

**unine**

UNIVERSITÉ DE  
NEUCHÂTEL

institut de géographie

Espace Louis-Agassiz 1

CH - 2001 Neuchâtel

MÉMOIRE DE LICENCE  
sous la direction du Prof.  
**Ola Söderström**

mai 2014

Sara Kasme

# Milieu urbain et psychose

*L'expérience des lieux urbains par  
des personnes souffrant de  
troubles psychotiques*



## **REMERCIEMENTS**

A Silvana Pedrozo et Ola Söderström pour leur disponibilité et leurs précieux conseils tout au long de ce mémoire. M'inscrire dans une recherche de plus grande envergure a été d'un grand intérêt pour moi, et je suis reconnaissante de la confiance et du soutien qui m'ont été témoignés.

A Régis Marion-Veyron pour sa grande disponibilité et son enthousiasme pour cette démarche transdisciplinaire. Son point de vue a enrichi et apporté d'autres perspectives à mon travail.

A Anastasie Jordan, Patrice Kolypczuk, Nadir Mebdouhi et Sybille Perroud pour leur chaleureux accueil, le temps accordé, et l'aide dans le contact avec leurs patients, cet intermédiaire m'a été essentiel.

Un grand merci surtout aux personnes qui ont accepté de répondre à mes questions, pour le temps et la confiance accordés. Ces rencontres ont été très importantes pour moi, autant d'un point de vue scientifique qu'humain.

Et finalement, à ma sœur, Layla Kasme, pour son écoute et ses conseils au quotidien, durant ces mois de recherche et de questionnements.

## RESUME

Le propos de ce travail est d'analyser quelles caractéristiques des lieux urbains sont identifiées par des jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques comme source de stress, ou, au contraire de bien-être. C'est à travers le récit de leur expérience spatiale mais aussi de leur biographie résidentielle que nous souhaitons documenter les liens entre lieux et états psychiques. Ce travail part de l'hypothèse que l'analyse des biographies résidentielles des patients, de leurs trajectoires quotidiennes, et de leurs expériences sensorielle et sociale des lieux (autant avant qu'après le premier épisode psychotique) donne des éléments de réponse permettant de mieux comprendre comment le milieu urbain influence l'émergence de psychoses.

Alors que de nombreuses études ont démontré que l'« exposition urbaine » constitue un facteur de risque pour l'émergence de psychoses, ce travail met en avant certaines caractéristiques de lieux urbains particulièrement pertinentes. Il permet également, en s'intéressant au discours des personnes directement concernées, de comprendre comment elles appréhendent et vivent les lieux de leur quotidien.

Si plusieurs éléments de réponse confirment les hypothèses formulées dans des travaux précédents, telles que le stress engendré par une migration, l'importance d'un lieu structuré ou encore la peur de se faire juger dans des lieux socialement « confrontants », d'autres éléments apportent également une vision moins univoque, plus nuancée. Entre autres, la relation ambiguë aux lieux centraux, au domicile, à l'anonymat ou aux normes sociales montre qu'une même caractéristique peut être à la fois ressource et potentiel risque, élément structurant et enfermant, élément libérateur et effrayant.

Remerciements	2
Résumé	3
<b>PREMIERE PARTIE</b>	<b>6</b>
<b>Introduction et Problématique</b>	<b>6</b>
1 Introduction générale	7
2 Présentation du terrain	8
3 Problématique	9
3.1 Choix de l'échelle d'analyse : le lieu	10
3.2 Choix de la clé d'analyse : l'expérience spatiale	11
3.2.1 Arts de faire et résistance	12
3.2.2 Mécanismes de défense	13
3.3 Biographie résidentielle	14
3.3.1 Exposition urbaine	14
3.3.2 Migration dans l'adversité	15
3.3.3 Fragmentation identitaire	15
3.4 Expérience sensorielle du lieu	16
3.5 Expérience sociale du lieu	17
3.5.1 Identité sociale, identité spatiale et espaces révélateurs d'identités	18
3.5.2 Appartenance	19
3.5.3 In/out of place et normes sociales	20
4 Question de recherche et objectifs	21
<b>DEUXIEME PARTIE</b>	<b>22</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>22</b>
5 Méthodologie	23
5.1 Phase préalable	23
5.1.1 Recherches bibliographiques	23
5.1.2 Observation dans la ville de Lausanne	23
5.2 Entretiens	24
5.2.1 Type d'entretien	24
5.2.2 Nombre	25
5.2.3 Corpus d'entretien	25
5.2.4 Caractéristiques des patients	26
5.3 Rôle de R. Marion-Veyron, responsable du programme TIPP	26
5.4 Rôle des case managers	27
5.5 Défis et limites méthodologiques	28
5.5.1 Considérations éthiques	28
5.5.2 Limites de l'entretien	29
5.5.3 Biais du corpus d'entretien	29
5.5.4 Limites des données biographiques	29
<b>TROISIEME PARTIE</b>	<b>31</b>
<b>Analyse des données</b>	<b>31</b>
6 Analyse des données	32
6.1 Remarques préalables	33
6.2 Biographie résidentielle	36
6.2.1 Résidence urbaine et état psychique	37
6.2.2 Migration et état psychique	38

6.2.3	Mobilité résidentielle et état psychique	40
6.2.4	Synthèse	41
6.3	Expérience sensorielle des lieux	42
6.3.1	La tolérance aux éléments sensoriels comme tactique	42
6.3.2	La structure visuelle d'un lieu comme élément rassurant	44
6.3.3	Moments de crise : la stimulation sensorielle comme élément déclencheur	47
6.3.4	Synthèse	48
6.4	Expérience sociale des lieux	49
6.4.1	Constructions identitaires spatiales et sociales	49
6.4.2	Appropriation des espaces publics et privés	53
6.4.3	Caractéristiques sociales facilitatrices	57
6.4.4	Caractéristiques sociales limitatives	63
6.4.5	Moments de crise : le sentiment de persécution	69
6.4.6	Synthèse	71
<b>QUATRIEME PARTIE</b>		<b>73</b>
<b>Conclusion</b>		<b>73</b>
7	Conclusion	74
<b>CINQUIEME PARTIE</b>		<b>77</b>
<b>Bibliographie</b>		<b>77</b>
8	Bibliographie	78
<b>SIXIEME PARTIE</b>		<b>81</b>
<b>Annexes</b>		<b>81</b>
9	Annexes	82
9.1	Brefs profils biographiques	82
9.2	Grille d'entretien patients	83
9.3	Grille d'entretien case managers	86

## Première Partie

---

# **INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE**

## 1 INTRODUCTION GENERALE

Comment des personnes souffrant de troubles psychotiques perçoivent-elles l'espace qui les entoure ? Comment le négocient-elles ? Quel rôle l'environnement joue-t-il dans l'émergence de troubles psychiques ? Quels lieux sont perçus comme particulièrement stressants, stigmatisants, ou au contraire, davantage tolérants, et pour quelles raisons ? Autant de questions qui guident et alimentent le courant appelé « geography of mental health ».<sup>1</sup> Une autre question soulevée est celle du lien entre milieu urbain et émergence de psychose. Pour y répondre, des approches géographiques et psychiatriques se sont depuis plusieurs dizaines d'années côtoyées sans pour autant s'associer. C'est précisément ce manque de transdisciplinarité que l'Institut de Géographie de l'Université de Neuchâtel et le Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) ont souhaité pallier en proposant un projet intitulé *Understanding the relations between psychosis and urban milieus: an experience-based approach*. C'est dans le cadre de cette recherche que s'inscrit mon travail de master, imaginé comme une étape préparatoire, « expérimentale ». Il s'agit donc de « tester » - tout en se les réappropriant - les questions posées par le projet de recherche.

Pour bien appréhender la pertinence de cette approche, ainsi que la plus-value que ce mémoire et la recherche à une échelle plus importante souhaitent apporter, il faut avoir à l'esprit le contexte de désinstitutionalisation des services de soins psychiatriques dans les années 70. Celle-ci a pour conséquence un déplacement des infrastructures de la périphérie vers le centre, et donc, une confrontation plus directe et plus fréquente des patients avec les lieux urbains publics (Philo 2006 : 588). A partir de ce constat, de nombreuses recherches sont entreprises sur le lien entre exposition urbaine et psychose<sup>2</sup>. Or, si la plupart parviennent à la conclusion qu'il existe bien un lien (à pondérer par des facteurs génétiques), aucune ne définit clairement ce qu'elle entend par « exposition urbaine »; en d'autres termes, on peine à préciser quelles caractéristiques (physiques et sociales) des lieux urbains peuvent avoir un impact sur le développement d'une psychose. C'est précisément l'enjeu principal de cette recherche : comprendre quels lieux et quelles caractéristiques de ces derniers sont identifiés par les patients comme source de stress ou de bien-être. Pour ce faire, nous structurerons ce travail en trois axes d'analyse principaux, soit la biographie résidentielle des personnes interrogées, leur expérience sensorielle, et finalement leur expérience sociale des lieux.

---

<sup>1</sup> Les articles de Philo (2001 ; 2006) reprennent en détail les origines de ce courant géographique, ses questionnements initiaux et son évolution au fil des années. Après une approche plus quantitative et cartographique de la maladie psychique, les chercheurs de la « geography of mental health » tendent aujourd'hui vers des recherches qualitatives s'intéressant au vécu de l'environnement par des personnes souffrant de troubles psychiques.

<sup>2</sup> Parmi les études s'intéressant au lien entre psychose et exposition urbaine, on peut notamment mentionner les études de Van Os (2004 ; 2005 ; 2010), Maharajh (2005), March (2008) ou Pedersen (2006).

## 2 PRESENTATION DU TERRAIN

Les personnes que nous interrogeons font toutes parties du programme TIPP (Traitement et Intervention dans la Phase Précoce des Troubles Psychotiques). Ce programme existe depuis maintenant une dizaine d'années et fait partie du Département de Psychiatrie du CHUV à Lausanne. Au sein du Service de Psychiatrie Générale (PGE), la section « Eugène Minowski » traite spécifiquement les « troubles du spectre de la schizophrénie ». La section comporte un volet hospitalier à Cery et un volet ambulatoire à Chauderon. Le TIPP est un programme hospitalo-ambulatoire spécialisé pour les jeunes et les troubles psychotiques précoces.

La schizophrénie est une forme de psychose que le DSM-4 définit comme une « *perte des limites du Moi et une altération marquée de l'appréhension de la réalité* » (DSM-4 : 231). Quant au terme « psychose », il englobe des formes diverses de perte de contact avec la réalité. Parmi les diagnostics listés dans le DSM-5, y figurent notamment le trouble délirant, le trouble schizo-affectif ou encore le trouble psychotique partagé, soit « folie à deux » (DSM-5 : 891). Nous ne développons pas ici les particularités de chaque trouble puisque la recherche aborde le « trouble psychotique » de manière indifférenciée. Par contre, la fréquence et la durée de ces ruptures avec la réalité sont essentielles à connaître car elles aident à définir les limites d'un trouble. Ainsi, pour intégrer le programme TIPP, la durée d'hallucinations, d'idées délirantes et/ou de désorganisation de la pensée doit être d'au moins une semaine, avec une fréquence quotidienne (Baumann et al. 2013 : 324).

Le programme TIPP a été mis en place à la suite d'une enquête réalisée dans l'agglomération lausannoise en 2000. Celle-ci estimait qu'une grande partie des patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique présentait des symptômes déjà deux ans auparavant. Elle remarquait également que la moitié de ces patients n'entreprenait pas un suivi médical après leur sortie de l'hôpital. Le programme a donc été conçu afin d'améliorer la qualité du traitement des psychoses précoces et de le rendre plus adapté aux besoins et enjeux spécifiques qu'elles représentent (Baumann et al. 2013 : 322). Entre autres, le programme favorise autant que possible un soutien dans le cadre de vie du patient comme alternative à l'hospitalisation. Le soutien sur trois ans et les évaluations tous les six mois par des personnes de référence, des « case managers », permettent un travail sur l'acceptation et la « gestion » de l'expérience psychotique, ainsi que sur la réinsertion sociale et professionnelle. Les case managers sont des infirmiers, assistants sociaux ou psychologues qui suivent, en binôme avec un médecin, un certain nombre de patients.

Le choix du programme TIPP comme cadre empirique de la recherche s'explique tout d'abord par des contacts privilégiés entre la section de psychiatrie du CHUV et l'Institut de géographie de l'Université de Neuchâtel. De plus, le cadre du programme TIPP nous permet de cerner une tranche de la population spécifique, soit des jeunes entre 18 et 35 ans. Or selon le DSM-4, les jeunes entre 20 et 30 ans présentent une prévalence particulièrement haute (DSM-4 : 331). En outre, le caractère précoce et « pionnier » des troubles suivis dans le cadre du

programme TIPP rend particulièrement bien compte de la variété des cas et des conséquences possibles : il peut y avoir des personnes expérimentant un seul trouble psychotique dans leur vie comme des personnes pour qui ces troubles deviendront chroniques. Le caractère récent des troubles implique que le souvenir de la vie « avant » et du moment de basculement sont beaucoup plus récents et donc certainement plus précis. Les personnes auront donc également tendance à être plus précis en ce qui concerne leur confrontation avec l'environnement physique et social et les changements qui ont pu survenir avec l'émergence de la maladie. Cela ne serait pas forcément le cas de personnes traitées depuis une dizaine d'années et ayant principalement été prises en charge dans des structures hospitalières.

Finalement, les personnes suivies dans le programme TIPP vivent soit chez leurs parents, soit en foyer, soit de manière indépendante. Contrairement à des personnes vivant à l'hôpital, le quotidien de déplacements, d'activités, et donc, de confrontations avec l'environnement urbain que vivent les patients du programme TIPP fait écho à nos questions de recherche et notre grille d'entretien.

Les entretiens se déroulent au lieu de consultation à Chauderon, mais le terrain qui nous intéresse s'étend bien sûr à tous les lieux urbains auxquels les personnes interrogées font allusion. Comme une des conditions pour être admis dans le programme TIPP est d'habiter l'agglomération lausannoise, le quotidien spatial des patients ne dépasse en général pas cette zone. Or si Lausanne est le « périmètre commun », les références des patients à des lieux d'autres villes ou pays peuvent également nourrir l'analyse. En effet, davantage que des lieux précis et uniques, ce sont les caractéristiques des lieux qui nous intéressent. Ces caractéristiques sont donc « exportables » et peuvent se retrouver dans plusieurs lieux d'une même ville, mais aussi d'une autre ville ou d'un autre pays.

### 3 PROBLEMATIQUE

Pour comprendre quels lieux et quelles caractéristiques de ces derniers sont identifiés par les patients comme source de stress ou de bien-être, il s'agit d'abord de définir l'échelle de notre analyse, le lieu, puis la clé d'analyse, l'expérience et la pratique spatiales. A partir de la littérature existante, nous déclinons cette « expérience spatiale » en trois axes principaux, tout en ayant conscience que dans la réalité, ils ne sont pas aussi clairement séparés et s'influencent mutuellement. Le premier axe est celui de la biographie résidentielle, s'intéressant au gradient d'urbanité des domiciles passés, aux possibles migrations ou déménagements. En convoquant certains concepts (tels que l'exposition urbaine, la migration dans l'adversité ou encore la fragmentation identitaire), nous souhaitons contribuer à analyser comment le passé résidentiel peut influencer la stabilité psychique d'une personne. Le second axe s'intéresse au lien entre expérience sensorielle et expérience spatiale, soit à comment des caractéristiques physiques et construites de lieux influencent le ressenti et l'état psychique. Finalement, le troisième axe aborde le lien entre expérience sociale et expérience spatiale, soit quelles interactions sociales sont redoutées ou recherchées, quelles identités sociospatiales les

personnes interrogées construisent, ou encore, comment elles réagissent face à des normes plus ou moins fortes selon le lieu.

### 3.1 CHOIX DE L'ECHELLE D'ANALYSE : LE LIEU

L'échelle spatiale du « lieu » nous semble la plus pertinente dans notre cas d'étude pour plusieurs raisons. D'une part, parce que si le lien entre ville et santé mentale a déjà été beaucoup étudié, l'accent n'a pas été mis sur des lieux urbains spécifiques.

Les recherches médicales ont fréquemment utilisé le concept d'urbanité pour définir le fait de vivre en milieu urbain et ce que cela implique en termes sociaux et économiques (Van Os 2004 : 288). L'urbanité telle qu'elle est conçue dans la recherche médicale se mesure par des données telles que le nombre d'habitants, la densité des habitations ou encore la densité de la population (Vlahov et Galea 2002 : 55). Les nombreuses études médicales qui ont mis en évidence le lien entre urbanité et troubles psychotiques sont parvenues au constat que l'environnement extérieur, et donc notamment l'environnement urbain, interagit avec la génétique, façonnant par conséquent une vulnérabilité aux troubles psychotiques.<sup>3</sup> Or plutôt qu'une causalité directe et un facteur urbain « homogène », ce sont des caractéristiques socio-économiques très présentes en ville mais non spécifiques à celle-ci, telles que la fragmentation, l'isolement ou les inégalités sociales qui pourraient avoir un impact sur l'émergence de psychoses (Van Os 2004 : 288). En nous intéressant à des lieux spécifiques, nous tenterons d'apporter précisions et nuances à l'approche jusqu'à présent relativement indifférenciée de l'exposition urbaine et de l'urbanité (Van Os 2004 : 287).

Puisque c'est l'unité spatiale à laquelle nous ferons référence tout au long de cette recherche, il est important de rappeler ce que nous entendons par « lieu ». La conviction qui imprègne cette recherche et qui est fortement inspirée par la théorie de Cresswell est qu'un lieu est à la fois géographique (il est situé et construit, que cela soit par la nature ou par l'être humain) et social (des normes de comportement y sont officiellement ou tacitement déterminées). Dans son livre *Place : a short introduction* (2004), le géographe définit le lieu comme un espace auquel l'individu donne *sens*, une signification subjective et émotionnelle (Cresswell 2004 : 7). Un lieu se fait par les perceptions, affects et pratiques des personnes qui y évoluent, y vivent, y passent. En comparaison, le concept d'espace est beaucoup plus abstrait ; l'espace serait ce qu'il y a *entre* les lieux, et c'est seulement lorsqu'un individu donne sens à un espace qu'il devient lieu (Cresswell 2004 : 8).

Les trois aspects fondamentaux du lieu sont, selon Agnew, « location, locale and sense ». (Agnew 1987 cité par Cresswell 2004 : 7). Par « location », on comprend l'aspect le plus évident et le plus concret du lieu, c'est à dire son emplacement géographique, ses coordonnées cartographiques. Par « locale », on comprend le cadre matériel construit pour les relations sociales, soit la forme que le lieu prend et l'influence que cette forme a sur les individus. Finalement, par « sense » que l'on peut ici traduire par « sensation », on englobe toutes les impressions sensorielles mais aussi émotionnelles qu'une personne attache à un lieu

---

3 On peut notamment mentionner les études de Van Os (2004 ; 2005 ; 2010), de Maharajh (2005), de March (2008) ou de Pedersen (2006).

et donc, l'importance subjective qu'elle lui donne (Cresswell 2004 : 7). Ces trois éléments se complètent et notre travail consistera précisément à opérer un va-et-vient constant entre ces trois « réalités » à la fois différentes et indissociables.

Ces trois réalités du lieu apportent des éléments d'analyse importants concernant le lien entre états psychiques et lieux urbains. La situation d'un lieu (« location ») par rapport au domicile, au centre-ville ou encore par rapport aux services de soins peut être révélatrice en ce qui concerne l'expérience spatiale des patients. De la même façon, la manière dont le lieu est construit donne un certain cadre (« locale ») plus ou moins rassurant, plus ou moins inclusif à leurs expériences spatiales. Finalement, la sensation (« sense ») que les personnes associent à des lieux spécifiques révèle des expériences spatiales (qu'elles soient sensorielles et/ou sociales) personnelles et subjectives.

### **3.2 CHOIX DE LA CLE D'ANALYSE : L'EXPERIENCE SPATIALE**

Afin de comprendre quelles caractéristiques des lieux urbains les personnes identifient comme source de stress ou de bien-être, il est important de s'intéresser à leur expérience spatiale, à comment ils vivent, se déplacent, se sentent ou encore perçoivent les lieux urbains. Les approches médicales n'y ont jusqu'à présent accordé que très peu d'importance, et l'approche par des entretiens qualitatifs des patients n'a pas été explorée. La porte d'entrée que nous choisissons donc pour tenter d'identifier quels lieux urbains sont « pertinents » pour les patients et pourquoi ils le sont, est celle de l'expérience (résidentielle, sensorielle et sociale) et des pratiques dans les différents lieux de la ville de Lausanne.

La pratique spatiale est étroitement liée à l'expérience, l'une et l'autre s'influencent et se modifient mutuellement. Tous deux seront présents dans notre questionnement, et il serait artificiel de les considérer séparément. Cependant, nous parlerons plutôt de « pratique » lorsque des actes ou opinions concrets sont reportés et initiés par les patients, et d'expérience lorsqu'on fait référence aux interactions plus globales et peut-être plus passives entre environnement et individu.

Laurent Cailly définit les pratiques spatiales comme « *des relations matérielles et idéelles des individus à l'espace géographique* » (Cailly 2004 : 14) Plus précisément, ces pratiques peuvent être approchées par deux entrées : d'une part, les pratiques spatiales concrètes, c'est à dire les « manières » d'habiter (dans une maison ou dans un appartement, seul ou avec d'autres personnes...), de se déplacer (rester chez soi ou beaucoup sortir, se déplacer en voiture ou à pied...) ou encore de télécommuniquer (utilisation du téléphone, d'internet...) (Cailly 2004 : 14). De l'autre, les pratiques spatiales se manifestent sous forme d'idéologies spatiales, c'est à dire « *l'ensemble des jugements que les individus produisent sur l'espace et sur ses objets* » (Cailly 2004 : 14). Le fait d'aimer son quartier ou de se sentir mieux dans certaines zones de la ville dévoile un système de goûts qui a une conséquence tangible et directe sur la manière de vivre les lieux. (Cailly 2004 : 14). Nous utiliserons ces deux approches de manière complémentaire, puisque nous nous intéresserons à comment les personnes « gèrent » un

lieu, avec ses contraintes et ses spécificités, à ce qu'elles en pensent (idéologies spatiales), et aux liens qu'elles dessinent entre pratiques, idéologies et lieu.

Quant à Tuan, il définit l'expérience spatiale comme les différentes manières d'appréhender et de construire l'environnement dans lequel on évolue. Celle-ci est guidée par des perceptions visuelles, olfactives, gustatives ou encore tactiles, mais s'étend également à un registre plus conceptuel, émanant du « monde indirect de la symbolisation » (Tuan 1977 : 12) Ces expériences fournissent à l'individu « *des sensations aigues de l'espace qui l'entoure et de ses qualités* » (Tuan 1977 :15).

### 3.2.1 Arts de faire et résistance

De Certeau ajoute un concept très intéressant à celui d'expérience et de pratique spatiales : celui d'« arts de faire », soit « faire avec » les contraintes d'un lieu ou d'une situation, « *les détourner, les utiliser, et, par une sorte de bricolage quotidien, y tracer [son] décor et [ses] itinéraires particuliers* » (de Certeau cité par Augé 1992 : 53). S'il s'agit d'une pratique que de Certeau attribue à tout un chacun, nous partons de l'hypothèse que des personnes souffrant de troubles psychotiques pourraient être confrontées à des contraintes particulièrement fortes et donc faire appel à ce genre de pratiques.

De Certeau distingue également la « tactique » de la « stratégie » : si toutes deux sont des arts de faire en termes d'objectifs, leur processus d'action, les conditions dans lesquelles elles ont pratiquées, et les acteurs qui la pratiquent diffèrent. La stratégie serait le « calcul » (ou la manipulation) des rapports de force, uniquement possible lorsqu'un sujet de vouloir et de pouvoir (une entreprise, une armée, une cité, une institution scientifique) est isolable (de Certeau 1990 : 59). Elle implique un lieu propre d'où sont gérées les relations avec une « *extériorité de cibles ou de menaces* ». La tactique, quant à elle, ne suivrait pas ce schéma très formel, puisqu'elle se caractérise par « *l'absence d'un propre [lieu]* ». En d'autres termes, « *la tactique n'a pour lieu que celui de l'autre. Aussi doit-elle jouer avec le terrain qui lui est imposé (...)* » (de Certeau 1990 :60). Elle ne se développe pas, contrairement à la stratégie, dans un processus à long terme, et se fait plutôt « au coup par coup ».

En ce qui nous concerne, ce sont les pratiques des individus et non pas d'un « sujet de vouloir et de pouvoir » qui nous intéressent. Ces individus n'agissent pas dans un lieu qui leur est propre, et c'est précisément les contraintes que présente un terrain imposé qui poussent les personnes à le détourner, à se l'approprier, par des petites modifications au « coup par coup », que nous qualifierons donc ici de « tactique ». Dans tous les cas, ces tactiques oscillent constamment entre une intentionnalité de l'acteur et une soumission à des contraintes, ce qui incite Di Meo à parler d' « *une sorte de « jeu » très mobile* » (Di Meo 1999 : 85). Parmi ces tactiques, on trouve notamment l'ajustement, soit la mise en œuvre de « codes de comportement » et de registres entre lesquels les individus naviguent (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 :78). La tactique du « détournement », quant à elle, ajoute l'idée d'une capacité à emprunter des détours, des voies parallèles qui défient des normes prédéfinies (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 :149).

Pinfold touche plus spécifiquement aux arts de faire de personnes souffrant de troubles psychiques lorsqu'elle décrit les « safe havens » (Pinfold 2000 : 204). Il s'agit de lieux créés par les personnes le long de leurs trajectoires quotidiennes et qui constituent des « havres de sécurité », des « havres de paix » face à des situations quotidiennes d'angoisse, de stress ou d'exclusion. Ces lieux contribueraient à rendre plus faciles certains déplacements ou activités. Il sera donc intéressant d'observer quels arts de faire les patients développent pour gérer « au mieux » leurs itinéraires, leurs arrêts et leurs activités dans des lieux précis.

Un autre concept également intéressant pour notre recherche, est celui de résistance. Il s'agit d'un art de faire développé dans des situations de stress, d'inconfort ou d'angoisse et qui implique un degré d'intentionnalité et de confrontation aux contraintes beaucoup plus évident que les pratiques d'ajustement ou de détournement. De Certeau introduit une nuance supplémentaire entre transgression et résistance, en ce qui concerne le degré d'intentionnalité. En effet, la transgression se concrétise seulement du moment que des réactions et des jugements extérieurs la considèrent comme telle. Elle comporte également une dimension géographique, puisque que le terme signifie littéralement « traverser la frontière ». Bien sûr, une transgression peut devenir une résistance, du moment que les motivations de l'acteur deviennent intentionnelles. De la même manière, une résistance peut devenir une transgression aux yeux des personnes extérieures qui jugent l'action (Cresswell 1996 : 22).

### **3.2.2 Mécanismes de défense**

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux pratiques défensives de personnes souffrant de troubles psychotiques, une littérature importante traite des « mécanismes de défense psychotiques »<sup>4</sup>. Il s'agit de « *processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations, comportements, idées ou affects peuvent être inconscientes ou conscientes* » (Berney et al. 2009 : 133). Il est essentiel de distinguer les mécanismes de défense « courants », qui maintiennent un contact avec la réalité des mécanismes dits « psychotiques », qui coupent partiellement ou complètement ce contact. Ces mécanismes sont fréquents dans des situations d'interactions ou d'identifications sociales difficiles à gérer, mais ils peuvent également se manifester lors d'expériences cognitives et sensorielles particulièrement vivaces. Qu'ils soient actifs (la personne agit volontairement et pour un certain temps « contrôlé ») ou passifs (la personne ne contrôle plus ce qui lui arrive), on peut dire que ces modes de défense visent plutôt à couper la personne de sa réalité et ne donnent donc en général pas une « solution ». Dans ce sens, il ne s'agit pas d'un art de faire puisque la personne refuse de vivre ou de reconnaître la situation difficile dans laquelle elle se trouve. Bien que cette pratique soit importante dans le quotidien de personnes souffrant de troubles psychotiques, nous avons choisi de ne pas l'aborder si elle n'était pas abordée par les patients. Or aucune mention (qu'elle soit directe ou sous-entendue) n'a été faite en réaction à des questions telles que « *Avez-vous parfois l'impression que certains détails d'un*

---

<sup>4</sup> Berney (2009) résume les principaux mécanismes de défense psychotique.

*lieu (sa lumière, ses bruits, ses odeurs) vous submergent ?* ». Ainsi, bien que nous signalions ce concept dans la problématique, son analyse empirique ne sera pas entreprise ici. Elle le sera peut-être dans des phases postérieures de la recherche.

### **3.3 BIOGRAPHIE RESIDENTIELLE**

Le premier axe que nous définissons afin de mieux comprendre le lien entre lieux et états psychiques est celui de la biographie résidentielle ; en d'autres termes, il s'agit de retracer les changements résidentiels d'un environnement rural à un environnement urbain, d'un quartier de la ville à un autre, ou même d'un pays à un autre. Ces trajectoires constituent une pratique spatiale à part entière, et s'intéresser à la situation précédant la maladie peut donner des informations sur les causes de son émergence.

#### **3.3.1 Exposition urbaine**

Le concept d'exposition urbaine est encore relativement flou mais néanmoins central pour ce travail. Le taux d'urbanité est souvent défini dans la littérature médicale comme le nombre de personnes par rapport à la surface ou le nombre d'adresses par rapport à une surface (Krabbendam, Van Os, 2005 : 797). Un gradient d'urbanité élevé dans la biographie résidentielle d'une personne augmenterait l'expérience de certaines formes de stress, telles que l'exposition constante au bruit (Van Os 2004). Plusieurs recherches médicales se rejoignent pour démontrer que le fait d'avoir vécu - tout particulièrement durant l'enfance et l'adolescence - dans un milieu urbain augmente les chances de développer un trouble psychotique (Krabbendam et Van Os 2005 : 797 ; Van Os 2010 : 203). Bien que l'impact de fréquentes et importantes situations de stress sur le cerveau soit pour l'instant difficile à déterminer, il serait d'autant plus significatif chez une jeune personne dont le cerveau est encore en phase de développement (Abbot 2010 : 163).

En outre, beaucoup d'études élargissent le concept d'exposition urbaine à des expériences sociales et économiques non exclusives à la ville mais davantage présentes dans celle-ci. Ainsi, Van Os (2004) identifie les sentiments de fragmentation, d'isolement ou la confrontation à des inégalités sociales comme particulièrement présentes en ville, et d'autant plus difficiles à gérer pour des personnes déjà fragiles. Parr rappelle également la situation d'une personne « seule dans la foule » « *spatialement proche d'autrui mais cependant socialement distant (...)* ignoré par la société en général mais se retirant également volontairement du contact social » (Parr 2004 : 402) pour illustrer le sentiment d'isolation sociale que l'on peut vivre en milieu urbain.

Pour clore ce premier aperçu théorique, on peut citer Pedersen et Preben : « *tant que les causes ou les expositions responsables de la différence urbain-rural concernant le risque de schizophrénie sont inconnues, on ne peut donner des lignes directrices sur comment le degré d'urbanisation doit être mesuré.* » (Pedersen et Preben 2006 : 6). Cette remarque souligne les limites théoriques actuelles du concept d'« exposition urbaine » et la nécessité d'études qualitatives s'intéressant à l'expérience spatiale des patients. Elle justifie donc l'approche choisie dans ce travail et dans la recherche à plus grande échelle.

### **3.3.2 Migration dans l'adversité**

Les termes « migration dans l'adversité » décrivent des facteurs « push » particulièrement difficiles et traumatisants. Par « push » on entend les facteurs qui poussent une personne à migrer. Ainsi, une situation de guerre, de violence ou d'extrême pauvreté dans le pays d'origine pousse une personne à migrer dans des conditions souvent difficiles, et peut engendrer des traumatismes durables et une « vulnérabilité de base » pour des futures troubles psychotiques (Bhugra 2004 : 244-245). A l'inverse, si la migration ne se fait pas dans l'adversité, elle a plus de chance d'être choisie, prévue et donc moins difficile à vivre. La séparation d'avec le pays d'origine est en général moins brutale, et des liens avec le pays d'accueil parfois préétablis (par exemple, des connaissances ou des perspectives professionnelles dans le pays d'arrivée choisi).

Au-delà des conditions de départ, soit des facteurs « push », Bhugra rejoint d'autres théories selon lesquelles la situation sociale une fois dans le pays d'accueil a un impact sur la stabilité psychique. Les troubles psychotiques diagnostiqués chez des personnes migrantes le sont en général une dizaine d'années après la migration, et parfois également chez des migrants de deuxième génération. Ainsi, davantage que le traumatisme causé par la migration, cela serait une situation sociale et économique précaires ainsi qu'un sentiment d'exclusion et d'isolement sociales qui auraient l'impact le plus significatif sur le développement de troubles psychotiques (Bhugra 2004 :250). Selon Veling (2008), le sentiment d'isolement, d'exclusion ou encore de discrimination sociale et raciale serait diminué par la présence de familiers dans le pays d'accueil, mais aussi selon la densité ethnique du pays d'origine dans le pays d'accueil.

Finalement, la perte de certains repères identitaires et la rupture avec un projet de vie qu'engendre tout particulièrement une migration dans l'adversité peut fragiliser la « cohérence identitaire » (Tortelli 2008 : 4). Pour des personnes présentant préalablement un sentiment de cohérence identitaire fragile, la migration constitue un élément fragilisant supplémentaire (Tortelli 2008 : 5).

Ce dernier point me permet de faire le lien avec les pratiques de mobilité résidentielles passées que nous ne considérons pas ici comme migration mais plutôt comme mobilité résidentielle. Nous différencions ici la migration d'un pays à l'autre d'une mobilité résidentielle d'un appartement à un autre au sein d'une même ville ou du même pays. Cependant, la migration n'est autre qu'une mobilité résidentielle à une échelle plus importante, raison pour laquelle certains enjeux déjà soulevés, tels que la fragmentation identitaire ou l'isolement sociale, se retrouvent dans le chapitre qui va suivre.

### **3.3.3 Fragmentation identitaire**

Lorsqu'on s'intéresse à la mobilité résidentielle et à son impact sur les états psychiques, deux concepts peuvent être mobilisés : l'« appartenance » et la « fragmentation identitaire ». Selon Knowles par exemple, des personnes ayant migré, vécu plusieurs déménagements ou vivant sans domicile fixe ressentent plus facilement une impression de fragmentation identitaire et de manque d'appartenance (Knowles 2000 : 222-223). Selon Knowles toujours, une constante

mobilité résidentielle affaiblirait le « personal bagage », dans son sens littéral et figuré. En effet, des « bagages » matériels (photos, objets ou encore documents administratifs) tout comme des « bagages » symboliques (réseau social, souvenirs et connaissances liées au lieu) constituent des « repères identitaires » parfois difficilement transportables (Knowles 2000 :222).

On peut en déduire qu'une forte mobilité résidentielle constitue un facteur de risque pour une personne déjà fragile. Dorier-Apprill et Gervais-Lambony mais aussi le Breton s'intéressent à l'impact qu'une mobilité résidentielle peut avoir sur le sentiment de stabilité et de cohérence identitaire (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 : 82 ; Le Breton 2004 : 75). Le Breton distingue, lorsqu'il parle d'identité territoriale, la mobilité choisie de la mobilité subie : « *si nous avons la possibilité de choisir entre de nombreux territoires (et par là, en construire des nouveaux), même si nous sommes physiquement très mobiles, nous sommes territorialisés, alors que si nous vivons entre plusieurs territoires, que nous ne contrôlons pas ou surtout que nous n'avons pas la possibilité de choisir et/ou de connecter entre eux pour construire notre propre nouveau territoire, nous sommes déterritorialisés* » (Le Breton 2004 :75)

Finalement, Dorier-Apprill et Gervais-Lambony remarquent que la mobilité résidentielle contribue à l'affaiblissement de l'ancrage local des sociabilités (Dorier-Apprill, Gervais-Lambony 2007 : 61). Ainsi, le fait de connaître et d'interagir avec le voisinage est considéré comme une « ressource » (les auteurs parlent de stratégies résidentielles) (Dorier-Apprill, Gervais-Lambony 2007 : 68). Cependant, cette familiarité peut également devenir une forme de contrôle social sur lequel nous reviendrons lorsque nous évoquerons le degré de familiarité ou d'anonymat d'un lieu.

On peut conclure en rappelant que les trajectoires résidentielles décrites (urbain-rural, migration internationale et mobilité résidentielle) sont des pratiques spatiales en tant que telles. Nous avons fixé les concepts sur lesquels nous nous appuyerons dans l'analyse, soit l'exposition urbaine, la migration dans l'adversité, l'isolement social et la fragmentation identitaire. Or cet intérêt pour les pratiques *avant* la maladie se complète par un intérêt pour les pratiques *avec* et *durant* la maladie. Ainsi, l'axe de la biographie résidentielle que nous venons d'évoquer, celui de l'expérience sensorielle que nous allons à présent développer, et celui de l'expérience sociale avec lequel nous terminerons, nous permettent d'appréhender la question du lien entre lieu et état psychique dans une temporalité large.

### **3.4 EXPERIENCE SENSORIELLE DU LIEU**

Nous allons donc nous intéresser à comment l'expérience sensorielle du lieu contribue à la construction de l'expérience spatiale, et plus particulièrement, à différents états psychiques. En cherchant à comprendre comment les personnes identifient les lieux qu'elles pratiquent, nous nous intéressons à comment elles en parlent, comment elles s'en souviennent, mais aussi et surtout à comment elles les reconnaissent ou les jugent. Si ce processus cognitif est en partie guidé et orienté par les interactions sociales dont nous parlerons dans le prochain chapitre, il l'est également par des stimulations sensorielles (expériences auditives, visuelles, olfactives ou encore tactiles). Ainsi, on peut imaginer qu'un bruit, une lumière ou même une

odeur détiennent un pouvoir évocateur qui fait appel à un processus cognitif. Par exemple, une lumière très pénétrante et blanche peut rappeler une période passée dans un lieu spécifique tel que l'hôpital, ou du bruit constant peut induire la personne à « comprendre » le lieu (sans même forcément l'avoir vu) comme stressant.

Dans la littérature médicale, des recherches ont été faites sur la manifestation de «troubles de base» parfois annonciateurs d'une décompensation psychotique et pouvant se manifester par une stimulation inhabituelle des sens. Gamma et Bovet remarquent que si ces perturbations sensorielles n'entraînent pas la reconnaissance de l'environnement, elles provoquent des changements et des distorsions de l'intensité ou de la qualité de la perception (Gamma et Bovet 1999 : 1774). Ces troubles sont la plupart du temps visuels (vision trouble, cécité passagère, hypersensibilité à la lumière, hallucinations visuelles « élémentaires » telles que des éclairs, des étoiles) ou auditifs (hypersensibilité au bruit, hallucinations acoustiques «élémentaires» non verbales telles que des claquements, des sifflements, persistance de bruits entendus il y a un certain temps) (Gamma et Bovet 1999 : 1774). On peut donc parler d'une hypervigilance sensorielle, d'une attention captivée par n'importe quel stimuli, et donc d'une difficulté à sélectionner ou à se détacher (Gamma et Bovet 1999 :1774). Ainsi, une sensibilité accrue à l'environnement qui va « *donner plus de relief au monde* » est observée chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, mais cette sensibilité peut aussi bien se révéler être un trouble de base, une hallucination, qu'une réaction non-pathologique.

Bien que plusieurs études aient identifié certaines perceptions sensorielles courantes chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, peu de recherche a été faite sur les conséquences que ces perceptions peuvent avoir. Un des objectifs de notre recherche est donc précisément de voir en quoi les caractéristiques physiques d'un lieu provoquent des expériences cognitives et perceptives particulières, et plus particulièrement à des états psychiques de stress ou de bien-être. D'autre part, des caractères physiques d'un lieu peuvent également contribuer à des expériences sociales particulières, que nous allons développer à présent. Si l'on reprend la définition de Agnew, le « locale » tout autant que le « sense » d'un lieu donne un certain cadre à des interactions sociales et à des identités particulières, et on peut donc affirmer qu'expériences cognitive et sociale sont intrinsèquement liées.

### **3.5 EXPERIENCE SOCIALE DU LIEU**

L'expérience sociale des lieux est l'axe qui a sans doute été le plus exploré. Le lieu peut être défini comme « *une construction sociale structurée par les inégalités de pouvoir et toujours vecteur de résonances émotionnelles* » (Philo 2005 : 588) Pour des personnes souffrant de troubles psychotiques et présentant pour la plupart une sensibilité accrue à l'environnement social, ces résonances et ces liens seraient d'autant plus forts, plus directs.

Des concepts tels que l'identité sociale, l'appartenance ou la norme sociale sont utilisés par des auteurs tels que Cresswell, Gervais-Lambony ou encore Parr. Plus spécifiquement, l'expérience sociale des personnes souffrant de troubles psychiques a été étudiée par des auteurs tels que Parr (2000, 2008), Knowles (2000), Philo (2001), Pinfold (2000), Butler (1997) ou encore Bowlby (1997). Nous nous intéresserons donc aux significations respectives

d'une identité sociale et d'une identité spatiale ainsi qu'à leur capacité de « fluidité » selon les lieux. Ensuite, nous aborderons le concept d'appartenance, qui implique qu'une personne se sente ancrée et intégrée dans un lieu (Parr 2008 : 115), et nous chercherons à identifier quels facteurs pourraient encourager ou limiter cet ancrage. Le concept de norme sociale propose quant à lui des conditions pouvant influencer le sentiment d'appartenance (et le fait d'être in/out of place) ainsi que la possibilité de révision identitaire.

### **3.5.1 Identité sociale, identité spatiale et espaces révélateurs d'identités**

En ce qui concerne le concept d'identité, nous nous concentrons sur deux postulats qui soutiennent et illustrent notre approche. Tout d'abord, celui que l'identité n'est ni permanente ni statique, mais plutôt en constante évolution. Ainsi, « *une construction peut en remplacer une autre, tout simplement quand l'individu change de classe d'âge, de groupe social ou d'espace de vie, ou bien lorsqu'il modifie ses choix identitaires* ». (Gervais-Lambony 2004 : 479) Les parcours individuels démontrent à quel point l'évolution identitaire est complexe, ce qui nous pousse à plutôt parler de « superposition identitaire » (Gervais-Lambony 2004 :481) ou d'identités « fluides ».

Ensuite, celui que l'identité est construite, collectivement et individuellement, à travers des récits et des pratiques (Gervais-Lambony 2004 : 470). Les récits proposent un certain ordre des choses, et contribuent à « *rendre normal, logique, nécessaire, inévitable, le sentiment d'appartenir à un groupe* » (Martin 1994 : 23 cité par Gervais-Lambony 2004 : 470). Lorsque nous nous intéressons à la manière dont les personnes perçoivent et vivent l'espace, nous nous intéressons également à leur discours identitaire, et au processus par lequel elles construisent leurs identités territoriales.

L'identité sociale est déterminante du fait que la manière dont une personne s'identifie dans les lieux publics dépend fortement de l'environnement social dans laquelle elle vit, du regard des « autres », ou encore des comparaisons faites, consciemment ou pas, avec autrui. Comme le dit Gervais-Lambony, « *l'identité avec les uns est aussi la différence d'avec les autres* » (Gervais-Lambony 2004 : 470). La notion même d'identité pose précisément la question de la part provenant d'un sentiment individuel et de celle rattachée à un groupe. On peut avancer que l'identité individuelle est intrinsèquement reliée à des identités collectives, mais qu'elle n'en reste pas moins un choix. Ainsi, « *face au large éventail identitaire possible, nous faisons des choix, conscients ou surdéterminés, choix de s'affirmer tel ou tel. Mais ce choix est constant et changeant: on choisit tout le temps, on peut changer, en fonction de où l'on est, avec qui l'on est, mais aussi parce que l'éventail de choix change avec le temps* » (Gervais-Lambony 2004 :486).

Quant à l'identité spatiale, elle est également importante au sens où « *les choix identitaires sont spatialisés* » (Gervais-Lambony 2004 : 487). Ces choix seraient « *liés aux lieux connus ou imaginés; les lieux où l'on a vécu, que l'on a visités ou dont on a rêvé font partie de ce que l'on pourrait appeler le patrimoine identitaire de tout un chacun* ». Le processus d'identification spatiale dépendrait fortement de « *la familiarité entretenue avec les lieux, [du] temps passé en ville, [de] la trame relationnelle que les individus y ont liée, [de] leur investissement personnel* » (Capron 2005: 155). Dans notre cas, l'identité sociale et l'identité

spatiale s'influencent mutuellement et le résultat de leur interaction, que l'on pourrait définir comme « identité sociospatiale », intervient constamment dans l'expérience et les pratiques des lieux urbains.

Dans son ouvrage, *Mental Health and Social Space : Towards inclusionary geographies?* (Parr 2008), Parr s'attarde sur des lieux qui, selon elle, laissent une plus grande liberté aux mouvements identitaires, et permettent une plus ou moins forte fluidité des identités. Grâce à des « *participations concrètes et personnalisées* » (Parr 2008 : 28), les personnes souffrant de troubles psychiques pourraient passer d'une identité « cloîtrée » (notamment en tant que « fous ») à une identité « révélée » (Parr 2008 : 28). En prenant l'exemple de forums internet, d'ateliers artistiques ou de structures de jardinage, l'auteure souligne que ces lieux sont des espaces d'aides « non-jugeants » et non médicalisés (Parr 2008 : 145). Ils introduisent une connotation différente (le lieu n'est pas directement lié à la maladie mentale) et d'autres enjeux (par exemple, le patient sait que ce qu'il dit ou fait ne sera pas retenu lors de futures décisions médicales). Cette appréhension différente pourrait modifier la construction identitaire des personnes, voire permettre une « révision identitaire » (Parr 2008 : 64). Ces lieux « révélateurs » peuvent autant influencer les identités externes (définies par les experts, les médias et la société plus largement) que les identités vécues intérieurement (Parr 2008 : 65). Nous verrons si des lieux « révélateurs » d'identités sont présents dans les discours des patients, quelles peuvent en être les caractéristiques (physiques et/ou sociales) et quels effets ils peuvent avoir sur l'état psychique. A l'inverse, des lieux où se fige une identité stigmatisée pourraient également être présents dans le quotidien des patients.

### 3.5.2 Appartenance

En sociologie, on parle de « groupes d'appartenance » dans le cadre d'une famille, d'un village, d'un groupe professionnel ou encore politique. Un individu « appartiendrait » à un groupe du moment qu'il participe à la vie de ce dernier mais aussi qu'il partage certaines de ses valeurs, normes voire stéréotypes. Boucher et Morose définissent le sentiment d'appartenance comme « *le fait de se sentir bien, le fait de se sentir utile au groupe et solidaire des autres* ». Ils ajoutent que « *plus un individu a un fort sentiment d'appartenance à un groupe, plus il a tendance à adopter les valeurs, les normes et les règles de conduite de ce groupe* » (Boucher et Morose 1990 : 417).

De la même manière, on appartiendrait à un lieu si on partage un certain nombre de références et de valeurs avec les autres personnes qui le fréquentent, si on y pratique certaines activités dites « collectives », ou encore si l'on adopte un comportement conforme à celui qui est attendu. Le sentiment d'appartenance, ou plus spécifiquement dans notre cas, d'« affiliation urbaine » (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 : 93) constitue un axe essentiel de l'expérience sociale. Une stabilité résidentielle, professionnelle ou sociale, mais une connaissance des réseaux sociaux de proximité contribueraient notamment au sentiment d'appartenir aux lieux, d'y être durablement et solidement ancré (Parr 2008 : 117). A l'inverse, une constante mobilité pourrait induire un sentiment de fragmentation et de manque d'appartenance, qui ajouterait, comme nous l'avons déjà vu avec Knowles, des « couches » à des angoisses et stress préexistants (Knowles 2000 : 222).

Cependant, mobilité et stabilité ne donnent pas toutes les clés de compréhension des modes d'appartenance à la ville. Ce serait plutôt le sens et le contenu des itinéraires spatiaux qui témoigneraient des processus d'affiliation à la ville et à ses lieux (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 : 108). La capacité d'ajustement, de détournement ou de résistance, mais aussi le degré d'intentionnalité au contraire de soumission à des contraintes externes et internes en dit long sur ces processus (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 : 108). Le fait de ne pas avoir le choix (c'est à dire une « *inscription territoriale contrainte, dans la mobilité ou dans l'immobilité* » (Allemand 2004 :123)) révèle en général un degré d'appartenance faible. Finalement, des participations et activités concrètes (soit une capacité d' « agency » dans le lieu) (Parr 2008 :28), mais aussi une bonne connaissance de ce dernier (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 : 157) constituent des signes tangibles d'appartenance.

### **3.5.3 In/out of place et normes sociales**

Pour des personnes souvent catégorisées comme « différentes » telles que les personnes homosexuelles, les personnes sans abri, les réfugiés, mais aussi des personnes psychologiquement malades, le sentiment que certains lieux leur sont fermés et/ou hostiles peut se révéler très présent. Le concept d'« in/out of place » (Cresswell 1996) est utile pour comprendre ce sentiment ; on peut traduire « out of place » par « déplacé » au sens littéral (sans lieu où aller, où rester) mais également au sens plus métaphorique (quelqu'un qui n'est pas comme les autres, qui n'est pas « à sa place »). De même, si le statut d'«outsider» signifie littéralement quelqu'un d'ailleurs, quelqu'un d'étranger, on l'utilise plutôt pour décrire quelqu'un qui ne connaît ou ne « comprend » pas les règles tacites, les normes sociales et le comportement attendu dans un certain lieu (Cresswell 1996 : 154). Un lieu peut être imprégné de normes sociales collectives plus ou moins fortes, et donc être plus ou moins ouvert face à l'imprévu, face à des comportements dits « déviants » (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 : 138). Cresswell parle de « géographie normative » lorsqu'il décrit un lieu où tout a une place prédéfinie, où tout est prévu et défini selon des règles officieuses de comportement (Cresswell 1996 : 13).

Le statut d'in et out of place est donc intrinsèquement lié à la production et la reproduction de normes. Il peut être construit par l'environnement social (le regard d'autrui) et l'environnement physique (comment le lieu est construit), mais également par la perception et le ressenti des personnes concernées. C'est ce ressenti et la manière dont les personnes se positionnent (spatialement et socialement) qui nous intéresseront particulièrement. Or nous partons de l'hypothèse que ce positionnement (intérieur) est fortement influencé par des caractéristiques extérieures (le regard des autres, la construction physique d'un lieu, etc.)

Finalement, Parr, si elle reconnaît que la perspective d'exclusion pour des personnes souffrant de troubles psychiques est bien réelle, souligne qu'il est important de ne pas les considérer comme des simples victimes passives, car elles développent également des stratégies et des résistances (Parr 1997 : 443).

Pour conclure cette problématique, nous pouvons dire que l'identification des lieux comme stressants ou agréables fait appel à divers niveaux d'appréhension et divers types de facteurs : des facteurs personnels (biographie résidentielle) aussi bien que collectifs (expérience sociale), des facteurs matériels (caractéristiques physiques d'un lieu) aussi bien que symboliques (sentiments d'appartenance ou au contraire d'exclusion par rapport à un lieu), et finalement des facteurs externes (que les personnes « subissent ») aussi bien qu'internes (les manières que chacun a d'interpréter et de gérer son environnement).

## 4 QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Si nous partons du principe que le lieu est à la fois physiquement et socialement « imprégné » et que ces caractéristiques ont un impact sur les états psychiques, nous pouvons poser la question de recherche suivante :

*« Quelles sont les caractéristiques des lieux urbains identifiées par des jeunes personnes souffrant de troubles psychotiques comme source de stress ou au contraire, de bien être? »*

Pour comprendre les caractéristiques qui rendent ces lieux « pertinents » dans le discours des patients, nous nous focalisons sur leur expérience spatiale. Nous structurons cette expérience en trois sous-questions qui suivent les concepts théoriques développés dans la problématique.

1. Quelle influence la biographie résidentielle des patients (environnement rural/urbain, migration, mobilité résidentielle) peut-elle avoir sur leur état psychique et donc sur leur expérience spatiale ? (3.3. de la problématique)
2. Quelles caractéristiques sensorielles des différents lieux les patients identifient-ils comme source de stress ou au contraire de bien-être ? (3.4. de la problématique)
3. Quelles caractéristiques sociales des différents lieux les patients identifient-ils comme source de stress ou au contraire de bien-être? (3.5. de la problématique)

### **Les objectifs que nous nous donnons sont les suivants :**

1. Confronter les biographies résidentielles avec la théorie analysant le lien entre biographie résidentielle et développement de troubles psychotiques.
2. Comprendre le lien entre des caractéristiques sensorielles (visuelles, auditives, etc.) particulièrement présentes et des états psychiques de stress ou de bien-être exprimés par les patients.
3. Comprendre le lien entre des caractéristiques sociales particulièrement présentes et des états psychiques de stress ou de bien être exprimés par les patients.

## Deuxième Partie

---

# **MÉTHODOLOGIE**

## 5 METHODOLOGIE

Afin de comprendre s'il existe un lien entre environnement extérieur et états psychiques, nous avons choisi une approche qualitative qui se focalise sur l'expérience spatiale dans son ensemble, avec toutes les questions sociales, sensorielles et psychiques que le concept pose. Comme nous l'avons déjà évoqué en introduction, une méthode qualitative semble être particulièrement pertinente pour comprendre quels aspects de l'environnement urbain peuvent avoir une influence sur l'émergence et le développement de troubles psychotiques.

### 5.1 PHASE PRÉALABLE

#### 5.1.1 Recherches bibliographiques

L'approche de ce mémoire étant transdisciplinaire, j'ai choisi de compléter mes lectures «géographiques» avec des lectures psychiatriques et cliniques, telles que le DSM-5, un texte sur les mécanismes de défense, ou encore un texte sur les troubles de base dans la schizophrénie. Celles-ci m'ont permis de mieux cerner la question de la psychose et de ses symptômes les plus courants. En parallèle, des lectures théoriques abordant et développant le concept de « lieu », sa signification pour l'individu, ou encore la question de l'interaction entre lieu et individu ont été essentielles à la rédaction de ma problématique.

J'ai également lu des textes de « mental health geography » qui cherchent à déterminer s'il y a un lien entre exposition urbaine et psychose. Si ces lectures constituent un « passage obligé » qui m'a permis de rentrer dans le vif du sujet, elles ont également rendu évidentes les lacunes qui subsistaient.

Finalement, quelques lectures traitant plus spécifiquement la question de l'expérience spatiale de personnes souffrant de troubles psychotiques m'ont été très utiles, particulièrement d'un point de vue méthodologique. *The politics of methodology in the « post-medical geography »: mental health research and the interview* (Parr 1998) soulève notamment l'importance d'être attentif lors de la conception de la grille d'entretien et des entretiens mêmes aux dualismes tels que « normal » et « anormal ». Le texte relève également qu'au vu des contextes socio spatiaux parfois différents de l'interviewé et de l'interviewer, il est important de ne pas projeter ses propres paramètres spatiaux sur les expériences intimes et parfois délirantes du patient (Parr 1998 :350). Néanmoins, ces études traitent de l'expérience spatiale dans des lieux pour la plupart semi-institutionnels voire institutionnels comme l'hôpital, et très peu est donc dit sur les lieux urbains publics.

#### 5.1.2 Observation dans la ville de Lausanne

Ne connaissant pas très bien la ville de Lausanne, il m'a semblé important d'aller sur place avant de commencer les entretiens, afin d'être familiarisée avec certains lieux que les patients pourraient mentionner. Je me suis donc promenée dans la ville en portant une attention particulière à mes concepts analytiques, tels que les constructions physique et sociale des lieux, les rythmes de vie qui s'y pratiquent, etc. J'ai également prêté attention aux sensations et impressions que les différents lieux de la ville suscitaient en moi, et tenté d'imaginer quels

regards une personne psychologiquement fragile pourrait avoir. A partir de ces observations, j'ai établi un descriptif des lieux qui me paraissaient « centraux » (en termes d'activité et de fréquentation plutôt qu'en termes de localisation). J'ai notamment procédé à une observation du Flon, de la Place de l'Europe, du Parc Montbenon, de la Place Chauderon, de la Place de la Riponne, de la gare, ou encore des lieux de la vieille ville (Place de la Palud, Cathédrale, Place du Château...). Pour chacun de ces endroits, j'ai décrit l'ambiance générale qu'il me « transmettait », les activités qui s'y déroulaient, des éléments physiques visibles (bancs, arbres, lumières) et d'autres éléments d'observation divers. Si cette prise de notes ne constitue d'aucune manière une source de base pour la recherche, elle peut permettre une comparaison, un va et vient entre connaissance plus descriptive des lieux mentionnés et discours des patients. La documentation photographique qui va suivre alimente également cette comparaison.

## 5.2 ENTRETIENS

Parmi les quatre grands types de méthodes dont les sciences sociales disposent (recherche documentaire, observation, questionnaire et entretien), seuls le questionnaire et l'entretien sont des « *méthodes de production de données verbales* » (Blanchet et Gotman 2007 : 36). Comme nous nous intéressons ici à l'expérience subjective des personnes, ce n'est qu'à travers leur discours qu'on peut la saisir. Une observation du quotidien des personnes sera entreprise dans des recherches futures (parcours vidéo commenté) et un questionnaire sera envoyé à un panel beaucoup plus important de patients. Mais ce mémoire constitue une phase exploratoire à laquelle la méthode de l'entretien correspond bien. Nous choisissons l'entretien plutôt que le questionnaire car le premier permet la production de discours inattendus et nouveaux alors que l'opinion produite par le questionnaire est issue de la réaction à « *un objet qui est donné du dehors, achevé* » (Blanchet et Gotman 2007 : 37).

En effet, nous ne pouvons définir d'avance les lieux qui sont pertinents pour les patients, tout comme nous ne pouvons prévoir quelles caractéristiques de ces lieux (physiques, sociales, autres ?) interviennent dans cette identification. En d'autres termes, le questionnaire « *implique que l'on connaisse le monde de référence d'avance, ou bien qu'il n'y ait aucun doute sur le système interne de cohérence des informations recherchées* ». En construisant un questionnaire, on « discrimine » certains facteurs, alors qu'avec un entretien, d'autant plus s'il s'agit d'un entretien semi-directif ou libre, on reste ouvert à une palette de possibilités beaucoup plus large. L'entretien est donc particulièrement pertinent « *lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques* » (Blanchet et Gotman 2007 : 24). Quant aux axes de recherche des entretiens, on peut s'intéresser aux représentations et/ou aux pratiques (Blanchet et Gotman 2007 : 28). En ce qui nous concerne, nous nous intéresserons à la fois aux représentations et aux pratiques des patients par rapport aux lieux de la ville.

### 5.2.1 Type d'entretien

Concevant cette première étude comme « exploratoire », l'entretien de type semi-directif semble particulièrement adapté. Lorsqu'on sait peu sur le sujet, ou si l'objectif principal est de comprendre comment les conceptions et les valeurs des participants émergent de leur

discours, il est normal voire souhaitable que le guide soit relativement flexible, peu contraignant. Lors d'un entretien semi-directif, l'interviewer cherche autant que possible à «laisser venir» l'interviewé afin que « *celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforce simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible* » (Campenhoutd & Quivy 2011 : 171). Par rapport aux réponses données, l'interviewer choisit de relancer, d'approfondir ou encore de passer à une autre thématique. C'est en effet vers cet équilibre subtil et délicat que nous tendons, entre ouverture et approfondissement.

Une première partie des entretiens est plutôt de type narratif, également appelé « récit de vie », soit un entretien où le chercheur demande à la personne de lui raconter sa vie, ou un fragment de sa vie. L'accent est mis ici sur la biographie résidentielle, car nous partons de l'hypothèse que celle-ci peut avoir une influence sur les états psychiques actuels de la personne. Le récit est une manière de donner du sens à ce que le sujet a vécu et de réfléchir au futur (Burrick 2010 : 21) et ce type d'entretien permet alors de revenir sur des phases clés, sur des moments de déclenchement. Cependant, comme nous allons l'expliquer dans les limites méthodologiques, ce potentiel « narratif » a finalement été peu exploité dans cette recherche.

### **5.2.2 Nombre**

Dix entretiens constituent un travail certes important, sachant que chacun dure environ une heure et qu'ils sont retranscrits intégralement (du moins ceux qui ont été enregistrés). De plus, le fait que cela soit des entretiens semi-directifs rend le discours moins organisé et donc potentiellement plus complexe à traiter. Néanmoins, dix reste un chiffre réduit avec lequel on ne peut prétendre à une représentativité. Or comme ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'une recherche beaucoup plus large, dont la première étape sera l'envoi d'un questionnaire à environ 400 personnes, et la seconde une trentaine d'autres entretiens, ces dix premiers entretiens ont comme rôle de « défricher » un territoire encore peu connu. Les résultats permettent de clarifier et de préciser les pistes les plus pertinentes pour les recherches futures.

### **5.2.3 Corpus d'entretien**

Les personnes que j'interroge font toutes partie du programme TIPP. Elles ont entre 18 à 35 ans et leur point commun est qu'avant d'être intégrées au programme TIPP, elles ne suivaient pas de traitement depuis plus de six mois. Ce sont donc des personnes qui ont intégré le programme alors que leurs troubles étaient encore émergents, précoces, d'où le nom du programme : Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques. Les « profils » des patients interrogés (en termes d'âge, profession, situation personnelle, situation résidentielle) permettent de rendre compte d'une relative diversité. Nous reviendrons cependant dans le chapitre « limites méthodologiques » sur certains biais de ce corpus. En ce qui concerne le type de troubles, aucune distinction n'a été faite ici : nous avons appréhendé l'« épisode psychotique » de manière indifférenciée. Un approfondissement des différents

diagnostics cliniques en relation avec l'expérience spatiale pourrait être entrepris dans une phase plus avancée de la recherche.

#### **5.2.4 Caractéristiques des patients**

Même si nous veillons à garder l'anonymat des patients, il semble important de préciser quelques données biographiques (cf. tableau en annexe). Les citations utilisées sont suivies du genre et de l'âge de la personne, renvoyant ainsi au tableau en annexe, qui permet de mieux « situer » les citations et de faire le rapprochement entre plusieurs remarques d'un même patient. Dans le tableau en annexe, les données cliniques ne sont pas précisées puisqu'il s'agit d'un choix conscient de ne pas différencier les diagnostics. Par contre, il s'agit de préciser où les personnes sont nées, où elles ont grandi, où elles vivent aujourd'hui (et avec qui) et si elles ont déménagé. Finalement, comme nous le verrons plus tard, le fait que la temporalité de la maladie et ses différentes « phases » paraissent déterminantes pour l'expérience spatiale des patients nous incite à préciser depuis combien de temps ils suivent le programme TIPP.

### **5.3 RÔLE DE R. MARION-VEYRON, RESPONSABLE DU PROGRAMME TIPP**

Les rencontres et discussions avec Régis Marion-Veyron, responsable du programme TIPP, m'ont permis de mieux appréhender le fonctionnement du programme et de saisir des enjeux d'ordre thérapeutique mais aussi méthodologique. Lors de la première rencontre, je souhaitais évaluer la faisabilité de ma grille d'entretien mais aussi clarifier comment se ferait le premier contact avec les patients et comment se dérouleraient les entretiens.

Pour ce qui est de la grille d'entretien, ce rendez-vous a permis de confirmer qu'elle était adaptée et faisable. R. Marion-Veyron m'a néanmoins mise en garde contre plusieurs éléments méthodologiques tels que l'importance de questions claires posées avec un vocabulaire simple et non-médical, mais aussi les précautions à prendre afin que les patients ne se sentent pas jugés, agressés.

Nous avons également discuté de l'éventuelle présence d'un case manager lors des entretiens. Les points soulevés concernant sa présence étaient qu'elle pouvait être rassurante pour les patients, mais également les dissuader de dire certaines choses. En effet, si ce dernier n'est pas présent, un autre rapport, un rapport « démedicalisé » peut se mettre en place. La conclusion à laquelle nous sommes parvenus est qu'un case manager serait présent lors du premier entretien, et que nous aviserions « au cas par cas » pour les suivants.

Finalement, nous avons discuté la possibilité de questions plus précises concernant les symptômes psychotiques tels que le retrait autistique, la perception augmentée, etc. Nous sommes parvenus à la conclusion que ces questions étaient trop fermées et trop « orientées » pour faire partie de la grille de base, mais qu'elles pouvaient néanmoins faire partie des questions de relance. Tout en étant conscients que certains troubles de perception (perception augmentée, hallucination) ou certaines réactions pathologiques (retrait autistique ou projection délirante) sont courants chez les patients, nous avons fait le choix de ne pas

insister sur ces questions si elles n'étaient pas soulevées spontanément. La thématique pourra être traitée de manière approfondie dans la suite de la recherche.

J'ai rencontré R. Marion-Veyron à deux autres reprises, une fois après quelques entretiens, afin de pouvoir partager mes premières impressions et lui poser des questions d'ordre clinique, et une seconde fois, vers la fin de la période d'entretien, pour un « débriefing ». Il a également été mon intermédiaire avec un case manager, Nadir Mebdouhi, qui a ensuite pris le relais pour le contact avec les autres case managers et les patients.

#### **5.4 ROLE DES CASE MANAGERS**

Une première rencontre avec Nadir Mebdouhi m'a permis de lui exposer la recherche et de discuter de comment je voyais les entretiens. Comme cela avait été pensé avec R. Marion-Veyron, nous avons décidé que N. Mebdouhi serait présent lors du premier entretien et qu'il me laisserait seule pour les suivants. N. Mebdouhi m'a également mise en contact avec trois autres case managers susceptibles d'être intéressés par le projet. Ces derniers ont donc eux-mêmes présenté le projet aux patients, ce qui a rendu l'organisation plus aisée. Outre ce rôle d'intermédiaire, leurs remarques, soit lors de discussions informelles, soit lors des deux entretiens complémentaires avec des case managers, ont enrichi mes questionnements et mes perspectives d'analyse.

Il a été décidé de faire ces deux entretiens complémentaires vers la fin de la période d'entretien. Ils ont été conçus selon le même modèle que les entretiens avec les patients (cf. annexe 9.3). J'ai précisé en préambule que j'étais consciente que les questions se référant à « vos » patients étaient réductrices et qu'il était difficile de généraliser. Je leur ai explicité mon intérêt pour des situations récurrentes, mais également pour des situations « exceptionnelles », « rares ». J'ai finalement rappelé que si certaines situations étaient trop hétérogènes pour qu'ils puissent me donner une réponse « globale », il était important de me le dire.

Ces entretiens m'ont été utiles pour aborder certaines thématiques délicates (expérience d'hallucinations, moments de décompensation...) mais aussi pour avoir une vision plus représentative des personnes suivies au sein du programme, puisque je n'avais pas eu accès à des patients étant dans une phase critique. Le rôle et la présence des case managers dans le quotidien des patients les rendent particulièrement à même de répondre aux questions sur l'expérience spatiale. En effet, ils rencontrent les patients durant la consultation à Chauderon, mais peuvent également être amenés, si le patient le souhaite, à l'accompagner lors d'un rendez-vous professionnel, administratif ou plus personnel. Ils sont donc témoins des pratiques concrètes et quotidiennes de leurs patients. Si les données récoltées lors de ces entretiens ne constituent pas une source principale de mon analyse, elles permettent d'appuyer, de nuancer ou de résumer certaines remarques des patients.

## 5.5 DÉFIS ET LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

### 5.5.1 Considérations éthiques

Un article de Parr (1998) s'intéressant à la posture de l'interviewer et à sa relation avec l'interviewé dans les recherches sur la santé psychique m'a accompagnée lors de mes entretiens. L'auteure décrit le délicat équilibre à trouver entre profondeur thématique et voyeurisme. Elle remarque que la situation n'est pas toujours « juste » pour l'interviewé qui se livre et peut se retrouver désemparé après l'interview (Parr 1998 : 346-347). J'ai toujours cherché à être attentive à ce risque en commençant par des questions peu personnelles pour aller ensuite seulement, lorsque je sentais qu'une atmosphère de confiance s'instaurait, vers des questions plus personnelles. J'ai également veillé à clore l'entretien avec des questions positives, plus légères, pour ne pas laisser la personne avec un sentiment particulièrement négatif. Malgré ces précautions et les réflexions que je m'étais faites préalablement, le déroulement des premiers entretiens m'a poussée à reconsidérer ma position et mon rapport avec les interviewés.

#### *Les a priori liés à la psychose*

Je me suis vite aperçue que j'avais quelques a priori en tête. J'ai donc décidé de les noter pour pouvoir m'en débarrasser plus facilement, ou en tout cas, en être pleinement consciente. Par exemple, en ce qui concerne la question « *Quels sont les lieux que vous fréquentez régulièrement dans la ville de Lausanne ?* », j'imaginai que la plupart sortiraient peu, qu'ils ne seraient pas à l'aise dans les transports publics. Par rapport à la question « *Dans quels lieux aimez-vous particulièrement vous rendre? Quels lieux évitez-vous ?* », j'imaginai que la personne préférerait des lieux calmes, où il n'y a pas trop de monde, pas trop de trafic. Or la première personne que j'ai interrogée m'a dit aimer aller en discothèque et avoir adoré se balader dans la ville de New York. Certaines questions que j'avais préparées pouvaient même sembler un peu absurdes. En ce qui concerne par exemple la question « *Y a-t-il des lieux où vous retrouvez des amis, des connaissances ?* », la réponse paraît évidente lorsqu'on est face à une personne qui mène une vie sociale relativement « banale ». Ainsi, après avoir identifié mes a priori, ma manière de réagir et mes questions de relance sont devenues plus adaptées, j'étais plus prête à réagir lors de réponses « surprenantes ».

#### *Le respect de l'intimité*

J'ai aussi réalisé que je pouvais, selon la situation et le rapport de confiance instaurés, poser des questions plus précises par rapport à un état psychique particulier. Par exemple, la question « *Quel sens prédomine chez vous ?* » n'était pas très intéressante car beaucoup allaient simplement dire « la vue ». Par contre, des questions plus précises telles que « *Vous arrive-t-il de voir/entendre/sentir des choses qui vous rendent mal à l'aise/vous font peur ?* » m'ont permis de comprendre l'expérience spatiale, ici sensorielle, de la personne plus en profondeur. De la même manière, j'ai essayé de faire allusion et de revenir sur des phases plus difficiles pour le patient, notamment les périodes de décompensation. En effet, comme la plupart des personnes que j'ai rencontrées étaient dans une phase de « stabilisation », beaucoup semblaient être relativement mobiles et autonomes en ville. Or certaines références

à « avant » m'ont fait comprendre que durant d'autres périodes, leur rapport à l'extérieur avait pu être différent, et souvent plus difficile. Dans ces situations de rappel qui peuvent être intenses voire lourdes émotionnellement, il est essentiel d'identifier et de respecter les limites de l'intimité et de la sensibilité de la personne. J'ai donc réagi au cas par cas, selon le degré de confiance instauré au cours de l'entretien, selon la fragilité que je percevais ou encore selon la distance (temporelle mais aussi émotive) que la personne semblait avoir par rapport aux périodes plus critiques.

### **5.5.2 Limites de l'entretien**

Les choix méthodologiques de ce travail (entretiens qualitatifs semi-directifs) sont guidés par la volonté de s'intéresser à l'expérience subjective des personnes, et non pas, par exemple, à des tendances documentées par des données quantitatives. Comme nous nous concentrons uniquement sur les discours des personnes, nous sommes conscients que certains décalages peuvent émerger de la comparaison entre les caractéristiques objectives et les perceptions subjectives des lieux. Nous avons aussi très vite constaté que certains éléments de l'expérience spatiale peuvent être éludés (consciemment ou non), comme l'utilisation de tactiques ou de mécanismes de défense. De ce fait, le parcours commenté vidéo prévu dans les futures recherches semble particulièrement pertinent pour capter ce type de « micro-réactions ».

### **5.5.3 Biais du corpus d'entretien**

Un double biais, ou en d'autres termes un phénomène de « sélection », s'est opéré dans la prise de contact avec les patients. Ce biais est inévitable mais il s'agit d'en être conscient. Premièrement, les patients que les case managers ont choisi de contacter sont ceux qu'ils jugent psychologiquement « prêts » à parler d'eux-mêmes, de leur quotidien, de leur passé. Deuxièmement, parmi les patients qui ont été contactés, certains ont refusé. Outre des questions de disponibilité qui ne se sont finalement pas vraiment posées, puisque j'étais moi-même très flexible et libre, les personnes qui ont accepté représentent une partie peut-être psychiquement plus stable et solide que la moyenne. Sans prétendre évaluer la stabilité psychique d'une personne selon si elle a accepté ou pas de participer à l'entretien, cette réponse constitue un biais qu'il s'agit d'avoir à l'esprit.

### **5.5.4 Limites des données biographiques**

Alors que le premier chapitre concernant la biographie résidentielle est présenté comme un axe d'importance égale aux deux suivants, il s'est avéré que dans l'analyse, il l'est beaucoup moins. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons méthodologiques.

D'abord, la manière dont la grille d'entretien a été structurée ne met probablement pas assez l'emphase sur la biographie résidentielle, ou plutôt sur les moments charnières et les effets de celle-ci. La question principale est très large («*Pouvez-vous me raconter en quelques mots où vous êtes né, où vous avez vécu, où vous vivez aujourd'hui ?*»), et malgré les possibilités de relance dans les cas où la personne a déménagé, migré ou vécu à la campagne (ex : «*La vie à la campagne vous paraissait-elle plus ou moins agréable qu'en ville ?*»), la thématique du lien entre biographie spatiale et état psychique n'est pas assez clairement établie, et donc très

peu traitée par les patients. En outre, il n'est pas aisé voire parfois impossible d'identifier clairement et précisément la phase prodromique, et le moment de « basculement ». Pour certains, aucun signe antérieur n'annonçait le déclenchement du trouble, survenu de manière soudaine.

D'autre part, les limites de cette analyse sont également dues au corpus d'entretien lui-même, dont seulement un petit nombre a migré (deux, et trois autres lorsqu'ils avaient moins d'un an), une seule a vécu à la campagne et la plupart n'a que très peu déménagé. Un plus grand nombre d'entretien (et donc potentiellement de situations décrites ci-dessus) serait nécessaire pour pouvoir procéder à une analyse plus approfondie.

Finalement, la manière dont j'ai récolté les données biographiques peut aussi expliquer certaines limites: celles-ci émanent uniquement des entretiens avec les patients et ont été récoltées dans un temps limité. Ainsi, réserver un entretien spécifique pour des questions d'ordre biographique, et éventuellement le compléter avec des informations données par les case managers seraient des solutions pour palier ces lacunes. J'ai pour ma part demandé quelques précisions aux case managers tels que l'âge du patient ou sa date d'admission au programme TIPP. A part cela, j'ai choisi de ne pas avoir d'autres d'informations (cliniques et/ou biographiques) que celles données par les patients. Il m'aurait semblé particulièrement réducteur de connaître ces informations avant de rencontrer le patient. Cependant, je me rends compte que pour traiter de manière approfondie la question de la biographie spatiale, des informations complémentaires *a posteriori*, ou plus de temps dédié à cette question seraient précieux.

## Troisième Partie

---

# **ANALYSE DES DONNÉES**

## 6 ANALYSE DES DONNEES

*« The 'placing' of lives and the 'lived-ness' of place, the threads connecting the trajectories of mad lives with the grammar of the city, appear to anchor lives in place more firmly than they are. (...) The mad, like the tourists and refugees whose lives have been conceptualised as emblematic of globalised post-modern city life, are no different from others. What marks their difference is the nature of their journeys, the scenes on which they are set, and the character of the processes and relationships connecting them with the city. » (Knowles 2000 : 217)*

La remarque de Knowles me permet d'introduire l'analyse, en rappelant qu'il ne s'agit pas ici de fixer des expériences spatiales « spécifiques » aux personnes souffrant de troubles psychotiques. Ces expériences sont bien entendu très personnelles et très variées quelle que soit la personne, selon son passé, ses activités, sa situation personnelle ou encore son âge. On n'observe donc pas une régularité dans les lieux fréquentés par les patients, mais plutôt, et c'est cela qu'il s'agira de mettre en évidence, certaines récurrences dans la nature des lieux, dans leurs caractéristiques physiques et sociales.

Beaucoup des caractéristiques relevées comme stressantes ou au contraire rassurantes par les patients peuvent sembler évidentes : par exemple, un lieu fermé et bondé a plus de probabilité – et ceci pour la plupart d'entre nous - d'engendrer un sentiment de stress qu'un lieu ouvert, calme et prévu pour la détente. De plus, certains lieux sociaux et/ou matériels particulièrement stressants ou confortables pour des personnes souffrant de troubles psychotiques ont déjà été mis en évidence dans la littérature médicale et géographique. Nous nous appuyerons sur ces hypothèses tout en proposant un approfondissement et un affinement de certaines d'entre elles, en nous intéressant plus spécifiquement au discours des patients et à leur manière de décrire certaines expériences, certains mécanismes très personnels.

Les trois axes principaux (biographie résidentielle, expérience sensorielle et expérience sociale) qui ont été déclinés dans la problématique et repris comme cadre des entretiens se retrouvent donc en toute cohérence dans mes résultats d'analyse. Cela n'empêche bien entendu pas l'émergence de nouveaux thèmes. Un premier codage ouvert a permis à des thématiques nouvelles d'émerger. Or il s'est avéré que celles-ci s'apparentaient à un des trois grands axes de la problématique. Si le premier axe (biographie résidentielle) doit être considéré à part au vu de sa temporalité et de son approche particulière, les deux autres axes nous permettront d'identifier quelles caractéristiques physiques et sociales des lieux cités ressortent et comment ils sont vécus par les patients.

## 6.1 REMARQUES PREALABLES

### *Temporalité de la maladie*

Avant toute chose, il est important d'expliciter comment nous allons traiter des différentes « phases » de la maladie. On observe dans le discours des patients une temporalisation relativement claire de celle-ci, qui implique différentes expériences spatiales : la période d'« avant », soit lorsque la personne était en bonne santé psychique, la période « annonciatrice » avec les premiers symptômes psychotiques, la période « pendant », soit le ou les moments de décompensation, et finalement la période d'« après », période de récupération d'une certaine ou d'une entière stabilité psychique, durant laquelle la personne est suivie au Centre de consultation à Chauderon. Bien sûr, ces périodes ne sont pas linéaires et beaucoup de patients vont et viennent entre des périodes de décompensation et des périodes de relative stabilité. Cependant, cette temporalité est essentielle à tenir en compte pour comprendre la complexité et la constante évolution de l'expérience spatiale des patients.

Le fait que l'état psychique soit identifié par les patients comme déterminant pour leur appréhension de l'environnement confirme l'importance de préciser la « phase » de la maladie. La remarque la plus courante est que mieux ils se sentent, plus ils sont à l'aise dans les différentes situations sociales et, par conséquent, plus ils sortent. Bien sûr, le fait d'appréhender différemment l'environnement selon son état psychique est une expérience connue et vécue par tout un chacun. Mais l'identification de différentes « périodes » de l'état psychique semble particulièrement claire dans le discours des patients (« *Peut-être que j'aurais dit oui avant, mais pas maintenant.* », « *Maintenant ça rejoint un peu avant...* »). Ces différentes phases modifient peut-être plus effectivement leur appréhension de l'environnement et semblent suivre plus étroitement leurs états psychiques. Un patient explique par exemple que « *quand on va très mal, c'est les objets qui nous tournent autour... on a l'impression qu'on est plus responsable de son environnement. Mieux on va, plus on crée sa réalité je pense. Moins on est influencé par l'extérieur* » (homme, 28 ans)

Si la période d'« avant » est régulièrement mentionnée comme un quotidien vers lequel les patients souhaitent revenir, la période annonciatrice semble beaucoup moins claire et donc moins aisée à « fixer ». Il s'agit d'une période importante pour mieux comprendre le processus d'interaction entre environnement urbain et psychose, mais on peut imaginer qu'elle est d'une part souvent difficile à identifier pour les patients, la décompensation pouvant être très soudaine et surprenante, et de l'autre, souvent douloureuse à rappeler. Si nous tenterons de mettre en évidence certains mécanismes de l'expérience spatiale plus spécifiques à la phase prodromique de la maladie, il convient de préciser qu'il s'agit d'une période peu décrite par les patients et dont nous traiterons donc relativement peu. Comme nous l'avons déjà remarqué dans les limites méthodologiques, la structure de la grille d'entretien, les limitations de cette méthode pour rappeler des périodes passées et le nombre réduit de personnes interrogées contribuent au peu de données et donc à la limitation de l'analyse du chapitre sur l'influence de la biographie résidentielle.

Ensuite, dans le cadre temporel de la maladie et des trois ans de suivi, les patients distinguent très clairement les moments de crise des moments de stabilité. Si leurs discours témoignent la plupart du temps de leur expérience spatiale habituelle, ils font ponctuellement référence à des moments de crise, durant lesquels cette expérience peut être très différente. Je distinguerai donc les moments de relative stabilité, qui peuvent cependant être façonnés et modifiés par la maladie, des moments de crise, soit l'expérience d'hallucinations et de décompensation psychotiques. Les données de la seconde situation sont plus difficiles à obtenir vu la portée émotionnelle qu'elles impliquent, mais elles doivent être mentionnées. Les pistes d'analyse qui en résultent peuvent enrichir (par contraste) l'analyse de l'expérience spatiale dans les périodes de stabilité. Elles peuvent également nourrir des recherches futures qui s'intéresseraient plus spécifiquement à l'expérience spatiale dans des périodes de décompensation.

### *Complexification du quotidien*

Une autre thématique qui peut être présentée ici car elle traverse toute l'analyse est celle de la complexification du quotidien. En effet, les termes « compliqué » et « difficile » sont fréquemment utilisés, par les patients comme par les case managers, pour décrire le quotidien ou des situations spécifiques. Ils illustrent le fait que certaines activités qui peuvent paraître anodines demandent un effort parfois considérable aux patients, et peuvent donc prendre des proportions beaucoup plus importantes. On peut parler d'une « complexification du quotidien », qui se traduit par une réflexion beaucoup plus poussée chez les patients sur ce qui peut être bon ou nocif pour soi, sur les situations sociales qui ont été, sont, ou pourraient être difficiles, ou encore sur les itinéraires et activités que l'on va être amené à faire dans une journée. Cette réflexivité peut leur permettre d'éviter des imprévus désagréables, notamment en définissant un parcours (géographique mais aussi d'action) très clair. D'un autre côté, elle rend plus sensible et vulnérable à d'éventuels changements de programme et maintient également la crainte de se retrouver malgré soi dans une situation redoutée. Elle constitue donc à la fois une tactique de protection et une limitation d'action importante mise en place par beaucoup de patients, surtout dans des phases où ils vont mieux mais sont encore fragiles. Ainsi, plus une personne sera « à l'aise » dans les différents lieux ou situations, moins elle sera réflexive par rapport à ces derniers, et moins son quotidien sera « compliqué ».

### *Rapport ambigu à la centralité*

Finalement, la question du rapport à la centralité peut également être développée ici car elle se retrouve dans l'ensemble de l'analyse. Nous faisons référence ici au concept de centralité dans son acceptation géographique et urbaine, et non pas psychiatrique, telle qu'elle est présentée par Grivois (Grivois 2001)<sup>5</sup>. Une remarque d'un case manager me permet d'introduire ce rapport: « *Ils aiment la ville parce que tout est à côté et pour eux particulièrement c'est important de pouvoir accéder à des choses rapidement, avec les transports notamment. Mais d'un autre côté ils expriment aussi ce besoin d'avoir moins de*

---

<sup>5</sup> Grivois parle du sentiment de « centralité » de patients souffrant de troubles psychotiques pour expliquer le sentiment de concernement, l'impression que tout tourne autour de soi.

*monde, de se sentir plus au calme, d'avoir plus d'espace, d'avoir moins de pression, moins d'activités, moins de stimulations. »*

Dans les entretiens, on perçoit donc une envie de vivre « en ville », de vivre le plus proche possible du centre, pour des raisons pratiques, comme la proximité avec tous les services (de santé, sociaux mais aussi de loisirs). La centralité rend en effet les déplacements quotidiens plus courts et donc, d'une certaine manière, plus simples. Un case manager souligne un besoin exprimé assez fréquemment que le quotidien soit « simplifié ». Dans le cas de patients qui sont très dépendants du centre de consultation ou qui suivent des traitements médicaux lourds, la proximité du domicile au centre est un argument de taille. Les case managers reviennent sur ces avantages que présente « la » ville : « *la majorité préfère y vivre parce que c'est plus simple. Les pharmacies, la consultation sont là.. et puis y a quand même plus d'activités pour eux forcément, ils se sentent moins ... probablement pour ceux qui se sentent déjà un peu isolés, le fait d'être dans la ville ça peut enlever un peu cet isolement.*»

En effet, beaucoup de patients se retrouvent durant une certaine période dans des situations professionnelles et sociales qui poussent à un plus grand isolement. Ne pas avoir d'occupation fixe (emploi ou études) ou voir son cercle d'amis se restreindre contribuent notamment à cette impression d'être isolé, coupé du monde. La ville et les lieux centraux constituent alors des ressources contre ce sentiment d'isolement, et les fréquenter peut être une manière de se sentir inclus à l' « activité urbaine » même si l'on ne travaille ou l'on étudie pas : « *Le Flon, ça me fait accéder à des activités* » (femme, 30 ans), « *Je vis un peu trop loin du centre, c'est un peu chiant pour aller voir des gens en ville* » (homme, 18 ans) « *Oui c'est pas mal où j'habite mais en même temps c'est loin du centre-ville.*» (femme, 32 ans) ou encore « *Je préfère la ville de Lausanne que le fait d'habiter dans un endroit où on est coupé .. je dirais pas du monde mais on est coupé des facilités et tout ça*» (femme, 27 ans). Un lieu comme le Flon à Lausanne peut être un intermédiaire qui permet d'« accéder » à une certaine vie sociale et culturelle, tout particulièrement lorsqu'on doit ou on veut (re)créer un réseau social, ou lorsqu'on a de la difficulté à initier des interactions sociales.

L'expérience de « rupture » (physique, sociale et symbolique) d'avec le monde extérieur que constitue l'Hôpital de Cery est décrite par plusieurs patients: « *Parce que voilà en étant à l'hôpital psychiatrique ... c'est pas facile de dire à l'employeur ce qu'il y a en étant bloqué là bas...* » (homme, 22 ans) « *Et puis j'ai malheureusement fait un séjour de 6 semaines à l'Hôpital de Cery et puis... j'ai fait un premier épisode là-bas où ça s'est très mal passé, j'ai vécu des moments difficiles là-bas où j'ai pas pu voir des personnes où j'étais assez isolé*» (homme, 28 ans). Ces remarques rejoignent et confirment la crainte d'être isolé et donc l'envie de vivre proche du centre. En bref, la centralité est valorisée à la fois pour ses aspects pratiques et inclusifs.

De l'autre côté, quasiment tous les patients imaginent un lieu « idéal » qui serait en dehors de l'agitation, et surtout, la plupart reconnaissent que certaines situations ou lieux plus courants en villes (ex. trafic, bus, boîtes de nuit, rues réputées dangereuses, souterrains, arrêts de métro...) peuvent contribuer à des sentiments de stress. Les réticences à sortir par peur de la foule, des transports publics ou des lieux réputés comme « mal fréquentés » révèlent que

certaines aspects de la ville sont plus difficiles à gérer. Les deux case managers soutiennent l'hypothèse que la ville est « amplificatrice » de certains symptômes psychotiques, qu'elle a beaucoup plus de « *paramètres qui entrent en jeu pour alimenter ou stimuler ou sensibiliser ou fragiliser le genre de difficultés qu'ont nos patients* ». Or pour la plupart des patients, le désir d'habiter en ville semble supérer la conscience des impacts négatifs que celle-ci pourrait avoir sur leur état psychique.

Des quartiers ou des lieux précis représentent dans le discours des patients un équilibre entre calme et activité : le quartier de Chailly est cité à plusieurs reprises comme agréable : « *c'est vraiment super, parce que j'ai le calme, et puis des fois si je veux sortir en ville, bah je prends le bus, je descends en ville, y a des sorties, y a des bars, des clubs, les jeunes.. tout ça. Donc j'ai un peu les deux* » (femme, 30 ans). Une autre personne cite Echallens et invoque les raisons suivantes « *Si je devais dire Lausanne, j'aimerais bien habiter à Echallens par exemple. Que je sois près de la nature, mais en même temps pas trop loin de la ville parce que j'aime bien tout ce qui est urbain* » (homme, 22 ans). Finalement, le parc, dans son acceptation globale, possède également cette double propriété d'être inclus dans la ville et relativement calme.

## 6.2 BIOGRAPHIE RESIDENTIELLE

L'objectif de cette première partie est de mettre en perspective l'interaction entre environnement et état psychique en s'intéressant aux biographies résidentielles des patients. Nous répondrons donc à la question suivante : « *Quelle influence la biographie résidentielle des patients (environnement rural/urbain, migration, mobilité résidentielle) peut-elle avoir sur leur état psychique et donc sur leur expérience spatiale ?* ». Il est important de préciser que nous partons de l'idée que les personnes interrogées ont une « fragilité de base », et qu'une exposition à certains facteurs (ici exposition urbaine, migration et mobilité, mais il en va de même pour d'autres facteurs) a donc plus de probabilité d'avoir un impact effectif et important sur l'état psychique.

Il ne s'agit pas d'analyser directement comment la biographie résidentielle influence l'expérience spatiale actuelle, car même si nous pouvons émettre quelques hypothèses, il est impossible d'isoler spécifiquement cette influence dans le discours des patients. Il ne s'agit pas non plus de démontrer en quoi ce passé contribue à la maladie actuelle, question d'ordre psychiatrique qui va bien au-delà de ce mémoire. Ce chapitre consistera donc plutôt à reprendre les données des biographies résidentielles des patients et à les confronter à la théorie existante. De nombreuses recherches ont en effet identifié un lien entre résidence urbaine et risque de psychose (Van Os (2004 ; 2005 ; 2010), Kelly et al., (2010), Maharajh (2005), March (2008) ou encore Pedersen (2006)). D'autres ont également démontré l'existence d'un lien entre migration et risque de psychose (Veling (2008), Tortelli et al. (2009), Boydell et al., (2003), Cantor-Graae & Selten (2005), Bhugra (2004)). Finalement, l'hypothèse selon laquelle une forte mobilité résidentielle participe à un sentiment de fragmentation identitaire a été moins étudiée (Knowles 2000) mais semble intéressante à soulever, au vu de certaines remarques qui ont émergé des entretiens.

Ce chapitre est particulier de par sa temporalité (on s'intéresse ici au passé des patients alors que dans les deux suivants, on s'intéressera à leur expérience spatiale actuelle). Il l'est également de par son approche qui s'intéresse non pas à l'expérience spatiale, comme c'est le cas pour l'expérience sensorielle et sociale des lieux, mais plutôt aux possibles liens que l'on peut établir entre biographie résidentielle et état psychique. Finalement, il est à considérer avec recul au vu du peu d'informations obtenues : pour ce qui est du gradient d'urbanité des précédents domiciles, une seule personne a vécu à la campagne. La question de la migration est également peu abordée puisque seulement deux patients ont migré « récemment » (trois autres personnes ont également migré, mais durant leurs premières années de vie). En ce qui concerne la mobilité résidentielle, deux personnes ont vécu des déménagements fréquents, alors que les autres n'ont pas déménagé plus de trois fois, et pour certains au sein du même quartier. Les comparaisons entre la théorie déjà existante et les quelques exemples concrets récoltés à partir de mon corpus d'entretien donnent donc quelques informations intéressantes mais demeurent embryonnaires.

### 6.2.1 Résidence urbaine et état psychique

Comme nous l'avons déjà abordé dans la partie théorique de ce travail, le fait de grandir dans un environnement urbain, tout particulièrement durant l'adolescence, semble selon plusieurs études augmenter la probabilité de développer un trouble psychotique<sup>6</sup>. Ainsi, selon Van Os, des caractéristiques socio-économiques particulièrement présentes en ville telles que la fragmentation, l'isolement ou les inégalités sociales pourraient avoir un impact sur l'émergence de psychoses (Van Os 2004 : 288). Abbot (2010) identifie également un « stress urbain » (Van Os donne comme exemple de ce « stress urbain » l'exposition constante au bruit (Van Os 2004). Ce stress contribuerait au lien établi entre exposition urbaine et taux d'incidence.

Les patients que nous avons interrogés ont presque tous toujours vécu en ville (si ce n'est Lausanne, dans des plus petites villes telles que Morges, Montreux ou Yverdon, ou alors dans des plus grandes villes telles que Genève, Turin ou Kinshasa). La seule personne qui a grandi de 4 à 12 ans dans un environnement rural (« *vers Yverdon dans un coin près de champs ... d'agriculture et y avait une ferme aussi pas loin* ») dit préférer vivre en ville pour des raisons pratiques et d'accessibilité. Les personnes qui ont vécu dans plusieurs villes valorisent celles de plus grande taille pour leur aspect plus vivant, plus actif. Par exemple, les personnes qui ont vécu à Turin et à Kinshasa trouvent Lausanne très petite et pas toujours assez vivante : « *Elle est petite! [Lausanne] Elle est vide. Au fait elle est grande comme ville mais il y a peu de... elle est peu peuplée... on dirait que c'est une ville fantôme un peu* » (femme, 32 ans) De la même manière, une personne qui a vécu à Yverdon remarque: « *Lausanne j'aime bien, Yverdon je pourrais pas habiter. Trop calme. Là-bas y a tout juste un chat qui passe...* » (femme, 30 ans).

Alors qu'on peut supposer que des éléments de « stress urbain » tels que le trafic, la foule, le bruit ou l'intensité des stimulations sensorielles sont plus présents dans des grandes villes,

---

<sup>6</sup> Parmi les études s'intéressant au lien entre psychose et exposition urbaine, on peut notamment mentionner les études de Van Os (2004 ; 2005 ; 2010), Maharajh (2005), March (2008) ou encore Pedersen (2006).

cela n'empêche pas les personnes interrogées de valoriser cette grandeur. Cela ne signifie pas qu'ils ne conçoivent pas que certaines caractéristiques urbaines peuvent les stresser, mais plutôt que les possibilités qu'offre un environnement urbain surpassent le stress qu'il peut provoquer. Cette relation « double » a déjà été abordée en introduction, en ce qui concerne le rapport à la centralité, et elle se confirme ici dans les choix et la biographie résidentiels.

## 6.2.2 Migration et état psychique

Plusieurs études ont démontré que certaines conditions dans lesquelles pouvaient se dérouler la migration constituaient un facteur de risque (Allardyce, Boydell (2006) ; Selten & Cantor-Graae (2004); Tortelli *et al.* (2008) ; Veling *et al.* (2008)). La situation traumatique dans le pays d'origine (conditions antérieures à la migration) mais surtout les conditions plus ou moins inclusives dans le pays d'accueil (conditions postérieures à la migration) sont deux des pistes vers lesquelles ces recherches tendent. Ainsi, l'expérience d'exclusion sociale et/ou de discrimination sociale dans le pays d'accueil semble notamment avoir un impact sur le développement de troubles psychotiques (Veling *et al.* 2008). En outre, la perte de repères identitaires et la rupture avec un projet de vie passé qu'engendre une migration jouerait également un rôle dans l'émergence de psychoses (Tortelli 2008).

En ce qui concerne le traumatisme que les conditions de la migration et le moment de migration en lui-même peuvent créer, l'étude de Bhugra insiste sur le fait que les raisons de la migration et les conditions dans lesquelles elle s'est déroulée peuvent avoir un impact sur la stabilité psychique de la personne (Bhugra 2004 : 245). Le schéma que l'auteur propose présente des conditions qui créeraient une vulnérabilité « de base », telles que la persécution ou le conflit dans le pays d'origine (Bhugra 2004 : 245). Il mentionne également l'importance des conditions d'arrivée, dont nous allons parler un peu plus bas. Ainsi, un passé confronté à la violence, à la guerre ou encore à une extrême pauvreté engendre des traumatismes qui, même si la personne quitte le pays, demeurent sous forme de souvenirs et d'images parfois difficiles. Un case manager explique comment il appréhende les situations de « migrations dans l'adversité » : « *On a une petite icône dans nos recherches, où on parle de migration dans l'adversité. On considère que quasiment toutes les migrations qui concernent nos patients sont faites dans l'adversité. C'est en général pour fuir une guerre, pour un contexte politique particulier, pour une situation de misère ou de pauvreté assez importante et ça c'est complètement différent du frontalier français qui vient travailler et qui l'a décidé de lui même. Donc ils sont déjà traumatisés et c'est déjà un facteur de risque énorme pour développer une maladie psychique.* »

Pour ce qui est de notre corpus d'entretien, deux personnes ont migré dans l'adversité. La première, originaire du Kosovo, était très jeune lorsqu'elle est partie (5 ans) et la migration semble très lointaine (autant temporellement qu'émotionnellement) dans son discours. Pour ce qui est du second patient, il est venu du Congo à 15 ans et des souvenirs traumatisants sont encore très présents dans son quotidien. Ainsi, bien que les deux migrations se soient déroulées « dans l'adversité », les conditions traumatisantes semblent être moins déterminantes dans l'expérience spatiale actuelle de la première que du second. Cela n'empêche cependant pas que les conditions postérieures à la migration (et donc les

conditions d'accueil, le sentiment d'inclusion) soient importantes pour la première, bien qu'elle ait migré très tôt : *« vers 27 28 ans, je me sentais plus chez moi. Je devais refaire tous mes passeports et on m'acceptait ni en Ex-Yougoslavie ni ici, dans les deux endroits, on disait que j'étais étrangère. Et j'avais un peu un problème avec mon identité, mais j'ai dû l'accepter ».* (femme, 30 ans)

En ce qui concerne la personne originaire du Congo, elle estime que c'est une chance d'avoir pu partir, et valorise le fait qu'en Suisse, elle se sente « en sécurité ». Ce sentiment de sécurité semble cependant relativement fragile (elle continue parfois de se sentir menacée) et son vécu influence la nature et le contenu de ses psychoses actuelles. Cette personne parle notamment de la phase prodromique de sa maladie, lorsque certaines images devenaient de plus en plus intenses, de plus en plus difficiles à gérer : *« C'était difficile pour moi les journées, il y avait beaucoup d'images qui me venaient dans la tête, des choses que j'ai vécu au Congo. Maintenant avec les médicaments, ça va mieux. Maintenant, quand je vais mal, je prends un médicament et je me dis que je suis en sécurité, que je suis avec ma mère »* (homme, 19 ans). Ces traumatismes qui semblent s'être transformés en formes de psychose, ou en tout cas les avoir alimentés, ont modifié l'expérience spatiale de la personne. La personne différencie la période actuelle où elle est suivie au centre de consultation et prend un traitement médicamenteux, durant laquelle elle ose sortir davantage, de la période prodromique de sa maladie, durant laquelle la personne se sentait certainement davantage livrée à elle-même, et ne sortait que très peu. Sans que l'on puisse ici définir dans quelle mesure ce passé traumatique a eu une influence sur le développement des troubles psychotiques, on peut remarquer que le passé alimente et façonne le contenu des psychoses. Ce passé influence également l'expérience spatiale, puisque la situation du pays d'origine est par moments reportée dans le pays d'accueil.

Pour ce qui est des conditions « postérieures » à la migration, une recherche de Velin *et al.* part du constat que la population migrante présente un taux d'incidence plus haut que la population native (une fois « ajustées » les caractéristiques de l'âge, du genre, de l'état civil ou encore du niveau socio-économique) et s'intéresse, pour comprendre cette tendance, aux conditions dans le pays d'accueil. En analysant la présence et la densité de la communauté ethnique de la personne migrante dans différents quartiers de La Haye, l'étude arrive à la conclusion que plus il y a de personnes de la même ethnie dans le quartier, moins le risque de développer un trouble psychotique est élevé. Les auteurs supposent alors que les expériences sociales « négatives » dans le pays d'accueil, comme le sentiment d'isolement ou de discrimination, sont a priori diminuées par la présence d'une communauté de son pays d'origine. Le soutien rassurant dans le cas de premiers symptômes peut également constituer un frein au développement d'une décompensation psychotique. On peut élargir ces résultats en supposant que, de manière générale, le degré d'inclusion sociale de la personne migrante dans le pays d'accueil, constitue un facteur de risque à prendre en compte. Tortelli mentionnent également le choc que peut provoquer un soudain changement de projet de vie comme possible explication de ce taux d'incidence plus élevé (Tortelli 2008 :5). Dans notre cas, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si un quartier de Lausanne présente une densité ethnique plus élevée qu'un autre. Cependant, la ville en tant que telle constitue un

cadre facilitateur pour le contact avec d'autres personnes de la même origine, à l'inverse d'un environnement rural, où la proportion de personnes migrantes est en général moindre.

La personne qui a migré récemment du Congo témoigne effectivement d'un sentiment de solitude. Elle fréquente régulièrement une église qui crée un lien avec son pays d'origine (une église pentecôtiste comme il y en a beaucoup au Congo) et où elle retrouve des connaissances. Mais en dehors de cette activité, elle dit ne pas avoir beaucoup d'amis. Ce sentiment, tout comme l'impression de discrimination dont la personne m'a également fait part : « *Parce qu'elle est blanche, et moi je suis noir ! C'est un peu du racisme* » rejoignent les recherches décrites plus haut. On peut donc observer que les conditions antérieures et postérieures particulièrement difficiles dans le cas de la migration de la personne congolaise ont un impact important sur son état psychique. A l'inverse, les conditions a priori favorables dans lesquelles s'est déroulée la migration de la patiente italienne (pas de violence dans le pays d'origine, une situation financière et sociale plus facile dans le pays d'accueil) n'engendrent pas de conséquences, du moins pas dans le témoignage que nous avons recolté, sur son état psychique.

### **6.2.3 Mobilité résidentielle et état psychique**

Le fait de fréquemment déménager, d'autant plus si le déménagement est subi et s'il implique une distance géographique conséquente, peut être particulièrement difficile à vivre d'un point de vue identitaire. Comme le dit Knowles, « l'identité biographique », la personne que l'on est se construit à partir de lieux, de souvenirs, de personnes ou encore d'objets (Knowles 2000 : 220). Si ce monde de souvenirs est instable, voire détruit, la conscience et la reconnaissance de soi peut aussi l'être. De la même manière qu'en ce qui concerne la migration, une grande mobilité peut contribuer à un sentiment d'isolation, à un affaiblissement du réseau social, et donc contribuer à l'émergence de troubles psychotiques.

Knowles s'appuie sur la situation de personnes sans domicile fixe pour analyser l'impact qu'une instabilité géographique et le fait de toujours devoir justifier sa présence peuvent avoir sur l'état psychique (Knowles 2000 : 222). D'autre part, elle aborde la question de l'accessibilité à des traces de soi et des repères identitaires, sociaux ou géographiques (les trois étant intrinsèquement liés) mis à mal par des constants déménagements (Knowles 2000 : 222). Au-delà de l'exemple « extrême » d'une personne sans domicile fixe, qui n'est le cas d'aucune des personnes que nous avons interrogées, une très fréquente mobilité résidentielle peut déjà participer à cette fragilité psychique et également avoir un impact sur l'expérience spatiale.

La question de la fragmentation identitaire, mais surtout celle de la difficulté à recréer un réseau social est présente dans le discours des patients ayant vécu une grande mobilité résidentielle. Bien sûr, il s'agit de distinguer les conditions dans lesquelles la mobilité s'est faite (avec la famille, seul, à cause d'une situation de guerre ou pour un projet de vie « positif ») et l'échelle des déplacements (nationale, dans la même ville voire dans le même quartier). De la même façon, un déménagement sera vécu différemment s'il est choisi ou subi, et la probabilité que la personne soit « prête » est plus élevée s'il s'agit d'un déménagement

choisi. Comme nous avons pour ce travail interrogé beaucoup de personnes jeunes, la plupart des déménagements racontés ont été décidés par les parents, donc essentiellement « subis ».

Une personne explique notamment comme le fait de changer plusieurs fois de ville a rendu son intégration plus difficile : « *De Genève à Berne, ça a quand même beaucoup changé parce que j'avais tous mes amis à Genève. Puis j'avais aussi des problèmes un peu d'intégration. Alors j'étais content de m'être fait des amis à Genève et c'était difficile du coup de repartir, d'aller à Berne* » (homme, 23 ans). Le déménagement en question n'était pas choisi, puisque le patient a suivi sa mère qui voyageait pour des raisons professionnelles, et il a beaucoup insisté sur le fait que cette mobilité avait été socialement difficile. Après s'être finalement fait des amis à Berne, le patient a déménagé pour Zürich, et dit ne pas s'être vraiment fait de nouveaux amis, et donc régulièrement retourner à Berne pour voir ses anciens amis. La situation de ce patient fait écho à l'hypothèse de Knowles selon laquelle l'instabilité socio- spatiale peut contribuer à la vulnérabilité d'une personne qui est déjà dans une situation sociale et identitaire probablement plus fragile (Knowles 2000 : 223). Le fait de retourner très fréquemment dans son ancienne ville témoigne du peu de liens que le patient entretient avec sa ville actuelle. De plus, le déménagement a lieu alors que la personne est déjà diagnostiquée et qu'elle exprime explicitement un besoin de tranquillité : (« *Pour l'instant j'ai pas tellement d'activités. Mais là ça me convient d'avoir un peu moins d'activités, d'être un peu plus tranquille. J'ai besoin de ma tranquillité, de ma paix.* »). Ces conditions de déménagement particulières peuvent modifier sa réappropriation d'une nouvelle ville, et donc son expérience spatiale.

#### **6.2.4 Synthèse**

Les données biographiques des patients nous permettent de proposer certains éléments de réponse à la question « *Quelle influence la biographie résidentielle des patients (environnement rural/urbain, migration, mobilité) peut-elle avoir sur leur état psychique et donc sur leur expérience spatiale ?* ». La question de l'exposition urbaine est difficilement traitable dans notre cas puisque quasiment toutes les personnes ont toujours vécu en milieu urbain. Elles n'identifient cependant pas des aspects de la ville « stressants » comme ayant participé au développement de leur maladie. Au contraire, elles valorisent la ville pour ses aspects inclusifs, les possibilités, services et infrastructures auxquels elle donne accès. En ce qui concerne la migration, il semble évident que des conditions préalables particulièrement traumatisantes tout comme des conditions d'accueil peu inclusives sont susceptibles de contribuer à des situations de stress, d'isolement voire d'exclusion sociale qui à leur tour, pourraient alimenter certaines psychoses. Finalement, une très fréquente mobilité résidentielle, d'autant plus si la distance parcourue entre les deux domiciles est grande, contribuerait à un sentiment comparable d'isolement, d'exclusion sociale, et également de perte de contact avec des traces de son identité. En bref, pour des personnes déjà fragiles, l'exposition à certains aspects stressants de la ville, une migration « dans l'adversité » ou encore de fréquents déménagements peuvent être des expériences particulièrement difficiles, bien qu'il soit très difficile d'évaluer dans quelle mesure contribuent à l'émergence d'une psychose.

### 6.3 EXPÉRIENCE SENSORIELLE DES LIEUX

Nous tenterons ici de répondre à la question « *Quelles caractéristiques sensorielles des différents lieux les patients identifient-ils comme source de stress ou au contraire de bien-être ?* ». Comme nous allons le voir, la frontière entre éléments sensoriels et éléments sociaux est parfois perméable. Il s'agit donc d'appréhender ces deux prochains chapitres avec l'idée sous-jacente que « *l'expérience d'un lieu est un tout composé de significations, de forces sociales et de forces naturelles* » (Cresswell 1996 : 160). Une première partie de l'analyse traitera de la tolérance aux éléments sensoriels désagréables, du cas particulier des éléments auditifs, ainsi que de la valorisation de lieux visuellement structurés. Puis, une analyse des moments de crise s'attardera plus spécifiquement sur la part contextuelle des hallucinations visuelles ou auditives.

L'analyse qui va suivre s'intéresse aux stimulations sensorielles évaluées comme désagréables par les patients. Certaines stimulations sensorielles particulièrement agréables sont mentionnées, mais elles semblent peu déterminantes pour l'expérience spatiale des patients. On peut dire que certains éléments sensoriels participent à l'expérience positive *globale* d'un lieu, mais l'on ne peut en mettre un particulièrement en avant. Le seul contre-exemple est la valorisation de la structure matérielle et visuelle d'un lieu sur laquelle nous allons revenir. En ce qui concerne les stimulations sensorielles désagréables, certaines particularités dans la manière de les ressentir mais surtout de les appréhender et de les « gérer » semblent intéressantes pour notre analyse.

#### 6.3.1 La tolérance aux éléments sensoriels comme tactique

*« Je suis très sensible [aux bruits et aux odeurs] Mais je suis quelqu'un qui est vachement patiente, vachement compréhensive aussi. Je vais comprendre, c'est un moment désagréable qui dure un certain laps de temps, il va pas durer une éternité. (...) Si je commence à me poser des questions là-dessus... (rires) je me posais déjà assez de questions sur moi même avant... alors je vais pas encore me poser des questions là-dessus parce qu'autrement je vais me freiner toute seule. Donc du coup, je me pose plus de questions, j'y vais et puis c'est tout. » (femme, 30 ans)*

Cette remarque introduit bien l'attitude et l'effort particuliers observés chez plusieurs patients. On constate dans la remarque ci-dessus une volonté de ne pas s'attarder sur des détails, malgré qu'on y soit sensible. Lorsque le bruit du trafic, des odeurs de saleté, les lumières des néons sont évoqués comme « désagréables », des remarques telles que « *c'est pas très agréable, mais pas plus que ça, je suis pas devenu fou !* » (homme, 28 ans), « *Bon si je dois y être toute la journée, peut-être ça pourrait me déranger. En général je m'attache peut-être pas sur des petits détails. C'est plutôt ce que je fais, avec qui* » (homme, 20 ans, Mr F.) ou encore « *C'est pas ce que je préfère, mais c'est pas non plus problématique* » (homme, 20 ans, Mr G.) suivent. Le désagrément qu'engendre ce genre de stimulations influence jusqu'à un certain point l'expérience spatiale, mais pas les pratiques spatiales : « *C'est pas quelque*

*chose qui va me percer en profondeur et empêcher que je puisse réagir, ça non. Il faut beaucoup quand même* » (femme, 30 ans)

Cette attitude de détachement peut s'expliquer par le fait que les personnes ne veulent pas, mais également ne peuvent pas dans leur démarche de rétablissement, être trop sensibles à ces stimulations sensorielles. Plusieurs insistent sur le fait qu'elles ne veulent en aucun cas que des éléments extérieurs négatifs les « tirent » vers le bas. Pour ce faire, elles peuvent soit ne pas aller dans certains lieux, soit, comme deuxième solution, se forcer à devenir moins sensibles aux potentiels stimuli. Cette démarche de « désensibilisation » constitue une piste d'analyse intéressante mais les manières et tactiques concrètes pour y parvenir ne sont pas clairement exposées dans les entretiens. La question pourrait être approfondie grâce à d'autres méthodes telles que le parcours vidéo commenté. Alors que des stimulations désagréables peuvent être expérimentées dans n'importe quel lieu, de manière inattendue et inévitable, la deuxième solution est beaucoup plus « viable » que la première qui consiste à simplement éviter certains lieux. La seconde permettrait de limiter le moins possible ses habitudes, ses activités. En effet, lorsque les personnes reviennent sur des moments plus critiques de leur maladie durant lesquelles elles étaient plus sensibles à leur environnement (aussi bien d'un point de vue sensoriel que social), elles soulignent pour la plupart à quel point elles sont peu voire pas sorties de chez elles. Une des manières d'aller mieux est donc précisément de sortir sans trop se poser de questions sur les caractéristiques des lieux, surtout si ce sont des caractéristiques dites négatives.

On constate donc une volonté de gérer la situation, les stimuli externes et les potentielles émotions qu'ils pourraient engendrer. On peut parler d'« arts de faire » puisque les personnes, si elles reconnaissent certains éléments qui pourraient influencer de manière négative leur expérience et leurs pratiques spatiales, « font avec » en choisissant de ne pas leur accorder beaucoup d'importance. Le fait de rester chez soi par crainte d'être touché par certaines stimulations sensorielles serait également une tactique, qui cette fois ne « ferait pas avec » les éléments extérieurs, mais éviterait d'y être confronté. Un case manager explique comment certaines tactiques modifient significativement le confort d'une personne : *« modifier son comportement normal, logique, pour s'adapter face à ses difficultés actuelles, pour nous c'est un indicateur que ça va pas super. S'il se nourrit qu'à la station parce qu'il peut pas aller à la Migros, c'est un peu ça. Il part au plus simple, mais ça limite en terme de bien-être pas mal de choses, et c'est là-dessus qu'on travaille. »*. A partir de cette remarque, on peut parler d'un renversement de pouvoir entre individu et environnement, dans le cas où le premier, limité par certaines peurs, se voit obligé de modifier son quotidien. On peut également identifier deux « niveaux » de stress qui ressortent des témoignages des patients et ont un impact différent sur l'expérience spatiale. Le niveau le plus bas serait un stress qui modifie l'expérience spatiale mais n'a pas d'influence sur les actes, qui reste possible à gérer (« *ça va pas me percer en profondeur et empêcher que je puisse réagir*»). Le second niveau serait un stress beaucoup plus effectif, que le patient maîtrise beaucoup moins et par lequel il peut se retrouver « submergé ». Ce deuxième niveau a un effet sur les pratiques, et pourrait notamment inciter la personne à partir d'un lieu ou à l'éviter. Les thématiques du rapport de pouvoir entre environnement et individu, des arts de faire et des différents degrés d'impact de l'environnement sur l'individu seront reprises sous l'angle de l'expérience sociale.

Le bruit est peut-être la stimulation sensorielle identifiée comme la plus déterminante pour l'état psychique, puisque certains engendrent un sentiment de stress, d'oppression. Les bruits évoqués sont notamment ceux des trains et convois dans une gare, ainsi que ceux des fréquences basses d'une musique dans une boîte de nuit. Dans ces deux cas, c'est bien le bruit qui dérange, qui stresse. Dans d'autres cas, des personnes disent aussi se sentir stressées par exemple dans une boîte de nuit, et si le bruit peut être un facteur, il est un détail d'une situation sociale globale (agitation, foule...).

Ces premières observations nuancent les recherches selon lesquelles les personnes souffrant de troubles psychotiques présentent une hypersensibilité à leur environnement extérieur. Au travers des remarques, on perçoit une certaine sensibilité qui est cependant contenue et gérée par un effort conscient de « désensibilisation ». Il ne faut pas oublier que nous avons interrogé surtout des personnes étant dans une phase moins aiguë de leur maladie, et que nous nous sommes concentrés pour l'instant sur les situations « non-délirantes ». Nous verrons dans l'analyse des moments de crise qu'une sensibilité différente est observable lors de perceptions délirantes.

### **6.3.2 La structure visuelle d'un lieu comme élément rassurant**

Par « structure », on entend l'« *agencement, entre eux, des éléments constitutifs d'un ensemble construit, qui fait de cet ensemble un tout cohérent et lui donne son aspect spécifique* »<sup>7</sup>. Dans une ville, et plus particulièrement dans des lieux centraux, le peu de cohérence et la grande hétérogénéité de l'environnement sont frappants. Piétons, trams, bus et voitures se côtoient et partagent un espace parfois très restreint. De nombreuses informations et sollicitations diverses attirent le regard et les sens. Finalement, et nous reviendrons là-dessus dans le chapitre concernant l'expérience sociale, on y rencontre, qu'on le veuille ou non, un grand nombre de personnes inconnues, différentes et parfois surprenantes.

---

<sup>7</sup> Sur [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr), consulté le 20.03.2014. Créé par le Centre Nationale de Recherche Scientifique (CNRS), le Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales (CNRTL) réunit un ensemble de ressources linguistiques informatisées.



*Place Chauderon, Lausanne : « Piétons, trams, bus et voitures se côtoient et partagent un espace parfois très restreint »*

En contraste avec cette grande hétérogénéité qui peut être vécue comme chaotique, beaucoup de patients évoquent un sentiment positif par rapport à la présence d'éléments structurants. Ce sentiment s'explique également par la tendance à prévoir et objectiver les situations du quotidien : un cadre structuré implique moins de stimulations diverses et imprévues. Les résultats que nous dégagons d'après les entretiens rejoignent certaines hypothèses déjà formulées. Lorsqu'elle décrit des lieux qui pourraient être plus « inclusifs », « libérateurs d'identités », Parr cite des espaces verts pour les activités de jardinage collectif organisées. Elle insiste sur l'aspect « domestiqué » de ces jardins pour expliquer qu'ils sont a priori plus apaisants qu'une forêt, beaucoup trop « sauvage » (Parr 2008 : 81). Söderström décrit également comment des lieux où certaines barrières (physiques et sociales) sont définies et structurées, peuvent être vécus comme rassurants (il parle de sentiment de « sécurité intérieure ») (Söderström 2008, 2009). Ainsi, dans les témoignages des patients, des lieux très hétéroclites (un parc, un supermarché, ou encore la ville de New York) sont vécus comme agréables, rassurants, entre autres du fait de leur structure visuelle.

Il s'avère que dans leur description d'un lieu « idéal », beaucoup parlent d'un endroit de verdure un peu en dehors de la ville. Or si l'aspect naturel et la tranquillité qu'offre un parc semblent importants, les remarques précisant qu'il ne s'agit pas d'une forêt ou d'un champ, mais bien d'un parc, illustrent cette préférence pour des lieux construits, et donc, en général,

plus structurés. Parmi les parcs cités, le parc Mon Repos présente notamment de par son agencement une structure visuelle certaine.



*Parc de Mon Repos, Lausanne.*

*Lieu au cœur de la ville et à la fois protégé de celle-ci.*

*La régularité et l'harmonie des formes peuvent constituer des éléments structurants.*

Indépendamment de l'aspect naturel du parc, la notion de structure s'exporte et s'applique à d'autres lieux : une personne nous décrit la COOP avec les mots suivants: « *ça donne toujours un peu l'impression de rentrer dans un truc artificiel où y a pas de fenêtre, où y a toujours du jour, mais moi je trouve que y a un peu quelque chose de... pas de protecteur, mais on est un peu dans une sorte de bulle... le fait qu'il y ait pas de fenêtre ça peut être bizarre mais moi je trouve que ça peut être positif (...)* on vient pour acheter quelque chose de précis, on sait où sont les choses » (homme, 20 ans, Mr F.). Plusieurs termes nourrissent la thématique de la valorisation d'un lieu structuré : « *on sait où sont les choses* » rend clairement compte de l'aspect structuré des rayons, qui sont disposés et organisés selon une logique répétée dans tous les magasins COOP ainsi que dans d'autres supermarchés. Les termes « protecteur », « bulle » et « pas de fenêtre » se rapportent plutôt au fait qu'un lieu dont les barrières sont clairement définies peut constituer un élément structurant pour l'expérience spatiale et réduire le risque d'interventions externes inattendues. La thématique de la crainte de l'imprévu a déjà été mentionnée en introduction et elle sera développée dans différentes parties de l'analyse. Finalement, et nous reviendrons là-dessus dans un chapitre de l'expérience sociale, la

remarque « *on vient pour acheter quelque chose de précis* » rend compte de comment une activité clairement définie offre une structure sociale, qui peut être rassurante.

Une autre personne dit, lorsqu'elle parle des aspects qu'elle aime à New York : « *on s'y retrouve très vite, c'est tout en carré, donc c'est facilement repérable où on est* » (homme, 20 ans, Mr G.). Le système de numérotation des rues régulier et logique de New York rappelle les couloirs reproduits d'un supermarché, l'un et l'autre offrant des repères stables. Une autre personne, alors qu'elle parle des aspects visuels positifs de la gare, souligne qu'elle est « *bien agencée* », et précise : « *le côté avec les voies, puis en bas avec les petits magasins ça fait un peu comme une micro ville dans la ville. Ça je trouve bien* ». (homme, 20 ans, Mr F.)

Plusieurs autres éléments peut-être moins évidents rejoignent cette valorisation d'une structure visuelle. Par exemple, la précision avec laquelle certains patients décrivent l'itinéraire de chez eux jusqu'à Chauderon montre à quel point il est clair dans leur tête. Cela rappelle encore une fois la tendance à l'hyper réflexivité, puisque le parcours est ici pensé préalablement, peut-être afin de pouvoir mieux s'y préparer. Un autre exemple est la nécessité qu'avait une personne de constamment changer l'agencement des choses dans les moments où elle n'allait pas bien (« *c'était jamais comme il faut où c'était* ») (femme, 27 ans). Cela suppose, sans l'expliquer de manière évidente, une aspiration (ici jamais satisfaite) à une certaine structure, à un ordre de son environnement. On peut également souligner que les patients valorisent tout particulièrement les lieux qui offrent une perspective, un point de vue. La position en hauteur permet en effet d'avoir une vision d'ensemble, de savoir où l'on se situe par rapport à ce qui nous entoure et de se rendre compte de comment cet environnement est « structuré ».

### **6.3.3 Moments de crise : la stimulation sensorielle comme élément déclencheur**

Les hallucinations sont beaucoup plus courantes et intenses dans des périodes de décompensation, et les patients se rejoignent pour dire que mieux ils se sentent, moins cela leur arrive. Les situations où les patients disent s'être sentis (ou se sentir) stressés, effrayés par rapport à un son ou une vision sont en général plutôt le résultat de projections délirantes et d'hallucinations que d'une sensibilité à des éléments réels. Or certains éléments sensoriels réels, contextuels, peuvent jouer un rôle dans l'alimentation voire le déclenchement d'un délire psychotique. Comme l'explique un case manager, « *pour la plupart, les délires et les perceptions partent toujours d'un élément réel.* » Si on éloigne le focus et qu'on s'intéresse à « la ville », les mêmes suppositions émergent : la personne vivant en ville et celle vivant à la campagne auront très certainement des délires de *nature* différente, liés à des stimulations sensorielles mais aussi à des situations sociales plus présentes dans un environnement ou dans l'autre.

Les stimulations auditives semblent les plus problématiques et les plus probables à déclencher certaines hallucinations. Ainsi, une personne explique comment elle a transformé le bruit des travaux en dessous de chez elle en sortes de rôles humains. On peut cependant supposer qu'elle avait entendu ces bruits à d'autres moments que celui-ci sans que cela la dérange ou

la frappe, ce qui nous incite dans ce cas précis à relativiser l'importance du contexte sur l'hallucination. Certains mentionnent également les voix de personnes autour comme potentiel déclencheur d'un sentiment de persécution, de menace. Le fait d'être dans un lieu où des personnes parlent entre elles et sans s'adresser directement à nous augmente la probabilité d'interpréter une réflexion contre soi, ou d'entendre son nom dans la conversation. D'autre part, des stimulations visuelles, comme le regard des autres, sont décrites comme élément déclencheur d'un sentiment de persécution. Dans ce cas, la limite entre perceptions sensorielles et interactions sociales est perméable, un regard étant capté par la vue, mais véhiculant également des interactions sociales. Les lieux que les patients citent comme contextes de leur(s) délire(s) sont en général des lieux particulièrement fréquentés et animés, donc plus « complexes » et denses en termes de stimuli (boîte de nuit, rue marchande, gare) et dont il est difficile de sortir rapidement (bus, boîte de nuit).

Un patient nous a également parlé des perceptions qu'il avait eu à plusieurs reprises chez lui, lorsque la télévision était allumée. Il avait l'impression que les voix « sortaient » de la télé et s'adressaient directement à lui. Ces voix augmentaient et se mélangeaient jusqu'à devenir très agressives et angoissantes. Dans ce cas, alors que la personne n'était pas à l'extérieur et se trouvait au contraire dans une pièce relativement calme, les stimulations auditives et visuelles très fortes de la télévision, normalement « contenues » dans celle-ci, ont pénétré l'environnement réel de la personne. Certains programmes télévisés peuvent présenter une intensité de stimulations auditives et visuelles comparables à celle d'une boîte de nuit, à l'exception du fait que les premières demeurent en général contenues alors que les secondes se manifestent dans l'environnement immédiat et réel de la personne.

Nous arrivons donc à la conclusion qu'un environnement particulièrement dense en stimulations sensorielles peut alimenter les hallucinations auditives et visuelles. Cette hypothèse, si elle est déjà largement formulée par la littérature médicale et psychiatrique, mériterait d'être approfondie de manière plus systématique et selon une approche plus géographique. Avec un nombre plus important de données, on pourrait retracer où se manifestent ces formes de délires, et constater si certaines caractéristiques de ces lieux semblent plus fréquemment et/ou plus intensément « absorbées » et interprétées par les personnes.

#### **6.3.4 Synthèse**

Notre analyse de l'expérience sensorielle des patients nous permet donc de répondre à la question de recherche « *Quelles caractéristiques sensorielles des différents lieux les patients identifient-ils comme source de stress ou au contraire de bien-être ?* » de la manière suivante : on constate une volonté d'aller mieux, de sortir davantage, de rendre son quotidien moins « compliqué », et une des manières d'y parvenir consiste en un effort conscient pour ne pas prêter attention à des éléments sensoriels désagréables. Certains bruits peuvent cependant être plus intrusifs dans l'expérience sensorielle des patients, et les pousser à éviter des lieux tels qu'une gare ou une discothèque. D'autre part, l'expérience visuelle d'un lieu physiquement structuré (allant d'un parc à un supermarché) joue un rôle dans le sentiment de tranquillité et de sérénité que supposent les remarques de plusieurs patients. Finalement, si

l'on mentionne les expériences sensorielles « délirantes » (hallucinations auditives et visuelles), la question de l'influence du contexte réel demeure ouverte; des lieux où les stimulations sensorielles sont plus denses et plus diverses pourraient être favorables à la manifestation de certains délires.

## **6.4 EXPÉRIENCE SOCIALE DES LIEUX**

Pour répondre à la question « *Quelles caractéristiques sociales des différents lieux les patients identifient-ils comme source de stress ou au contraire de bien-être?* » nous nous intéresserons d'abord aux raisons, mécanismes et conséquences qu'impliquent les ruptures identitaires perçues dans le discours des patients. Le concept de « sense » d'Agnew (Agnew cité dans Creswell 2004 : 7), soit la signification subjective qu'on donne à un lieu, sera important pour comprendre l'intime lien entre un lieu et ce qu'on y a vécu ou ce qu'on y associe. Nous verrons également de quelle manière certaines caractéristiques spécifiques aux lieux publics ou privés influencent l'expérience que les patients en ont. Nous aborderons ensuite les aspects « facilitateurs » de l'expérience sociale, ceux qui contribuent à une expérience spatiale positive, agréable, et peuvent inciter à sortir davantage (structure sociale, tolérance, ouverture). Puis, nous analyserons les aspects sociaux « limitatifs », qui incitent au contraire à éviter certains lieux voire à ne pas sortir (sentiment d'insécurité, poids des normes sociales, sentiment de jugement). Finalement, nous procéderons à une analyse des moments de crise en questionnant la part contextuelle des délires de persécution.

### **6.4.1 Constructions identitaires spatiales et sociales**

Nous allons ici nous intéresser à comment certains choix à la fois spatiaux et sociaux se construisent et évoluent avec la concrétisation de la maladie. Tout comme d'autres événements biographiques marquants, la confrontation à la maladie implique des questionnements identitaires, soit une confrontation avec qui l'on est et ce que l'on veut être. Ces questionnements se concrétisent dans le rapport aux lieux et aux personnes et suivent différentes démarches soit de rupture (sociale et géographique) soit de continuité (sociale et géographique). Ces rapports sont intrinsèquement liés au processus de construction identitaire que nous allons à présent préciser.

Comme nous l'avons annoncé dans la problématique, deux postulats nous aident à structurer et limiter notre appréhension du concept d'identité. D'une part, l'idée que l'identité n'est ni permanente ni statique, mais plutôt en constante évolution. Une construction identitaire peut donc en remplacer une autre « *quand l'individu change de classe d'âge, de groupe social ou d'espace de vie, ou bien lorsqu'il modifie ses choix identitaires* » (Gervais-Lambony 2004 : 479), soit pour résumer lorsque « les circonstances modifient le rapport au monde » (Dorais 2004 : 3). De l'autre, l'idée que l'identité est construite, collectivement et individuellement, à travers des récits et des pratiques (Gervais-Lambony 2004 : 470). Construction identitaire, environnement social et pratiques spatiales s'influencent mutuellement, et c'est cela que nous allons tenter de mettre en évidence à travers les témoignages des personnes interrogées. Ce

sont donc les identités spatiales et sociales, leur construction et leur évolution que nous analyserons ici.

Le déclenchement de la maladie consiste en un « événement » qui peut modifier la perception que l'on a de soi (on peut parler de perception identitaire): plusieurs patients parlent d'un « après » et d'un « avant » la maladie, de quelque chose qui a changé en eux («*Depuis que j'ai eu cette psychose, je suis assez retenu, je suis assez introverti, Je suis un peu dans ma bulle. Avant j'étais super extraverti, je parlais à tout le monde.* » (homme, 23 ans), «*Ça m'a changé, maintenant je suis assez passif*» (homme 22 ans). Bien sûr, il est difficile de déterminer précisément à quel moment la maladie s'est déclenchée, et donc d'identifier un changement identitaire clair entre la personne qu'on était « avant » et celle qu'on est devenue « après ». Plutôt que de parler de « la » personne qu'on était ou que l'on est, on se doit de parler de *certain*s aspects identitaires qui ne sont pas évidents à identifier, pour les personnes interrogées comme pour le chercheur.

La concrétisation de la maladie peut donc comme nous venons de le mentionner pousser à une remise en question identitaire importante, allant parfois jusqu'à une rupture très claire. Le diagnostic peut être difficile à accepter («*je croyais que j'étais pas malade mais au fait... c'est drôle de dire ça, mais quand on est pas bien on croit qu'on est bien... c'est assez bizarre...*») (homme, 22 ans) et on peut imaginer qu'il a un impact important sur l'image que l'on a de soi-même. L'annonce du diagnostic peut avoir un aspect performatif et « enfermer » les personnes dans une identité de « patient », de « malade » contre laquelle certains luttent.

Dans les témoignages des patients, on constate d'une part une rupture avec « ce » qu'on était et ce qu'on faisait *avant* la maladie, et de l'autre, une volonté de rompre avec la « personne » associée à la maladie. La première s'inscrit dans une démarche de protection, mais se construit également à partir de l'idée que ce qu'on était avant ait contribué au déclenchement de la maladie. La seconde se manifeste par une rupture avec l'hôpital psychiatrique qui est associé à la période la plus traumatisante de la maladie. A l'inverse, le lieu de consultation de Chauderon, qui est pourtant également sémantiquement lié à la maladie, n'est pas rejeté et semble constituer au contraire un soutien et une assurance pour les patients.

### *Lieux d'avant la maladie*

Lorsqu'on parle de rupture sociale et géographique avec les lieux d'avant la maladie, celle-ci peut être plutôt « subie », plutôt « choisie », mais également les deux à la fois. Pour ce qui est de la part plus subie, une des conséquences fréquentes d'une période de vie en général plus renfermée, plus solitaire, voire d'un séjour à l'hôpital est la fragilisation du réseau social. Plusieurs patients parlent ainsi d'un « tri naturel » de leurs connaissances («*les copines ça se rectifie* » (femme, 30 ans), «*les gens moins proches, je les ai un petit peu... effacés. (...) on a plus grand chose à se dire, ils sont tous en train d'étudier, de faire leurs trucs...* » (homme, 23 ans). Pour ce qui est de la part plus choisie, la concrétisation de la maladie pousse certains à repenser des rapports sociaux qui ne leur conviennent plus, à se protéger de situations « fragilisantes », présentant un potentiel risque : «*j'ai décidé que je voulais me préserver de ça quelque part (...) C'était ma volonté de trouver un droit chemin, de m'éloigner de ce qui*

*pourrait péjorer ma santé.* » (femme, 27 ans). Le fait de ne plus avoir contact avec les personnes qui fréquentent tel ou tel lieu, mais aussi la crainte de retourner dans certains lieux associés à des activités ou des personnes spécifiques contribuent aux changements d'habitudes sociales et spatiales.

On constate également que fréquenter de nouveaux lieux ou en tout cas en éviter d'anciens peut être une manière pour les personnes d'aller vers une plus grande sérénité, des états psychiques plus stables, mais aussi une attitude de plus grande ouverture : « *Mais j'irai plus aux endroits où ils [anciens amis] sont. J'ai envie de voir des autres gens, alors faut que je sorte, que je sorte de chez moi. Faut plus que je traîne avec ces gens, où ils étaient que dans des endroits où ils sortaient pas justement.* » (femme, 30 ans) et la même personne : « *Avant je fumais des pétards, je foutais rien, bon vous allez me dire qu'aujourd'hui je fous rien non plus, mais c'est différent, c'est complètement autre chose.* ».

Selon Le Breton, l' « *espace est bardé de zones à éviter et de frontières, de zones interdites, de repoussoirs et de territoires douloureux* ». Ainsi, le déclenchement de la maladie peut être vécu comme une rupture biographique qui se matérialise dans des ruptures territoriales et l'édification de « frontières mentales » (Le Breton 2004 : 119). Certains « territoires » peuvent donc être perçus comme menaçants pour la santé mentale, comme nous allons le voir avec des lieux associés à la consommation de cannabis ou d'alcool, ou symboliser des souvenirs douloureux comme l'hôpital psychiatrique.

Parmi les patients que j'ai interrogé, plusieurs fumaient régulièrement du cannabis avant que la maladie se déclare, et une des manières pour eux de se rétablir est de ne plus y toucher : « *Ça serait difficile de fumer en ce moment parce que c'est ... c'est quand même quelque chose qui aggrave.. enfin qui peut aggraver, appeler les psychoses(...)* Alors je me dis que ... voilà quoi, y a des gens qui arrivent pas, qui sont sensibles, et puis moi je suis sensible donc j'y touche pas » (homme, 23 ans). Or le fait d'arrêter de fumer peut engendrer une rupture avec les personnes et les lieux associés à cette pratique. Une patiente souligne par exemple qu'elle ne veut pas retourner dans les lieux où elle retrouvait des amis et où « *ils faisaient rien à part fumer, discuter, lire des livres...* » (femme, 30 ans). Elle dit que si elle y retourne, elle sera peut-être tentée de fumer, et insiste aussi sur le fait qu'ils restent tout le temps chez des gens ou dans des locaux, alors qu'elle a besoin de sortir, de voir des nouvelles personnes. On peut donc parler d'une rupture avec une expérience spatiale d'avant la maladie, voire de la période prodromique, du moment que l'on entre dans une démarche de protection et de rétablissement. L'identification de certains lieux et certaines activités qui auraient pu contribuer au déclenchement des troubles ou qui pourraient provoquer une « rechute » modifie l'expérience spatiale actuelle.

Il en va de même pour la consommation d'alcool, ou simplement le fait de sortir le soir. Un autre patient nous explique que lorsqu'il retourne à Berne, ce n'est « *plus pareil* » parce qu'il ne sort plus le soir, ne boit plus d'alcool, alors qu'une grande partie des souvenirs qu'il associe à cette ville sont précisément les sorties avec des amis. Aujourd'hui, du fait de son état psychique fragile et sa volonté de se « protéger », mais aussi d'un certain changement de mentalité (« *j'ai comme un petit peu muri quoi. Ça m'intéresse plus trop d'aller me bourrer la*

*gueule et d'aller faire la fête, je sais pas pourquoi»* (homme, 23 ans), cette personne dit ne plus se rendre dans les lieux qu'elle fréquentait encore il y a quelques mois.

Une troisième personne témoigne d'une démarche de protection très claire par rapport à la consommation d'alcool et le fait de sortir le soir : elle a changé ses fréquentations (« *je pense que c'était pas des bonnes fréquentations* ») (femme, 27 ans) et ne va donc plus en boîte de nuit. C'est un choix qu'elle a fait parce qu'elle avait l'impression que ces activités, lieux et personnes étaient « nocifs » pour elle (« *j'ai décidé que je voulais me préserver de ça quelque part* ».) Elle n'a pas souhaité développer la question, mais l'on pouvait sentir que le sujet était délicat : « *c'était [les anciennes activités et fréquentations] un peu malsain, c'est tout. (...) J'ai peut-être pas envie d'en parler* ».

Dans ces trois cas, la rupture identitaire se matérialise dans certains lieux associés à des activités et des personnes précises. Si les trois situations témoignent d'un choix conscient d'opérer un changement avec la vie d'avant, une part de ce changement est également due à la fragilisation du réseau social.

*Lieux associés à la maladie : le rejet du « périmètre » de l'Hôpital de Cery.*

La rupture avec les lieux associés à la maladie est essentiellement incarnée par le rejet de l'Hôpital de Cery. Comme l'explique un case manager, la plupart des patients refusent de participer à une activité qui a lieu dans ce périmètre, même si elle n'a rien à voir avec l'hospitalisation (ex. recherches, ateliers de discussion). Il ajoute que « *même pour les personnes qui n'y sont pas allées, ça a une image très très négative* ». Le lieu devient ici symbole d'une période (« *Tout ce que je vis en ce moment c'est la suite de Cery* ») (homme, 28 ans); même si cette période semble surmontée et que la raison de se rendre dans le périmètre de l'hôpital diffère complètement, l'association demeure. On pourrait donc supposer que l'hôpital « cloître » les identités au sens où Parr l'entend (Parr 2008 : 169) : les personnes concernées, bien qu'elles ne soient plus à l'hôpital, continueront de s'y percevoir avant tout comme « malades », comme patients.

La signification symbolique de l'hôpital peut même dépasser ses frontières physiques, comme c'est le cas d'un patient qui n'a jamais vécu à Lausanne mais associe étroitement la ville à sa maladie. Alors qu'il vivait à Berne et a vécu sa première décompensation à Soleure, il est allé à l'hôpital de Cery parce que son père vivait dans le canton de Vaud. Aujourd'hui, il va à Lausanne uniquement pour la consultation, ce qui renforce l'association de la ville à la maladie. Sa remarque sur le fait qu'il préfère vivre à Zürich parce que « *c'est tellement loin, donc c'est loin de tous les problèmes aussi... métaphoriquement parlant* » (homme, 23 ans) montre à quel point une expérience spatiale particulièrement traumatisante peut déteindre sur l'expérience globale de la ville.

Cependant, la rupture n'est pas l'unique solution choisie et on remarque que pour certains, la conviction d'une continuité identitaire peut être une manière de retrouver une certaine stabilité : un patient explique notamment qu'il souhaite affronter ses difficultés pour « *rester le même* ». Même s'il se sent différent (souvent moins bien) dans les lieux et avec les

personnes qu'il avait l'habitude de fréquenter, il se force à ne pas trop changer ses habitudes. « *Quand je suis sorti de l'hôpital, et je voulais pas me dire 'je dois me mettre de côté et tout...' Donc j'ai continué à faire comme avant mais sans que je sois à l'aise, quoi* » (homme, 22 ans). Il dit ne pas vouloir se laisser dominer par des éléments qui le déstabiliseraient, et pour ce faire, affronter ses perceptions grâce au raisonnement : « *Faut se dire qu'avant c'était pas comme ça dans ma tête, j'avais une vie assez stable. Avant que la maladie arrive. Moi j'arrive à retrouver ce sentiment... en affrontant la chose. (...) Je suis quelqu'un d'ouvert, de sociable j'aime sortir, aller au cinéma, boire un verre.. Et c'est pas parce que j'ai été angoissé à une période et que j'ai peur de redevenir comme ça, que je ferai pas les trucs que j'aime.* » Cette personne continue par exemple de fumer de l'herbe de temps en temps même si elle est consciente que cela peut la déstabiliser, tout comme elle continue d'aller en boîte de nuit alors que l'expérience s'est parfois avérée difficile.

La conscience d'une continuité identitaire semble donner à cette personne une certaine confiance en soi qui l'aide à croire en sa force de rétablissement. En faisant référence à la personne qu'elle était avant (« *quelqu'un d'ouvert, de sociable* »), elle se refuse de croire qu'elle a changé et tend donc à la « récupération » de son identité. Affronter la situation peut notamment contribuer à la dédramatiser et à lui conférer moins de pouvoir sur l'état psychique. Cette confrontation peut en effet participer à l'impression d'une meilleure maîtrise de son environnement, puisque ce n'est pas ce dernier qui guide l'action, mais bien l'individu qui impose ses volontés à un environnement a priori hostile. Maintenir cette continuité lui permet également de se distancer de la période d'hospitalisation en affirmant une identité indépendante de l'hôpital, indépendante de la maladie.

On peut conclure en supposant que ces différentes formes de (re)constructions identitaires (rupture et continuité) ne sont pas clairement dissociables et qu'elles peuvent se succéder selon la stabilité ou au contraire la fragilité psychique de la personne : par exemple, une personne pourra dans un premier temps avoir besoin de rompre avec certains lieux et personnes d'« avant » dans l'optique de se protéger, puis, lorsqu'elle se sentira plus stable, tendre à retrouver certains lieux ou certaines personnes, et donc à renouer avec certains aspects identitaires.

#### **6.4.2 Appropriation des espaces publics et privés**

Le degré d'inclusion, le poids des normes sociales ou encore l'impression de sécurité peuvent notamment différer selon le « type » de lieu (Parr 2000 : 231). Si nous reprendrons par la suite et plus en détail les concepts d'inclusion, de norme sociale ou de sécurité, la différence de fréquentation et d'appropriation que l'on observe selon s'il s'agit d'un lieu public, semi-public ou privé nous incite à proposer une analyse de cette particularité.

Par espace public, on entend ici tout « *espace ressortissant strictement à la sphère publique, c'est à dire tout espace n'appartenant pas à une 'personne morale de droit privé'* ». Les deux auteurs citent les rues, trottoirs, places, jardins, etc. (Levy et Lussault 2003 : 335). Ils parlent également d'espaces qu'on tend à considérer comme publics car ils sont censés « *accueillir de nombreuses personnes et ainsi proposer un cadre aux sociabilités citadines* » (Lévy et Lussault

2003 : 334), mais qui sont en réalité des lieux privés. L'exemple pris est celui des centres commerciaux<sup>8</sup>. Dans ce travail cependant, nous distinguerons le domicile privé (nous parlerons alors d'espace privé), des lieux commerciaux ou de loisirs (nous parlerons alors d'espaces semi publics).

### *Faible appropriation de l'espace public*

En ce qui concerne ma démarche empirique, je n'ai d'abord pas distingué espace public et espace privé dans mes questions d'entretien afin d'observer lesquels émergeaient spontanément. Après quelques entretiens, j'ai constaté que les lieux privés, soit le lieu de résidence et celui d'amis, mais aussi les lieux semi-publics soit des cafés, magasins, pharmacies, sont non seulement les plus fréquentés, mais aussi ceux où les patients disent se sentir « le mieux ». Quant aux lieux publics, ils ne sont quasiment jamais mentionnés spontanément. Il est intéressant de remarquer que plusieurs font référence au parc comme « lieu idéal » sans pour autant y passer du temps. Cette faible appropriation des lieux publics peut être généralisée à l'ensemble de la population, les espaces privés et semi-publics étant en général beaucoup plus importants dans le quotidien que les espaces extérieurs et publics. Cependant, comme nous allons le voir, des raisons de nature légèrement différente peuvent influencer les choix spatiaux et le sentiment d'appropriation des personnes que nous avons interrogées.

J'ai dans un second temps posé plus spécifiquement des questions sur les lieux urbains publics, et également demandé aux personnes de décrire le chemin qu'elles prenaient pour venir à la consultation de Chauderon. Avec ce genre de questions, j'ai souhaité restreindre les références aux lieux spécifiquement urbains et publics. Cependant, les patients n'ont toujours pas identifié ce « type » de lieu comme présent dans leur quotidien ou comme agréable. Par exemple, une personne a répondu à la question « *Dans quel lieu urbain vous sentez-vous 'chez vous' ?* » : « *Chez des amis ! Un lieu dehors... je sais pas trop.* » (homme, 20 ans, Mr F.) et une autre -« *Avec mes amis.* »-« *Est ce que le lieu où vous êtes ça a de l'importance ?* »-« *Dans un appartement*» (homme, 20 ans, Mr G.). Finalement, une personne à qui j'ai demandé si elle fréquentait des lieux publics : « *Publics.. (longue pause) bah y a le Parc de Mon Repos que j'aime bien mais j'y vais pas souvent... quasiment jamais au fait... autrement, non j'vois pas !* » (homme, 18 ans).

Cette faible appropriation de l'espace public peut s'expliquer par la difficulté exprimée de rentrer en contact avec des personnes inconnues ; cette difficulté inciterait plutôt à se rendre dans des lieux qui proposent des activités précises, puisqu'on sait qui on y rencontrera. De plus, le fait que le réseau social du patient ait pu se restreindre implique qu'il n'ait pas forcément d'amis avec qui rester dans un parc, sur une place ou au bord du lac. Un lieu public ne propose en général pas un cadre d'activités dans lequel on peut s'inclure, comme c'est le cas d'une salle de loisirs ou d'un lieu à caractère sociale. Il implique plutôt que l'on y développe sa propre activité avec son propre groupe. Finalement, le fait que l'« entrée » des

---

<sup>8</sup> Voir sur cette thématique le texte de Knowles qui traite de la dimension inclusive/exclusive, publique/privée des centres commerciaux à l'égard de personnes souffrant de troubles psychotiques et n'ayant pas de domicile fixe. La situation est très différente pour les personnes que nous avons interrogées puisqu'elles ont toutes un domicile fixe, et ne se retrouvent pas dans l'obligation de trouver des lieux de vie autres que leur domicile.

lieux publics ne soit ni payante ni restreinte par une condition préalable les rend donc davantage inclusifs. Or cette grande inclusion augmente la diversité des actions et des personnes qui peuvent s'y manifester, et donc le risque d'événements inattendus. A ce propos, Dorier-Apprill et Gervais-Lambony exposent comment selon eux, l'espace public n'est pas occupé de manière uniforme. Certains espaces et moments paraissent plus propices que d'autres au surgissement de l'imprévu, notamment des grandes villes plus que des petites, des espaces de loisir plutôt que espaces de travail, le week-end plutôt que la semaine et la nuit plus que la journée (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 : 138). Comme nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre concernant la structure sociale d'un lieu, cette crainte est très présente dans le discours des patients.

D'autre part, on remarque une relativement bonne connaissance des lieux publics, et de ce qu'il est possible de faire et de trouver en ville. Cette connaissance constitue un signe tangible d'appartenance (Dorier-Apprill et Gervais-Lambony 2007 : 157). Cependant, les participations et activités concrètes dans ces lieux en constitue un autre, qui n'est que très peu présent dans les témoignages des patients. Les sentiments d'acceptation et de « sécurité » (safety) constituent d'autres signes d'appartenance (Parr 2008 : 115) également limités par certaines craintes dont nous parlerons dans les prochains chapitres.

On peut donc conclure que certains aspects des lieux publics (l'existence d'un réseau social qu'ils supposent, leur caractère peut-être « trop » inclusif) expliquent que la plupart des patients interrogés les fréquentent peu, bien qu'ils les connaissent.

#### *Rapport ambigu à l'espace privé (domicile)*

Si l'on analyse à présent le rapport que les personnes entretiennent avec l'espace privé, principalement leur domicile, on constate qu'il est relativement ambigu : si celui-ci offre de manière générale une certaine protection, il peut également représenter un enfermement contre lequel les patients souhaitent lutter. La plupart disent en effet passer beaucoup de temps chez eux plutôt par nécessité que par choix. Pour les patients comme pour les case managers, rester chez soi et être peu actif est vu comme une période par laquelle on passe quasiment inmanquablement mais qui peut (et souhaite) être surmontée : « *J'ai eu une psychose en août donc... j'ai pas pu m'inscrire à l'université* » (homme, 23 ans) « *Là, je reste plus souvent à la maison qu'avant (...). Mais ça me convient d'avoir un peu moins d'activités, d'être un peu plus tranquille. J'ai besoin de ça ...pour l'instant* » (femme, 27 ans) ou encore la remarque d'un case manager : « *C'est plus le manque d'activités, l'obligation de se rétablir avant de pouvoir ressortir et reprendre un projet de vie. ça c'est souvent le cas... A un moment donné on tombe malade, notre projet de vie se met en pause, et puis faut le reprendre et ça prend un peu de temps.*»

Une personne parle plus spécifiquement de la phase prodromique de sa maladie, d'une période où elle restait tout le temps chez elle. Elle dit avoir eu besoin de cet enfermement qui s'est rompu avec la crise de décompensation pour se rendre compte que « quelque chose ne jouait pas » : « *J'ai vécu les symptômes, la maladie avant que ça soit déclaré chez le médecin. (...) Je m'enfermais dans mes pensées, dans mon psychique. Et au bout d'un moment, j'ai*

*pété les plombs. (...) Mais je devais passer par là pour couper cet enfermement, cet isolement (...) ça allait plus, y avait quelque chose qui jouait pas. Parce que m'enfermer toute seule tous les week-ends comme ça, c'était pas bon»* (femme, 30 ans). On remarque qu'avec le recul, la personne identifie une phase où ses pratiques spatiales avaient déjà changé. Aujourd'hui, elle identifie cette isolation comme un facteur déclencheur de la décompensation, tout en reconnaissant que la fragilité psychique dans laquelle elle était la poussait déjà à un certain isolement.

Le manque assez fréquent d'activités professionnelles (que cela soit un travail ou des études) pousse inmanquablement les patients à rester davantage chez eux. On constate un certain désœuvrement (*« j'essaye d'occuper mes journées »*) (femme, 27 ans) et pas toujours la possibilité de retrouver des amis pour des raisons de disponibilité (*« Je sors moins avec mes amis mais c'est surtout parce qu'ils sont au gymnase et ils peuvent pas trop du coup. »*) (homme, 18 ans) De l'autre côté, on remarque un effort pour sortir (*« j'essaye de sortir une fois par jour au moins. », « j'essaye de sortir tous les jours un moment », « faut pas rester à la maison ! »*). Une distinction intéressante est faite par une patiente entre une période où elle ne faisait rien, durant laquelle elle était *« complètement occupée par des idées intérieures »* (femme, 30 ans), et maintenant, où elle ne « fait » toujours rien (n'a notamment pas d'activité professionnelle) mais où son attitude par rapport à l'extérieur est devenue plus ouverte, plus curieuse. Pour la patiente, cette deuxième phase la conduit petit à petit, vers un rétablissement, vers des nouvelles rencontres et une vie plus « sociable ».

La plupart des patients tendent donc vers une plus grande ouverture à l'extérieur, mais soulignent que cela demandent du temps et parfois de l'effort (*« Là je commence à les [les problèmes de santé] régler petit à petit. Sortir, j'ai jamais été vraiment sortie, au contraire, il faut que je me force un peu, il faut que je sorte »*) (femme, 30 ans) Un patient utilise l'expression *« retrouver une niaque stable »* (homme, 22 ans) qui exprime bien une double attitude face à l'extérieur, qui consiste à sortir davantage (soit à retrouver une certaine énergie) tout en devenant plus solide face à des éléments extérieurs « perturbateurs » (canaliser, maîtriser cette énergie).

Le fait de sortir est associé dans le discours des patients avec celui de rencontrer des gens, de faire partie de la vie active, « jeune ». Sortir est également vu comme une manière de retourner dans le concret, dans la réalité (*Parce que sinon, la vie elle passe et moi je suis tout le temps à la maison, et c'est pas bien. »*) (femme, 30 ans) Les patients comme les case managers associent le rétablissement au fait de pouvoir et vouloir à nouveau sortir davantage (*« Là je vais commencer à sortir un petit peu. Parce que ça va mieux. »*) (homme, 19 ans)

Finalement, la volonté de « briser » l'enfermement physique (sortir de l'enceinte de son domicile) peut être associée à celle de sortir de l'enfermement psychique que peut représenter la maladie: *« Je pense que j'étais plutôt malade à m'enfermer avec mon psychique (...) c'était que les bouquins, mes idées, c'était que mon monde à moi »* (femme, 30 ans). Le fait de sortir de chez soi et de marcher est décrit par beaucoup comme une manière de retrouver une certaine stabilité, d'évacuer le stress, ou comme le dit un patient, de permettre l'*« évacuation des sentiments »*. La remarque *« j'ai besoin de marcher, si je bouge pas, je pète les plombs »*

(femme, 30 ans) se retrouve, à un degré plus ou moins fort, chez plusieurs patients : « *Quand j'étais pas bien, je sortais beaucoup de chez moi, je marchais beaucoup. (...) Ça aide à pouvoir se calmer, à pouvoir se poser, je pense* » (homme 22 ans).

D'autre part, une personne a également dit s'être sentie particulièrement angoissée dans son appartement, pour des raisons pas forcément explicables. « *Avant, je voulais faire tout en dehors de chez moi parce que je m'y sentais pas bien (...) J'ai fait tout un délire avec ma famille, et puis aussi avec l'appartement* » (homme, 22 ans). Une remarque d'un case manager rejoint cette impression : « *rester au même endroit, ça peut soit apporter une stabilité, soit à l'inverse, avec les symptômes qu'ont certains de nos patients, créer une sorte de persécution environnante. Le fait de repérer des choses récurrentes, des allers venues, ça peut les faire se sentir très mal à cet endroit là, et les pousser à vouloir changer d'appartement.* »

On peut aussi mentionner le fait que plusieurs personnes disent préférer rencontrer des amis dehors, dans un café ou lors d'une activité, plutôt que chez elles ou chez leurs amis. Le degré d'intimité et de proximité sociale qu'implique le fait de rendre visite à quelqu'un ou d'inviter quelqu'un chez soi peut être particulièrement difficile à assumer pour une personne ayant de la peine à parler de soi ou à établir une relation.

### **6.4.3 Caractéristiques sociales facilitatrices**

#### *Structure sociale d'un lieu*

Outre la structure physique d'un lieu, les personnes qui y circulent et les actions qui s'y déroulent contribuent également à l'impression d'un lieu plus ou moins structuré. Par exemple, le fait de savoir à quoi s'attendre, de connaître et de prévoir des « rôles » bien définis, de fréquenter des lieux qui sont clairement dédiés à un certain type d'activité constitue une forme de protection, un élément rassurant. Ainsi, le rôle du consommateur et ses habitudes sont pour la plupart très claires dans un supermarché, mentionné comme un lieu « physiquement » structuré dans le chapitre précédent. De la même manière, ce qui est attendu et prévu dans une salle de sport l'est également.

La plupart des patients disent pratiquer régulièrement un sport, en général individuel. Aller courir, aller à la piscine ou au fitness n'exige pas de se confronter aux regards de coéquipiers ou d'un entraîneur comme c'est le cas d'un sport collectif. Mais l'activité en elle-même fixe un objectif et un cadre relativement précis, structuré. Dans une salle de sport ou un supermarché, les personnes se retrouvent autour d'une activité commune, un but commun, ce qui diminue la chance de se trouver face à des situations imprévues. Ce n'est pas du tout le cas des lieux nocturnes, pour prendre un exemple, où l'alcool, l'ambiance de fête et de relâchement défient cette « structure sociale » et certaines normes de comportement. Bien sûr, des comportements inattendus peuvent à tout moment et dans tout lieu mettre à mal cette structure. Mais les conditions initiales d'un lieu sans activité précise et sans rôles ni

emplacements définis peuvent donner l'impression d'être moins « transparentes », moins compréhensibles, et donc plus difficilement contrôlables.

Les caractéristiques d'une structure visuelle que nous avons mentionnées plus haut ont tendance à interpénétrer celles d'une structure sociale. Le concept de « locale » qu' Agnew utilise informe sur comment certaines composantes matérielles d'un lieu se prêtent plus facilement à certaines composantes sociales (Agnew cité dans Creswell 2004 : 7). Ainsi, un lieu visuellement plus structuré pourrait donner un cadre plus structuré aux interactions sociales. On peut prendre comme exemple, la remarque d'un patient, lorsque nous sommes arrivés dans la salle de consultation et que je me suis dirigée vers une des chaises pour m'asseoir : « *Ca vous dérange pas si vous vous asseyez sur l'autre chaise, je m'assois toujours sur celle-là normalement.* » Cette remarque reflète comment la structure physique (l'emplacement des chaises et les places attribuées) est étroitement liée à la structure sociale (les rôles qu'impliquent ces emplacements), et comment le maintien des deux « types » de structure est ici important pour le patient.

Finalement, on peut évoquer l'impression récurrente des patients de se trouver dans des situations sociales « pas claires » : « *des conflits ou des choses pas claires qui sont là et après c'est comme une bombe, ça explose et après c'est les paranoïas* » (femme, 32 ans), « *Chez moi c'était pas possible, y avait des trucs qui se passaient qui étaient pas clairs et puis moi je voulais changer ça tout simplement* » (homme, 22 ans) Cette tendance à interpréter des situations comme « pas claires » révèle un symptôme courant dans les troubles psychotiques, soit le sentiment de paranoïa. Ce besoin de savoir clairement et de manière transparente ce que les autres pensent, disent et font rejoint la thématique de la structure sociale. En effet, la connaissance d'une situation la rend tout de suite plus « structurée », moins stressante. Ce dernier point, s'il s'éloigne des enjeux spatiaux de la psychose, permet de les mettre en perspective en montrant que la crainte de situations sociales « pas claires » (et donc d'une certaine manière non structurées) se retrouve dans le diagnostic même de la maladie.

#### *La valorisation de l'interaction*

La nature et la qualité des interactions sociales sont relevées comme très importantes dans l'identification d'un lieu agréable. En référence aux lieux où les patients disent se sentir bien, des adjectifs tels que « empathique », « coopératif », « ouvert » ou encore « tolérant » ressortent. Le souhait que les interactions sociales soient facilitées est explicitement exprimé : « *ce serait bien si quand y a deux personnes qui se connaissent pas, elles osent se parler comme si elles se connaissaient depuis toujours. Dans le sens qu'elles aient pas peur de se rencontrer* » (homme, 18 ans). L'envie que cela soit plus « facile » de rencontrer d'autres personnes et d'engager la conversation révèle peut-être une difficulté à « créer des liens ». Ouchy est cité à plusieurs reprises pour ses caractéristiques sociales facilitatrices (« *à Ouchy, c'est plus facile de rencontrer des gens, peut-être parce que les gens sont plus détendus.* » (homme, 19 ans), « *à Ouchy, on peut rencontrer beaucoup de monde.* » (femme, 30 ans), « *J'aime bien le bord du lac, entre Ouchy et St-Suplice y a une bonne ambiance, surtout en été* » (femme, 32 ans)). Un case manager explique comment Ouchy et le bord du lac de manière générale représentent un lieu idéal « *si on est en recherche de faire une activité mais*

*qu'on est probablement dans une difficulté de créer des liens, ou d'être actif dans une activité organisée, structurée, probablement en groupe ».*

L'idée de caractéristiques sociales facilitatrices rappelle le concept de « positive affordance » de Golembieski (2013). Selon le chercheur, certains lieux offrent des possibilités d'activités positives, des « opportunités d'engagement », d'interaction et d'engagement directs avec son environnement. Au contraire, d'autres incitent à une expérience plutôt passive et négative, telles qu'une prison, un hôpital ou même une école dans lesquels ces interactions entre individu et lieu sont limitées, restreintes, empêchées (Golembieski 2013 : 440). Comme un parc, le bord du lac est un lieu à la fois inclus dans la ville et en dehors de celle-ci. Ce type de lieu offre donc la possibilité de « faire partie » de la ville de la manière la plus tranquille et la moins confrontante possible. En outre, on peut s'y rendre seul ou accompagné et choisir d'interagir avec d'autres ou pas. La photo de la page de titre illustre bien cette liberté de position (être seul et à la fois inclus) qui constitue une caractéristique sociale facilitatrice dans le discours des patients. Cette caractéristique identifiée dans un lieu tel qu'Ouchy fait écho aux « positive affordances » dont parle Golembieski. En effet, des éléments naturels (lac, gazon) y permettent des activités simples et distrayantes (se baigner, se balader, pratiquer un sport individuel ou collectif, mais aussi simplement s'asseoir et se reposer). Ces différentes activités sont possibles sans pour autant être imposées. Elles peuvent diminuer voire remplacer des engagements plus négatifs (stress, angoisse par rapport à certains détails de l'environnement).



*Ouchy, Lausanne. Un aménagement qui offre des « positive affordances »*



*Activités en plein air, seul ou en groupe.*

Si l'on poursuit l'analyse des caractéristiques sociales facilitatrices, deux personnes parlent également des plateformes virtuelles, tout en soulignant l'importance des relations directes. Quand je demande comment serait un lieu « socialement idéal », une personne mentionne « *la plateforme à Berne. Et j'aime bien le nom plateforme parce que... maintenant qu'il y a toutes ces plateformes internet, facebook et tout, les gens font leur amitié virtuelle. Et je trouve qu'une vraie plateforme sociale c'est justement la plateforme à Berne* » (homme, 23 ans). La « plateforme » à Berne est un lieu ouvert dans le centre ville où il y a un bar, des tables de ping pong et où les jeunes se retrouvent. Le patient souligne qu'il est particulièrement facile de rencontrer des gens à cet endroit à la fois vivant et ouvert. Il semble s'agir d'un lieu « prétexte » pour rencontrer ses amis mais aussi de nouvelles personnes. Le patient dit avoir parlé à beaucoup de personnes qu'il ne connaissait pas et qui sont par la suite devenu des amis. La distinction opérée entre lieux d'interaction virtuelle et d'interaction réelle est intéressante, et la valorisation de la seconde est également présente dans la remarque d'un autre patient : « *Des fois j'aimerais bien les [ses amis] voir plus souvent. Autrement ça se résume à des whatsapp, enfin voilà, je trouve ça un peu nul* ». On peut rappeler à ce propos l'article de Parr (2008), qui aborde les expériences « révélatrices » et inclusives, mais également parfois aliénantes d'espaces virtuels tels que les forums et autres *chats* (Parr 2008 : 136-139). Dans les remarques des patients que nous avons interrogés, la facilité des contacts virtuels ressort mais les contacts réels demeurent irremplaçables.

Finalement, la même personne parle du Niederdorf à Zürich, centre ville historique de la ville qu'elle décrit comme « *un petit village. Où y a le théâtre, des magasins, des ateliers... J'aime bien être là bas (...) C'est assez accueillant* ». La référence à un petit village, ainsi que l'adjectif « accueillant », confirme cette envie d'interactions plus faciles, plus directes, plus ouvertes. Cette envie côtoie de manière quelque peu paradoxale la peur d'interactions sociales imprévues et le sentiment de malaise dans des lieux d'intense interaction. L'ambiguïté de cette attitude rejoint celle par rapport à la centralité, où l'on veut faire partie de la vie urbaine tout en craignant certains aspects.

#### *Entre familiarité et anonymat*

*« Il y en a qui aiment pas trop les situations avec des gens qu'ils connaissent parce que justement ils ont peur qu'ils soient au courant de ce qui leur arrivent. Donc ils préfèrent des endroits un peu plus neutres. A l'inverse, pour certaines personnes des lieux avec des gens qu'ils ne connaissent pas, c'est insécurisant. »*

Cette remarque d'un case manager introduit bien la complexité du caractère anonyme ou familier d'un lieu et les différentes influences que cela peut avoir sur l'expérience spatiale des personnes. Alors que l'on pourrait imaginer qu'un lieu familier est plus « facile » et plus inclusif, l'article de Parr et al. (2004) traitant de l'expérience sociale de personnes souffrant de troubles psychotiques dans un environnement rural questionne cette hypothèse. La chercheuse démontre qu'une dynamique communautaire ou en tout cas une expérience de la familiarité généralement plus forte dans un environnement rural ne contribue pas forcément à une plus grande inclusion, mais au contraire, à certaines formes d'exclusion. Elle illustre ses propos avec plusieurs exemples où un environnement familier peut être vécu comme « socialement gênant ». Certaines pratiques communautaires et de voisinage que Parr appelle « community inquisitiveness » peuvent engendrer un sentiment d'être surveillé, d'être observé et donc potentiellement jugé (Parr et al. 2004 : 406). L'auteure conclut en avançant que ce type d'attention contribue à « enfermer » des identités et n'offre donc pas de véritables relations d'inclusion (Parr et al. 2004 : 412).

En ce qui concerne les témoignages des patients, on observe d'une part une valorisation de lieux « familiers » (« *j'aime bien ce café, je connais les serveurs ils sont sympas* » (homme, 20 ans, Mr G.) et plus tard « *A Doodah, je connais les vendeurs, on discute* »). Une personne parle également de l'église comme un lieu « ressource », d'où en ressort le caractère familier : « *je connais le pasteur, j'y vais depuis que je suis arrivé en Suisse (...) je vois mes trois amis à l'Eglise* » (homme, 19 ans). Dans ce cas précis, l'église joue également le rôle de lien entre les différents membres d'une même communauté étrangère. Le fait de connaître préalablement les personnes qui se trouvent dans un lieu rend l'interaction plus facile. Si l'on est familier aux personnes, on est également familier à leur manière d'être, ce qui permet peut-être également de mieux prévoir comment pourrait se passer l'interaction.

D'autre part, plusieurs patients citent des lieux très impersonnels, des chaînes telles que Burger King, Fnac, Starbucks ou encore les Brasseurs, comme lieux qu'ils fréquentent et apprécient. Dans son article *Burger King, Dunkin Donuts and community mental health care*, Knowles identifie également le fast food comme lieu ressource. Les raisons qu'elle avance sont sensiblement différentes que dans notre situation empirique. Le fait que les fastfood soient bon marché, aient des longs horaires d'ouverture, et surtout que l'on puisse y rester sans devoir sans cesse consommer, constituent des arguments de taille pour les patients interrogés par Knowles (Knowles 2000 : 222), puisque ces derniers sont dans une situation de précarité et sans domicile fixe. Comme nous l'avons déjà souligné, ce n'est pas le cas des patients que nous avons interrogés. Cependant, nous relevons le même caractère anonyme des grandes chaînes de magasins et de fastfoods que Knowles ; cet anonymat permettrait aux personnes que Knowles a interrogé d'y rester plus longtemps sans se faire remarquer et alors qu'en ce qui concerne notre corpus d'entretien, il permettrait de se sentir moins observés, moins jugés.

En effet, la possibilité de garder son anonymat dans ce genre de lieux, et donc, d'une certaine manière une liberté d'action, pourrait expliquer cette tendance à fréquenter des chaînes telles que Starbucks ou Burger King. Les serveurs et vendeurs vont très certainement changer d'une fois à l'autre, et une grande partie des clients sont de passage et ne vont probablement pas y retourner. Il y a donc très peu de chances que l'on y rencontre quelqu'un de familier. Il y a également moins de chances qu'une personne prête attention à une autre, et ceci peut procurer un sentiment de plus grande liberté d'action ou en tout cas, de moindre jugement, à l'inverse de la « community inquisitiveness » dont parle Parr. Le fait de ne connaître personne dans un lieu permet de se présenter plus librement, à partir de moins de préjugés. Car même si le fait de se confier à des personnes connues peut être une aide, un réconfort, il est possible que du moment où le patient se sent mieux et veut aller de l'avant, la relation tissée pendant la maladie reste sous-jacente. Et c'est précisément avec ce regard, avec ces a priori que le patient souhaite rompre en rencontrant des personnes nouvelles.

A l'inverse de certains lieux très connotés où les personnes s'identifient avant tout comme « personne malade » (Parr parle alors d'identités « cloîtrées »), des lieux nouveaux mais aussi « plus neutres », comme le dit un case manager, peuvent permettre certaines « révélations identitaires » (Parr 2008 : 164). Bien sûr, le caractère « nouveau » d'un lieu ne le rend pas automatiquement ouvert et tolérant à l'expression d'« identités libérées » (Parr 2008 : 166). Ce sentiment de plus grande liberté par rapport au jugement et par rapport à soi-même dépend également beaucoup de la confiance en soi et de la stabilité psychique de la personne.

Finalement, le fait de savoir à quoi s'attendre (toujours les mêmes produits, toujours la même esthétique où que soit le café/magasin) dans ces chaînes contribue à une expérience spatiale plus structurée dont nous avons parlé plus haut.

#### 6.4.4 Caractéristiques sociales limitatives

Par caractéristiques sociales limitatives, on entend des situations et des interactions sociales pouvant procurer un sentiment de stress, d'insécurité, d'angoisse ou encore de gêne. Ce sentiment peut pousser la personne à éviter le lieu, à développer des « arts de faire » ou des tactiques de résistance. Il ne s'agit pas forcément de situations sociales vécues par les patients mais plutôt redoutées et associées à certains lieux. Nous aborderons quatre points qui peuvent limiter ou en tout cas rendre plus difficile l'expérience spatiale des personnes : une crainte particulièrement forte dans des lieux et situations de potentielle violence, un inconfort face aux lieux et personnes « marginaux », un inconfort dans des lieux et situations où l'interaction et la proximité sociales sont particulièrement intenses (ex. boîte de nuit, transports en commun...), et finalement, une sensibilité mais aussi un effort de distanciation face à certaines normes sociales.

##### *Le sentiment insécurité*

Un sentiment d'insécurité est exprimé dans plusieurs situations (et donc plusieurs lieux) que nous allons différencier même si dans le discours des patients elles se confondent. D'une part, se manifeste la crainte de lieux associés à la violence et à la délinquance, et de l'autre, la crainte de lieux associés à la « marginalité » (personnes sans abri, mendiants, monde de la drogue). Si violence et marginalité sont fréquemment associées, les deux situations font appel à une implication émotionnelle et une relation aux normes sociales différentes que nous souhaitons mettre en évidence ici.

Pour ce qui est des lieux associés à la violence et à la délinquance, on constate qu'une crainte est particulièrement exprimée par les patients masculins entre 18 et 20 ans : « *mon quartier il est connu pour avoir des problèmes, genre y a des jeunes qui ont foutu le feu à des voitures (...) donc... c'est triste à dire, mais je me sens pas en sécurité dans mon quartier* » (homme, 18 ans) ou « *A Malley par exemple, à la station de métro, des amis m'ont dit que ça pouvait être dangereux parce que les gens qui traînent là-bas aiment pas trop ceux qui viennent pas du quartier* » (homme, 20 ans, Mr F.). Il est possible que ces patients se sentent plus proches (âge, sexe) de ces bandes de « jeunes » et donc potentiellement plus menacés. Bien sûr, un sentiment d'insécurité plus fort dans certains lieux, certains quartiers, et tout particulièrement le soir, est présent chez beaucoup de personnes, qu'elles souffrent de troubles psychotiques ou non. Mais il semble particulièrement intense et peut-être plus difficile à gérer dans le discours des patients : « *Il y avait un moment, quand c'était vraiment le pic, je n'osais plus sortir la nuit. Mes craintes venaient de ce qu'on voit à la télé, la violence et tout..* » (homme, 18 ans).

Pour ce qui est des lieux plutôt associés à la marginalité, la plupart sont identifiés par les patients comme lieux « à risques » (risque de se faire « embêter », agresser). Cependant, une dimension supplémentaire impliquant un inconfort face à des comportements perçus comme « bizarres » est essentielle à soulever ici. Ainsi, des lieux où les patients se retrouvent

confrontés au trafic de drogue, à la prostitution, mais aussi à la précarité sociale (mendiants, personnes sans abri) sont décrits comme plus « compliqués », plus « stressants ». La Place de la Riponne est notamment citée à plusieurs reprises, « *Ah oui et y a un endroit où je passais jamais, j'évitais tout le temps. C'était quand y avait les drogués à la Riponne. Moi j'aime pas trop les drogués parce que .. fin voilà... ils sont un peu bizarres, donc j'évitais de passer par là.* » (homme, 18 ans), « *La Riponne, j'aime pas trop. Il y a beaucoup de gens qui sont pas bien, qui boivent de l'alcool. Des fois je dois y passer, mais je fais vite, j'aime pas* » (homme, 19 ans). D'autres lieux sont cités pour des raisons similaires : « *vous voyez sur le toit de la Fnac ? Là y avait souvent des gens qui traînaient et ça tout le monde le dit* » (homme, 20 ans, Mr G.), le sous-sol de la Place Chauderon (« *un temps je sais qu'il y avait des dealers donc j'évitais de passer par là. Je sais pas... ça m'embête les gens qui me parlent comme ça... des drogués, des mendiants, des dealers...* ») (homme, 18 ans), ou encore la rue de Genève (zone où se déroulent une grande partie des pratiques de prostitution à Lausanne). Sans avoir forcément vécu une expérience personnelle désagréable, les patients semblent particulièrement sensibles à l'image et à la réputation d'un lieu, véhiculées par d'autres personnes « *tout le monde le dit* », « *des amis m'ont dit* », mais aussi les médias « *mes craintes venaient de ce qu'on voit à la télé.* ».

Au travers de ces remarques, on identifie une attitude allant plutôt à l'encontre de l'hypothèse selon laquelle des personnes souffrant de troubles psychotiques pourraient se sentir inconfortables, « out of place » à cause de normes sociales plus ou moins implicites dans les différents lieux (Parr 2000 ; Knowles 2000). Dans ces situations précises, plusieurs patients semblent même être reproducteurs de certaines normes. Cette attitude peut être analysée à travers le filtre de la crainte déjà soulignée de comportements surprenants, imprévus. La remarque « *j'aime pas dans la rue des fois, quand y a des gens qui font n'importe quoi, qui font du bruit* » (homme, 19 ans) illustre bien cette crainte. Cette attitude pourrait également s'expliquer par un besoin particulièrement présent chez des personnes craignant elles-mêmes d'être considérées « hors normes » de s'adapter à certaines normes sociales. Parr remarque que des attitudes dites « extrêmes » rendent mal à l'aise car elles nous confrontent à « *une angoisse fondamentale de la perte de contrôle à l'intérieur de soi* », et elle souligne que la proximité spatiale de ce genre d'attitude peut-être d'autant plus difficile à supporter pour des personnes qui sont elles mêmes psychiquement fragiles (Parr 2000 :236).

Finalement, la conscience et la perception du poids des normes sociales sont également différentes selon la manière plus ou moins visible dont s'expriment certains symptômes de la maladie. Comme l'explique un case manager, les moments d'angoisse ou de crise peuvent s'exprimer de manière « extravertie », et les personnes autour vont alors se rendre compte que le patient ne va pas bien, ou de manière beaucoup plus introvertie. De toute évidence, une manifestation « extravertie » augmente la probabilité qu'un regard ou un jugement « normatifs » soient exprimés et donc perçus par les patients. Or la relative stabilité de la plupart des patients que j'ai interrogés prête à penser qu'ils gèrent de manière plus interne les possibles moments d'angoisse. La remarque « *Moi je le montre pas souvent, j'essaie de rester assez sérieux et si je sens monter en moi une sorte d'agitation, quelque chose qui commence à s'éveiller, c'est que je dois reprendre un peu mes esprits...* » (homme, 22 ans) confirme cette hypothèse, tout comme celle d'une patiente, qui dit ne pas être confrontée au regard

des autres quand elle va mal parce que « *ça se voit pas trop* » (femme, 27 ans). La seule remarque qui suppose une certaine présence et pression d'un jugement externe est la suivante: « *Je pense qu'il y a des gens que ça dérange, qui me regardent, qui se disent peut-être que j'ai un problème.. Par exemple, quand des fois j'ai des réactions où je me fâche, quand je vois des choses dans ma tête, je pense que ça gêne les gens* » (homme, 19 ans). Or dans ce cas, le patient exprime de manière visible son mal-être (« *quand des fois j'ai des réactions où je me fâche* »).

Alors qu'on avait pu supposer dans notre problématique que certains patients sentiraient le poids de normes sociales lorsqu'ils étaient dans des moments de crise, le fait que l'expression de cette crise soit en général interne modifie l'hypothèse. Il semble au contraire que la plupart reconnaissent certaines de ces normes comme rassurantes car donnant une « structure sociale ». Finalement, le fait que la plupart des contraintes quotidiennes soient identifiées par les patients comme internes plutôt qu'externes (« *Si par exemple, je m'énerve, c'est toujours avec moi même. Je pars en live avec moi-même, mais pas avec les autres. Jamais. Donc ça allait toujours avec les autres, au fait c'est avec moi-même que ça allait pas des fois.* ») (femme, 30 ans) explique l'absence de tactiques de « résistance » dans le quotidien des patients. Bien sûr, les contraintes internes (craintes, angoisses) sont intimement liées à des contraintes externes (certaines normes sociales attendues dans certains lieux, certaines situations environnementales particulièrement stimulantes) et la limite entre état psychique et impact de l'environnement en perpétuel mouvement. Or la résistance, par définition intentionnelle (Cresswell 1996 : 23), doit pouvoir s'opposer à des contraintes extérieures clairement identifiées, ce qui semble impossible pour les maladies psychiques. A l'inverse, dans un cas d'handicap physique, les contraintes internes (par exemple dysfonctionnement d'une partie du corps) et les contraintes externes (par exemple, une impossibilité d'accéder à un lieu à cause d'escaliers) sont beaucoup plus clairement identifiables et donc plus faciles à questionner, à éprouver. Nous reviendrons sur cette distinction entre handicap physique et troubles psychiques dans la dernière partie de ce chapitre.

On peut finalement souligner que si la présence de normes et de jugements n'est pas forcément évidente à identifier à première vue (pour les patients comme pour le chercheur), une présence beaucoup plus profonde et intrinsèque de normes concernant notamment l'appréhension de la maladie psychique est sous-jacente. En d'autres termes, la maladie peut être particulièrement difficile à accepter vue la perception négative et souvent fautive que peuvent en avoir les « autres ».

#### *Inconfort dans des situations sociales « denses »*

Nous allons commencer par analyser l'exemple des lieux de vie nocturnes (bars, discothèques) qui sont très présents dans le discours des patients. En effet, la plupart mentionnent spontanément ce type de lieux, soit en référence au passé, lorsqu'ils les fréquentaient (« *avant j'allais en boîte par exemple, mais ces temps j'y vais moins* ») (homme, 22 ans) soit en référence à leur quotidien (« *Des fois je sors le week-end, je vais dans des boîtes ou des bars... au D... Le Great Escape aussi.* ») (homme, 20 ans, Mr G.) , soit parce qu'ils les évitent actuellement mais attribuent cette crainte à leur fragilité actuelle (« *Bon, je sors pas en boîte*

*de nuit par exemple. C'est pas que j'aime pas ça, c'est juste qu'il y a beaucoup de monde et ça me stresse un peu»*) (homme, 20 ans Mr F.). La moyenne d'âge relativement jeune des patients explique probablement l'importance de la thématique des sorties nocturnes. On constate, comme pour le rapport à la ville et aux lieux centraux, une attitude oscillant entre le désir de « faire partie » de la vie active, d'avoir une vie « comme les autres» (« *je fais des trucs de jeunes de 20 ans, quoi, je sors* ») (homme, 22 ans) et la crainte de ces lieux bondés, bruyants et donc potentiellement plus stressants.

La question de la nuit semble donc plutôt poser problème par rapport aux activités qu'on lui associe (sorties, boîtes de nuit, alcool, fête...) qui procure, au delà du sentiment d'insécurité face à la violence, un sentiment d'insécurité plutôt associé à la situation sociale même. Un patient prend comme exemple la boîte de nuit pour expliquer que « *quand y a une discussion qui commence à démarrer... j'ai un facteur de stress qui commence à venir...* » (homme, 22 ans). L'interaction avec un nombre particulièrement grand de personnes et l'enjeu de séduction souvent sous-jacent à ces interactions augmentent la probabilité de se sentir jugé. D'autre part, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, les lieux de vie nocturne sont des lieux où l'on cherche précisément une certaine perte de contrôle, un certain relâchement qui peuvent être sources de stress.

D'un autre côté, la nuit peut également offrir des moments plus calmes, plus solitaires, voire apporter un sentiment de repos:« *J'aime bien les lumières la nuit (...) J'aime bien être dans la nuit et écouter du jazz en marchant (...) ça me repose.* » (homme, 18 ans) La nuit est également un moment où il y a moins de gens dans la rue, ce qui est valorisé par certains. Un case manager m'a par exemple donné l'exemple de personnes qui allaient courir la nuit parce qu'il y avait moins de monde.

Les transports en commun sont également des lieux qui, lorsqu'ils sont bondés, peuvent être stressants de par leur aspect fermé et la proximité physique qu'ils impliquent. Ces caractéristiques à la fois physiques et sociales confrontent plus directement et sans que l'on puisse aisément s'y soustraire au regard d'autrui. Les case managers identifient ces lieux comme des importantes sources d'angoisse pouvant aller jusqu'à restreindre la mobilité: « *Quelques uns ça va, mais une bonne partie c'est quelque chose qu'ils aiment pas trop donc ils préfèrent se déplacer à pied ou en trottinette. D'autres qui vont le faire mais le minimum possible, ou en tout cas éviter les heures de pointe. D'autres qui vont clairement plus les prendre.* »

Plusieurs patients évoquent des avantages et désavantages d'ordre plutôt pratique (« *j'aime bien le métro parce qu'en été il fait frais* », ou au contraire « *j'aime pas le bus parce que c'est trop lent* », « *le désavantage d'aller en bus, c'est qu'il ne m'amène pas jusqu'à chez moi* »), tout en reconnaissant y avoir vécu des situations particulièrement stressantes: « *j'étais dans le bus et je me sentais observée.. et puis.. c'était horrible, une sensation horrible (...) Je suis restée dedans mais j'étais toute paniquée, pas bien* » (femme, 32 ans), « *Quand j'étais dans le bus où j'avais pas de... dans des endroits assez fermés, je pouvais pas être bien parce que .. j'avais l'impression .. qu'on ... ouais c'était bizarre.* » (homme, 22 ans) Malgré ces expériences sociales désagréables, les personnes disent continuer de prendre les transports

en commun. On peut imaginer que ces personnes arrivent à surmonter leur angoisse notamment par le besoin et le désir de vivre indépendamment, « normalement ». On peut encore une fois rappeler que les patients interviewés sont pour la plupart dans une phase de relative stabilité, ce qui explique la moins haute fréquence, mais surtout le moins fort impact de ces situations et lieux potentiellement amplificateurs d'angoisse. Dans ces cas, le stress ressenti dans les transports en commun modifie l'expérience spatiale mais pas les pratiques.

### *Sensibilité et effort de distanciation face à certaines normes sociales*

Si nous avons pu observer que certaines normes sociales sont rassurantes dans l'expérience sociale des patients, et que certaines de leurs remarques les reproduisent, nous pouvons également mettre en avant des situations et lieux où des normes peuvent se révéler plus restrictives et le regard d'autrui plus gênant. Les normes sont en grande partie personnifiées dans le regard d'autrui. C'est donc aussi l'attitude (dans ce cas non-déliante) que les patients adoptent face à ce regard et l'interprétation qu'ils en font que nous analyserons dans ce chapitre.

Pour introduire la question de l'influence des normes sociales et du regard d'autrui sur l'expérience spatiale, nous utiliserons un article de Hansen et Philo analysant l'expérience sociale de personnes souffrant d'handicaps physiques (Hansen et Philo 2007). Une littérature conséquente s'intéresse à comment différents lieux sont vécus par des personnes physiquement handicapées et souligne (théoriquement et empiriquement) comment des barrières matérielles et sociales influencent le sentiment d'être différent, d'être jugé.<sup>9</sup> De la même manière, une personne souffrant de troubles psychotiques peut voir son expérience spatiale modifiée par des barrières matérielles et sociales. C'est de ces dernières que nous allons traiter ici. Si certains résultats empiriques peuvent être comparés, des conditions de base très différentes sont importantes à souligner.

Dans l'étude de Hansen (2002), plusieurs personnes disent résister à ce que l'on « attend » d'elles (par exemple marcher plus vite, marcher plus droit) en faisant plutôt ce qu'elles estiment être davantage agréable ou aisé. La situation est cependant très différente pour les personnes psychiquement malades car leurs « limitations » (craintes, angoisses, perceptions...) ne sont pas visibles physiquement et donc moins identifiables (par elles-mêmes et par autrui). De plus, ces limitations peuvent évoluer et changer de manière imprévisible, une angoisse pouvant soudain surgir sans que la personne s'y attende ou sans qu'elle puisse en expliquer les raisons. Ainsi, du fait que les limitations internes mais aussi les contraintes et les pressions externes soient plus facilement identifiables pour des personnes ayant des handicaps physiques, l'attitude de résistance consciente semble plus facile à mettre en place que pour des personnes souffrant de troubles psychotiques.

Une autre différence que l'on peut soulever est qu'en ce qui concerne les troubles psychotiques, une volonté et un espoir de rétablissement sont très présents, alors que pour

---

<sup>9</sup> Le courant géographique que l'on appelle « disability geography » est entre autres représenté par des auteurs tels que Imrie (1996), Shakespeare (1998) Butler and Parr (1999), Chouinard (2001) ou encore Hansen et Philo (2007).

des handicaps physiques, les possibilités de guérison sont souvent beaucoup plus minces, voire inexistantes. L'espoir de retrouver une stabilité psychique peut avoir comme conséquence une autre manière d'assumer et d'accepter la maladie que pour des personnes qui ont soit toujours eu un handicap physique, soit qui savent qu'elles l'auront probablement toute leur vie. La démarche de résistance face aux barrières externes se prêterait donc davantage aux situations de barrières internes moins changeantes mais aussi plus visibles.

Nous allons maintenant analyser les situations sociales décrites par les patients comme gênantes, et tâcher de percevoir en quoi elles le sont et comment elles sont gérées. Ainsi, certaines normes sociales se concrétisent dans des interactions sociales telles que le fait d'être à l'aise dans une situation de proximité physique ou celui de devoir réagir rapidement lorsqu'on est sollicité (Imrie 2003). A ce propos, un patient décrit comme une situation dans laquelle il s'est senti jugé à cause de son attitude ne correspondant pas à certaines normes : *« Vu que je suis un peu hésitant, j'ai l'air un peu... je sais pas si vous avez cette impression, mais que j'ai l'air un peu froid, un peu au ralenti... J'ai l'impression que les gens ils le remarquent beaucoup (...) Par exemple, à la pharmacie c'est arrivé que les gens refusent... qu'ils me prennent pour un tox'. Si on a l'air un peu hésitant, ou si on est un peu stressé par la situation sociale elle-même, on a des petits tremblements »* (homme, 20 ans, Mr F.). Dans ce cas, c'est le fait même d'être peu à l'aise dans certaines situations sociales qui ne serait pas accepté. Le poids de « normes sociales » définirait donc non seulement quel comportement il « faut » avoir dans quel lieu, mais aussi dans quelles situations il « faut » être à l'aise pour recevoir une considération de la personne en face. La question du rythme dans l'interaction sociale déjà soulignée par plusieurs études dont celle de Imrie (2003) peut être remarquée dans cette remarque (*« j'ai l'air un peu au ralenti »*) mais également dans certaines justifications ou excuses de patients, lorsque durant l'entretien, ils mettaient plus longtemps que « la norme » à répondre à mes questions (*« désolé, je suis en train de réfléchir là »* ou *« Attendez, je suis en train d'imaginer un truc là »*). Une conscience du temps défini comme normal dans les différentes interactions du quotidien semble peser dans l'expérience sociale des patients, et l'on peut imaginer que des lieux où ce temps est particulièrement court ou particulièrement figé (s'il faut répondre ou agir vite lorsque c'est son tour ou parce que d'autres personnes attendent) peuvent être des facteurs de stress importants.

Les situations sociales où les patients identifient le regard des autres comme gênant, stressant, sont en général celles où il faut parler de soi. Beaucoup disent ne pas parler de leur maladie parce qu'ils ont l'impression qu'on ne les comprendrait pas, et qu'on les jugerait : *« Tout va bien quand vous le dites pas, tout va pas bien quand vous le dites »* (homme, 22 ans). Comme nous l'avons vu plus haut, des interactions sociales avec des personnes connues occasionnent ce genre de stress. D'autre part, certains lieux plus « connotés » (un case manager parle notamment de l'hôpital, de la consultation de Chauderon, mais aussi du tribunal ou de la police) peuvent provoquer une situation de malaise et une impression de jugement. Bien sûr, un inconfort dans ce genre de lieu est courant chez tout un chacun, mais il est peut-être d'autant plus fort pour des personnes souffrant de troubles psychotiques, qui auraient selon les termes d'un case manager *« des antennes encore beaucoup plus grandes que nous dans ce genre de lieux (...) et ça a alors un impact beaucoup plus fort en moyenne que pour nous »*. Cependant, le fait que tous les patients que j'ai interrogé m'aient dit se

sentir plutôt à l'aise au centre de consultation de Chauderon nuance ce propos et révèle une certaine acceptation, ou en tout cas, confiance pour le lieu et les personnes qui y travaillent.

Je terminerai ce chapitre en soulignant une attitude comparable à l'effort de détachement décrit pour l'expérience sensorielle. En effet, si beaucoup disent avoir été ou être encore sensibles au regard des autres, plusieurs expriment la volonté de le devenir moins : «*Ça devrait pas être très important mais ça l'est quand même !* » (homme, 20 ans, Mr F.) , «*avant oui, le regard des autres pouvait me gêner, mais maintenant plus* » (femme, 30 ans), ou encore, lorsque je demande à cette même personne dans quels lieux elle se sent acceptée : «*Bah partout. Parce que je me suis imposée. Et que j'en ai rien à foutre au fait du jugement. Parce que qui n'a pas de problèmes, franchement faut arrêter. Alors ça je l'ai appris hein !* ». Les phrases «*je me suis imposée* » et «*je l'ai appris* » montrent que cette distance est le fruit d'une démarche consciente, qui répond très certainement à une souffrance passée face au jugement, à certaines normes. On peut la décrire comme un art de faire, puisque face à la possibilité d'attitudes «*jugeantes* » et tenant compte leur sensibilité en général plutôt forte, certains choisissent de «*faire avec* » en n'y prêtant pas attention. Cela permet de tendre vers une expérience sociale plus facile, sans que l'environnement n'ait forcément changé.

Si cette démarche «*pro active* » d'apprendre à ne pas se laisser toucher est décelable dans plusieurs témoignages, il s'agit de garder une certaine distance par rapport à ces propos et de rester attentif aux décalages pouvant exister entre le discours et la pratique. Certaines réactions sont certainement inconscientes, ou trop «*subtiles* » pour que les personnes elles-mêmes les identifient. Cependant, le fait que beaucoup insistent sur l'importance de ne pas se laisser toucher est un indicateur de ce vers quoi elles tendent. Cela démontre également une conscience de ce qui peut être une fragilité, ainsi que de l'attitude que l'on peut adopter pour se «*fortifier* ». Cette distanciation ou «*désensibilisation* », qui peut survenir naturellement du moment où l'on se sent mieux, mais aussi par un effort de détachement, permettrait alors de circuler plus librement et de s'approprier davantage les lieux du quotidien. Bien entendu, il en va autrement des perceptions délirantes telles que notamment le sentiment de persécution qui peut submerger la personne dans son expérience sociale.

#### **6.4.5 Moments de crise : le sentiment de persécution**

La définition de la cognition sociale par Van Os et al. et l'usage qu'ils en font pour tenter de comprendre l'expérience sociale de personnes souffrant de troubles psychotiques est intéressante à prendre en compte dans l'analyse qui va suivre : la cognition sociale, soit la perception, la mémorisation, le raisonnement ou les émotions impliqués dans les interactions sociales agit en tant que médiateur dans la représentation qu'on a de soi-même par rapport à l'environnement social. Or une cognition sociale perturbée pourrait provoquer des représentations et symptômes psychotiques (par exemple, une confusion dans l'interprétation des intentions et émotions d'autrui) qui auront une influence sur l'expérience sociale des lieux (Van Os et al. 2010 : 210).

Le sentiment de persécution est une captation particulièrement intense et négative du regard des autres, que les patients transforment la plupart du temps en un jugement voire une menace à leur égard : « *dans le flux tendu de toute la journée d'une ville comme Lausanne, les patients sont plus sensibles à toutes les aspérités, à tout ce qui accroche.* » Cette remarque d'un case manager résume bien la tension entre le contexte extérieur (« *le flux tendu de toute la journée* », des « *aspérités* » qui « *accrochent* ») et certains mécanismes psychiques internes, tension sur laquelle se construit le sentiment de persécution. Ainsi, s'il serait erroné de penser que certains contextes produisent inmanquablement un sentiment de persécution, il serait également trop simplificateur d'affirmer que ce genre de sentiment vient uniquement du patient, sans aucun lien avec le contexte qui l'entoure. Tout comme nous l'avons observé dans le chapitre sur l'expérience sensorielle, certains contextes ont donc plus de probabilité d'être interprétés, amplifiés et transformés par les patients.

La plupart des patients sont conscients que ce sentiment est un symptôme de leur maladie et cherchent à le supérer, soit par le raisonnement, soit par les médicaments. Les patients n'identifient en général pas de lieux « spécifiques » où le risque de se sentir persécuté serait plus élevé, même si plusieurs situations se déroulent dans des lieux bondés ou fermés (« *en étant dans un endroit bondé de monde, je .. je ... j'allais me faire des films, tout simplement* ») (homme, 22 ans) comme le bus ou une rue marchande, deux personnes ont également dit l'avoir vécu chez elles.

Les patients associent donc plutôt l'émergence de ce sentiment à des phénomènes psychiques internes « *C'est dans ma tête, ça peut aussi m'arriver dans un lieu calme* » (homme, 19 ans), « *Maintenant je réalise que chacun fait sa vie et que les autres ont rien contre moi, qu'ils attendent pas sur moi.* » (homme, 23 ans) ou, dans certains cas, à des situations relationnelles. A la question « *ça peut être lié avec s'il y a beaucoup de gens ?* » une personne répond : « *Non, c'est pas vraiment lié à ça. Peut-être un petit peu mais c'est pas forcément ça. (...) ça m'arrive quand mon mari me stresse où... je me sens pas bien* » (femme, 32 ans). Le contexte social dans lequel se développe un sentiment de persécution serait ici une situation de stress, de conflit avec une autre personne. Cela semble être une donnée importante qui pourrait être développée mais ne le sera pas ici par manque de données.

Tout comme le chapitre concernant l'expérience sensorielle, il faudrait pour mieux appréhender la part contextuelle de ces délires, traiter un nombre plus important de données afin de préciser quelles situations sociales peuvent être plus fortement interprétées par les personnes. Ce fragile équilibre est également remarqué dans l'étude de Parr (1999) qui cherche à mieux comprendre l'expérience spatiale de personnes dans des moments de « delusion » (illusions, délires). Selon l'auteure, l'expérience se déroule dans le corps et l'esprit de la personne (soit dans son « espace interne ») mais est également ancrée dans des espaces matériels et dans les relations avec des objets et personnes existants (soit dans les « espaces extérieurs ») (Parr 1999 : 676).

#### 6.4.6 Synthèse

Notre analyse de l'expérience sociale nous permet donc de répondre à la question de recherche « *Quelles caractéristiques sociales des différents lieux les patients identifient-ils comme source de stress ou au contraire de bien-être?* » de la manière suivante : la relation parfois délicate que les patients entretiennent avec des personnes, des pratiques et des lieux du passé (avant ou pendant les moments les plus critiques de la maladie) les pousse à des démarches identitaires de rupture ou de continuité, qui ont un impact sur les lieux fréquentés. D'autre part, le caractère public ou privé d'un lieu implique différents enjeux sociaux, différents degrés d'inclusion et d'intimité qui sont recherchés et/ou redoutés par les patients. Alors que des lieux publics donnent parfois un cadre social peu précis, peu structuré et trop inclusif qui peut être stressant, les lieux privés sont vécus comme des sphères protectrices, mais aussi des lieux de trop grande intimité ou encore des symboles d'un enfermement (physique et psychique) contre lesquels les patients souhaitent lutter.

Ainsi, une structure sociale (activités et rôles précis, interactions connues), un cadre facilitant pour les interactions (tolérant, dans lequel les personnes sont détendues), mais également un sentiment de familiarité avec celui-ci ressortent comme caractéristiques sociales « facilitatrices » d'un lieu. D'un autre côté, un lieu présentant des caractéristiques sociales impersonnelles et anonymes tel qu'un Starbucks ou un Burger King peut être vécu comme plus « facile » car socialement moins « confrontant ».

En ce qui concerne les caractéristiques sociales limitatives, l'attitude face aux normes sociales se révèle extrêmement complexe et multiple: si les patients peuvent être reproducteurs de certaines normes dans des situations sociales redoutées (notamment dans des lieux ou avec des personnes « marginales »), ils expriment un sentiment de gêne dans des lieux où l'interaction et la proximité sociales sont particulièrement intenses (boîte de nuit, transports en commun, etc.). Les personnes souffrant de troubles psychotiques se retrouvent face à des « barrières sociales » plus complexes à identifier que celles ayant un handicap physique, et la frontière entre limitations internes et limitations environnementales, dans ce cas sociales, est également plus difficile, voire impossible à fixer. Cela expliquerait que les personnes interrogées n'entreprennent pas de démarche de résistance face aux normes sociales, qui ne sont pas aussi clairement identifiées. On remarque plutôt une tendance, comme pour les stimuli sensoriels, à se détacher de regards ou jugements qui pourraient être désagréables. Finalement, il s'agit de ne pas oublier que même si certaines normes plus « profondes » et plus subtiles n'ont pas été identifiées, elles peuvent avoir un impact très important notamment sur l'appréhension de la maladie psychique et sur son acceptation par les patients. Pour ce qui est des moments de crise, on constate, comme pour les hallucinations auditives ou visuelles, que la part contextuelle des délires de persécution est existante mais difficilement estimable vu le peu de données. Le fait que les patients n'identifient pas clairement des lieux où ce sentiment serait plus fréquent porte à penser que leur expérience spatiale n'en est donc pas modifiée, mais cette hypothèse mériterait d'être approfondie.

Je conclurai cette analyse avec la remarque suivante ; certaines caractéristiques physiques et sociales identifiées comme stressantes semblent assez « logiques » (par exemple, un lieu bondé, exigü, ou encore un lieu associé à des situations d'insécurité sont potentiellement stressants). Or c'est avant tout le degré d'attention accordé à ces caractéristiques (notamment une hypersensibilité, ou au contraire un effort de désensibilisation), la manière dont elles sont gérées (les différentes tactiques utilisées), ainsi que les mots utilisés pour les décrire qui donnent des clés d'analyse, en replaçant l'individu au centre de la réflexion.

## Quatrième Partie

---

# **CONCLUSION**

## 7 CONCLUSION

Ce travail a cherché à comprendre quels lieux urbains et quelles caractéristiques de ces derniers sont identifiés par les patients comme source de stress ou de bien-être. Cette question contribue à appréhender de manière nuancée et différenciée le concept de milieu urbain et l'impact qu'il peut avoir sur l'émergence de troubles psychotiques. En interrogeant ce que les lieux de Lausanne signifient pour les patients et comment ils les vivent au quotidien, nous avons donc précisé ce lien, mais aussi identifié des caractéristiques que nous pouvons retrouver à des échelles plus réduites (le domicile privé, l'hôpital, la chambre...) ou plus large (d'autres villes mais aussi des situations qui dépassent un lieu précis).

Les trois angles d'analyse choisis, bien qu'ils ne soient pas exhaustifs, ont permis d'appréhender le lieu urbain dans ses caractéristiques matérielles, sensorielles, sociale et symboliques, mais aussi dans une temporalité longitudinale (les lieux passés et les trajectoires biographiques pouvant jouer un rôle a posteriori). Quant à l'approche qualitative, elle a permis d'identifier des processus individuels et de donner un visage humain à certaines corrélations statistiques antérieures. Les résultats de ce travail mettent en évidence des éléments qui pourront être repris dans les recherches futures, mais ils démontrent également la complexité du questionnement; ils maintiennent entre autres le caractère multi causal des troubles psychotiques et la diversité dans l'appréhension de l'environnement, que la personne souffre de troubles psychotiques ou non.

Il convient ici de souligner certaines limites déjà supposées mais confirmées avec ce travail ; l'entretien qualitatif, s'il permet de traiter de manière développée la question de représentations, ne rend pas toujours compte de certaines pratiques, d'autant plus si celles-ci sont considérées par l'interviewé comme honteuses, interdites ou encore douloureuses. De plus, certaines pratiques (notamment des tactiques et micro-réactions) peuvent également être inconscientes et donc omises lors de l'entretien. D'autres méthodes de recherche pourront palier ces lacunes, telles que notamment le parcours vidéo suivant le patient dans son itinéraire spatial quotidien. Une autre limite, qui est à la fois distincte et reliée à la première, est celle de l'accès aux données biographiques ; une méthode complémentaire (par exemple, des entretiens exclusivement narratifs), mais également un accent dans les questions d'entretien sur les possibles effets des biographies spatiales pourraient permettre, dans les recherches futures, de mieux appréhender cet axe d'analyse.

Les résultats auxquels nous parvenons mettent en avant plusieurs éléments saillants qui nuancent et complètent la littérature existante. C'est avant tout en ce qui concerne les caractéristiques sociales des lieux urbains que cette recherche propose des pistes de réponse. Cependant, certaines caractéristiques sociales sont intrinsèquement liées à la biographie résidentielle (par exemple, le rôle déterminant de l'isolement social dans les trajectoires migratoires), mais aussi à l'expérience sensorielle (par exemple, la structure à la fois visuelle et sociale d'un lieu). Ainsi, même si nous concluons sur des caractéristiques qui semblent avant tout sociales, il s'agit de garder à l'esprit qu'elles touchent également les autres axes de l'analyse.

Tout d'abord, nous constatons que l'attitude des personnes interrogées par rapport à « l'urbain » est ambivalente: les aspects inclusifs de la ville et le souhait de faire partie de l'« activité urbaine » semblent plus importants que ses aspects stressants, pourtant reconnus. Un exemple de cette ambivalence est le rapport des personnes à leur domicile : elles identifient dans ce lieu des caractéristiques rassurantes (en dehors de l'agitation urbaine) mais également des caractéristiques stressantes (le sentiment d'isolement qu'il peut engendrer). Alors que toutes les études présentent l'environnement urbain comme clairement nocif pour la santé mentale, le discours des patients propose une autre perspective et des types de lieux « hybrides » tels que le parc ou les rives du lac. Ces derniers ne présentent pas le risque de stress des lieux particulièrement centraux et fréquentés, tout en offrant la possibilité de côtoyer d'autres personnes et donc de se sentir « inclus ».

Un autre élément de réponse qui nuance la littérature existante est celui du rapport des patients aux normes sociales ; alors que les théories auraient plutôt tendance à identifier la présence de normes comme une caractéristique stressante, il s'avère que certains patients sont également reproducteurs de normes. En effet, des lieux peu sélectifs, peu normatifs tels que certaines places publiques ou lieux de divertissement sont perçus comme risqués, alors des lieux plus « normés », socialement plus structurés sont perçus comme moins stressants. De la même manière, l'appréhension exprimée face à des lieux « marginaux » témoigne d'une valorisation de certaines normes sociales pour leur caractère rassurant. Plus généralement, en ce qui concerne les caractéristiques sociales limitatrices d'un lieu, l'adjectif « confrontant » résume bien une crainte englobant des comportements inattendus, des interactions jugées trop intenses (trop rapides, trop proches...) ou alors impliquant de s'exposer directement au regard ou au jugement des autres. Par exemple, les interactions sociales qui ont lieu dans une boîte de nuit, un bar ou un lieu public ouvert impliquent une démarche active de socialisation qui ne s'inscrit pas dans un cadre d'activité et d'interaction précis. La méconnaissance des personnes présentes et de leur comportement « habituel » augmente les doutes et l'impression d'être jugé.

En d'autres termes, les degrés d'inclusion, d'intimité et de contrôle que les différents lieux et types de lieux offrent aux individus jouent un rôle très important dans le sentiment de stress ou au contraire de bien-être. Or ces caractéristiques d'inclusion, d'intimité ou encore de contrôle peuvent être perçues et vécues comme stressantes ou rassurantes selon les personnes, les phases et les situations dans lesquelles elles se trouvent.

On peut également souligner l'importance dans le discours des patients de caractéristiques plus symboliques des lieux. Par symbolique, on entend la signification subjective associée à un lieu et guidée par des souvenirs, des connotations ou des identifications identitaires. Ces caractéristiques symboliques s'incluent dans l'expérience sociale du lieu, et elles sont ici intrinsèquement liées à la construction identitaire d'une personne, ainsi qu'à son rapport avec la maladie. En effet, un processus de rupture ou au contraire de continuité avec des lieux soit d'avant la maladie, soit associés à celle-ci, revient dans le discours des patients. Ces processus sont déterminants dans l'identification de lieux plus ou moins stressants, plus ou moins agréables, et constituent des manières de se positionner par rapport aux différentes phases de la maladie. Ils se concrétisent notamment dans l'évitement de lieux associés aux phases les

plus critiques, dans le renouement avec des lieux associés à la période d'avant la maladie ou dans la recherche de nouveaux lieux symbolisant plutôt la phase de rétablissement. Ils sont spécifiques au parcours de vie de chacun, mais on observe tout de même certaines récurrences. Par exemple, l'hôpital psychiatrique est perçu par les patients comme un lieu symboliquement négatif et avec lequel ils souhaitent opérer une rupture radicale. En outre, le rapport aux lieux de fête, à l'alcool ou à la consommation de cannabis est ambigu pour plusieurs patients : la rupture comme tactique de protection face à des potentiels risques pour la stabilité psychique et l'envie de maintenir une continuité identitaire en revenant aux lieux « d'avant » se confrontent.

Finalement, les réactions des patients rappellent à quel point il est important de relativiser et de resituer le rôle et l'impact de l'environnement urbain. Ce dernier doit être considéré comme un médiateur de multiples facteurs, tels que les personnes avec qui on le pratique, la situation ou encore l'état d'esprit dans lequel on est. La capacité d'« agency » des personnes sur leur environnement est très présente dans les résultats et donc importante à avoir à l'esprit. Que cela soit dans l'expérience sensorielle ou sociale, diverses formes d'« arts de faire » (désensibilisation, évitement, adaptation...) sont mises en place afin de tendre vers un plus grand contrôle de ses états psychiques. Si les caractéristiques d'un lieu sont importantes pour l'état psychique d'une personne, la manière dont celle-ci choisit de les aborder l'est encore davantage. On observe alors un subtil jeu de pouvoir entre environnement et individu, entre impact de l'environnement et développement d'arts de faire.

Ainsi, les caractéristiques des lieux peuvent être identifiées selon de multiples facteurs personnels, temporels et psychiques comme ressources, risques, et même parfois les deux à la fois. La pertinence mais aussi la complexité du lien entre milieu urbain et état psychique sont donc confirmées, et une multitude de pistes de recherche ouvertes.

## Cinquième Partie

---

# **BIBLIOGRAPHIE**

## 8 BIBLIOGRAPHIE

### 1. Ouvrage sur les concepts géographiques d'espace, d'urbanité, d'identité et de pratiques spatiales

**Agnew, J.** 1987 : *Place and Politics : The Geographical Mediation of State and Society*. London : Allen and Unwin.

**Allemand, S.** 2004 : *Les sens du mouvement*. Paris : Belin.

**Bourdieu, P.** 1984 : Espace social et genèse des « classes ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 52/53, juin 1984, pp. 3-14.

**Bourdieu, P.** 1972 : *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève : Droz.

**Boucher, L.-P., Morose, J.** 1990 : Responsabilisation et appartenance : la dynamique d'un projet éducatif. *Revue des sciences de l'éducation*, vol.16, no.3, pp.415-431.

**Cailly, L.** 2004 : *Pratiques spatiales, identités sociales et processus d'individualisation*. Tours : Université François Rabelais de Tours.

**Cailly, L.** 2007 : Capital spatial, stratégies résidentielles et processus d'individualisation. *Annales de géographie*, n° 654, p. 169-187.

**Capron, G.** 2005 : *Liens et lieux de la mobilité : ces autres territoires*. Paris : Belin.

**Cresswell, T.** 1996: *In Place/Out of Place*, Minnesota : University of Minnesota Press

**Cresswell, T.** 2004: *Place*. Oxford: Blackwell.

**Di Meo, G.** 1999 : Géographies tranquilles du quotidien : une analyse de la contribution des sciences sociales et de la géographie à l'étude des pratiques spatiales. *Cahiers de Géographie du Québec*, Volume 43, n° 118, avril 1999, 75-93.

**Dorais, L.** 2004 : La construction de l'identité in *Discours et constructions identitaires* (Deshaies et Vincent, Presses de l'Université de Laval, 2004)

**Dorier-Apprill, E. et Gervais-Lambony, P.** (coord.) 2007 : *Vies citadines*. Paris : Belin.

**Dorier-Apprill, E.** 2001 : *Vocabulaire de la ville*. Paris : Ed du Temps.

**Gervais-Lambony, P.** 2004 : De l'usage de la notion d'identité en géographie. Réflexions à partir d'exemples sud-africains. *Annales de Géographie*, t. 113, n°638-639. pp. 469-488.

**Le Breton, E.** 2004 : Mobilité, exclusion et marginalité in *Le sens du mouvement* (Allemand Belin, 2004 : 115-124).

**Lefebvre, H.** 1968 : *Le Droit à la ville*. Paris: Ed. du Seuil, Collection Points.

**Lévy, J. et Lussault, M.** 2000 : *Logiques de l'espace, esprit des lieux Géographies à Cery*. Paris : Belin.

**Lévy J.** 1994 : *L'Espace légitime : sur la dimension géographique de la fonction politique*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

**Lussault, M.** 2003 : Spatialité, in J. Lévy et M. Lussault, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris : Belin.

**Stock, M.** 2006 : *Pratiques des lieux, modes d'habiter, régimes d'habiter : pour une analyse triologique des dimensions spatiales des sociétés humaines*. Travaux de l'Institut de Géographie de Reims 115-118 :213-230.

**Tuan, Yi Fu.** 1977 : *Espace et lieu : la perspective de l'expérience*. Minnesota : University of Minnesota Press.

**Yan Xu.** 1995: *Sense of Place and Identity*. East St- Louis Action Research Project. University of Illinois at Urbana-Champaign.

### 2. Ouvrages théoriques de psychiatrie

**DSM-5:** diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013 (5e édition). Washington D.C: American Psychiatric Association

- Baumann, P. S.** 2013: Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP-Lausanne) : implementation of an early intervention program for psychosis in Switzerland. *Early Intervention in Psychiatry* (7) 322-328
- Berney, S.** 2009 : L'étude des mécanismes de défense psychotiques: un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 29(3), 133-144
- Berney, S** et **Constantinides, P.** 2011 : *Psychotic defense mechanisms rating scale : Lausanne-Montréal*. IUP – DP-CHUV.
- Gamma, F.** et **Bovet, P.** 1999: Troubles de base dans la schizophrénie. *Pratique M&H*
- Grivois H.** 2001 : *Tu ne seras pas schizophrène*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Lysaker, P.** et **Lysaker, J.** 2008. *Schizophrenia and the fate of the self*. Oxford: Oxford University Press.
- Marion-Veyron, R.** 2013 : Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management. *L'évolution psychiatrique*, 78, 41-51.
- Söderström, D.** 2008 : L'étayage ou la relation de côté. *Revue des Hôpitaux de jour et des Thérapies institutionnelles*, 10,8-11.
- Söderström, D.** 2009 : Entre Psychose et Trauma: perspectives psychanalytiques. *Psychothérapies*, 29(3), 145-155.

### 3. Ouvrages sur le lien entre psychose et environnement

- Abbot, A.** 2012: Stress and the city: Urban decay. *Nature*, 490 (7419), 162-164.
- Brubaker, R.** et **Cooper, F.** 2000: Beyond « identity ». *Theory and Society*, 29, 1-47.
- Bhugra, D.** 2004 : Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* (109), 243–258
- Cantor-Graae E.** et **Selten J.P.** 2005 : Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *The American Journal of Psychiatry* 2005;162:12-24
- Cullberg, J.** 2006: *Psychoses: An integrative perspective*. London: Routledge.
- Golembiewski, J.** 2013: Lost in space : the place of the architectural milieu in the aetiology and treatment of schizophrenia. *Facilities*. Vol. 31, No 9-10, pp. 427-448
- Kelly, B.** 2010: Schizophrenia and the city: a review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophrenia Research*, 116, 75–89.
- Krabbendam, L.** et **Van Os, J.** 2005: Schizophrenia and Urbanicity: A Major Environmental Influence—Conditional on Genetic Risk. *Schizophrenia Bulletin* vol. 31 no. 4. 795–799
- Lederbogen, F.** et al. 2011: City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, 474 (7352), 498-501.
- Maharajh, H. D.** 2005: Urban environment and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 387-388.
- March, D.** 2008: Psychosis and place. *Epidemiol. Rev.* 30, 84–100.
- Parr, H.** 1998: The politics of methodology in « post-medical geography »: mental health research and the interview, *Health and Place*, 4, 341-353.
- Pedersen, C. B.** et **Mortensen, P.** 2006: Urbanization and traffic related exposures as risk factors for Schizophrenia. *BMC Psychiatry* , 6:2.
- Philo, C.** 2005: The geography of mental health: an established field? *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 585-591.
- Philo, C.** et **Wolch, J.** 2001: The three waves of research in mental health geography: A review and critical commentary. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(4), 230-244.
- Tortelli, A.** et al. 2009: Psychose et migration, une revue de la littérature. *Annales medico-psychologiques*, 167, 6.
- Van Os, J.** 2004: Does the urban environment cause psychosis? *The British Journal of Psychiatry*, 184, 287-288.
- Van Os, J, Kenis, G** et **Rutten, B.** 2010: The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212

**Velting, W.** 2008 : Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants. *The American Journal of Psychiatry*, 165(1), 66-73.

**Vlahov, D.** et **Galea, S.** 2002 : Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of the Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine* Vol. 79, No. 4. Supplement 1

#### 4. Ouvrages sur les pratiques spatiales de personnes souffrant de troubles psychiques

**Butler, R.** et **Bowlby, S.** 1997: Bodies and spaces: an exploration of disabled people's experiences of public space. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, 411-434.

**Dean, K.** 1984: Social theory and prospects in social geography. *GeoJournal*, 9(3), 287-299.

**Knowles, C.** 2000: Burger King, Dunkin Donuts and community mental health care. *Health and Place*, 6, 213-224.

**Laws, G** et **Dear, M.** 1998: Coping in the community (...), *Location and stigma : contemporary perspectives on mental health and mental health care*. 83-102.

**Parr, H** et **Philo, C.** 1995 : Mapping « mad » identities, In S. Pile & N. Thrift (éd.), *Mapping the subject : geographies of cultural transformation* (199-225). Londres : Routledge.

**Milligan, C.** 2000: Breaking out of the asylum :development in the goegraphy of mental ill-health- the influence of the informal sector. *Health and Place*, 6, 189-200.

**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.** 1999: Bodies and psychiatric medicine : interpreting different geographies of mental health. In R. Butler & H. Parr(éd.), *Mind and Body Spaces: Geographies of Illness, Impairment and Disability* (181-202). Londres : Routledge.

**Parr, H.** 2000: Interpreting the hidden social geographies of mental health. *Health and Place*, 6, 225-238.

**Parr, H., Philo, C.** et **Burns, N.** 2004 : Social geographies of rural mental health : experiencing inclusions and exclusions. *Transactions of the Institue of British Geographers*, 29, 401-419.

**Parr, H.** 2008: *Mental Health and Social Space : towards inclusionary geographies?* Oxford: Blackwell.

**Pinfold, V.** 2000: Building up safe heavens... all around the world : users experience of living in the community with mental health problems. *Health and Place*, 6, 201-212.

#### 5. Ouvrages méthodologiques

**Burrick, D.** 2010 : Une épistémologie du récit de vie. *Recherches qualitatives / Hors série / 8.*

**Blanchet, A.** et **Gotman, A.** 2007 (2<sup>ème</sup> ed.) : *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.

## Sixième Partie

---

# **ANNEXES**

## 9 ANNEXES

### 9.1 BREFS PROFILS BIOGRAPHIQUES

Patients	Age	Sexe	Origine	Biographie résidentielle	Domicile actuel	Activité professionnelle	Date d'admission TIPP
1	20 ans (Mr. G.)	Homme	Suisse	Toujours vécu à Lausanne, un seul déménagement	Pully avec sa mère	Pour l'instant aucune	févr. 11
2	20 ans (Mr. F.)	Homme	Suisse	Toujours vécu à Lausanne, un seul déménagement	Centre de Lausanne, avec ses parents	Etudiant (lycée)	juin. 11
3	30 ans	Femme	Kosovo	Arrivée en Suisse quand elle avait 6 ans. Beaucoup de déménagements (Ste-Croix, Moudon, Montreux, Lausanne. )	Chailly (seule)	Formation de gestionnaire de vente, à présent au chômage	sept. 13
4	18 ans	Homme	Suisse	Toujours vécu à Lausanne, un seul déménagement	Epalinges (avec ses parents)	pré formations artistiques, veut faire des études de mediamathécien à la rentrée scolaire	mai. 12
5	19 ans	Homme	Congo	Arrivé en Suisse à 15 ans, deux ans avec sa mère à Sallaz, puis seul vers Montéry	Studio à Montéry (seul)	Pour l'instant aucune	juin. 13
6	32 ans	Femme	Italie	Arrivée en Suisse à 27 ans.	Chailly avec son mari et ses deux enfants	Pour l'instant aucune	oct. 11
7	28 ans	Homme	Suisse	Toujours vécu dans le canton de Vaud (d'abord Morges puis Lausanne) avec ses parents	Depuis un mois en foyer	Bachelor (interrompu) en anglais et allemand	oct. 13
8	23 ans	Homme	Suisse	Beaucoup déménagé (Vienne, Londres, Genève, Berne, Zürich). Genève de 5 à 14 ans, Berne de 14 à 20 ans.	Depuis 2 ans à Zürich en couple	Maturité, veut faire études théâtrales à la rentrée scolaire	août. 13
9	22 ans	Homme	Somalie	Arrivé en Suisse à 1 an, toujours vécu à Lausanne	En collocation depuis deux ans	A commencé apprentissage de gestionnaire de commerce, a arrêté, veut faire formation de menuiserie ou d'ébénisterie	Déc. 10 (avec demie année de « pause »)
10	27 ans	Femme	Turquie	Arrivée en Suisse à 1 an, toujours vécu dans le canton de Vaud (Yverdon, Chavannes sur Renens puis Renens-Village)	A Renens-Village avec ses parents	Bachelor en psychologie et anglais, veut commencer master. Fait actuellement des remplacements dans une école.	juil. 10

## 9.2 GRILLE D'ENTRETIEN PATIENTS

### I. BIOGRAPHIE SPATIALE

1. Pouvez-vous me raconter en quelques mots où vous êtes né, où vous avez vécu, où vous vivez aujourd'hui ?

Questions de relance :

-Si avant environnement rural : La vie à la campagne vous paraissait-elle plus ou moins agréable qu'en ville ? Pourquoi ? Votre quotidien était-il différent lorsque vous viviez à la campagne ?

-Si vous viviez aujourd'hui à la campagne, en quoi pensez-vous que votre quotidien serait différent ?

-Si migration internationale : La vie dans votre pays d'origine / dans le pays où vous avez vécu précédemment vous paraissait-elle plus ou moins agréable qu'en Suisse ? Pourquoi ?

-Si ville différente : La vie dans cette autre ville vous paraissait-elle plus agréable ? Votre quotidien était-il différent ?

2. Vivez-vous seul ou avec d'autres personnes ? Si changements, est-ce que cela change votre quotidien ? Pensez-vous que vivre seul changerait votre quotidien/vos activités/votre manière de vous sentir à l'extérieur ?

3. Avez-vous choisi l'appartement où vous vivez ? En êtes-vous satisfait ? Si non, qu'est-ce qui vous a empêché de trouver un appartement qui vous satisfaisait entièrement ?

4. Est-ce que vous vous imaginerez vivre dans une autre ville ? » « Quelles conséquences de ce déménagement seraient positives, lesquelles seraient négatives ? »

5. Est-ce que le quartier où vous vivez est important pour vous ? Y a-t-il un quartier que vous préférez ?

6. Dans quelles pièces de votre appartement passez-vous le plus de temps ? Dans laquelle vous sentez-vous le mieux ? Pourquoi ?

### II. IDENTIFICATION DE LIEUX PERTINENTS

1. Quels sont les lieux que vous fréquentez régulièrement dans la ville de Lausanne ?

Questions de relance : Sortez-vous beaucoup de chez vous ? Pourquoi ? Vous rendez-vous souvent au centre-ville ? Par quels moyens de transports ? Comment vous sentez-vous lorsque vous prenez le bus/le train ? Si vous pouviez choisir, vous déplaceriez-vous par d'autres moyens ?

2. Quels sont les lieux publics de la ville que vous connaissez le mieux ? / où vous vous sentez le mieux ?

3. Quels quartiers connaissez-vous le mieux ?

4. Description itinéraire domicile-Chauderon : Pouvez-vous me décrire comment se passe le trajet de chez vous à ici ? (par où on passe, comment on se déplace, quels moments de l'itinéraire on apprécie le plus ?)

5. Dans quels lieux aimez-vous particulièrement vous rendre? Pourquoi ? Quels lieux évitez-vous ? Pourquoi ?
6. Dans quels lieux vous sentez-vous le plus « chez vous », lesquels trouvez-vous plus accueillants ? Pourquoi ? Dans quels lieux vous sentez-vous le mieux/le moins bien ? Pourquoi ?
7. Est-ce que les lieux que vous fréquentez ont changé depuis le début de vos problèmes de santé ? Est ce que la manière de vous sentir dans les lieux que vous fréquentez a changé depuis le début de vos problèmes de santé ?
8. Est ce qu'il y a une période où votre manière de vous sentir dans les lieux était différente ?

### **III. PERCEPTIONS VISUELLES, AUDITIVES, SENSORIELLES**

1. En quoi une lumière/son/odeur peut-être rassurant ? Exemple.
2. En quoi une lumière/son/odeur peut-être stressant ? Exemple.
3. Pouvez me décrire les lieux dont vous m'avez parlé (physiquement, visuellement, lumière, construction...) Quels éléments de cette description sont positifs pour vous? négatifs ? agréables ? désagréables ? rassurants ? stressants ? quels éléments auraient pu être positifs/négatifs/agréables/désagréables dans une période où vous ne vous sentiez pas bien ?
4. Vous arrive-t-il de voir/entendre/sentir des choses qui vous rendent mal à l'aise/vous font peur ?
5. Avez-vous parfois l'impression que certains détails d'un lieu (sa lumière, ses bruits, ses odeurs) vous submergent ?
6. Avez vous vécu des périodes où les détails extérieurs devenaient très importants/très intenses pour vous ?
7. Que faisiez-vous dans ce cas ?
8. Comment vous sentez-vous quand vous venez ici, au lieu de consultation ? Comment trouvez vous le bâtiment, la salle d'attente ?... Qu'est ce que vous changeriez du bâtiment ? de la salle d'attente ? du bureau ?

### **IV. INTERACTIONS SOCIALES**

1. Y a-t-il des lieux où vous retrouvez des amis ou des connaissances ?
2. Y a-t-il des lieux que vous évitez à cause des gens qui les fréquentent : lesquels ? Pourquoi ?
3. Y a des interactions/situations sociales qui vous rendent mal à l'aise ? Où se déroulent-elles par exemple ? Y a-t-il des ambiances qui vous rendent mal à l'aise ? Où plus particulièrement ?
4. Dans quels lieux trouvez-vous qu'il est plus « facile » de rencontrer des personnes (par rapport à l'ambiance, aux personnes qui s'y trouvent)? Pourquoi ?
5. Vous sentez-vous à l'aise avec en groupe ? Avec quel groupe de personnes vous sentez-vous le mieux/le moins bien ? Où se rencontrent ces groupes ?
6. Vous sentez-vous parfois différents des autres ? pas à votre place ? Si oui, dans quelle situation et où plus particulièrement ?
7. Pouvez-vous me raconter une expérience agréable de rencontre avec quelqu'un d'inconnu. Dans quel lieu ?

8. Dans quel lieu, avec qui et dans quelle situation vous sentez-vous le plus accepté ? le moins jugé ?
9. Est ce que le regard des autres est important pour vous ? Vous sentez-vous parfois différents des autres ? Dans quelle situation/où plus particulièrement ?
10. Qu'est ce qui pourrait influencer vos choix (activités, déplacements...) ? En quoi le regard des autres peut il vous faire changer d'avis ?/vous influencer ?
11. Pouvez-vous me raconter une expérience désagréable de rencontre avec quelqu'un d'inconnu ? Dans quel lieu ?
12. Avez-vous parfois le sentiment de gêner ou d'être mal perçu par d'autres quand vous n'allez pas bien ? Où ? Par qui ? Comment cela se passe-t-il ?
13. Dans période où vous alliez mal, comment faisiez-vous si vous deviez sortir ou aller dans endroits qui ne vous plaisent pas ?

### **CONCLUSION/OUVERTURE :**

Comment serait pour vous un « lieu idéal » (caractéristiques physiques, mais aussi sociales) ? Pensez-vous pouvoir trouver un tel lieu dans la ville de Lausanne ?

### **9.3 GRILLE D'ENTRETIEN CASE MANAGERS**

#### **I. BIOGRAPHIE SPATIALE**

1. Une biographie résidentielle peu ou au contraire très mouvementée peut-elle selon vous jouer un rôle sur la stabilité psychique de la personne ? (exemples concrets) Et sur la construction de leur identité ? Avez-vous l'impression que des personnes souffrant de troubles psychotiques seraient particulièrement sensibles à un déménagement ?
2. Y a-t-il des trajectoires résidentielles qui se retrouvent parmi les patients ? Peut-on dresser un parallèle entre l'évolution de la psychose et la trajectoire résidentielle ? Comment les personnes vivent-elles ces changements (exemples concrets) ?
3. Un sentiment de stress lié au fait de vivre en ville est-il parfois mentionné par vos patients ? Des envies d'aller à la campagne/ dans la nature sont-elles parfois exprimées ?
4. Les personnes qui ont migré semblent-elles en général moins « à l'aise », moins rassurées à Lausanne ? Identifiez-vous différentes habitudes ? Avez-vous l'impression que des personnes souffrant de troubles psychotiques seraient particulièrement sensibles à une migration ? Pensez-vous qu'une migration peut constituer un facteur du développement d'une psychose (exemple concret) ?
5. Quels « signes » pourraient vous pousser à penser qu'un patient peut vivre seul ? Constatez-vous des différences dans le quotidien/activités/mobilité des personnes qui vivent seules ? Dans quelles situations conseillez-vous la vie en foyer ?
6. Quels rapports vos patients entretiennent-ils avec leur lieu de résidence ? Vous semble-t-il que le lieu de résidence est important ? Quelles sont les exigences qui reviennent le plus souvent par rapport à celui-ci ?

#### **II. IDENTIFICATION DE LIEUX PERTINENTS**

1. Quels lieux reviennent fréquemment dans les habitudes des patients ? Diriez-vous que vos patients ont des habitudes très définies ?
2. Qu'est ce qui pourrait les pousser à sortir ? les dissuader de sortir ?
3. Qu'est ce qui pourrait restreindre la mobilité de vos patients ? Pensez-vous que le bus ou le métro peuvent être des lieux particulièrement stressants ? Si oui, comment expliquent-ils et décrivent-ils ce stress ?
4. Avez-vous l'impression que vos patients fréquentent régulièrement des lieux publics urbains (parcs, places, berges du lac...) Y a-t-il certains lieux publics urbains/quartiers que plusieurs patients mentionnent régulièrement (positivement/négativement) ?
5. Y a-t-il des lieux que des patients disent aimer particulièrement ? Quelles raisons invoquent-ils ?
6. Y a-t-il des lieux que des patients disent éviter particulièrement ? Quelles raisons invoquent-ils ?
7. Combien viennent seuls à Chauderon ? Combien accompagnés ? Arrive-t-il souvent que quelqu'un ne vienne pas à un rendez-vous ? Comment expliquez-vous cela ? Vous arrive-t-il d'aller chez des patients ? En quoi cela change-t-il le rapport ?

8. En quoi le quotidien des patients change-t-il au cours des trois ans de suivi ? Remarquez-vous des évolutions récurrentes dans le quotidien du patient et dans sa relation avec l'extérieur ? Est-ce que vous avez l'impression que les lieux qu'ils fréquentent changent ? Que la manière de se sentir dans les lieux change ?

9. La manière de se sentir au centre de consultation évolue-t-elle avec le temps ? A quoi associez-vous cette évolution ?

### **III. PERCEPTIONS VISUELLES, AUDITIVES, SENSORIELLES**

1. Vos patients vous semblent-ils sensibles à des éléments sensoriels ? Pouvez-vous me donner un exemple d'une sensibilité à un élément agréable ? Et désagréable ?

2. Des patients vous ont-ils fait part de visions/de bruits/d'odeurs qui leur ont fait peur ? Dans quelle situation ? où ? Remarquez-vous des situations/lieux récurrents ?

3. Certains de vos patients vous font-ils part d'une hypersensibilité sensorielle ? Si oui, comment cette sensibilité évolue-t-elle au cours des trois ans de suivi ?

4. Prêtez-vous particulièrement attention à certains détails (notamment visuels) de votre bureau lorsque vous accueillez des patients ? A quels détails pensez-vous que les patients pourraient être sensibles ?

### **IV. INTERACTIONS SOCIALES**

1. Vous semble-t-il qu'il y a des lieux où les patients retrouvent plus souvent des amis ou des connaissances ? Que certains lieux se prêtent plus à des rencontres (exemples concrets) ?

2. Quelles interactions/situations sociales pourraient rendre vos patients mal à l'aise ? (où ?)

3. Vos patients vous semblent-ils à l'aise en groupe ? Si non, pour quelles raisons ? Croyez-vous qu'ils sont plus à l'aise avec des personnes souffrant également de troubles psychotiques ? Si oui, pourquoi ? Pensez-vous qu'ils sont à l'aise en venant ici ?

4. Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez accompagné un patient dans un lieu spécifique ? Pourquoi en avait-il besoin ? En quoi pensez-vous que vous l'avez aidé ?

5. Y a-t-il des interactions/situations sociales dans lesquelles vos patients vous ont dit s'être sentis particulièrement jugés ? où ?

6. Y a-t-il interactions/situations sociales dans lesquelles vos patients vous ont dit s'être sentis particulièrement intégrés ? où ?

7. Quelles particularités sociales d'un lieu pourraient selon vous expliquer ce sentiment de jugement ou d'intégration ?

8. Vous semble-t-il que le regard des autres est important pour vos patients ? Si oui, comment cela peut-il influencer leurs actions, leurs états psychiques ? En quoi l'attitude des patients par rapport à ce regard évolue au cours des trois ans de suivi ?

8. Dans des périodes où la psychose est particulièrement « florissante », comment décririez-vous le rapport de vos patients par rapport à l'extérieur ? Leur sensibilité aux détails extérieurs ?

9. Durant ces périodes, avez-vous identifié certaines stratégies que vos patients mettent en place s'ils sont obligés de sortir, d'aller à un endroit qui leur déplaît ? Ces stratégies évoluent-elles au cours des trois ans de suivi ?

10. Pensez-vous à certains mécanismes de défense psychotiques ?