient prend place devant l'ordinateur).

Si le patient ne se souvient pas de son parcours, démarrer la vidéo rapidement. S'il se souvient du parcours il peut choisir quand démarrer la vidéo et lui laisser la possibilité d'accéder directement à des séquences de la vidéo qu'il aimerait nous montrer.

FIN DU VISIONNEMENT

Nous allons à présent vous poser quelques questions en lien avec votre parcours (si ces questions n'ont pas été abordées pendant le visionnement, il faut les poser après le visionnement).

De façon générale :

- a. Pour quelles raisons votre choix s'est-il porté sur ce segment de parcours en particulier ?
- b. Vous êtes-vous sentis un peu sous pression et si oui à quel moment ? Si oui, qu'avez-vous fait pour vous sentir mieux ? Pourriez-vous décrire un peu plus cet état, ce sentiment ?
- c. Lors du parcours avez-vous remarqué des lieux dans lesquels vous vous êtes sentis à l'aise ?
- d. Y a-t-il eu des moments au cours desquels vous vous êtes senti « bizarre », étrange, comme un peu déconnecté de vous-même ?
- e. Avez-vous eu une impression d'être coupé du monde (c-à-d d'être comme dans une bulle, séparé des autres) et si oui à quel moment ?
- f. Avez-vous eu le sentiment d'avoir la tête soudainement vide et si oui à quel moment ?

Si besoin de clarifier : comme des pensées qui s'interrompent, s'estompent ou perdent leur enchaînement.

Certains patients disent qu'il leur arrive de se sentir jugés ou ils ont le sentiment que les autres les regardent d'une manière particulière et qu'ils les jugent...

- a. Lors du parcours, vous est-il arrivé de vous sentir jugé, considéré par les autres comme différent ? Dans quel lieu ? Ce sentiment de différence a-t-il persisté tout au long du parcours ? Pouvez-vous identifier un moment où ce sentiment a disparu ?

En ville, il existe une variété d'environnements. Ils peuvent créer différentes impressions et sensations. Dans cette perspective,

- a. D'habitude lorsque vous vous déplacez, comment trouvez-vous votre chemin, comment vous orientez-vous ?
- b. Y a-t-il des endroits ou des éléments qui font que vous vous sentez perdu ou qui au contraire vous aident à vous orienter ?

Les sentiments ou les impressions peuvent varier d'un moment à l'autre, en ville ou ailleurs...

- a. Est-ce que durant le parcours vous avez fait l'expérience de passer d'un sentiment de sécurité (**confort psychique**, bien être) à un sentiment de malaise ?
- b. Si oui, que remarquez-vous quand vous passez d'un sentiment de sécurité (confort psychique, bien être) à un sentiment de malaise ?
- c. Pouvez-vous identifier un lieu dans lequel il est facile de rencontrer d'autres personnes et de nouer des relations ? A l'inverse un lieu dans lequel la création de liens vous semble difficile ?

Oublions maintenant ce parcours avec la vidéo. De manière générale, si l'on considère l'ensemble des lieux que vous fréquentez à Lausanne et qui ne figurent pas forcément dans le parcours filmé...

- d. Y a-t-il des lieux que vous fréquentez régulièrement et dans lesquels vous vous sentez bien et inversement moins bien ?
- e. Est-ce qu'il y a des endroits que vous évitez à tout prix car trop stressant/désagréables ?
- f. Les sentiments que vous venez de décrire sont-ils apparus avec votre pépin de santé ou est-ce que vous les aviez déjà avant ?
- g. Qu'est-ce qui pourrait vous aider à vous sentir mieux où vous vivez ? Est-ce que le fait d'être accompagné lors du parcours en ville était un plus pour vous sentir à l'aise ?
- h. Est-ce que la caméra vous a dérangé durant le parcours ?

Nous aimerions à présent brièvement évoquer votre parcours de vie.

II. Biographie du patient

- a. Pouvez-vous me décrire en quelques mots d'où vous venez, où vous vivez à Lausanne et depuis combien de temps vous habitez à Lausanne ?
- b. Où êtes-vous né ?
- c. Combien de fois avez-vous déménagé avant votre problème de santé ? Dans quelles villes, combien d'années ?

Questions de relance :

- Si migration internationale : si vous avez vécu dans une ville d'un autre pays, est-ce que c'était plus ou moins stressant qu'à Lausanne et pourquoi ?
- Si ville différente : La vie dans cette autre ville vous paraissait-elle plus agréable, pourquoi ? Votre quotidien était-il différent, pourquoi ? L'environnement était-il plus ou moins agréable, pourquoi ?

- d. Si vous viviez auparavant à la campagne : est-ce que c'était plus ou moins stressant qu'à Lausanne et pourquoi ?
- e. Vivez-vous seul (e) ou avec d'autres personnes?
- f. Avez-vous le sentiment que le fait de vivre en ville a joué un rôle dans l'apparition de votre maladie ? Si oui, de quelle manière ?
- g. Si vous pouviez déménager n'importe où quel lieu choisiriez-vous ? A Lausanne, ou à la campagne ou ailleurs ?

Annexe II. Guide d'entretien - parcours commentés (octobre 2015)

Présentation du (des) interviewer(s) et de leur(s) rôle(s) dans le cadre du projet. C'est une recherche interdisciplinaire sur 3 ans financée par le FNS qui inclut l'Université de Neuchâtel et le Département de psychiatrie du CHUV. Ce projet s'intéresse au rapport entre la ville et la santé psychique. Nous essayons de comprendre plus précisément ce lien en nous basant sur l'expérience du milieu urbain par les patients du programme TIPP.

Aujourd'hui, l'entretien sera composé de 3 parties :

Je vous propose dans un 1^{er} temps, que nous discutons quelques minutes de votre parcours biographique pour savoir un peu d'où vous venez, depuis combien de temps vous êtes à Lausanne, etc.

Ensuite, je vous suggère de faire la balade en ville suivant un itinéraire que je vous proposerai (environ 30 minutes) et nous discuterons ensemble de ce que ces lieux suscitent comme impressions, sensations.

Dans un 3^{ème} temps on reviendra à Chauderon où je vous poserai encore quelques questions d'ordre plus général sur votre relation à la ville.

Est-ce que ça va pour vous ?

L'entretien sera enregistré (enregistreur audio) pour pouvoir ensuite retranscrire et travailler sur le matériel.

I. Biographie du patient

1. Parlez-moi un peu de votre parcours de vie, d'où venez-vous, où vous êtes né, où vous avez grandi.
 - Migration internationale : où, différences avec Lausanne
 - Lieu de résidence : Lausanne, ailleurs, depuis quand à Lausanne.
 - Déménagement avant/pendant pépins de santé /raisons des déménagements
 - Famille
 - Vit seul ou avec d'autres personnes
 - Ville/campagne – fréquence de fréquentation de la ville – motifs de fréquentation
 - Sensibilité à l'environnement déjà depuis l'enfance ou non

Maintenant, si on parle plus spécifiquement de la relation à la ville et de la fréquentation des différents lieux...

2. Est-ce que vous vous rendez souvent en ville?
 - Oui : Fréquence, lieux fréquentés (où), temporalité (quand)
 - Si non : pourquoi ? est-ce qu'il y a des lieux que vous souhaiteriez fréquenter si vous pouviez ?

II. Promenade urbaine

Je vous propose maintenant de faire notre balade (environ 30 minutes) : voici l'itinéraire que je vous suggère : je vous propose que nous partions de Chauderon pour aller aux collines de Montbenon, pour y aller nous passerons par le Flon et nous ferons un crochet par St-François, par la vieille ville. Est-ce que ça va pour vous ?

Chauderon

3. Qu'est-ce que vous pensez du nouvel espace de consultation de Chauderon ? C'était mieux maintenant ou c'était mieux avant, pourquoi ?
 - Espaces intérieurs/extérieurs/comparaison par rapport à l'ancien espace de consultation
 - Place et rôle de la consultation dans les trajectoires urbaines des patients
4. Le fait qu'il y a peu ou beaucoup de monde en ville, est-ce que c'est quelque chose de compliqué ? Pourquoi ?
 - Proximité physique avec les autres
 - Sentiment d'être jugé, observé lorsque beaucoup de monde autour de la personne
 - Beaucoup d'activité ou de mouvement autour de la personne
5. Qu'est-ce que vous faites si vous arrivez à un moment où il y a de la foule comme ça peut être le cas ici ?
 - Fréquentation du lieu à d'autres moments de la journée/semaine
 - Rythme de marche
 - Création d'une bulle : musique, pensées, compagnie
 - Planification trajectoires
 - Utilisation des objets de l'environnement comme protection
6. Est-ce que votre rapport à la foule a changé avec l'apparition de vos pépins de santé ? Pourquoi ?

Flon

7. Et ici, qu'est-ce que vous inspirent ces bâtiments, ces différents espaces, la manière dont ils sont disposés ? Est-ce désagréable ou plutôt agréable, pourquoi ?
 - Le fait d'être entouré par quelque chose
 - Le fait de se sentir observé
 - La sensation dans les espaces confinés VS espaces ouverts (ex Riponne)
8. Si vous êtes amené à passer par un espace de ce type-là, qu'est-ce que vous faites ?
 - Evitement
 - Rythme de marche
 - Bulle
 - Planification trajectoires
 - Utilisation des objets de l'environnement comme protection
9. Est-ce que la perception de ce lieu a changé avec l'apparition de vos pépins de santé ? Pourquoi ?

Montbenon

Les relations sociales font partie de la vie en ville. Elles peuvent nous procurer à nous tous diverses sensations : stress, inconfort, bien-être...

10. De manière générale, comment est-ce que vous décririez votre relation aux autres actuellement en ville ou ailleurs ? Est-ce que cela a changé par rapport à avant ? Pourquoi ?
 - Sentiment d'être jugé – lieux spécifiques
 - Situations dans lesquelles relations faciles ou difficiles à gérer en ville
 - Rencontre avec personnes connues
 - Fréquentation de la ville seule (e) ou accompagné (e)

Saint-François

On sait qu'en ville, il y a beaucoup de sollicitations sensorielles différentes, des bruits, des odeurs, des choses à regarder...

11. Comment réagissez-vous à ces différentes sollicitations sensorielles en ville ?

- Indifférence
- Mécanismes de protection : abstraction, bulles
- Sentiment de trop plein

... Plusieurs patients nous disent que dans certains lieux ils se sentent parfois submergés par ces différents éléments et cela leur procurent un sentiment de trop plein...

12. Est-ce qu'il vous arrive de ressentir ce même type de sensations ?

13. Ces lieux où il y a trop de choses...c'est trop de quoi ? Est-ce que vous arriveriez à identifier des éléments de ce trop... ? Dans quels lieux en particulier ?

- vous ne savez plus à quoi réagir dans l'environnement urbain car il y a bcp d'informations avec difficulté à organiser ces informations VS un élément qui vous dérange en particulier.
- un bruit, type de bruit, humain/non-humain, strident, répétitif, échos
- une odeur
- un contact visuel
- un contact physique
- un bruit ou un contact inattendu
-

14. Quand vous êtes dans ces situations, comment gérez-vous ce « trop plein »?

- Evitement de certains lieux
- Rythme de marche
- Création d'une bulle : musique, pensées, compagnie
- Planification trajectoires
- Utilisation des objets de l'environnement comme protection
- Est-ce que ce sentiment de trop plein est associé selon vous à l'apparition de vos pépins de santé? Ou est-ce qu'avant vos pépins de santé ces sensations étaient déjà présentes ?

III. Questions générales – clôture de l'entretien

Retour à Chauderon et dernière partie d'entretien :

Nous allons clore l'entretien par quelques questions encore d'ordre plus général..

Toujours en restant dans les questions liées au ressenti des lieux..

15. Est-ce qu'il y a des lieux que vous fréquentez régulièrement et qui vous ressource. Lesquels ?
Qu'est-ce qui rend ces lieux agréables ?

- Lieux de nature : forêt, campagne, parcs
- Lieux urbains denses avec forte activité
- Lieux mémoire
- Lieux connus
- Dimension relationnelle (accompagné(e))
- Caractéristiques de ces lieux : souvenirs, prévisibilité du lieu, ambiance particulière

16. A l'inverse, y a-t-il des lieux dans lesquels vous vous sentez moins bien ? Pourquoi ?
- Identification des éléments amenant du stress :
 - Densité humaine : proximité physique avec les autres, sentiment d'être jugé, observé lorsque beaucoup de monde, beaucoup d'activité ou de mouvement autour
 - Densité bâtie : le fait d'être entouré par quelque chose, le fait de se sentir observé, la sensation dans les espaces confinés VS espaces ouverts (Riponne)
 - Multisensorialité : combinaison entre plusieurs sollicitations sensorielles (lesquelles ?) VS une sollicitation particulière : un bruit, type de bruit, humain/non-humain, strident, répétitif, échos ; une odeur ; un contact visuel ; un contact physique ; bruit ou un contact inattendu
 - Si vous deviez hiérarchiser ces lieux du plus stressant et désagréable au plus supportable...
17. Comment faites-vous face à ces situations de stress?
- Développement de stratégies particulières pour se sentir mieux :
 - Evitement
 - Rythme de marche
 - Bulle
 - Planification trajectoires
 - Utilisation des objets de l'environnement comme protection
18. Question Lilith (référence à des endroits précis)
19. Question Lilith (référence à des endroits précis)

Nous avons demandé à l'ensemble des patients de prendre en photos des lieux qui illustrent ce qu'est la ville pour eux et qu'ils nous envoient par mail. Est-ce que vous seriez d'accord de participer à cette démarche ? Ce travail et ces entretiens feront ensuite l'objet d'une restitution auprès depuis l'ensemble des patients en début d'année prochaine.

Annexe III. Synthèse des résultats (go-alongs et parcours commentés)

Introduction :

Rappel des questions de recherche du projet auxquels nous tentons de répondre :

- Q1: What urban places are considered significant from the point of view of young patients?
- Q2: How do the salient dimensions of the experience of cities interact to create different types of stress or protection effects?
- Q3: What are the spatial biographies of young patients?

Méthodes employées pour répondre à ces trois questions:

- Q1: Narrative interviews (film elicitation), semi-structured interviews
- Q2: Narrative interviews, semi-structured interviews, go-alongs videos
- Q3: Narrative interviews (film elicitation)

A partir de ces méthodes, voici quelques premiers éléments de réponses pour les différentes questions de recherche.

Q1 : Les lieux significatifs pour les patients

Nous avons trois types de patients : les patients qui fréquentent la ville, les patients qui évitent la ville et les patients qui fréquentent la ville en fonction de certaines temporalités.

La fréquentation varie en fonction de l'état de santé du patient. Pour les patients qui évitent la ville et qui fréquentent la ville en fonction de certaines temporalités, les rendez-vous médicaux de même que les activités utilitaires (achats, activités thérapeutiques) sont des motifs de déplacement. La 2^{ème} phase d'entretiens permet de mettre en évidence une autre dimension. Pour ces mêmes patients, les rencontres avec la famille ou les amis en ville ou bien d'autres activités lors desquels ils sont accompagnés constituent également un motif de déplacement. Plusieurs patients aiment se promener et flâner en ville. Ces promenades s'opèrent toutefois dans un périmètre circonscrit souvent bien connu par les patients et pour une durée limitée.

- *Ouais...quand ça me prend parfois, j'aime bien me promener en ville. (Oscar)*
- *J'aime bien me balader en ville mais la nuit.j'aime bien les éclairages comment ça fait... Je fais un peu toujours la même promenade, maximum 30 minutes. (Xavier)*

L'accompagnement est vécu comme quelque chose d'ambigu par les patients. Il permet à la fois de moduler et de varier les trajectoires urbaines :

- *Quand je suis accompagné, je me laisse emporter, je me focalise à cent pour cent sur la personne, mais quand je suis seul je guide, je dirige, je préfère être seul comme ça il n'y a pas de conflits. (William).*

Pour l'ensemble des patients, les rendez-vous médicaux font l'objet d'une trajectoire unique qui n'est pas combinée avec d'autres activités. Après les rdvs les patients rentrent directement chez eux.

Il est intéressant de relever que la fréquentation de la ville dépend également du lieu d'habitation des patients. Deux patients expliquent que le fait de vivre actuellement en plein centre-ville participe à une moindre fréquentation de la ville. Oscar explique que depuis qu'il a déménagé au centre-ville, il fréquente moins la ville qu'auparavant, lorsqu'il vivait dans une commune périphérique.

- *Et est-ce que vous avez l'impression que votre sensibilité à l'environnement, que ce soit en ville ou ailleurs, c'est qqch qui était déjà présent quand vous étiez plus jeune ou c'est qqch qui est apparu vraiment quand vous avez eu des pépins de santé ?*
- *Ben, quand j'étais plus jeune je voulais habiter en ville en fait.*
- *Ouais..*
- *Mais dès que j'ai habité en ville même sans avoir de problème de santé, je n'aimais pas.*
- *D'accord.*
- *On a tout sous la main, du coup on prend moins le temps d'y aller. J'ai remarqué ça aussi.*
- *D'accord.*
- *Si on a besoin de qqch on...*
- *Vous êtes juste à côté.*
- *Ouais et puis on a plus de mal à y aller que si on habite en dehors.(Oscar)*

Ces résultats sont toutefois des indications qui n'ont pas de valeur statistique au vu des effectifs.

Tableau récapitulatif :

	Fréquentation de la ville	Fréquentation en fonction des temporalités	Évitement de la ville
Centre-ville	<ul style="list-style-type: none"> - St-François - Flon - Places et rues piétonnes : place de la Palud, rue du Grand-Chêne, etc - Bel-Air - Cathédrale - Parcs (Montbenon) - Place de l'Europe - Le Tunnel - Riponne 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre-ville piétonnier (Flon, rue de Bourg, ...) (les jours de semaine, le matin, la nuit) - Riponne - Flon - Lieux du centre où rencontres avec connaissances - Rue marchandes avec accompagnement pour des activités d'achat ou promenades 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation Chauderon - Commerces à proximité (Flon, Métropole) - Rues marchandes avec accompagnement - Parcs avec accompagnement
Hors centre-ville	<ul style="list-style-type: none"> - Bord du lac (Ouchy, Vidy) - Vallée de la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Lieux d'habitation ou familiaux (communes périphériques) : Pully, Mont-sur-Lausanne (« c'est un petit village dans la ville ») - Bord du lac - Forêt : bois de Sauvabelin 	<ul style="list-style-type: none"> - Forêt et bord du lac (La Sallaz, Vidy) - Institut maïeutique - Foyers - Parc de l'Hermitage, Rumine, Sauvabelin, Montbenon

		<ul style="list-style-type: none"> - Parcs (Valency, Montbenon) - Institut maïeutique - Foyers 	
Hors ville de Lausanne	<ul style="list-style-type: none"> - Campagne (Crissier-village, Epalinges, Lutry) - Forêt - Villages/petites villes (Chavornay, Cossonay) - Localités au bord du lac (Montreux, Vevey), - Lieux d'origine - Montagne (mais pour période limitées, vacances – court séjour) 	- Montagne	- Campagne, montagne (lieux d'origine (riviera vaudoise, Valais)
Lieux-mémoire	- Lieux de sortie, d'activités (centre-ville)	/	- Parcs, forêts, activités familiales

Q2 : Les sources de stress

Les principales sources de stress identifiées en compilant les 20 entretiens menés sont les suivantes :

1. Densité

Pour la plupart des patients, c'est la densité humaine la principale source de stress :

J'évite plutôt la ville : \ surtout ouais \... Ben.. deux minutes marcher dans la foule ça va \.. mais ensuite je deviens vraiment énervée\ (Emilie)

Il y a des endroits qui sont particuliers à Lausanne pour vous de ce point de vue-là/ ?

Par rapport à la foule/ ?

Ben../ ça dépend des jours:\. Le samedi en plein Bel-Air ou comme ça.. ben j'y vais pas quoi\.. parce que je supporte pas\.. il y a trop de gens.. ça me donne vite chaud..\j'évite\.. Mais sinon...je vais aller à des moments où il y a moins de monde\... (Emilie).

Deux des vingt patients interrogés, c'est l'absence de densité qui est source de stress. La foule a un effet protecteur :

[...] J'aime bien me noyer/ ..comme une fourmi/..dans la foule (Laure).

Ah non..tout est agréable\..j'aime entendre les bruits de la foule/.j'aime entendre les musiciens qui jouent/..heu..en fait j'aime me sentir seule..mais entourée\. [...] J'ai le sentiment de faire partir de la société mais en ne m'exposant pas trop\ (Laure).

La densité humaine en tant que facteur de stress est définie de différentes manières par les patients :

Nombre de personnes et répartition spatiale (éléments visuels)

Plusieurs patients expliquent que le nombre de personnes ainsi que la façon dont ils se répartissent dans l'espace amènent des sensations d'oppression, d'étouffement, le sentiment d'être bloqué sur place.

La ville ça me, les gens me, j'ai, en revanche, avant j'étais pas comme ça mais en grandissant, je me suis aperçue que, quand il y a trop de monde, quand il y a trop de foule, par exemple la fête du Soleil, je me sens complètement claustrophobe, je fais 5 minutes pis je me casse.

Ok.

Parce qu'il y a trop, ça fait trop de concentration, de trop, alors que si vraiment j'ai besoin de l'air c'est pas ici que je vais venir.

[...]

Je veux juste, euh, c'est pas une question de, je peux très bien vivre avec des gens, je peux très bien côtoyer des gens, c'est quand il y a trop, il y a un sentiment d'étouffement, quand je peux pas respirer, je peux pas avancer, faut pousser les gens pour avancer ça me « ouuh » (la patiente pousse un cri) (Rachel).

Proximité physique

Pour d'autres patients c'est la proximité physique induite par une grande densité de personnes qui pose problème plus que le nombre de personnes et qui amène également une sensation d'étouffement.

Le bruit a toujours été là, j'ai toujours eu ces problèmes d'oreilles hyper sensibles. Mais je n'arrive pas à me concentrer parce que les gens parlent (changement de place pour discuter). Euhm, en fait avant la proximité me dérangeait plus mais maintenant ça m'est un peu passé. D'accord, donc ça s'est atténué avec le temps ? Ouais. (Oscar)

Personnes connues vs inconnues

La plupart des patients font une différence entre personnes connues et inconnues qu'ils seraient amenés à fréquenter. Pour quelques patients, fréquenter des personnes connues a un côté rassurant, protecteur, alors que les inconnus sont considérés comme menaçants. A l'inverse pour d'autres patients les personnes sont considérées comme menaçantes alors que les inconnus sont ressentis comme rassurants. Enfin, pour la plupart des patients, le fait de fréquenter des personnes connues ou inconnues peut être facteur de stress en fonction des situations.

Est-ce que vous avez l'impression que d'être entouré par des personnes ça crée ce sentiment de malaise par rapport à, par exemple d'avoir le sentiment d'être un peu observé, regardé par tout ce monde ?

Non.

Non, vous parlez de foule, si c'est une foule de gens que vous connaissez pas ou que vous connaissez, est-ce que ça change quelque chose ?

Oui, bien sûr.

Ouais, dans quel sens ?

Ben, si c'est les gens qu'on connaît, euh, c'est plus supportable.

Mmm, ok. (Rachel)

La configuration de l'espace est une autre source de stress.

Elle se combine la plupart du temps avec la densité humaine et produit des ambiances particulières et des configurations spatiales et relationnelles spécifiques et non systématiques qui sont vécues comme stressantes par les patients. Plusieurs patients comme Tania par exemple nous expliquent que la proximité physique produit du stress dans des circonstances particulières :

Donc on va prendre par exemple milles personnes sur une euh, par exemple euh, sur un terrain de foot, ouais milles sur un terrain de foot c'est un peu beaucoup quand même (Rire) ouais voilà bon milles personnes sur un terrain de foot ça va faire trop pour moi mais si par contre on prend la largeur de trois ou quatre terrains de foot qu'on les met comme ça mis ensemble et pis que c'est un peu plus dispatché par exemple si on va au Paléo où il y a aussi un gros attroupement, il y a beaucoup beaucoup de monde mais bon on est quand même, il y a de la place, on peut écouter la musique et tout, je me sens pas du tout oppressée, j'ai déjà été plusieurs fois au Paléo, mon frère y travaille aussi ben chaque année, ça me dérange absolument pas, des fois quand il faut se faufiler dans les files ouais ça me saoule un peu parce que voilà mais eum, il y a quand même de l'espace c'est pas le fait qu'il y ait du monde qui me dérange, c'est le fait qu'ils soient trop, que j'ai pas mon espace intime. [...] mais je peux tout à fait passer une soirée où il y a beaucoup beaucoup de monde sans partir en courant hein mais quand ça fait trop, enfin c'est, je reste pas. (Tania)

- La configuration spatiale de certains lieux procure aux patients le sentiment d'être oppressé, coincé dans un espace spécifique ou observé lorsque les bâtiments sont pourvus de fenêtres.

Et pis ces endroits un peu confinés, est-ce que pour vous ça serait plutôt, enfin s'il y a pas mal de fenêtre par exemple dans ces bâtiments comme ça c'est quelque chose qui vous plaît pas trop d'avoir peut-être le sentiment d'être un peu observé ?

Ouais. Dans des chemins un peu étroits avec des maisons de chaque côté. (Mateo)

À l'inverse, les grands espaces dégagés, tels que les places (Riponne) ou les parcs avec des échappées visuelles, les « espaces du vide » comme les nomme Rachel sont des espaces appréciés par les patients.

Plus spécifiquement, les formes urbaines qui entourent/encerclent un espace, le confinement de certains espaces qui restreignent les possibilités de se mouvoir librement (trottoirs, chemins lorsqu'il y a du monde), les espaces intérieurs (transports publics, principalement le métro, les centres commerciaux) sont considérés comme stressants. Ces espaces sont décrits comme sans « échappatoires » et donc angoissants pour les patients.

Les endroits étroits\..je ne les aime pas non plus :\.

Mais là:\..il y a de la place\.

Non\..mais là:\..il y a de la place\.. Mais les endroits étroits... avec beaucoup de gens\..comme le

métro/..

Ouais/..Ils ne me correspondent pas\..ou plus\..comme les boîtes de nuit par exemple\.. les endroits où il y a trop de gens:\..pfff.. je me sens pas bien\...(Benoît)

- Espaces contenant et peu organisés au niveau des flux de personnes : la propension de certains espaces à attirer, contenir la densité humaine sans organisation des flux de personnes est vécue comme stressante par certains patients.

Dans les espaces commerciaux par exemple comme le Métropole quand c'est un peu des espaces intérieurs ?

Ouais là j'ai un peu plus de peine.

Ouais, et vous sauriez dire pourquoi ?

Parce que c'est fermé et qu'il y a pas, il y a beaucoup de gens dans ces endroits. Il y a toujours du monde, il y a des magasins partout donc les gens ils sortent de tous les magasins.

Et dans la ville vous disiez il y a toujours la possibilité de passer par un autre chemin alors que dans les magasins on peut imaginer que les accès et les mouvements à l'intérieur sont un peu imposés ?

Oui. (Rachel)

2. Sensorial overload

Définition du sensory overload par les patients

Lorsque nous avons évoqué les situations et sensations de sensory overload, la plupart des patients nous ont expliqué qu'eux-mêmes se définissent comme étant des êtres très sensibles aux différentes stimulations (« je suis très sensible », « je suis sur-efficace, j'entends plus intensément ce qui m'entoure »). Il faut toutefois opérer une distinction entre les patients hyper-réflexifs pour qui chaque stimulation est ressentie plus intensément et les patients hyper-sensibles pour qui la combinaison entre ces différents facteurs est vécue un « trop plein ». La moitié des patients établit un lien clair entre cette sensibilité et l'apparition de leurs pépins de santé.

La sensation de « trop plein » est produite par une combinaison entre plusieurs facteurs : bruits – proximité physique et regard des autres (role-management). Pour quelques patients, seuls le bruit et les odeurs produisent cette sensation.

Bruits humains

Le bruit de conversation en français principalement est une grande source de stress. Les patients expliquent qu'ils se sentent happés par les conversations qu'ils comprennent et ne parviennent plus à se concentrer sur leur activité ou pensée : *Il y a trop de bruit\...genre on est en ville et on entend un portugais parler là:...un espagnol parler là :...un africain parler là : et un albanais parler là\ :...et ça me mélange tout\...ça m'embrouille les pensées moi\ :... (Alex).*

Pour les patients hyper-sensibles, c'est plutôt la superposition de plusieurs conversations qui produit un bruit de fond et qui est source de stress.

Les bruits humains peuvent toutefois aussi être protecteurs. Pour un patient notamment, les bruits permettent à la fois de masquer la conversation en cours.

Mais les conversations environnantes permettent également la socialisation grâce à la possibilité pour le patient de puiser dans le vocabulaire et les conversations environnantes pour s'exprimer.

Je crois que je me suis un peu habitué..disons que ça ne me dérange plus trop mais ça peut être contraignant si je sois suivre une conversation..ou essayer de m'y intéresser ou argumenter. C'est plus compliqué. Il y a des fois où ça m'aide, j'entends des astuces à gauche à droite.. des gens qui parlent du coup je trouve plus facilement mes mots.

Donc pour vous ce n'est pas forcément dérangeant ? Ça dépend en fait ?

Ouais..

Ça peut vous aider des fois comme ça peut vous énerver ?

Ouais c'est ça. Si c'est pour des cours, ça risque de m'énerver mais si c'est pour une conversation banale avec un pote ça peut peut-être m'aider.(Oscar)

Bruits non-humains : bruits répétitifs sourds (musique de discothèque), les sons stridents brefs ainsi que les bruits soudains inattendus.

Odeurs : produisant des effets supposés néfastes sur l'organisme : par exemple, pollution provenant des voitures ou odeur de cannabis.

Est-ce qu'il y aurait quand même des choses qui pourraient vous stresser en ville, justement... autres que ça, je sais pas le bruit, les odeurs, d'autres choses... ?

Ah ouais, ben des fois y'a les odeurs, mais ça c'est parce que j'suis un peu eum.. un peu hypocondriaque ou bien.. j'fais un peu attention à ma santé, un peu trop sur des détails un peu inutiles... J'avoue que quand j'sens l'odeur des, des pots d'échappements ça, direct je me dis..ah j'vais me sentir moins bien ou bien..peut-être pas malade mais... mais direct j'me fais l'idée de.. d'une sorte de capital santé qui aurait diminué, un truc comme ça. (William)

Gestion de la distance/proximité et des interactions: elle peut être ressentie comme intrusive et « agressive » : plusieurs patients nous expliquent que le contact avec autrui est vécu comme agressant et la nécessité d'avoir une distance avec les personnes qui nous entourent ou le cas échéant de pouvoir fuir cette proximité. Pour la majorité des patients, la proximité avec des personnes connues est moins problématique qu'avec des inconnus. Plusieurs patients évoquent une distance minimale (environ 1 mètre) qui leur est confortable dans la gestion des interactions avec autrui.

Toutefois, dans des situations de stress, dans des circonstances particulières, notamment lors d'activités de loisirs, la proximité peut être vécue comme quelque chose de rassurant comme nous l'explique Rachel : *Par exemple si on va au Paléo où il y a aussi un gros attroupement, il y a bcp bcp de monde mais bon on est quand même..il y a de la place...on peut écouter de la musique et tout..je me sens pas du tout oppressée..j'ai déjà été plusieurs fois au Paléo, mon frère y travaille aussi..ben chaque année..ça me dérange absolument pas. Des fois quand il faut se faufiler dans les files..ouais..ça me saouille un peu parce que voilà..mais euhm il y a quand même de l'espace..c'est pas le fait qu'il y ait du monde qui me dérange..c'est le fait qu'ils soient trop...que j'ai pas mon espace intime.*

Cette même patiente, nous explique que de façon générale, la proximité avec les inconnus en ville en-dehors d'activités de loisirs est vécue comme menaçante. Pour la patiente, la ville se résume à un ensemble d'interactions avec des personnes qu'elle est obligée de côtoyer mais qu'elle ne désire pas fréquenter.

À l'inverse, pour un patient, la proximité, dans n'importe quelles circonstances est vécue comme quelque chose procurant du bien-être, propice aux contacts sociaux.

Donc euh, enfin disons par exemple les, quand vous êtes dans une foule, ou des choses comme ça, est-ce que ça, c'est des éléments qui pourraient vous stresser ?

Non, alors au contraire, je, j'aime assez les foules.

Mmm.

Euh, j'aime les environnements même un peu, très très serrés.

D'accord.

Donc c'est vraiment pas un truc qui me stresse.

Quand on dit des environnements serrés vous entendez... ?

Ben j'imagine genre, les boîtes de nuit ou les.. ou les cafés des fois ou les.. les bistrot où il peut y vraiment avoir tellement de gens que...qu'on a à la limite même plus besoin de tenir debout. On est...

Comme des sardines (rire) ?

Comme des sardines.

Ouais. Donc vous aimez les endroits comme ça très... ?

Ouais, ouais j'aime bien.

Vous sauriez dire pourquoi ? Qu'est-ce que ça vous procure ?

Ben.. je saurais très exactement dire pourquoi, parce que c'est assez agréable, c'est assez particulier mais.. j'sais pas si... c'est que, ben ouais c'est un peu le contact, c'est un peu comme un massage en quelque sorte... C'est un peu comme un massage... et ouais j'ai toujours bien aimé les pogos dans les boîtes, où on s'bouscule un peu...eum.. donc voilà. (William)

Le mouvement / la gestion des flux : C'est une dimension qui est ressortie de façon plus précise dans la 2^{ème} vague d'entretiens. Plusieurs patients interrogés nous expliquent que le mouvement est source de stress. Il y a le mouvement des personnes ou le mouvement du patient lui-même ainsi que le mouvement des voitures.

Le mouvement des personnes est vécu à la fois comme rassurant et angoissant par les patients. Il permet d'éviter les contacts et la sur-stimulation visuelle, mais pour d'autres le mouvement crée une situation d'exposition lorsque le patient se retrouve statique au milieu d'une foule. La situation d'attente au milieu de flux de personnes est vécue comme stressante par la plupart des patients.

Le mouvement des voitures est également vécu comme stressant par plusieurs patients. Cela est souvent combiné aux nuisances sonores qu'engendre la circulation. Mais le mouvement des voitures constitue également une entrave aux choix des déplacements des patients, comme nous l'explique Sacha, d'où la dimension stressante.

Non, en ville euh.. je fais pas trop attention à ce qui se passe autour.. bon c'est vrai qu'après c'est pratique parce qu'à Lausanne les magasins sont concentrés sur un endroit donc ça je trouve pratique après ben ..ça dépend où on va en ville mais ici ben la rue qui fait Chauderon- Bel-Air ben c'est euh..

bon on a de l'espace pour les piétons, les voitures qui sont au milieu de la route, et qui passent tout près..je trouve que c'est moins sécurisant, parce qu'on sait pas si on doit faire attention quand on traverse euh tout ça quoi.(Sacha)

Pour William en particulier, le mouvement n'est pas systématiquement source de stress et dépend de son intensité. Le patient emploie le terme d'activité d'un lieu pour expliquer les différents mouvements qui ont lieu dans un espace ainsi que les interactions sociales qui s'y déroulent. William opère une distinction entre l'activité urbaine à New-York et à Lausanne. Pour ce patient, l'activité à Lausanne est vécue comme réconfortante et douce alors que l'activité à New-York est ressentie comme agressive et dure.

Eum... oui et puis c'est clairement... c'est un peu une jungle, y'a tout, y'a Central Park au milieu et puis en général c'est la forêt qui encercle les villes, là c'est la ville qui encercle la forêt, ensuite y'a les quartiers un peu dangereux juste à quelques mètres...euhm ouais c'était... c'était intense quoi. C'est la ville la plus intense là-bas c'est... l'urbanisme là-bas y'a matière à... à investiguer. Et en comparaison la Suisse et Lausanne, c'est vraiment très... c'est doux Lausanne, en comparaison c'est hyper doux.

Quand vous dites doux, c'est par rapport à quel aspect ?

Ben tout. Vraiment le lac, la hauteur des im... des bâtiments euhm... la vue ouais, on a des vues super belles un peu partout... la circulation est impeccable, les feux rouges, les pistes cyclables... tout qui est vraiment hyper réfléchi, hyper bien fait, même pour les pistes cyclables c'est impressionnant... Ensuite, ouais on peut vraiment se laisser aller, à Lausanne on a vraiment la possibilité de s'abandonner aux lois, on peut vraiment se laisser aller et traverser vraiment quand c'est vert, parce que c'est parfaitement fait, c'est optimisé, c'est vert au moment le plus opportun, et donc moi le vélo je... j'ai plus besoin de faire attention je suis juste la piste cyclable et y'a toujours, presque toujours une piste cyclable. Y'a un feu qui me permet de rejoindre les bonnes... donc ouais je me suis fait la réflexion une fois y'a plus besoin de... de se stresser à traverser à des feux rouges, c'que je faisais souvent avant. Et j'ai eu l'occasion de tester et je me suis dit bon ben j'essaie, j'vais tout le temps respecter les feux rouges et pi ça marche ! Ca marche, on peut respecter les feux rouges et puis... et arriver à l'heure ou bien... juste aller où on veut. C'qui est pas le cas en France j'pense, ou bien n'importe où ailleurs, où là on s'dit mais, mais c'est pas optimisé, là c'est rouge, là c'est vert pour la voiture dans l'autre sens, donc on se fait écraser alors que, enfin... des erreurs j'pense y'en a plein mais... y'en a très très peu à Lausanne en tout cas. Et... et voilà. Non c'est, c'est vraiment très travaillé Lausanne... voilà.(William)

3. Role management

Le regard des autres constitue un autre facteur de stress pour les patients. La majorité des patients interrogés ont l'impression d'être observés et/ou jugés en permanence en milieu urbain. Plusieurs patients expriment un sentiment de « trop plein » lorsqu'ils se trouvent dans des deux types situations.

Exposition au regard des autres : l'exposition au regard des autres est ressentie comme stressante du moment que les patients se trouvent entourés de personnes dans des lieux à forte densité humaine ou bâtie où ils ont l'impression d'être exposés. Pour Rachel, c'est plutôt l'environnement et le sentiment d'être exposé et parfois jugé qui prédomine. Ce sentiment se caractérise par des réactions climatiques : transpiration et impression d'étouffement. La patiente exprime le besoin de sentir invisible, de se fondre dans la masse pour se sentir plus à l'aise.

Victor nous explique que le mouvement et le fait de ne pas se focaliser sur une personne spécifique permet d'éviter le contact avec autrui et est ressenti comme rassurant. De même, le mouvement permet d'éviter au patient de devoir regarder dans les yeux des passants :

[...] j'aime pas la foule..parce que ce que je déteste c'est regarder dans les yeux des personnes.. pis ça ça me dérange et quand on est dans le métro on a pas vraiment de place où reposer ces yeux quoi. Mmm, pour vous le métro par exemple quand il y a du monde et puis un endroit comme au Chauderon où vous vous déplacez peut-être ou vous venez à la consultation..

J'aime mieux quand je me déplace que rester assis.

D'accord, c'est toujours par rapport aux regards ?

Ouais. (Victor)

Interactions

sociales

Pour Florian, Oscar et Victor, ce sont plutôt les interactions en elles-mêmes ainsi que leur gestion qui posent problème car les patients se sentent jugés et exposés. Pour Oscar, la gestion d'interactions simultanées est source de stress. Pour la plupart des patients interrogés, les interactions dans des grands groupes d'amis ou avec la famille élargie sont problématiques pour les patients qui se sentent exclus ou stigmatisés et ne désirent pas communiquer sur leurs pépins de santé. Pour Florian, c'est le fait de fréquenter des lieux « intellectuels » dans lesquels des compétences particulières (université, epf) :

Après/.ouais..j'aime pas croiser des gens que je connais en ville\.. parce que j'aime pas la..le.. l'inconnu\.. J'aime pas me dire que la personne..j'aime pas me dire que je dois dire à la personne comment je vais/.. (Laure).

Donc [...] il n'y a pas d'endroits particuliers dans lesquels vous vous sentez moins bien et que vous fréquentez moins souvent ?/..

Heu..heu..c'est vrai que j'ai plus de peine..à..à converser\..c'est vrai que je vais pas/ : dans des endroits où je sais qu'il y a un débat..ou/..

Mais par contre/..aller à endroit juste pour le lieu..ça ça ne me dérange pas\..

D'accord\.

C'est plus par rapport au contexte/..heu..par rapport.. au contexte des personnes\..

Et il y aurait quelques lieux..vous pourriez nous donner un exemple d'un ou deux de ces lieux-là ?/..

L'université par exemple\.

Okay\..Donc quand vous parlez de converser/\..vous entendez/\..c'est vraiment plus une discussion..\que juste un bonjour\..ou bien ?/\..

S'il s'agit de parler de choses simples/\..ça va :\.. Mais si c'est pour parler de choses plus pointues..\là/\..j'ai de la peine\.

Et donc du coup..\les lieux où vous vous sentez à l'aise c'est finalement des lieux..\où on peut avoir des relations informelles mais sans que ça engage..\disons..\des compétences particulières ?/\..

Voilà..\exactement\.. (Florian).

4. Coping strategies

Nous avons identifié plusieurs coping strategies chez les patients:

a) Stratégies d'appropriation de l'espace :

- Création de niches : « espaces à soi » : lieux (métro, espaces publics), lors de trajets (rues, chemins).
Ouais..\dans le métro :\.. chacun essaye un peu de trouver sa p'tite place, un p'tit coin :\..là où il se sent à l'aise\..(rire) (David).
- Conquête progressive post épisode d'un périmètre de pratiques urbaines plus vaste : pour la majorité des patients cette conquête s'effectue par la marche (l'utilisation des transports publics fait généralement partie intégrante de cette reconquête).
- Rythme de marche : qui varie en fonction de l'environnement, dépend également si accompagnement ou non. Pour quatre patients, le rythme constitue une stratégie permettant d'éviter de se concentrer sur l'environnement stressant.
Quand je suis toute seule/\..je fonce..\tak.tak.tak..et puis voilà\.. (sourire) (Emilie)
Quand je suis en ville dans les magasins j'ai envie de faire vite\..j'aime pas\..je dis à ma copine dépêche-toi, dépêche-toi\...\ (Alex).

b) Mise à distance

- Tactique de « bulle » : cela permet aux patients de s'isoler de l'environnement. Il y a plusieurs moyens d'isolement : utilisation de techniques embarquées ou fixes. Les écouteurs et la musique sont utilisés par une partie des patients lors de leurs déplacements principalement. L'utilisation des images sur les écrans dans les transports publics par exemple, permet de poser le regard sur quelque chose de confortable dans des situations d'attente ou d'arrêt évitant par là-même le contact visuel avec autrui.

Ouais..\c'est vrai que..\on sait pas trop où regarder..\parfois je regarde mon téléphone..\ou les écrans..\dans le métro..\mais pas tout le temps. (Mateo)

Les projections par la pensée sont un autre moyen de mettre à distance l'environnement et de créer une bulle : plusieurs patients expliquent que le fait de penser ou réfléchir lors de leurs déplacements en ville leur permet de moins subir le stress dans certaines situations. A cet effet, William nous explique qu'il se laisse très souvent emporté par ses pensées lorsqu'il se trouve en ville. Souvent, il fixe le sol en se déplaçant, moyen qui lui permet de se concentrer sur ses réflexions et ce qu'il nomme son « dialogue intérieur ». D'autres patients se projettent vers un « après ». De même, la projection de souvenirs positifs associés à des lieux spécifiques constitue un autre moyen de mise à distance de l'environnement, ce qui

oriente souvent le patient dans ses trajectoires L'accompagnement permet de faire abstraction de l'environnement et des événements s'y déroulant.

Pour William, la bulle n'est pas imperméable à l'environnement comme pour Rachel par exemple. William nous explique que sa bulle est perméable et agit comme un filtre qui lui permet de choisir de ressentir sollicitations agréables de l'environnement. A l'inverse, pour Rachel, toute sollicitation agréable ou désagréable est évitée par sa bulle perméable à l'environnement.

Mais si je peux rajouter une dernière chose.. c'est que j'ai tendance à suivre les gens, une fois que je suis avec eux, pi à vraiment complètement me laisser aller, mais si j'suis tout seul par contre, là je dirige, là y'a pas de soucis, mais quand je suis avec des gens-là je peux pas faire un petit peu diriger, donc je me laisse complètement aller.

Donc quand vous êtes accompagnés, c'est un peu aussi comme une bulle, dans la conversation... vous êtes pas trop attentif à ce qu'il y a autour de vous ?

Ouais. Par contre, si je suis avec une personne, si on est les deux complètement perdus ben là je vais un peu prendre les rennes et pis..

D'accord... vous redirigez les trajectoires.

Ouais. (William)

Cette mise à distance de l'environnement intervient également dans les moments de confort comme l'explique William :

[...] je sais pas c'qui est mieux, est-ce que c'qui est mieux c'est d'avoir une bulle, j'me souviens avoir eu cette réflexion en cours de français avec notre prof qui nous a fait une dissertation là-dessus, sur une phrase de Kundera qui disait que toutes les assurances, toutes les choses que la société fait constituent un peu des bulles qui lubrifient un peu le... les interactions entre les hommes, les gens, mais que c'est bulle nous rendent aussi plus fragiles, plus fragiles au moment où elles disparaissent parce qu'on est tellement habitué à ce lubrifiant, que si on se retrouve dans la jungle et ben c'est encore pire, on se met à faire des choses auxquelles on s'attend pas. Donc... voilà comme je l'ai dit, c'est une grande réflexion, est-ce que c'est bien d'avoir... vraiment les choses, un contact hyper fort avec la ville comme à New York ou bien avoir une bulle protectrice à Lausanne tout en sachant que c'est pas 100%, c'est pas non plus une bulle... c'est parfait, c'est vraiment parfait parce que c'est une bulle mais qui laisse entrer les choses... les choses, j'sais pas comment dire, c'est pas une bulle stérile. Mmm. Comme si c'était un filtre ?

Exactement. Un filtre, c'est parfait, c'est la bonne métaphore. Ca laisse entrer, vraiment comme si on avait tout mis dans un fil électrique, et voilà y'a la dose de stress nécessaire, y'a la dose de « il faut faire attention à ça », mais tout est parfaitement... confiné dans des fils. (William)

c) Production de la prévisibilité

- Planification des trajectoires et organisation de la prévisibilité : plusieurs patients insistent sur le rôle de la temporalité dans la planification des trajectoires et l'importance de la prévisualisation de l'environnement physique traversé (structure architecturale, urbanistique : ouverture, dégagement, lisibilité), mais ils insistent également sur la préparation de l'environnement humain traversé (prévisibilité du ressenti des autres).

Les façons de planifier peuvent être variées et dépendent des contextes urbains que les patients doivent fréquenter.

- Espaces modulables, à choix multiples : les patients fréquentent des espaces qui offrent différentes possibilités de cheminement en fonction d'événements sensoriels ou sociaux souvent imprévisibles qui peuvent survenir. Le Flon par exemple est cité comme étant un espace plutôt confortable et modulable pour le piéton (puisque sans voitures) qui offre des opportunités d'échapper à la foule et à des stimulations sensorielles variées.

- *Et si vous vous trouvez dans un endroit dans la ville où il y a plusieurs options entre différents chemins, est-ce que c'est des endroits que vous préférez ou c'est des endroits qui vous rendent un peu perdue, d'avoir le choix comme ça ?*

Non, je préfère parce qu'il y a plus d'endroits où je peux m'échapper aussi.

Ok.

Je préfère les endroits plus grands que les endroits, je suis pas claustrophobe mais j'ai pas non plus peur des gens j'ai pas peur de la foule mais je préfère des endroits où je peux, si je vais quelque part dans le matin directement je sais où je peux partir si j'ai un problème ou comme ça, j'arrive pas comme ça, j'arrive, je regarde..

Vous planifiez d'avance ?

Oui. (Rachel)

- Optimisation des trajectoires : plusieurs patients planifient à l'avance leur et cherchent à optimiser leurs trajectoires dans le but de diminuer leur temps de parcours en ville. Le parcours n'est pas forcément le plus confortable mais il est le plus rapide.

Ça dépend, y'a des contextes différents, là avec une personne là on a pas besoin d'être efficace, par contre j'aime bien, ça j'aurais pu vous montrer, enfin je me suis fait la réflexion en pensant à l'étude, à votre étude, avant que je vienne, à quel point j'étais vraiment, j'essayais d'optimiser mes trajets, jusqu'au moindre détail, genre y'a un petit passage à Sévelin...

Ouais..

Ouais alors moi j'me rends toujours pour prendre le métro pour aller à l'Université donc je l'ai pris des millions de fois, et j'ai eu le temps un peu de l'optimiser dans des détails du style, quel bord de route prendre pour minimiser la distance, couper certaines trajectoires... donc j'aime beaucoup aussi optimiser mes trajectoires. (William)

Pour d'autres patients, l'optimisation de la trajectoire passe par le confort social et spatial du

parcours. Ces patients ne vont pas forcément choisir l'itinéraire le plus court, mais ils vont faire en sorte d'éviter certaines zones problématiques, même si un détour est nécessaire.

Sinon dans les moments comme ça d'angoisse, est-ce qu'il y a encore d'autres choses, d'autres manifestations que vous aimeriez partager avec nous mais que j'ai pas posé la question ?

Non, parce que dès que ça commence je pars.

Oui, ok.

Même si j'ai un rendez-vous ou si j'ai quelque chose à faire j'y vais pas et je rentre chez moi directement, je rentre chez moi.

Ok.

Je me dis le chemin le plus, où je croiserai le moins de monde, même si je dois faire tout un détour au lieu de passer juste comme ça ben je vais faire le détour et je vais rentrer chez moi.

Et ça quand vous sortez à un moment donné vous planifiez déjà votre chemin ?

Oui, oui, je sais déjà tout. (Rachel)

Il y a plusieurs degrés de planification dans la navigation de la ville. Bien que la plupart des patients contrôlent leurs trajectoires, certains adoptent une navigation plus libre. Certains ont un comportement plus « aventurier » (« j'y vais à l'arrache ») et d'autres un comportement plus « routinier » (« je passe un peu toujours par les mêmes endroits ») à l'image de Benoît : *Là, je fais exprès de couper la densité de la ville : \. je fais exprès de passer par des petits chemins isolés \. comme ça \. où il y a moins de bruit.. \...*

Annexe IV. Synthèse lieux de confort (go-alongs filmés et parcours commentés - 21.02.2016)

A. Lieux de repos sensoriel

Formes spatiales : parcs publics, lieux de nature, vieille ville

Les lieux de confort sont évolutifs et liés aux phases de crise et de rétablissement des patients. On peut également mettre en lien ces espaces avec les habitudes de fréquentation des patients : ceux qui évitent la ville, ceux qui la fréquentent en fonction de certaines temporalités et ceux qui la fréquentent régulièrement : les patients qui évitent la ville privilégient des lieux hors de la ville, comme la campagne, la montagne, la forêt. Ces patients évitent en grande majorité les parcs, car décrits comme trop aménagés et stériles ou trop fréquentés, comme l'explique Tania :

[...] si j'ai envie de flâner je vais à la forêt.. [...]

Dans les parcs il n'y a rien de ressourçant c'est synthétique.. artificiel.. c'est du vert bétonné.

Les patients qui fréquentent la ville en fonction de certaines temporalités se rendent dans des espaces de verdure qui peuvent être des parcs, mais aussi des lieux hors de la ville : campagne, forêt, ce sont des « lieux où l'on ressent la nature » nous dit Sacha, comme le bois de Sauvabelin, le parc de l'Hermitage, les collines de Montbenon, ou le parc du palais Rumine. Les lieux de nature incluent des espaces avec perspective visuelle et le bord du lac ont un effet apaisant sur les patients et leur procurent un sentiment de solitude propice à la réflexion, au repos. Plusieurs patients nous disent que la vue sur les montagnes à Ouchy, produit un effet calmant à l'image de Paul :

Interviewer 1 : D'accord. Et maintenant, là vous êtes à l'institut Maieutique, vous vous sentez comment ?

Patient : Mais je me sens bien. On n'est pas vraiment au centre-ville, on est plus vers le bord du lac, c'est très calme et ça apaise bien.

Pour Tania comme pour d'autres patients (9), les échappées visuelles et les espaces du vide produisent un sentiment de liberté :

Patiente : [...] le seul truc qui vaut vraiment la peine c'est devant la vue là mais bon.

Interviewer 1 : Ça vous procure quoi la vue, vous arrivez à dire, ça vous détend ?

Patiente : Ça me rend, c'est, ça me donne une dimension de liberté, de puissance, de magnificence, de liberté.

Interviewer 1 : De liberté, ouais on domine un peu la ville quoi.

Patiente : Mais il y a, c'est pas qu'on domine ou quoi que ce soit, en fait qu'il y a pas de bâtiments, il y a pas.

Interviewer 1 : De trucs qui entravent la vue quoi ?

Patiente : Ouais, il y a rien devant soi, il y a pas d'obstacles, c'est un vide.

On remarque que les patients qui évitent la ville sont ceux dont la période d'hospitalisation date d'y il a quelques mois seulement (11). Il y en a 15 qui préfèrent rester à la maison et qui considèrent le lieu de résidence comme lieu de confort.

Pour les patients (4) qui pratiquent la ville plus régulièrement, le centre-ville piétonnier est également un lieu plus confortable car loin du trafic : « c'est joli c'est pavé et il n'y a pas de voitures » nous dit Victor. Xavier apprécie également le centre-ville piétonnier pour ses éclairages qu'il préfère fréquenter de nuit :

Patient : J'aime bien surtout me balader la nuit en fait.

Interviewer 1 : Mmm.

Patient : Je trouve ça chouette.

Interviewer 1 : Mmm.

Patient : Les éclairages euh..

Interviewer 1 : Ouais.

Patient : Ouais.. les luminaires, tout ce qui est, euh, ouais j'aime bien.

Interviewer 1 : Les lumières un peu ?

Patient : Ouais.

Interviewer 1 : D'accord..et vous allez dans quels quartiers quand vous vous baladez la nuit ?

Patient : Euh, ben la place de l'Europe.

Interviewer 1 : Ouais, surtout la place de l'Europe ?

Patient : Ouais.

Les espaces « ouverts » telles que les grandes places (Riponne) ou l'espace du Flon sont des lieux ressentis comme confortables par plusieurs patients (4). Ils nous expliquent que « les gens sont espacés » et la place procure un dégagement, une visibilité.

Les lieux qui offrent des possibilités de s'échapper et d'anticiper les situations de stress sont également appréciés par les patients (8) :

Interviewer 1 :[...] si vous vous trouvez dans un endroit dans la ville où il y a plusieurs options entre différents chemins, est-ce que c'est des endroits que vous préférez ou c'est des endroits qui vous rendent un peu perdue, d'avoir le choix comme ça ?

Patiente : Non, je préfère parce qu'il y a plus d'endroits où je peux m'échapper aussi.

Interviewer 1 : Ok.

Patiente : Je préfère les endroits plus grands que les endroits.. je suis pas claustrophobe mais j'ai pas non plus peur des gens j'ai pas peur de la foule mais je préfère des endroits où je peux.. si je vais quelque part dans le matin directement.. je sais où je peux partir si j'ai un problème ou comme ça.. j'arrive pas comme ça.. j'arrive, je regarde..(mime la situation)

Interviewer 1 : Vous planifiez d'avance ?

Patiente : Oui

(Rachel)

Espaces du chez-soi : espaces de l'institution, espaces privés, foyers

Les lieux de confort sont également les espaces du chez-soi, qui sont considérés comme un refuge lors de situations de stress ou de malaise (15). Le chez-soi peut être le foyer familial, les foyers et institutions thérapeutiques variées.

Voici quelques exemples :

Interviewer 1 : Certains patients nous disent que, quand ils font face à toutes ces stimulations en ville, ils éprouvent un peu un sentiment de trop plein, que leur tête est pleine... Est-ce que vous ça vous arrive ?

Patient : Non.

Interviewer 1 : Et puis même si c'est juste par rapport au bruit, est-ce que à un moment donné vous avez un seuil de saturation ?

Patient : Non ça va encore, mais je suis bien une fois que j'arrive à la maison [Institut maïeutique] et pis que c'est calme.

Interviewer 1 : Alors maintenant des questions un peu plus générales par rapport à votre fréquentation de la ville. Est-ce qu'il y a des zones que vous pouvez identifier que vous fréquentez très régulièrement à part l'institut ?

Patient : Dans Lausanne même je pense pas.

Interviewer 1 : Même ailleurs ?

Patient : Non. Je suis beaucoup à l'institut et après on va souvent au bord du lac à Ouchy. Et l'été je fais pas mal de roller à Ouchy.

Pour Paul, l'Institut maïeutique est considéré comme un chez soi confortable également d'un point de vue relationnel. Il considère l'institution comme un espace de transition permettant une réintégration sociale et professionnelle :

Interviewer 1 : Et là l'institut ça vous plait d'être en communauté ou vous auriez préféré avoir un studio ou un truc ou vous êtes tout seul ?

Patient : Non c'est pas... c'est un bon moment de transition pour les personnes qui ont des problèmes...s'habituer à la vie en communauté, apprendre à connaître des personnes..

Interviewer 1 : Vous avez pu alors établir un peu des contacts ?

Patient : Oui. Avec certains plus qu'avec d'autres.

Pour Rachel, le chez-soi constitue un lieu de refuge lors de situations ou de moments d'angoisse. La patiente habite au centre-ville, ce qui lui permet d'avoir un point d'ancrage confortable.

Interviewer 1 : *Sinon dans les moments comme ça d'angoisse, est-ce qu'il y a encore d'autres choses, d'autres manifestations que vous aimeriez partager avec nous mais que j'ai pas posé la question ?*

Patiente : *Non, parce que dès que ça commence je pars.*

Interviewer 1 : *Oui, ok.*

Patiente : *Même si j'ai un rendez-vous ou si j'ai quelque chose à faire j'y vais pas et je rentre chez moi directement, je rentre chez moi.*

Interviewer 1 : *Ok.*

Patiente : *Je me dis le chemin le plus, où je croiserai le moins de monde, même si je dois faire tout un détour au lieu de passer juste comme ça ben je vais faire le détour et je vais rentrer chez moi (Rachel). Par ailleurs, dès que Rachel sort de chez elle, de son refuge, elle se protège des stimulations extérieures en mettant des écouteurs :*

Euh oui...ben déjà je mets les écouteurs du moment que je sors de chez moi et...voilà.

Relevons que pour les dix patients interrogés sur la question, aucun d'entre eux ne considère pas la consultation Chauderon comme un espace de confort, mais plutôt comme un espace de transition, bien que certains patients reconnaissent des qualités au lieu (vue, lumière, espaces délimités et prévisibles, salle d'attente). A noter que l'ensemble des patients se rend seul aux rendez-vous à la consultation.

Interviewer 1 : *Vous avez connu l'autre consultation Chauderon ?*

Patient : *Oui, j'y suis allé.*

Interviewer 1 : *Vous êtes déjà allés dans l'autre aussi ?*

Patient : *Oui, oui.*

Interviewer 1 : *Et vous préférez quel endroit ?*

Patient : *Euh..ben ça m'est égal un peu parce que..*

Interviewer 1 : *C'est vrai vous n'avez pas de préférences ?*

Patient : *Non, je n'ai pas de préférence.*

Interviewer 1 : *Ok.*

Patient : *Je sais qu'un pote préférerait l'autre mais moi ça m'est égal un peu.*

Interviewer 1 : *Mmm.*

Patient : *De toute façon on y reste pour un cours terme alors..ce n'est pas très important. (Oscar)*

Intensité urbaine et prévisibilité

William établit une différence entre New-York et de Lausanne en lien avec l'ambiance et la configuration spatiale des lieux. Le patient opère une distinction en terme d'intensité des lieux liés aux : rythme urbain, aux échanges ainsi qu'à la régulation des flux dans la ville influent sur le sentiment de stress ou de confort. William explique que la ville de Lausanne est très confortable et optimisée, elle est prévisible et ne requiert pas de vigilance accrue vis-à-vis de l'environnement.

Patient : *Euhm... oui et puis c'est clairement... c'est un peu une jungle, y'a tout, y'a Central Park au milieu et puis en général c'est la forêt qui encercle les villes, là c'est la ville qui encercle la forêt, ensuite y'a les quartiers un peu dangereux juste à quelques mètres...eum ouais c'était... c'était intense quoi. C'est la ville la plus intense là-bas c'est... l'urbanisme là-bas y'a matière à... à investiguer. Et en comparaison la Suisse et Lausanne, c'est vraiment très... c'est doux Lausanne, en comparaison c'est hyper doux.*

Interviewer 1 : *Quand vous dites doux, c'est par rapport à quel aspect ?*

Patient : *Ben tout. Vraiment le lac, la hauteur des imm... des bâtiments euhm... la vue ouais, on a des vues super belles un peu partout... la circulation est impeccable, les feux rouges, les pistes cyclables... tout qui est vraiment hyper réfléchi, hyper bien fait, même pour les pistes cyclables c'est impressionnant... Ensuite, ouais on peut vraiment se laisser aller, à Lausanne on a vraiment la possibilité de s'abandonner aux lois, on peut vraiment se laisser aller et traverser vraiment quand c'est vert, parce que c'est parfaitement fait, c'est optimisé, c'est vert au moment le plus opportun, et donc moi le vélo je... j'ai plus besoin de faire attention je suis juste la piste cyclable et y'a toujours, presque toujours une piste cyclable. Y'a un feu qui me permet de rejoindre les bonnes... donc ouais je me suis fait la réflexion une fois y'a plus besoin de... de se stresser à traverser à des feux rouges, c'que je faisais souvent avant. Et j'ai eu l'occasion de tester et je me suis dit bon ben j'essaie, j'avais tout le temps respecter les feux rouges et pis ça marche ! Ça marche.. on peut respecter les feux rouges et puis... et*

arriver à l'heure ou bien... juste aller où on veut. C'est pas le cas en France j'pense, ou bien n'importe où ailleurs, où là on s'dit mais, mais c'est pas optimisé, là c'est rouge, là c'est vert pour la voiture dans l'autre sens, donc on se fait écraser alors que, enfin... des erreurs j'pense y'en a plein mais... y'en a très très peu à Lausanne en tout cas. Et...et voilà. Non c'est, c'est vraiment très travaillé Lausanne... voilà.

[...] c'est ça la Suisse c'est que c'est vraiment régulé, y'a la part juste de tout en fait, de... d'un peu de chaos, un peu d'ordre...

B. Confort relationnel

Progressive reconquête de l'espace social et des relations à autrui

Le confort relationnel joue un rôle chez les patients. En tant de crise, ils apprécient parfois la compagnie de leurs proches, bien que la plupart préfère la solitude :

Interviewer 1 : Et puis heu..est-ce qu'il y a..est-ce que ça a changé depuis vos petits pépins de santé..est-ce qu'il y a des endroits que vous évitez..est-ce qu'il y a un changement ?..

Patient : Non...il y a un changement..parce que ces temps-ci je vais bcp plus en ville..sur Lausanne..je..je bouge un peu..alors avant quand j'étais vraiment malade..je restais chez moi..je sortais pas..même pour fumer une cigarette..je descendais juste à ma cave et je remontais...il y avait personne qui me voyait..il y..y avait les gens qui me disaient..heu..t'es mort qu'est-ce qui t'arrive..des trucs comme ça..Ils me téléphonaient..je répondais pas..des trucs comme ça.. Parce que j'étais vraiment pas bien..mais ça..ça c'est à cause du regard des gens..parce qu'à un moment j'étais..j'étais très soigné et tout..heu.. les gens ils disent mais comment..comment ça se fait..heu..je sais pas.. (Cyril)

En tant de rétablissement, le rôle des relations avec autrui joue un rôle important dans la création des lieux de confort des patients. On observe une reconquête progressive de l'espace social et la relation à l'autre (Bister et al., 2015).

Souvent la relation à l'autre détermine la qualité d'un espace pour les patients. Cette relation à l'autre est traduite de différentes manières chez les patients :

a. Les mouvements plus lents et moins saccadés des personnes qui s'y trouvent

Interviewer 1 : Oui, vous évoquiez le fait d'avoir la vue ou la pelouse autours, c'est des choses qui plaisent. Est-ce qu'on arrive à identifier d'autres choses qui vous permettent de vous sentir bien dans ces endroits ?

Patient : La verdure.

Interviewer 1 :La verdure, ok. Vous parliez aussi de l'ambiance à un moment donné..

Patient : Une ambiance détendue, c'est bien.

Interviewer 1 : Mmm. Et l'ambiance détendue c'est plutôt l'endroit en soi ou les gens comme ils se comportent dans cet endroit?

Patient : Comment les gens se comportent.

Interviewer 1 : Ok, et ça serait comment en fait dans les ambiances détendues comme Ouchy, les gens se comportent comment ?

Patient : Les gens sont plus tranquilles.

Interviewer 1 : Mmm.

Patient : Moins stressés.

Interviewer 1 : Ouais. Ok. Et vous arrivez à voir ça, à ressentir ce que les gens ressentent ou bien ?

Patient : Ouais.

Interviewer 1 : Ouais. Parce que comment vous voyez que l'ambiance est plus tranquille ? Comment vous arrivez à identifier ça ?

Patient : Les gestes des gens.

Interviewer 1: Les gestes ?

Patient : Ouais.

Interviewer 1 : D'accord. Et qu'est-ce qui capte plus votre attention dans les gestes ?

Patient : Comment ils sont.

Interviewer 2 : Mmm. Ca serait plutôt qu'ils font les choses de manière plus lente ?

Patient : Ouais, plus lente (Mateo).

b. La disponibilité des personnes (« les gens sont positifs », « il y a de bonnes ondes ») se traduisant par une relative absence de stress et de mouvement : « c'est calme », « les gens sont détendus ».

Interviewer 1 : Alors, peut-être par rapport au lieu ici des parcs, espaces verts, qu'est-ce qui vous plaît en particulier ?

Patient : Ben en général les gens sont positifs.

Interviewer 1 : Ouais..

Patient : Et puis...il y a plutôt des énergies positives. (Oscar)

On notera que 3 patients évitent de fréquenter les parcs les week-ends par exemple en raison de la foule et du bruit.

De façon générale, lorsque les patients parlent d'ambiances détendues, ils associent plusieurs éléments : configuration spatiale, relation avec autrui et état de santé personnel.

Interviewer 1 : Est-ce qu'il y a des endroits dans la ville où c'est plus facile de rencontrer des gens que vous ne connaissez pas..où vous pouvez rentrer en contact facilement..faire une plaisanterie..

Patient : Heu..oui..oui dans les parcs publics..ben là vu que c'est ouvert je suis déjà détendu..les gens qui sont autour ils sont pas en trop parce que c'est un parc public et ça sert à ça..donc euh..je les..c'est plus en trop pour moi à ce moment.là..on est tous dans un endroit que ça nous libère quelque part..donc à ce moment-là je me sens plus agressé de tout le monde..(Benoît)

L'accompagnement joue également un rôle important chez les patients dans la création de situations de confort (9). Plusieurs patients nous expliquent que l'accompagnement permet de créer un filtre et d'atténuer les stimulations de l'environnement (Benoît par exemple). D'autres patients comme William s'investissent pleinement dans la relation avec autrui lorsqu'ils sont accompagnés, ce qui leur procure un sentiment de bien-être:

Mais si je peux rajouter une dernière chose c'est que j'ai tendance à suivre les gens, une fois que je suis avec eux, pis à vraiment complètement me laisser aller, mais si j'suis tout seul par contre, là je dirige, là y'a pas de soucis, mais quand je suis avec des gens..là je peux pas faire un petit peu diriger, donc je me laisse complètement aller.⁷³

Confort et proximité physique

Pour William particulièrement, la proximité avec autrui joue également un rôle central dans sa définition du lieu considéré comme confortable ou non :

Patient : Ben j'imagine genre, les boîtes de nuit ou les.. ou les cafés des fois ou les.. les bistrot où il peut y vraiment avoir tellement de gens que...qu'on a à la limite même plus besoin de tenir debout. On est...

Interviewer 1 : Comme des sardines (rire) ?

Patient : Comme des sardines.

Interviewer 1 : Ouais. Donc vous aimez les endroits comme ça très... ?

Patient : Ouais, ouais j'aime bien.

Interviewer 1 : Vous sauriez dire pourquoi ? Qu'est-ce que ça vous procure ?

Patient : Ben.. je saurais très exactement dire pourquoi, parce que c'est assez agréable, c'est assez particulier mais.. j'sais pas si... c'est que, ben ouais c'est un peu le contact, c'est un peu comme un massage en quelque sorte. C'est un peu comme un massage... et ouais j'ai toujours bien aimé les pogos dans les boîtes, où on s'bouscule un peu...eum.. donc voilà.

Interviewer 1 : Et dans l'espace public, enfin si vous êtes dans un, justement dans une rue ou bien un espace un peu sous-terrain, des choses comme ça ou y'a beaucoup beaucoup de monde et que tout le

⁷³ Dans la suite de l'entretien, le patient explique qu'il préfère être seul :

Interviewer 1 : Du coup, vous êtes plutôt seul ou plutôt accompagnés quand vous... ?

Patient : Plutôt seul.

I1 : Et vous préférez être un peu maître de votre trajectoire ?

P : Ouais, ouais y'a comme ça si y'a quelqu'un d'autre j'évite d'être en conflit avec..

I1 : Du coup quand vous vous déplacez seul, vous allez aussi plus vite.. parce que vous pouvez choisir où vous voulez passer... ?

P : Aussi. (William)

monde se pousse ou dans le métro hein, ça peut aussi arriver, est-ce que là, c'est aussi agréable pour vous ?

Patient : C'est pas désagréable, mais euh...

Interviewer : Vous arriveriez à faire une différence justement, entre ben justement, p'tetre des environnements de boîte où c'est aussi un petit peu fait pour ça... ?

Patient : ..Fait pour ça.

Interviewer 1 : D'avoir...

Patient : Ben j'ai déjà eu affaire au métro donc euh... j'vais à l'Université, euhm.. et les heures de pointe où y'a vraiment plus de place dans le métro, y'a eu... et pi là on peut pas vraiment se... s'appuyer sur les autres.

Interviewer 1 : Ouais, non, ça c'est clair ! (rires)

Patient : Ouais, ça c'est clair, c'est un peu moins agréable mais c'est pas, c'est pas effrayant, c'est pas désagréable, eum... On...

Interviewer 1 : Donc c'est le contact que vous.. qui vous plaît ou bien ça peut aussi être le regard des autres, enfin, il peut y avoir des mouvements autour de vous, enfin... ?

Patient : Non alors c'est pas le regard des autres, mais alors c'est beaucoup le contact.

Interviewer 1 : Le contact. Ok. D'accord.

Interviewer 2 : Le contact, vous entendez.. avec des gens connus ou inconnus ?

Patient : Même inconnus ça me dérange pas, parce que, enfin ouais je, j'ai des habitudes des fois enfin un peu... il m'arrive un peu de danser un peu avec les gens que j'connais pas toujours et pas.. pas hyper beaucoup mais... mais euhm.. ça me dérange pas de danser avec quelqu'un que j'connais pas même si, j'prétends pas être un bon danseur ni savoir danser avec n'importe qui super bien mais...voilà.

Un rapport ambigu à l'autre « situé » dans le temps et l'espace

De manière générale, les patients entretiennent un rapport ambigu à l'autre. Les autres sont à la fois considérés comme étant une source de confort mais également source de menace dans certaines circonstances spécifiques. Les patients évitent et recherchent à la fois la relation avec autrui. Oscar nous explique les différentes situations dans lesquelles il n'aime pas le contact avec autrui et les situations de bien-être relationnel. Celles-ci sont fortement dépendantes de l'état de santé du patient et de sa disponibilité.

Patient : Non, les gens quand ils sont stressés, ils sont dans leur monde alors ils ne vont pas forcément faire attention aux autres qui sont à côté, justement ça me stresse un peu parce qu'ils ne font pas attention aux autres mais c'est plutôt dans le bus quand les gens sont installés, ils veulent connaître tout sur tout le monde. Donc ils vont essayer de déterminer la personnalité de la personne.

[...]

Interviewer 1 : Est-ce que vous ressentez une différence par rapport aux endroits où vous vous trouvez par exemple pour se laisser facilement aborder par un inconnu ?

Patient : Je dirais que c'est le moment en fait. Si je me sens bien, si je ne suis pas angoissée.

Interviewer 1 : Ouais, d'accord.

Patient : Si le moment le permet.

Interviewer 1 : Mais par exemple si ça devait être à Ouchy ou en plein centre-ville devant chez H&M ? Ça ferait une différence si un inconnu vous parle ou pas ?

Patient : Euh oui parce que je fais attention aux gens qui écoutent en fait. Du coup ça me dérange si les gens écoutent par exemple si je parle à une fille et que je me fais refouler (rire), ça ça me dérangerait.

Interviewer 1 : Et pour des échanges quotidiens ?

Patient : Non, si je suis avec un pote ça ne me dérange pas du tout d'être dans un café bondé.

Interviewer 1 : Et si vous êtes tout seul au bord du lac et que quelqu'un vous parle et vous êtes seul au centre-ville ?

Patient : Quelqu'un que je connais donc ?

Interviewer 1 : Non un inconnu qui vous approche, qui vous demande l'heure ou son chemin etc.

Patient : Euh ça ne me dérange pas si ce n'est pas matérialiste quoi, une cigarette,...

Interviewer 1 : Qu'on ne vous demande pas de donner quelque chose.

Patient : Ça ne me dérange pas trop s'il met de la politesse avec, ça ne me dérange pas.

Interviewer 1 : Et si un inconnu vous approche et vous dit tiens il fait beau...

Patient : Ça ne m'est jamais arrivé... En général c'est plutôt les filles je pense qui se font... (Rire) Peut-être...je n'y avais pas pensé.

Interviewer 1 : Ou des papis avec leur chiens..

Patient : Ça, ça ne me dérange pas du tout et je leur réponds gentiment.

Interviewer 1 :Même s'il commence une discussion ?

Patient : Non, en général ils sont polis et gentils.

Interviewer 1 : Et si c'était un jeune qui vous disait la même chose ?

Patient : Ça ne m'est jamais arrivé. Mais je trouverais ça sympa.

De même, Rachel explique qu'elle se sent exclue de la société, mais qu'elle ne cherche pas véritablement à établir des liens :

Des espaces de confort créés et ré-agencés par les patients

Plusieurs patients créent leurs espaces de confort qu'ils agencent eux-mêmes en fonction des caractéristiques du lieu (7). Ainsi, certains éléments vécus comme stressants ou comme obstacles sont transformés en ressources par les patients. Oscar par exemple, explique que le bruit est un élément d'inconfort en ville mais qu'il permet également une protection vis-à-vis des autres. Ainsi, pour le patient, les lieux avec beaucoup de bruit peuvent être des lieux de confort.

Interviewer 1 : Et vous vous sentez plus détendu par rapport à un endroit comme St-François où on est passé avant ? Vous voyez une différence de comment vous vous sentez ?

Patient : Non. J'aime tout autant me poser sur un banc de St-François ou venir ici.

Interviewer 1 :D'accord.

Patient : C'est plus tranquille ici et sur les bancs de St-François c'est vrai qu'il y a des gens qui sont plus proches mais il y a tellement de bruit, qu'ils n'entendent pas ce que vous dites.

Interviewer 1 : Ouais c'est vrai.

De même, lorsque Tania se trouve dans une situation d'inconfort, de forte proximité avec autrui, elle crée une situation de confort grâce au contact avec les personnes qui l'entourent :

Interviewer 1 :Et dans des situations par exemple où il y a foule où vous vous sentiriez peut-être un peu moins bien, si on prend à la fête du Soleil ou d'autres endroits, là est-ce que le fait que d'autres personnes viennent vous parler ?

Patient : Ben je crois que je le prends plus facilement parce que de toute façon on est collé les uns aux autres, on n'a pas le choix et pis si en plus on enlève la communication eh ben alors là c'est fini

Interviewer 1 : Ouais, d'accord.. donc ça ça serait même si vous.. vous vous sentiriez pas forcément très très à l'aise, si quelqu'un vient vous parler..ou pour vous ça vous pose pas de problèmes ?

Patient : Ça change rien..

Interviewer 1 : Ok.

Patient : Pour moi.⁷⁴

⁷⁴ Ambivalence dans la proximité avec autrui et la communication. Cette proximité peut être vécue comme menaçante et agressive comme l'explique la patiente plus tôt dans l'entretien:

Patiente : Nan, je vais pas me sentir agressé si vous venez à 20 centimètres par contre je peux vous agresser, enfin je vais...je vais pas reculer mais c'est, je risque de vous agresser aussi.

Interviewer 2 : Oui, comme si vous vous sentiez un peu défiée parce qu'on vient trop proche ?

P : Exactement, c'est plus un défi voilà c'est plus un défi que..

II : Ok, j'ai peut-être juste une question, juste par rapport à ce sentiment de trop-plein, quand vous êtes dans la foule est-ce qu'il y a aussi la dimension justement sonore qui rentre en ligne de compte ?

P : Ah ouais si.. c'est sûr que si par exemple on..enfin.. euh..la fête du Soleil par exemple, je sais pas si vous l'avez déjà faite, vous êtes de Lausanne ?

II : Non, jamais, euh je suis moitié de Lausanne ayant vécu quelques années là mais je..

P : Donc vous connaissez aussi..vous voyez à peu près ?

II : Je connais un petit peu, oui.

P : Vous savez que la fête de Lausanne ça se déroule rue Centrale ?

II : Oui.

P : Et pis que c'est un périmètre de genre 50 mètre quoi.. il y a tout Lausanne.

II : Qui est dans ce périmètre, ouais.

P : Qui est concentré là, alors c'est tout le peuple de Lausanne, plus le bruit, plus le bruit des gens, plus la musique, plus de chaque carrousel, ouuh (soupir).

II : Et là c'est..

P : Pour moi c'est trop.

C. Confort projeté

Bulles projetées de confort

Pour William, l'espace de confort peut être matériel, physique mais également transposé à la pensée. Le patient associe le sentiment de confort à un espace de bien-être sensoriel :

Interviewer 1 : Peut-être juste pour revenir un peu à votre sentiment de bulle, est-ce que vous pourriez nous dire comment elle se caractérise, est-ce que je sais pas, vous êtes dans vos pensées, est-ce que vous écoutez de la musique pour vous mettre dans cet environnement-là ?

Patient : Non mais.. c'est parce que c'est vraiment minable, j'ai pas de musique sur mon téléphone (rire).

Interviewer 1 : D'accord.

Patient : Et puis ouais, j'suis dans ma bulle, mais moi j'ai tendance un peu à réfléchir à des choses, et oui ben rien qu'en venant j'ai fait de l'auto-école, et ouais il m'arrive à des feux rouges d'être un peu emporté par des pensées...

Interviewer 1 : D'accord.

Patient : Et mon instructeur à tout de suite repéré ça... (rires)

Interviewer 1 : C'est des pensées en lien avec ce que vous observez.. sur le moment où bien c'est plutôt abstrait autour de... ?

Patient : Ça peut très vite ricocher sur des choses abstraites.. un peu éloignées.

Interviewer 1 : Ouais.

Patient : J pense que...

Interviewer 1 : Des sortes de rêveries comme ça ?

Patient : Ouais... ouais j'arrive assez bien à profiter de ces coins de paix pour vraiment aller très loin..

Lieux-mémoires

Pour William comme pour Paul et Benoît, les lieux de confort sont fortement associés aux espaces à forte valeur symbolique et/ou mémorielle.

Les lieux dans lesquels les patients ont des souvenirs agréables (« des lieux à souvenirs ») ou attribuent une signification positive sont procureurs du bien-être.

Pour Paul, ces lieux sont rattachés à ses souvenirs d'enfance :

Patient : Ouais j'aime bien la forêt... Plus que la ville à mon avis.

Interviewer 1 : Donc si vous aviez le choix vous partiriez vivre à la campagne ?

Patient : Oui.

Interviewer 1 : En même temps, si j'ai bien compris, vous y avez jamais vécu ?

Patient : Non mais mes parents, depuis que je suis tout petit, on a une caravane à Penthalaz, c'est un peu la campagne et on y allait tous les mercredi après-midi, tous les weekends et les vacances. C'était notre moment d'évasion.

Interviewer 1 : Donc vous connaissez quand même la campagne ?

Patient : Je connais quand même un peu oui.

Interviewer 2 : Ça rime avec le repos, les vacances, les après-midi de congé ?

Patient : Exactement.

Interviewer 2 : C'est des bons souvenirs ?

Patient : Oui.

Interviewer 1 : Et ce goût pour la campagne et les endroits calmes, ça toujours été le cas, vous avez toujours préféré ça aux milieux urbains, même quand vous étiez plus jeune ?

Il : Ouais c'est.. d'accord.

P : Alors j'ai déjà été, je peux passer une petite soirée comme ça, je peux prendre sur moi et pis par exemple si je suis avec un ami ou euh, je peux prendre sur moi et pi passer la soirée là-dedans, c'est pas pour ça que je vais, je vais me sentir, c'est pas que je vais me sentir mal mais je vais quand même me sentir euh, un peu, enfin pas moins bien mais.

Il : Ouais, ouais, d'accord.

P : Mais je peux tout à fait passer une soirée où il y a beaucoup beaucoup de monde sans partir en courant hein mais quand ça fait trop, enfin c'est, je reste pas (Rachel).

Patient : Oui. . . J'ai appris à faire des cabanes, à jouer dans la rivière, à être bien avec les copains.

Interviewer 1 : Vous aviez des copains à Penthalaz quand vous alliez?

Patient : Oui.

Annexe V. Guide d'entretiens pour les thérapeutes et les patients membres de l'institution thérapeutique (juin 2016- septembre 2016)

Question 1 (soignants) :

- a. Développement de l'institution thérapeutique
- b. Philosophie de l'établissement en termes de prise en charge et de suivi des patients.
- c. Rôle du soignant/de la soignante au sein de l'établissement.
- d. Population de l'institution et spécificité de celle-ci.
- e. Le rôle de l'institution dans le programme TIPP.

Question 1 (patients) : Vécu et expérience de l'institution thérapeutique (durée, relation aux autres, pratique des espaces de soins)

Question 2 (soignants): Les pratiques des espaces de soins et des espaces urbains par les patients du point de vue de leur expérience.

Question 2 (patients): Les pratiques des espaces urbains et les espaces qu'ils préfèrent d'un point de vue spatial, social (interactions) et sensoriel.

Question 3 (soignants): Développement des activités hors des murs de l'institution et les projets d'activités en milieu urbain. Quelle ouverture de l'institution sur l'extérieur (partenariat avec d'autres structures, par exemple clubs de sport, centres culturels)?

Question 3 (patients): Préférence pour les activités dans ou hors murs de l'institution et raison de ces préférences.

Question 4 (patients et soignants): La médication des patients influence-t-elle les pratiques spatiales urbaines?

Pour les soignants: le rôle de la médication dans la prise en charge globale des patients.

Question 5 (patients et soignants): Quelles améliorations/changements à apporter à la structure de l'institution?

Annexe VI. Guide pour les focus groups (soignants)

Durée: entre 30 et 40 minutes

Lieu: salle de réunion

1. Discussion autour des thématiques suivantes:

- les pratiques spatiales des patients avant/pendant/après les crises-hospitalisations
- la relation aux autres avant/pendant/après les crises - hospitalisations
- le rapport au sensoriel avant/pendant/après les crises- hospitalisations

2. Citer des exemples de situations de ces pratiques et de ces relations.

3. Le rôle de l'institution dans le rétablissement des patients: pratiques thérapeutiques, rapport à l'autre et activités.

4. Décrire une trajectoire "type" de rétablissement des patients (incluant période post-institution).

5. Le rôle de l'institution au sein du programme TIPP (nombre de patients du programme TIPP et rôle de l'institution dans la trajectoire de rétablissement)

Annexe VII. Guide pour les focus groups (patients)

Durée: 40 minutes

Lieu: Activité parcours citoyen

1. Discussion autour des thématiques suivantes:

- les pratiques spatiales actuelles des patients

Lorsque cela est possible: évoquer l'avant/l'après crise/hospitalisation.

- la relation entretenue aux autres au cours de leur séjour dans l'institution

Lorsque cela est possible: évoquer l'hospitalisation et les projets après le séjour à l'institution.

- Le rapport actuel au sensoriel (vue, ouïe, odeur, goût, toucher)

Lorsque cela est possible: évoquer le rapport au sensoriel avant et après la crise/l'hospitalisation.

2. Visionnement d'un court reportage (15 minutes) sur les villes européennes et leurs mutations (Série, Urbanités, RTS, 2016). Demander aux patients de raconter une situation pour illustrer leurs pratiques et leurs relations aux autres en ville (revenir sur les aspects matériels et sensoriels évoqués dans le film).

3. Discuter le rôle de l'institution dans le rétablissement des patients: localisation géographique, philosophie de l'institution, suivi, vie communautaire, activités, relation aux soignants et aux autres patients (points positifs, négatifs).

4. Demander leur parcours de vie (et appartenance ou non au programme TIPP).

Annexe VIII. Axes d'analyses - terrain ethnographique

- Position vis-à-vis du personnel soignant et des patients:

- ❖ Mon rôle d'intermédiaire entre le milieu médical et l'expérience des patients.
- ❖ Relation de confiance avec les patients (position hors milieu médical).
- ❖ Expertise des patients et des soignants par rapport à leur expérience de rétablissement.

- Rapport des patients à leur corps:

- ❖ Spécificité du rapport au corps des patients dans leurs trajectoires de rétablissement/périodes de crise
- ❖ Visibilité vs invisibilité du corps: les pratiques d'invisibilisation du corps dans les périodes de crise/de mal-être.
- ❖ Effets des médicaments sur le corps (prise de poids, fatigue, troubles de l'attention).
- ❖ Le rapport des patients au corps dans les différents espaces institutionnels et urbains.

- La gestion de l'espace-temps du rétablissement des patients:

- ❖ Une gestion de l'E-T particulière: variations en termes de rythmes de rétablissement/ruptures lors des moments de crises, de pratiques spatiales et sociales du rétablissement.
- ❖ Typologie des espaces de confort vs d'inconfort.
- ❖ Les pratiques de mise en confort et de gestion de la distance/proximité avec autrui.
- ❖ Les espaces de niche et de reconquête de l'espace urbain.
- ❖ Le processus d'émancipation sociale et spatiale des patients vis-à-vis de l'institution au cours du rétablissement.

Annexe IX. Publications scientifiques et mémoires en lien avec le projet FNS

Liste des publications scientifiques du projet FNS

- Baumann, P.S, Conus P., Söderström, O. et al (forthcoming, 2019). Urban remediation: a new recovery oriented strategy to manage urban stress after first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Abrahamyan Empson, L., Baumann, P. S., Söderström, O., Codeluppi, Z., Söderström, D., & Conus, P. (2019). Urbanicity: The need for new avenues to explore the link between urban living and psychosis. *Early intervention in psychiatry*.
- Conus, P., Empson, L. A., Codeluppi, Z., Baumann, P. S., Söderström, O., Söderström, D., & Golay, P. (2019). City avoidance in the early phase of psychosis: a neglected domain of assessment and a potential target for recovery strategies. *Frontiers in Psychiatry, 10*.
- Söderström, O. (2019). Precarious encounters with urban life: The city/psychosis nexus beyond epidemiology and social constructivism. *Geoforum, 101*, 80-89.
- Codeluppi, Z. (2019). Du retrait à la reconquête: pratiquer la ville après un épisode psychotique. *Geographica Helvetica, 74*(1), 41-58.
- Merlino, S., Mondada, L. (2018). « Crossing the street: How pedestrians interact with cars ». *Language and Communication*.
- Söderström, O., Söderström, D., Codeluppi, Z., Abrahamyan-Empson, L., Conus, P., (2017). « Emplacing recovery: How persons diagnosed with psychosis compose with stress in cities ». *Psychosis*.
- Codeluppi, Z. (2017). « Entre le plein et le vide : les espace-temps quotidiens des jeunes patients souffrant de troubles psychotiques à Lausanne », *GéoRegards*.
- McFarlane, C. and Söderström, O. (2017). "On alternative smart cities: from a technology-intensive to a knowledge-intensive smart urbanism." *City*.

- Söderström, O. (2016). “I don’t care about places”: the whereabouts of design in mental health in Bates, C., Imrie, R and Kullman, K. (eds.) *Care and Design. Bodies, Buildings, Cities*, Oxford-Wiley-Blackwell, pp. 56-73.
- Söderström, O. (2016). From a Technology Intensive to a Knowledge Intensive Smart Urbanism in Stollmann, J. et al. (eds) *Beware of Smart People. Redefining the smart city paradigm towards inclusive urbanism*, Berlin, TU Verlag, pp. 63-69.
- Söderström, O., Abrahamyan, L., Codeluppi, Z., Söderström, D., Baumann, P., Conus, P (2016). “Unpacking ‘the City’: An experience-based approach to the role of urban living in psychosis”. *Health & Place*, Vol. 42, pp. 104-110.
- Söderström D., Jungo S., Pedrozo S., Söderström O. et Conus P.(2013). Densité urbaine et psychose – est-ce que vivre en ville rend schizophrène ? *Revue Médicale Suisse, Volume 398(31)*, 1682-1686.

Liste des mémoires de master en lien avec le projet FNS

- Jeandupeux, N. (2017) « La prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques : le développement du Housing First à Neuchâtel », Mémoire de master sous la dir. du Prof. Ola Söderström, Institut de Géographie, Université de Neuchâtel.
- Chevalley, C. (2016) « Paysage de soins de la santé mentale lausannois : État des lieux de ses espaces et de ses visions de soins de 1960 à nos jours », Mémoire de master sous la dir. du Prof. Ola Söderström, Institut de Géographie, Université de Neuchâtel, 93p.
- Kasmé, Sara (2014) « Milieu urbain et psychose. L’expérience des lieux urbains par des personnes souffrant de troubles psychotiques », Mémoire de master sous la dir. du Prof. Ola Söderström, Institut de Géographie, Université de Neuchâtel.