



HAL
open science

Étude préalable à une approche géographique de la prise en charge de la santé mentale en France, à travers la psychiatrie institutionnelle et la sectorisation

Magali Coldelfy

► To cite this version:

Magali Coldelfy. Étude préalable à une approche géographique de la prise en charge de la santé mentale en France, à travers la psychiatrie institutionnelle et la sectorisation. Géographie. 2004. dumas-01634579

HAL Id: dumas-01634579

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01634579>

Submitted on 14 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris X – Nanterre
Ecole doctorale Milieux, cultures et sociétés du passé et du présent

Magali COLDEFY

Etude préalable à :
une approche géographique de la prise en charge de la santé mentale en France,
à travers la psychiatrie institutionnelle et la sectorisation

DEA de géographie de la santé
Directeur de recherche : Pr. Gérard Salem

Rapporteurs : Alain Vaguet
Stéphane Rican

Septembre 2004

Université Paris X – Nanterre
Ecole doctorale Milieux, cultures et sociétés du passé et du présent

Magali COLDEFY

Etude préalable à :
une approche géographique de la prise en charge de la santé mentale en France,
à travers la psychiatrie institutionnelle et la sectorisation

DEA de géographie de la santé
Directeur de recherche : Pr. Gérard Salem

Rapporteurs : Alain Vaguet
Stéphane Rican

Septembre 2004

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	7
PRÉAMBULE	8
CADRE ET CONTEXTE DE LA RECHERCHE	9
De l'importance des troubles mentaux...	9
... à la nécessité de développer la recherche en sciences sociales sur la santé mentale	11
<i>Une première difficulté liée à définition de la maladie mentale et des troubles mentaux</i>	12
<i>Une deuxième difficulté liée à la multitude et la complexité des facteurs qui interviennent dans la définition de la santé mentale par rapport à la santé physique</i>	13
<i>Une troisième difficulté liée à l'image de la maladie mentale dans les sociétés modernes : étrange mélange de peur et de fascination</i>	14
REVUE DE LA LITTÉRATURE GÉOGRAPHIQUE ÉTRANGÈRE SUR LA SANTÉ MENTALE	16
Géographies de la santé mentale ou de la maladie mentale	17
<i>La théorie de "l'environnement générateur"</i>	21
<i>La théorie du "glissement"</i>	22
<i>Les limites des approches géographiques de la maladie mentale</i>	23
Le problème de la fiabilité des diagnostics	23
Le problème de l'instabilité des diagnostics	24
Le problème des unités territoriales de base	24
<i>Les outils potentiels de résolution des problèmes d'échelles d'analyse</i>	25

Géographies de l'offre de soins en santé mentale	27
<i>L'histoire de la prise en charge de la maladie mentale dans les sociétés occidentales</i>	27
<i>La géographie asilaire</i>	33
Les recherches géographiques sur l'utilisation des services	34
<i>La loi de JARVIS ou l'effet de la distance sur l'utilisation des services</i>	34
<i>Remise en cause du paradigme de E. JARVIS : d'autres facteurs explicatifs</i>	36
Les recherches géographiques sur les processus de localisation	38
<i>Les modèles de localisation-affectation</i>	38
<i>La théorie des lieux centraux</i>	39
<i>Des modèles alternatifs à la localisation des hôpitaux psychiatriques</i>	39
L'interdépendance localisationnelle des services	40
- L'analyse du semis de points	41
- L'analyse quadrat	42
- Les analyses de co-localisation	43
L'approche historique des processus à la base des décisions politiques de localisation	44
L'approche historico-herméneutique	48
- L'isolement et l'exclusion : deux principes universels	49
- L'isolement et l'exclusion : deux principes construits socialement	49
La diffusion spatiale d'une innovation thérapeutique	51
Urbanisation et naissance des « ghettos de services de dépendance »	53
<i>La géographie post-asilaire</i>	56
<i>Les modèles américains et canadiens de géographies post-asilaires</i>	57
Le développement des « ghettos de services de dépendance »	57
Un filtrage spatial informel des patients atteints de troubles mentaux	58
L'opposition de la communauté à l'implantation des services	59
L'espace : support, produit et enjeu de rapports sociaux	61
<i>Les modèles européens de géographies post-asilaires</i>	62
Méthodologie utilisée	65
La géographie locale de la désinstitutionnalisation à Sheffield, en Angleterre	65
La géographie locale de la désinstitutionnalisation à Vérone, en Italie	67

VERS UNE APPROCHE GÉOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE EN FRANCE	70
Histoire française de la prise en charge de la maladie mentale	71
Projet d'écriture d'une histoire française de la géographie de la prise en charge de la maladie mentale	75
<i>La géographie asilaire française</i>	76
<i>La géographie post-asilaire française : désinstitutionnalisation et sectorisation</i>	78
CONCLUSION	83
BIBLIOGRAPHIE	84
TABLE DES ILLUSTRATIONS	93

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont d'abord à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques pour m'avoir « fait tomber » dans ce passionnant domaine qu'est la psychiatrie.

Ils vont ensuite à l'ensemble de l'équipe enseignante du DEA Géographie de la Santé de Paris X qui a transformé ce DEA initialement envisagé comme une fin en soi, en projet de thèse.

Merci également à Henri Picheral qui m'a fait découvrir ce champ disciplinaire que constitue la géographie de la santé.

Merci à Sarah Curtis pour son accueil chaleureux et l'ouverture des vastes bibliothèques londoniennes.

Mes remerciements vont ensuite à l'ensemble des professionnels psychiatres et administratifs rencontrés dans les premières phases de ce projet. Si leurs entretiens ne sont pas retranscrits ici, ils ont servi à orienter mon projet et seront utilisés et approfondis dans la thèse qui suivra. Merci donc à : Bernard Azema, Guy Baillon, Christian Bonal, François Chapireau, Jean-Claude Chastanet, Serge Kannas, Pierre Noël, Alain Lopez, Alain Pidolle, Jean-Luc Roelandt (et ses collaborateurs étrangers du CCOMS).

Merci enfin, à mes amis et collègues, réquisitionnés dans l'urgence pour des relectures et pour leur soutien dans les derniers moments laborieux de ce mémoire : merci Marcô, Marie, Nath, Bej, les deux Emmanuelle(s), Mylène.

PRÉAMBULE

L'histoire de la prise en charge de la maladie mentale en France est très marquée territorialement, depuis l'érection des grandes institutions asilaires du XIX^{ème} siècle à la politique de sectorisation¹. Son mode d'inscription dans l'espace participe de la construction sociale de la prise en charge de la maladie mentale. Ces aspects n'ont pourtant jamais été approchés par les géographes de la santé français. A l'étranger pourtant, de nombreux articles relatifs à une approche géographique de la santé mentale sont recensés depuis les années 70.

Le rapport présenté ici est une étude préalable à cette approche géographique de la prise en charge de la maladie mentale en France.

Après un premier cadrage sur l'importance croissante des troubles mentaux et son impact économique et social, le mémoire essaie d'expliquer les raisons de ce retard dans la recherche en sciences sociales en général, et en géographie en particulier, dans ce domaine et la nécessité d'y remédier.

Le contenu principal du rapport consiste ensuite en une revue de la littérature géographique étrangère consacrée à la santé mentale, divisée en deux parties :

- la première relative à la géographie des maladies mentales,
- la seconde à la géographie de l'offre de soins en santé mentale

La dernière partie du présent rapport propose, à partir des acquis des études étrangères, des axes de recherche pour analyser l'histoire de la géographie particulière de l'offre de soins française en psychiatrie.

¹ Cette politique mise en œuvre par la circulaire du 15 mars 1960 a consisté à diviser les départements en un certain nombre de secteurs géo-démographiques, à l'intérieur desquels la même équipe pluridisciplinaire assure, pour tous les malades, la proximité et la continuité des soins (de la prévention à la réinsertion) dans une vision globale de prise en charge.

CADRE ET CONTEXTE DE LA RECHERCHE

De l'importance des troubles mentaux...

Dans son rapport sur la santé dans le monde en 2001², l'OMS estime à 450 millions le nombre de personnes souffrant d'un trouble mental³. Une personne sur quatre en serait atteinte à un moment de son existence. Le vieillissement des populations, l'aggravation des problèmes sociaux et les troubles civils rendent probables de nouvelles augmentations du nombre des malades.

La part des troubles mentaux et du comportement dans la charge globale de morbidité⁴ est estimée à 12%, plaçant ces pathologies au deuxième rang derrière les maladies infectieuses et parasitaires⁵.

L'impact social et économique des maladies mentales – direct et indirect – est immense (pertes de productivité liées à l'absentéisme et coûts des soins de santé), même s'il reste difficilement quantifiable. En France, les troubles mentaux constitueraient la 2^{ème} dépense de santé⁶, derrière les maladies cardio-vasculaires, soit 9,4% de la consommation de soins et biens médicaux qui s'élevait à 128 milliards d'euros en 2001, l'équivalent de 8,7% du PIB⁷.

L'OMS encourage ainsi les pays à faire de la santé mentale une priorité de santé publique. En France, l'Institut de Veille Sanitaire⁸ a placé la santé mentale parmi les priorités de veille sanitaire.

² OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 2001, 172 p. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/pdf/whr2001.fr.pdf>)

³ Le trouble mental est défini par l'OMS comme une affection cliniquement significative qui se caractérise par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la «normalité», mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques, s'inscrivant dans la durée.

⁴ Mesurée à partir des années potentielles de vie perdues corrigées de l'incapacité.

⁵ OMS, *La charge mondiale des problèmes neurologiques et mentaux*, *Aide-Mémoire*, n°217, novembre 1999, Genève, 4 p.

⁶ Cette part relativement importante doit cependant être nuancée, dans la mesure où elle est sans doute sur-estimée. En effet, en l'absence de données permettant de les ventiler, la totalité des dépenses liées à l'activité des hôpitaux psychiatriques a été affectée au chapitre « troubles mentaux », alors que ces établissements peuvent traiter des cas relevant d'autres catégories diagnostiques.

⁷ PARIS Valérie, RENAUD Thomas, SERMET Catherine, *Des comptes de la santé par pathologie : un prototype sur l'année 1998*, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 188, septembre 2002, 7p.

La plupart des études épidémiologiques françaises évaluent la prévalence des troubles mentaux tous âges confondus à 15% de la population⁹. Un tiers des personnes qui consultent en médecine générale présente un trouble psychiatrique.

Le dernier rapport ministériel sur la psychiatrie¹⁰ indique que la discipline psychiatrique est « à ce jour dans une passe relativement problématique : qu'il s'agisse de la délimitation de ses tâches, de l'organisation de l'offre de soins, des évolutions du recours aux soins, des populations concernées, de la gestion des inégalités de répartition des moyens humains et matériels, ou de la communication de son image. La confusion entre différents niveaux de problèmes, la liberté de choix du type de praticien et du lieu de consultation, dont dispose le patient, jointe à la liberté d'installation des praticiens, ont un prix qui met actuellement le système en défaut : l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale est loin d'être équitable sur tout le territoire, et ce pour toutes les situations sociales, même si, en théorie, il existe un large accès aux soins de psychiatrie et un nombre de psychiatres par habitant plus élevé que dans bien d'autres pays développés ». Une des propositions d'actions prioritaires de ce rapport consiste à « réduire les disparités géographiques en optimisant l'offre de soins en psychiatrie par une meilleure coordination public/privé et sanitaire/médico-social au sein de chaque territoire de santé ».

⁸ LOVELL Ann, *Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale : rapport final*, Institut de Veille Sanitaire, mai 2003, 104 p.

⁹ CLERY-MELIN Philippe, KOVESS Viviane, PASCAL Jean-Charles, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission Clery-Melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, septembre 2003, 106 p.

¹⁰ CLERY-MELIN Philippe, KOVESS Viviane, PASCAL Jean-Charles, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission Clery-Melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, septembre 2003, 106 p.

... à la nécessité de développer la recherche en sciences sociales sur la santé mentale

Malgré l'importance de ces chiffres, la recherche en santé mentale est encore peu développée à l'heure actuelle en France. Or, comme le souligne J. DELBECQ dans la présentation d'un dossier consacré à la psychiatrie et à la santé mentale dans la Revue française des Affaires sociales¹¹, la recherche est un des facteurs de l'innovation dans le système de soins et de prise en charge. Les rapports successifs sur la psychiatrie et la santé mentale ont tous signalé la nécessité de la promouvoir. Le dernier rapport en date¹², intègre parmi les sept axes de propositions d'actions prioritaires, le développement de la recherche en psychiatrie et en santé mentale, de la recherche épidémiologique et médico-économique, mettant en avant l'absence de lieu commun de rencontre des professionnels de différentes disciplines travaillant sur le sujet de manière parfois isolée.

Les données disponibles en France sont nombreuses, mais dispersées et parfois difficilement accessibles. Certaines carences épidémiologiques sont également rappelées (absence d'étude de cohorte, absence de réelle enquête épidémiologique en population générale...).

En France, comme ailleurs, la recherche tant clinique que sociale concernant la santé mentale est un domaine délaissé et reste encore sous-développée¹³. Ainsi, lors de l'appel d'offre lancé par la MiRe¹⁴ en 2000 sur la santé mentale, la mission faisait le constat suivant : « l'examen de l'ensemble des réponses, comme celui des projets sélectionnés, conduit à formuler un certain nombre de constats, et au-delà, à s'interroger sur l'existence d'un milieu de recherche dans ce domaine. (...) Très peu d'équipes ont suivi la recommandation qui leur était faite de rechercher des collaborations avec des praticiens, témoignant ainsi d'une faible familiarité avec le milieu étudié¹⁵ ».

¹¹ DELBECQ Jacqueline, *Présentation du dossier*, in Psychiatrie et santé mentale : Innovations dans le système de soins et de prise en charge, Revue française des Affaires Sociales, 58^{ème} année, n°1, janvier-mars 2004, La Documentation Française, Paris, pp.7-11

¹² CLERY-MELIN Philippe, KOVESS Viviane, PASCAL Jean-Charles, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission Clery-Melin remis au ministre de santé, de la famille et des personnes handicapées, septembre 2003, 106 p.

¹³ BRISSET Charles, *Sur la recherche en psychiatrie*, Psychiatrie Française, n°2, 1985, pp. 111-119 et VEIL Claude, *Comment devenir chercheur en psychiatrie*, Psychiatrie Française, n° spécial, 1987, pp.95-99

¹⁴ Mission Recherche du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

¹⁵ BILLIARD Isabelle, *Résultats d'appel à propositions de recherches – Santé mentale*, in Cahiers de recherches de la Mire, n°12, août 2001, La Documentation Française, pp. 24-25

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

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

Les compréhensions de la santé mentale sont basées sur des jugements de valeurs et sont construites socialement et culturellement¹⁶. Le concept de santé mentale n'est pas fixe dans le temps et l'espace. Il est variable, selon les sociétés, les époques, les groupes culturels ou sociaux.

Deux groupes d'idées se dégagent en effet de la littérature :

Pour A. LOVELL¹⁷, la définition du trouble mental soulève plusieurs difficultés dont :

- **l'instabilité nosologique** qui génère des définitions changeantes, assujetties aux controverses d'écoles (psychodynamique *versus* cognitiviste par exemple), de professions (psychanalystes *versus* neurologistes, psychiatres *versus* psychologues), de cultures (traditions française, allemande, américaine de la psychiatrie) ;
- des **différences locales** dans la définition des maladies ou des syndromes ;
- une **nosographie en expansion croissante** avec le renouvellement ou le perfectionnement des critères de diagnostics : de nouvelles catégories prennent une place importante (exemple du stress post-traumatique), d'autres disparaissent de la nosologie (exemple de l'homosexualité comme trouble psychiatrique), ou encore de nouvelles catégories apparaissent (exemple de certains troubles de la personnalité).

Une autre difficulté de la définition de la maladie mentale est développée par K. JONES et G. MOON¹⁸ et tient à sa **construction sociologique**. Sa définition reflète alors une estimation d'un comportement individuel en relation avec les normes acceptées de la société dans

¹⁶ CURTIS Sarah, *Health and inequality*, Londres, 2004, 329 p.

¹⁷ LOVELL Ann, *Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale : rapport final*, Institut de Veille Sanitaire, mai 2003, 104 p.

¹⁸ JONES Kelvyn, MOON Graham, *Health, disease and society : an introduction to medical geography*, Routledge, London and New-York, 1987, 376 p.

laquelle l'individu vit. Quand un individu est défini comme malade mental, il transgresse les principes de normalité d'une société spécifique. En revanche, la notion de « construction sociale » ne signifie pas que la maladie n'est pas « réelle », mais qu'à chaque étape dans le processus de désignation en tant que malade (ou non malade) et de l'évolution de la maladie, des facteurs sociaux et culturels interviennent et déterminent en partie l'issue.

Au regard de ces deux idées, la maladie mentale rencontre donc deux modèles :

- un **modèle biomédical** dans lequel le désordre mental est diagnosticable : c'est le cas des désordres organiques comme la démence produite par la maladie d'Alzheimer, l'hyperactivité, les troubles des conduites, la schizophrénie....,
- un **modèle social** dans lequel la subjectivité est importante : un comportement diagnostiqué comme anormal dans un contexte peut être parfaitement acceptable dans une autre situation sociale¹⁹.

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

Les maladies mentales sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, de personnalité et environnementaux²⁰, contrairement à la santé physique où la dimension somatique et les critères issus du modèle biomédical sont dominants. Des modifications de la fonction cérébrale peuvent se produire en réaction à des facteurs environnementaux tels la stimulation, l'expérience d'un stress traumatique ou chronique ou différents genres de privation. Autrement dit, l'interaction entre la biologie du cerveau et l'expérience vécue semble réciproque. Des facteurs environnementaux comme la situation familiale, les pressions du lieu de travail et le statut socio-économique de la personne peuvent précipiter l'apparition ou la récurrence d'une maladie mentale. Les modes de vie (par exemple, la toxicomanie) et les modes de pensée et de comportement acquis peuvent entraîner l'apparition, et la progression, d'une maladie mentale et contribuer à son aboutissement. L'interaction de la maladie physique et de la maladie mentale est tout aussi complexe : les maladies mentales

¹⁹ Sur la différence de perceptions des comportements et relations entre les hommes et les femmes dans les micro-sociétés, voir par exemple, les travaux ethnologiques de MEAD M., *Mœurs et sexualité en Océanie*, Plon Pocket, 1963

²⁰ Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Canada, octobre 2002, 109 p.

peuvent contribuer, découler de, ou partager une cause commune avec certaines maladies physiques telles que le cancer ou les maladies cardio-vasculaires...

En outre, des relations ont également été mises en évidence entre pauvreté et maladies mentales²¹. Plusieurs études ont montré que les maladies mentales sont plus fréquemment observées dans les populations les plus défavorisées (relation inverse entre statut socio-économique et fréquence des troubles psychologiques).

Deux cadres²² ont été proposés pour expliquer cette relation :

- **association directe**, à travers les concepts de sélection et de glissement :
 - le concept de *sélection* propose que certaines personnes puissent être prédisposées à une maladie mentale et à des attentes et des ambitions inférieures, qui, à leur tour, résultent en des niveaux inférieurs de résultats scolaires et professionnels.
 - le *glissement* se rapporte à la probabilité que ceux qui souffrent d'une maladie mentale puissent dériver dans la pauvreté car ils ont des difficultés à obtenir et conserver un emploi régulier.
- **association indirecte** qui suppose que l'expérience sociale des pauvres augmente la probabilité de contracter une maladie mentale.

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

Découlant de la superstition, du manque de connaissance et d'empathie ainsi que d'une tendance à craindre et à exclure les personnes qui sont perçues différentes, la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles mentaux existent depuis toujours.

²¹ Sur ce thème, le lecteur pourra en particulier se reporter à :

CHAUVIN P., LEBAS J., *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion

KOVES V., MANGIN-LAZARUS C., *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, 1996, Association L'Elan Retrouvé

DECLERCK P., DUPRAT P., GASLONDE O., HASSIN J., PICHON J.P., *L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF*, 1996, Réseau National de Santé Publique

²² EATON W.W., MUNTANER C., *Socioeconomic stratification and mental disorder*, in HORWITZ A.V., SHEID T.L., *A Handbook for the study of mental health – Social context, theories and systems*, Cambridge University Press, 1999, 259 p.

Jusqu'à récemment, la plupart des recherches dans le champ de la santé mentale ont été à la fois « a-historiques » et « a-spatiales », or ces aspects sont particulièrement importants pour éclairer les questions faisant actuellement l'objet de débats.

Encore plus rares sont les géographes de la santé français à s'être intéressés au sujet. Le seul ouvrage recensé, consacré à cette approche est celui de D. DORY²³ publié en 1991. L'auteur conçoit la géopsychiatrie comme une spécialisation émergente « et en plein essor » au sein de la géographie de la santé. Son ouvrage consiste en une synthèse des acquis et connaissances dans la littérature étrangère mais ne présente pas d'études françaises.

Les travaux précurseurs de C.J. SMITH en 1977 complètent la vision de D. DORY lorsqu'il écrit : « *Si la maladie mentale était contagieuse ; les géographes auraient probablement commencé à l'étudier depuis longtemps*²⁴ ».

Si en France, aucune réelle étude géographique sur la santé mentale n'a fait l'objet de publication scientifique, les études anglo-saxonnes se sont multipliées sur le sujet depuis les années 70.

L'objet de la seconde partie de ce rapport est donc de présenter les différentes approches et méthodes proposées par ce relativement restreint noyau de chercheurs majoritairement anglais et américains. Cette revue de la littérature devrait permettre de dégager des pistes, d'orienter, et finalement de construire une approche spatiale de l'offre de soins en psychiatrie dans notre pays. Il a été choisi d'exclure de cette revue de la littérature les études relatives à la santé mentale dans les pays en voie de développement. Les concepts, pratiques, problématiques, et dispositifs en place sont très différents de ceux déjà variés et souvent difficilement comparables des pays développés. Des références bibliographiques relatives à ces aspects sont disponibles dans l'ouvrage de D. Dory.

²³ DORY Daniel, *Eléments de géopsychiatrie*, L'Harmattan, 1991, 284 p.

²⁴ SMITH C.J., *The geography of mental health*, Association of american geographers, Resource paper, n°76-4, Washington, 1977

REVUE DE LA LITTÉRATURE GÉOGRAPHIQUE ÉTRANGÈRE SUR LA SANTÉ MENTALE

Cette revue de la littérature va traiter dans un premier temps :

- les **géographies de la santé ou de la maladie mentale**, orientées vers les liens entre personnes souffrant de problèmes mentaux et leurs lieux de vie, de travail, leur mobilité,

puis, dans un second temps :

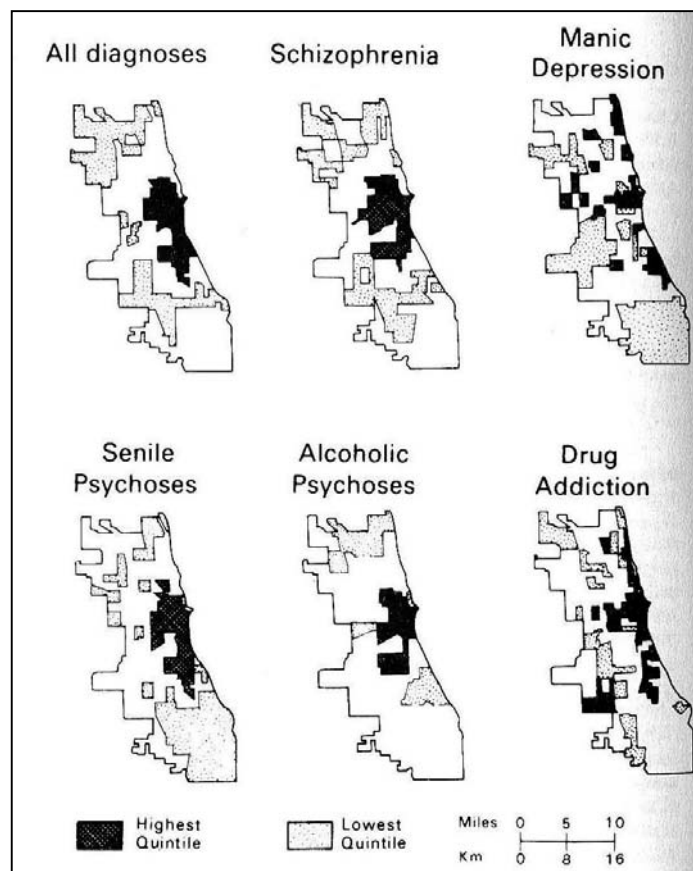
- les **géographies de l'offre de soins en santé mentale**, concentrées, quant à elles, sur les localisations des services désignés pour traiter les personnes souffrant de maladies mentales

Géographies de la santé mentale ou de la maladie mentale

Il s'agit de l'étude de la distribution des maladies, et des liens entre problèmes mentaux et lieux de vie, de travail, mobilités.

La première étude spatiale des variations d'incidence de différentes entités nosologiques a été menée à Chicago en 1939 par R.E.L. FARIS et H.W. DUNHAM, dans le cadre des travaux d'écologie urbaine de l'Ecole de Chicago²⁵. Les auteurs observaient de fortes concentrations de divers types de malades, en particulier des schizophrènes, dans certains quartiers pauvres des centres-villes. La carte suivante présente ainsi les taux d'incidence de différentes pathologies par quartiers. La classification utilisée dans cette représentation cartographique est celle des quintiles supérieurs et inférieurs.

Figure 1 : La maladie mentale à Chicago, 1939



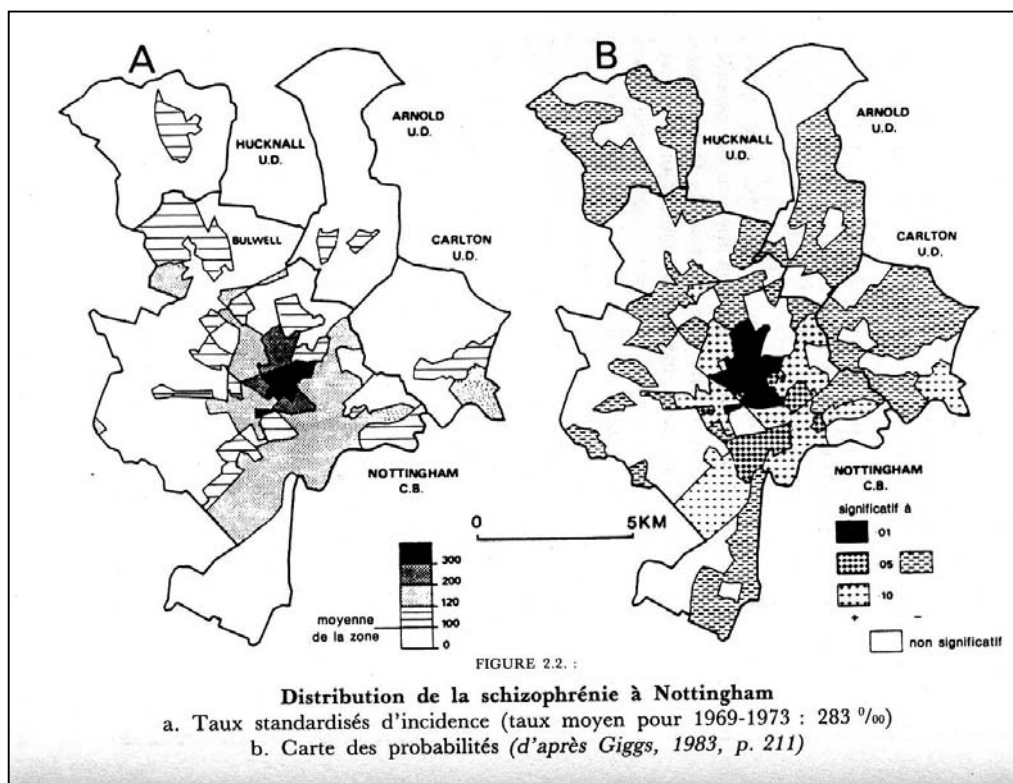
Source : FARIS R.E.L., DUNHAM H.W., *Mental disorders in urban areas*, University of Chicago Press, Chicago, 1939.

²⁵ FARIS R.E.L., DUNHAM H.W., *Mental disorders in urban areas*, University of Chicago Press, Chicago, 1939.

Ces observations sont confortées plus de trente ans plus tard par les travaux de J.A. GIGGS, K.G. DEAN et H.D. JAMES en Angleterre.

Sur la ville de Nottingham, J.A. GIGGS²⁶ montre une forte concentration de cas de schizophrénie dans le centre de la ville, avec un gradient décroissant lorsqu'on s'en éloigne. Il met en évidence des corrélations entre les taux d'incidence de la schizophrénie et des indicateurs sociaux et économiques défavorables, tels qu'un statut social bas, un chômage élevé et une faible cohésion sociale mesurée à partir des taux élevés de mobilité spatiale et d'isolement social. Il parle d' « aires pathogènes qui semblent détruire la santé mentale ». Un autre choix de représentation cartographique est utilisé ici. L'auteur présente des taux standardisés d'incidence et la significativité de leur écart à la moyenne de la ville. L'article original n'ayant pu être consulté, il est difficile de préciser la méthode de classification choisie pour la représentation des taux, la légende laisse cependant suggérer des classes construites par le géographe.

Figure 2 : Distribution de la schizophrénie à Nottingham, 1969-1973

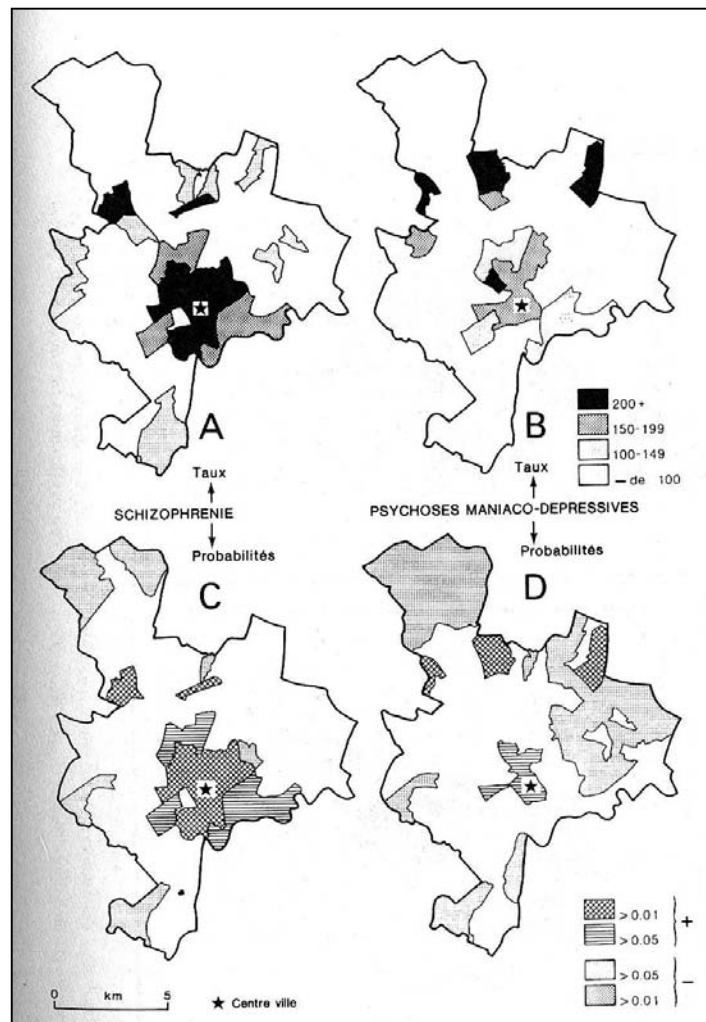


Source : GIGGS J.A., *The distribution of schizophrenics in Nottingham*, Transactions of the Institute of British Geographers, n°49, 1973, pp. 55-76

²⁶ GIGGS J.A., *The distribution of schizophrenics in Nottingham*, Transactions of the Institute of British Geographers, n°49, 1973, pp. 55-76

Quelques années plus tard, J.A. GIGGS et J.E. COOPER²⁷, affinent l'analyse écologique de la schizophrénie, mais abordent aussi le problème de la répartition de la psychose maniaco-dépressive (désormais dénommée trouble bipolaire), dispersée plus aléatoirement sur le territoire suggérant une corrélation avec des niveaux élevés de mobilité de la population. La représentation cartographique choisie est la même que précédemment, les cartes supérieures représentant les taux standardisés d'incidence par quartier, les bornes des classes suggérant là aussi une classification construite par le chercheur ; les cartes inférieures représentant les degrés de significativité par rapport à la moyenne.

Figure 3 : Distribution des schizophrénies et des psychoses maniaco-dépressives à Nottingham, 1978-1980

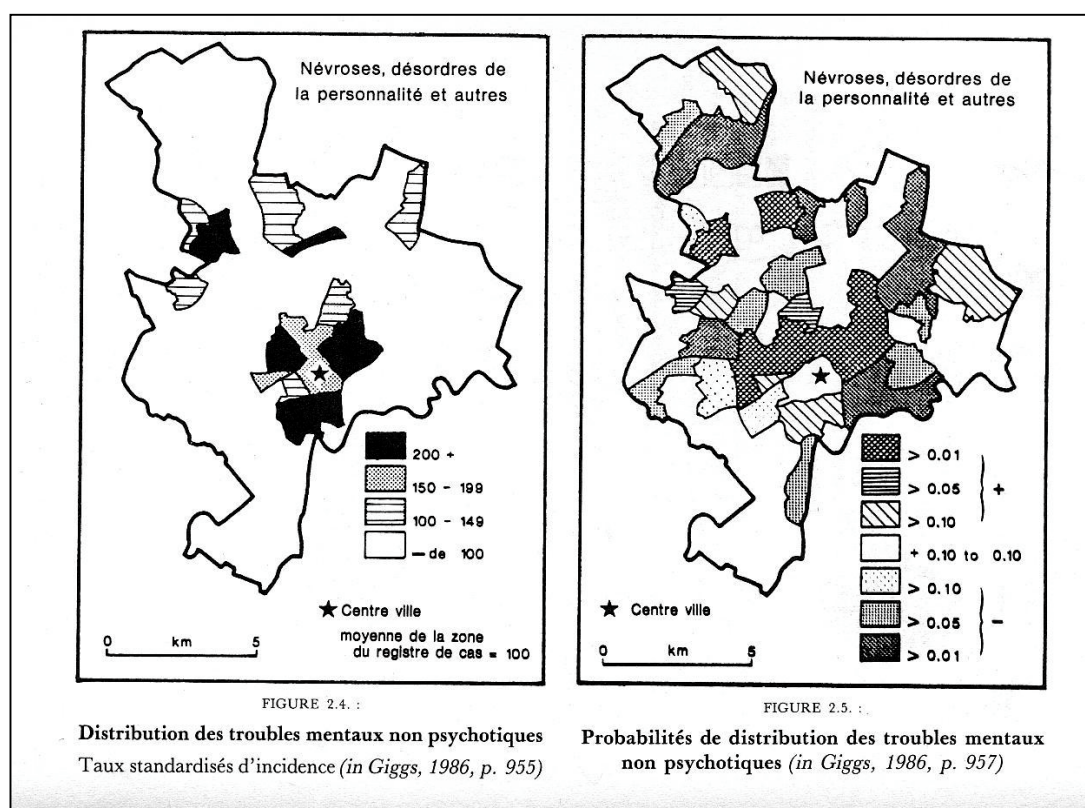


Source : GIGGS J.A., COOPER J.E., *Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychosis in Nottingham*, *British Journal of Psychiatry*, n°151, 1987, pp. 627-633

²⁷ GIGGS J.A., COOPER J.E., *Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychosis in Nottingham*, *British Journal of Psychiatry*, n°151, 1987, pp. 627-633

Cette analyse est ensuite élargie aux troubles névrotiques²⁸ dont la répartition spatiale est proche de celle de la schizophrénie, cette analyse met en évidence une forte corrélation entre incidence des troubles névrotiques et part de familles monoparentales.

Figure 4 : Distribution des troubles non psychotiques à Nottingham, 1978-1980



Source : GIGGS J.A., *Mental disorders and ecological structure in Nottingham*, Social Science and Medicine, vol. 23, N°10, 1986, pp. 945-961

K.G. DEAN²⁹ et H.D. JAMES³⁰ ont analysé quant à eux la distribution des maladies dépressives dans la ville de Plymouth. Ils ont mis en évidence une corrélation significative entre dépression névrotique et conditions socio-économiques défavorables, et une absence de corrélation dans le cas de psychose maniaco-dépressive. Cette distinction est à mettre en relation avec le caractère exogène ou endogène de la pathogénie étudiée.

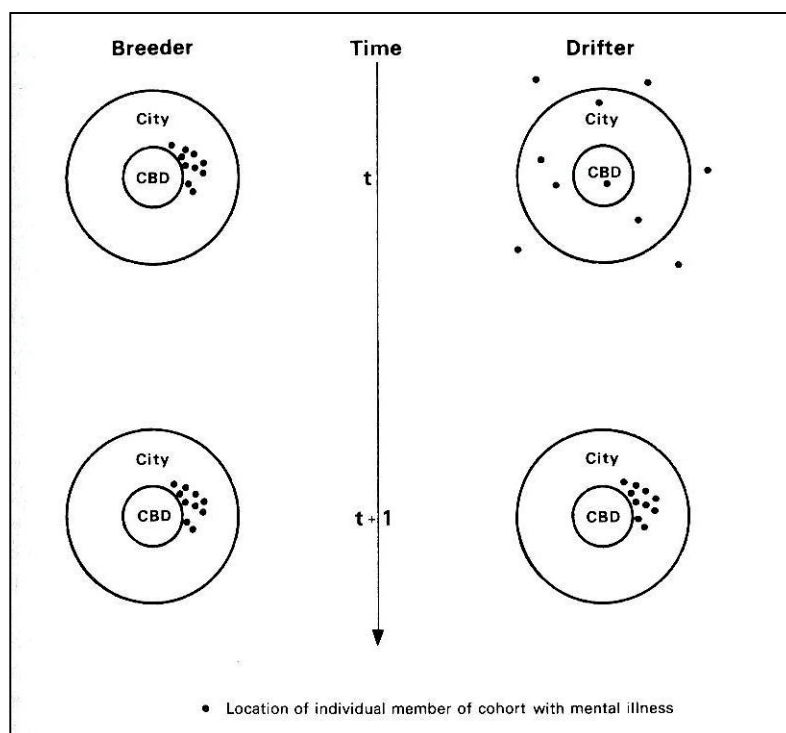
²⁸ GIGGS J.A., *Mental disorders and ecological structure in Nottingham*, Social Science and Medicine, vol. 23, N°10, 1986, pp. 945-961

²⁹ DEAN K.G., *The geographical study of psychiatric illness : the case of depressive illness in Plymouth*, Area, n°2, 1979, pp.167-171

³⁰ DEAN K.G., JAMES H.D., *The spatial distribution of depressive illness in Plymouth*, British Journal of Psychiatry, n°136, 1980, pp. 167-180

Deux théories ont ainsi été avancées pour expliquer ces concentrations de cas de schizophrénies ou d'autres troubles mentaux dans les quartiers défavorisés des centres urbains : la théorie de « **l'environnement générateur** » (« breeder theory ») et celle du « **glissement** » (« drift theory »).

Figure 5 : Les théories de l'environnement générateur et du glissement



Source : JONES Kelyvn, MOON Graham, *Health, disease and society : an introduction to medical geography*, Routledge, London and New-York, 1987, 376 p.

La théorie de “l’environnement générateur”

Dans cette première approche, les schizophrènes ont toujours habité les quartiers de la ville caractérisés par la schizophrénie. Le fait de vivre dans ces endroits augmente la probabilité pour les individus d’avoir un trouble mental au cours de leur vie car les caractéristiques de l’environnement **gènèrent** la maladie mentale.

C’est le modèle qu’adoptent R.E.L. FARIS et H.W. DUNHAM dans leur étude sur Chicago, ainsi que J.A. GIGGS à Nottingham en montrant de fortes associations entre désorganisation sociale et maladie mentale.

Deux hypothèses parallèles viennent appuyer cette théorie :

La première est celle de l'*isolement social*. Elle argumente que la désorganisation sociale et la mobilité résidentielle vont causer des coupures, des discontinuités dans les relations de soutien, d'appui, entraînant davantage de stress et permettant aux maladies mentales de se développer.

La seconde est une hypothèse de **classe sociale** qui lie le stress de vivre dans des conditions défavorisées à la maladie mentale.

La théorie du "glissement"

Cette deuxième approche a été développée par A. MYERSON³¹. Ici, avant de devenir schizophrène, le statut social de l'individu est immatériel, tout comme sa résidence géographique. Une fois entré dans la maladie, l'individu va expérimenter la stigmatisation et la perte de confiance en soi, entraînant un déclin de son statut social. La schizophrénie est alors accompagnée par un **glissement** vers le bas dans les catégories sociales et, par là même, une relocalisation dans une zone sociale appropriée. La localisation résidentielle de la schizophrénie est alors le résultat d'une condition acquise, plus que d'une conséquence inévitable de la localisation initiale.

C'est le modèle adopté par D. GERARD et L. HOUSTON dans la ville de Worcester, au Massachussetts, qui ont montré que la plupart des patients vivaient dans le quartier défavorisé de la ville depuis peu de temps³². H. DUNHAM³³, R. TURNER et M. WAGENFIELD³⁴ se sont intéressés au glissement de statut intra et inter-générationnel. H. DUNHAM a ainsi montré sur la ville de Détroit que le statut social des schizophrènes admis à l'hôpital était significativement inférieur à celui de leurs parents.

³¹ MYERSON A., *Review of "Mental disorders in urban areas"*, vol.96, 1940, pp.945-997

³² GERARD D., HOUSTON L., *Family setting and the social ecology of schizophrenia*, Psychiatric Quarterly, vol. 27, pp. 90-101

³³ DUNHAM H., *Community and schizophrenia : an epidemiological analysis*, Detroit, 1965, Wayne State University

³⁴ TURNER R., WAGENFIELD M., *Occupational mobility and schizophrenia – an assessment of the social causation and selection hypothesis*, American sociological review, vol. 32, 1967, pp. 104-113

Les deux théories proposent des explications plausibles à la concentration résidentielle de la maladie mentale. Comme le précisent K. JONES et G. MOON³⁵, l'espace lui-même ne peut pas causer ou expliquer les concentrations de schizophrénies ou d'autres troubles mentaux, pas plus que les structurations sociales et démographiques de cet espace. Ce qui est intéressant, c'est comment cette concentration spatiale se forme, comment les caractéristiques sociales, la localisation spatiale et la maladie mentale interagissent.

Les limites des approches géographiques de la maladie mentale

Les deux auteurs nous mettent en garde devant un danger commun à ces deux théories, critique liée à la **forte dépendance des résultats par rapport aux données disponibles**. La confirmation des théories nécessite en effet l'identification préalable des schizophrènes, ce qui est généralement fait à travers les statistiques d'admissions hospitalières, mais ne concerne que les malades déjà détectés et ayant recours au système de soins. D'autre part, les informations sur la localisation résidentielle du patient sont celles une fois que la maladie est détectée et non quand elle apparaît. Il n'est pas possible de connaître la chronologie des phénomènes, l'antériorité d'un phénomène par rapport à l'autre, entre l'apparition de la maladie et la migration.

D. DORY³⁶ met également en avant un certain nombre de problèmes méthodologiques à résoudre dans le domaine de l'écologie des maladies mentales :

Le problème de la fiabilité des diagnostics

- Les critères de diagnostics peuvent différer selon les théories dont se réclament les médecins, ou selon les modèles prévalents dans diverses institutions à un moment donné. On peut reprocher souvent à ce type d'étude de refléter non pas la géographie des maladies mentales mais celle de la culture médicale des médecins. Ce problème a été résolu dans les études précitées par le fait qu'elles ne portent que sur un

³⁵ JONES Kelvyn, MOON Graham, *Health, disease and society : an introduction to medical geography*, Routledge, London and New-York, 1987, 376 p.

³⁶ DORY Daniel, *Eléments de géopsychiatrie*, L'Harmattan, collection Géotextes, 1991, 284 p.

établissement et que l'on peut soutenir l'hypothèse d'une homogénéité théorique des différents médecins amenés à prendre en charge les patients.

- Cette fiabilité peut différer selon les entités nosographiques. Les diagnostics de schizophrénie, psychose maniaco-dépressive ou troubles névrotiques pris au sens large sont des entités relativement fiables. Mais il en est autrement pour les dépressions, par exemple, ou pour les pathologies à la frontière entre névrose et psychose (les états-limites), celles présentant une évolution dans la symptomatologie pour un même patient au cours du temps.

Le problème de l'instabilité des diagnostics

A ces éléments, peuvent être ajoutées les remarques d'A. LOVELL³⁷ sur les problèmes posés par la définition du trouble mental de manière plus générale, à savoir au-delà de la fiabilité des diagnostics, leur instabilité. Les définitions sont changeantes, la nosographie est en expansion croissante avec un renouvellement ou un perfectionnement des critères de diagnostics. Ces éléments ont déjà été développés dans la partie soulignant les facteurs du retard de la recherche en sciences sociales sur la santé mentale.

Le problème des unités territoriales de base

Il s'agit de trouver le découpage territorial optimal permettant la mise en rapport de trois types de données (caractéristiques démographiques, variables socio-économiques, variables de morbidité). Les informations au niveau individuel sont rarement disponibles. Le niveau de découpage est généralement imposé au chercheur et repose généralement sur des découpages administratifs, souvent très hétérogènes du point de vue des caractéristiques socio-démographiques. Se pose également le problème des petits effectifs lorsqu'on étudie la répartition des maladies les plus graves : difficulté pour la validation des tests statistiques et la protection des données (particulièrement en France avec la CNIL). Le problème des petits nombres peut parfois être résolu en travaillant sur les données d'incidence de plusieurs années consécutives ou en agrégeant les diagnostics.

³⁷ LOVELL Ann, *Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale : rapport final*, Institut de Veille Sanitaire, mai 2003, 104 p.

Les outils potentiels de résolution des problèmes d'échelles d'analyse

Plus récemment, le développement de l'analyse multi-niveau a ouvert de nouvelles perspectives aux géographes de la santé, leur permettant de contourner cette difficulté liée à l'échelle d'analyse. Dans l'étude de C. DUNCAN, K. JONES et G. MOON³⁸ sur la morbidité psychiatrique au Royaume-uni, l'analyse permet de prendre en compte simultanément le niveau individuel, le niveau des cantons électoraux et le niveau régional. Les auteurs ont ainsi montré que les variations régionales de morbidité observées étaient davantage liées aux fluctuations d'échantillonnage et aux variations de la composition régionale de la population qu'à des effets contextuels de niveau supérieur. Les caractéristiques individuelles jouent donc de manière plus forte dans la distribution des maladies que les caractéristiques de la zone même si cette dernière opère comme un important médiateur.

En effet, jusqu'à récemment, les recherches en santé mentale ont ignoré les échelles spatiales plus grandes, en particulier la dimension régionale, alors que l'échelle régionale pourrait fournir un important contexte, formant et structurant une partie des opportunités et contraintes de la vie quotidienne qui ont leur importance pour le bien-être individuel.

A la fin des années 80, deux études ont considéré la dimension régionale de la santé mentale. Les deux ont utilisé une enquête sur la santé et les modes de vie réalisée en 1984-1985 en Angleterre.

M. BLAXTER³⁹ s'est intéressé aux variations régionales de la santé psychosociale construite à partir d'un indice composite et a montré de plus hauts niveaux de morbidité psychiatrique dans le nord de l'Angleterre. Il a aussi étudié les variations à une échelle spatiale plus petite et a suggéré que le voisinage local influait plus sur la détermination de la santé psychosociale que le niveau régional, plus large.

Une autre étude réalisée par G. LEWIS et M. BOOTH⁴⁰ a aussi identifié une plus grande concentration de morbidité psychiatrique dans le nord de l'Angleterre, mais les corrélations

³⁸ DUNCAN Craig, JONES Kelvyn, MOON Graham, *Psychiatric morbidity : a multilevel approach to regional variations in the UK*, Journal of epidemiology and community health, 1995, vol. 49, pp. 290-295

³⁹ BLAXTER M., *Health and lifestyles*, London, Tavistock/Routledge, 1990

⁴⁰ LEWIS G., BOOTH M., *Regional differences in mental health in Great Britain*, Journal of epidemiology and community health, 1992, vol. 46, pp. 608-611

étaient davantage attribuées à la composition des zones qu'aux facteurs régionaux. Les auteurs concluaient que les variations régionales différaient selon la position de la classe sociale et l'environnement extérieur immédiat des individus.

Pour faire face au problème des petits effectifs, ces deux études ont dû faire des agrégations plus ou moins grossières des classes sociales ou régions d'étude. L'analyse multi-niveau va fournir une analyse plus fine des variations spatiales de la santé mentale, évitant l'erreur écologique et permettant de mieux dissocier, dans les variations de morbidité observées, ce qui relève des effets contextuels et ce qui relève d'un artefact généré par les variations des caractéristiques des personnes vivant dans les zones spécifiques⁴¹.

⁴¹ Pour plus d'informations sur l'analyse multi-niveau, cf. :

COURGEAU Daniel, *Du groupe à l'individu : synthèse multiniveau*, Paris, INED, 2004, collection Manuels, 242 p.

COURGEAU D., BACCAINI B., *Analyse multi-niveaux en sciences sociales*, Population, 1997, vol. 52, n° 4, pp. 831-864

GOLDSTEIN H., *Multilevel statistical models*, 1995, Edwards Arnolds, London, 180 p.

Et son application en géographie de la santé :

DUNCAN C., JONES K., MOON G., *Do places matter ? A multi-level analysis of regional variations in health-related behaviour in Britain*, Social Science and Medicine, 1993, vol. 37, 6, pp. 725-733

DUNCAN C., JONES K., MOON G., *Context, composition and heterogeneity : using multilevel models in health research*, Social Science and Medicine, 1998, vol. 46, pp. 97-117

JONES K., *Everywhere is nowhere: multilevel perspectives on the importance of place*, 1993, The University of Portsmouth Inaugural Lectures, Portsmouth, 12 p.

SHOULS C., CONGDON P., CURTIS S., *Modelling inequality in reported long term illness in the UK : combining individual and area characteristics*, Journal of epidemiology and community health, 1996, vol.50, pp. 366-376

Cette seconde partie de la revue de la littérature consacrée à la géographie de la santé mentale s'attache maintenant à décrire les travaux relatifs à la distribution spatiale de l'offre de soins en santé mentale.

Géographies de l'offre de soins en santé mentale

Parmi les possibilités de présentation des travaux réalisés en matière de géographies de l'offre de soins en santé mentale, il a été choisi ici une chronologie retraçant l'histoire même de la prise en charge de la maladie mentale, plutôt qu'un suivi chronologique des évolutions de la recherche « géopsychiatrique » et de ses enrichissements successifs. Il s'agit finalement de montrer comment les différentes phases de l'histoire de la psychiatrie ont été traitées par les géographes de la santé.

Avant d'aborder les différents travaux réalisés, un bref rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale est présenté ici.

L'histoire de la prise en charge de la maladie mentale dans les sociétés occidentales

Une histoire des soins des malades mentaux ne peut être comprise qu'en référence au contexte contemporain social, politique et économique⁴². La plupart des sociétés semblent avoir reconnu certaines formes extrêmes de comportements comme preuve d'une instabilité. Le point à partir duquel un tel comportement est défini comme de la « folie » dépend du degré des troubles et de l'attitude de la société à l'égard de la déviance. Les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement ont ainsi toujours reflété les valeurs sociales qui influent sur la perception de la maladie mentale dans la société. La manière dont les individus atteints d'un trouble mental ou du comportement sont traités varie selon l'époque et le lieu. Tantôt, il leur a été témoigné le plus grand respect (dans certaines sociétés où on les considérait comme des intermédiaires entre les dieux et les morts), tantôt ils ont été battus et condamnés au bûcher (notamment dans l'Europe du Moyen Age), tantôt encore, on les a enfermés dans de vastes institutions où ils étaient examinés comme des

⁴² DEAR Michael J., WITTMAN Irene, *Conflict over the location of mental facilities*, Geography and the urban environment, Progress in Research and Applications, vol. 3, 1980, pp.345-362

curiosités scientifiques et tantôt enfin, on les a soignés en les intégrant dans la communauté à laquelle ils appartenaient.

Ainsi, dans la Rome classique, la « folie » était considérée comme un problème qui devait être traité à l'intérieur du cercle familial. Les attitudes négatives à l'égard du malade mental n'apparaissent alors que lorsque la famille faisait défaut⁴³.

La tolérance classique de la maladie mentale trouvait ses racines dans le fait que, pour les classes dominantes tout au moins, la folie était une maladie causée par un déséquilibre des quatre « humeurs » d'Hippocrate (phlegme, sang, atrabile et bile) auxquelles étaient associés quatre tempéraments : lymphatique, sanguin, atrabilaire et colérique⁴⁴. La maladie mentale pouvait donc être soignée en équilibrant les humeurs.

A l'époque médiévale, cette conception a été abandonnée. La domination politique et sociale de cette période était largement exercée par l'Eglise à travers le mode féodal de production. L'interprétation contemporaine de certaines parties de la Bible est venue influencer les attitudes vis à vis de la maladie mentale, la « folie » étant alors perçue comme le résultat d'un péché et l'œuvre du diable⁴⁵.

Peu à peu, les éléments progressistes de la pensée de la Renaissance ont prévalu et une attitude plus tolérante à l'égard de la maladie mentale est revenue. Cette tolérance est cependant à replacer dans le contexte social du capitalisme émergent⁴⁶. Le malade mental est alors perçu comme une main d'œuvre potentielle. L'exploitation de cette main d'œuvre a pu se faire à travers l'enfermement dans les structures asilaires.

Ces dernières ont d'abord été développées comme un lieu d'enfermement pour de nombreux groupes antisociaux ou improductifs, le malade mental ne formant qu'une simple sous-catégorie des individus internés.

⁴³ CONRAD P., SCHNEIDER J., *Deviance and medicalisation : from badness to sickness*, Londres, Mosby, 1980

⁴⁴ PELICIER Yves, *Histoire de la psychiatrie*, Que sais-je ?, PUF, 1976, 128 p.

⁴⁵ JONES Kelvyn, MOON Graham, *Health, disease and society : an introduction to medical geography*, Routledge, Londres, 1987, 376 p.

⁴⁶ FOUCAULT M., *Histoire de la folie*, Plon, 1961, 308 p.

« Les Français enferment quelques fous dans une maison pour persuader que ceux qui sont dehors ne le sont pas » écrivait Montesquieu en 1748⁴⁷. Un siècle après « L'esprit des lois », l'enfermement était toujours en France la seule réponse apportée à la « folie »⁴⁸.

Une évolution se dessine cependant dès la première moitié du XIX^{ème} siècle, dans les mentalités et dans les conceptions médicales. On assiste alors à une série de bouleversements institutionnels et conceptuels, desquels sont issus une bonne partie des héritages parfois difficiles à gérer aujourd'hui en matière de soins de santé mentale⁴⁹. La santé mentale est considérée comme un objet légitime d'investigation scientifique (la psychiatrie est devenue une discipline médicale et les personnes atteintes de troubles mentaux ont été considérées comme relevant de la médecine). Comme bien des processus porteurs d'effets pervers, le mouvement qui aboutit au système asilaire des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles était nourri de louables intentions. Il s'agissait, d'une part, d'améliorer le sort des malades déjà internés dans diverses institutions plus ou moins adaptées à leur état (hospices, maisons privées, prisons, hôpitaux pour pauvres...) et, d'autre part, de proposer aux patients non encore pris en charge une perspective thérapeutique. Cette exigence de ne plus seulement enfermer et surveiller les aliénés ou « lunatiques », mais de leur appliquer un « traitement moral » susceptible de les guérir, ou tout au moins d'améliorer suffisamment leur état pour qu'ils puissent réintégrer une certaine vie sociale est l'aboutissement d'une longue évolution des mentalités se déroulant dans différents pays européens au cours des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles.

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

Les asiles vont se multiplier jusqu'au début du XX^{ème} siècle, mais se trouvent rapidement saturés. Le nombre croissant de malades fera renoncer de fait aux ambitions thérapeutiques de départ et restreindre les asiles à un rôle de « gardiennage ».

⁴⁷ MONTESQUIEU Charles, *De l'esprit des lois*, Nathan, Intégrales de Philo, 2000, 127p.

⁴⁸ MERAUD Chantal, *La législation psychiatrique a 150 ans : une vieille dame dynamique...*, in Psychiatrie et santé mentale, Cahiers statistiques Solidarité Santé, SESI, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, La Documentation française, 1990, pp.17-26

⁴⁹ DORY Daniel, *Eléments de géopsychiatrie*, L'Harmattan, collection Géotextes, 1991, 284 p.

A ce constat d'échec du modèle asilaire pour soutenir un projet thérapeutique et l'évidence croissante que l'internement de longue durée aggravait la maladie mentale s'ajoute, sous l'effet de plusieurs facteurs indépendants, une nouvelle évolution dans la conception des soins de santé mentale.

Ces facteurs sont, entre autres :

- une prise de conscience de la dimension sociale de la maladie mentale et la mise au point de nouvelles formes d'intervention psychosociale ;
- un certain changement de l'image de la folie dans l'opinion publique, du fait notamment de la vulgarisation de la psychanalyse ;
- un souci de protéger les droits des citoyens contre les internements abusifs de la part de certains législateurs ;
- l'insatisfaction croissante des autorités sanitaires et d'une partie de l'opinion publique concernant les coûts énormes d'un système asilaire jugé peu efficace et, en outre, concerné par des catégories de patients peu aptes à être ultérieurement réintroduits dans les circuits « normaux » de production/consommation ;
- l'apparition, aux alentours de 1955, de divers médicaments permettant sinon de guérir, tout au moins de stabiliser suffisamment certains types de patients, pour leur permettre de mener une existence convenable hors des murs de l'asile (pour peu qu'une assistance à domicile ou en dispensaire leur soit assurée).

Ces différents facteurs vont amener à « désinstitutionnaliser » la santé mentale. La désinstitutionnalisation est un processus complexe comprenant à la fois la fermeture des hôpitaux psychiatriques et la mise en place d'un solide réseau de structures implantées dans la communauté pour répondre aux attentes des patients. Il s'agit en quelque sorte de subvenir aux besoins des malades mentaux dans un cadre non-institutionnel. Cette mesure va être mise en œuvre progressivement au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle en Amérique du Nord et dans la plupart des pays européens. C'est donc à la fois vers une intégration des soins de santé mentale dans le tissu social, corrélativement à une disparition de l'ancien asile, que tendent le Mental Health Act anglais de 1959, la circulaire ministérielle française de mars 1960 préconisant la politique de sectorisation et le Community Mental Health and Retardation

Act de 1963 qui est à la base de la création aux Etats-Unis des Community Mental Health Centers.

Mais, le flou encadrant la nature exacte du dispositif de soins futurs et son mode de financement, ainsi que la crise économique des années 70, aboutiront à un remodelage des dispositifs de santé mentale et à un relatif échec des dispositifs de désinstitutionnalisation des malades mentaux.

Il va donc être possible de distinguer deux types de géographies de l'offre de soins en santé mentale :

- une **géographie asilaire** portant sur un petit nombre de services de grande taille dispersés sur les territoires nationaux, en place jusqu'à la deuxième moitié du XXIème siècle ;
- et une **géographie post-asilaire** ou de la désinstitutionnalisation suivant la réforme des soins de santé mentale des années 60-70 en Europe et aux Etats-Unis.

La géographie asilaire

La géographie des dispositifs de soins, apparue essentiellement en Amérique du Nord autour des années 60, s'est ouverte très tôt à la problématique de la localisation, de l'utilisation et de l'accessibilité des services psychiatriques. Ainsi, G.F. PYLE⁵⁰, dans un article retraçant la géographie médicale américaine des années 50 aux années 80, décrivait les « aspects spatiaux de l'utilisation des services de santé mentale comme une spécialité émergente dans la géographie médicale ».

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

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

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

⁵⁰ PYLE Gerald F., *Three Decades Of Medical Geography In The United States*, In Neil D. Mcglashan And John R. Blunden (Eds) *Geographical Aspects Of Health: Essays In Honor Of Andrew Learmonth*, 1983, (Academic Press: London), pp. 81-101.

Les recherches géographiques sur l'utilisation des services

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

La raison principale de cette ouverture précoce à la problématique de l'utilisation des services psychiatriques semble être d'ordre historique, dans la mesure où les chercheurs américains intéressés par ce domaine n'ont pas tardé à découvrir chez un médecin aliéniste du milieu du XIX^{ème} siècle, E. JARVIS, des intuitions et une problématique rejoignant leurs propres préoccupations.

L'idée principale d' E. JARVIS était la suivante : « la distance de la résidence d'une personne à un service de santé mentale est inversement proportionnelle à la probabilité d'utiliser ou d'être admis dans le service, suggérant que ceux qui vivent proches d'un asile pourraient le « sur-utiliser » et qu'une sous-utilisation serait croissante avec l'éloignement de l'asile »⁵¹. On parlera de « loi de JARVIS ». Ses premières observations ont été faites sur l'hôpital psychiatrique de Worcester dans le Massachussets et les admissions recensées entre 1832 et 1849. Il calculait un ratio de patients admis par comté. Selon lui, les taux d'admission par comté déclinant avec la distance étaient la preuve d'un effet significatif de la distance sur l'utilisation des services. Il réalisa les mêmes observations dans onze autres états.

Les analyses proposées dans ce cadre sont quantitatives et utilisent des modélisations spatiales. Les observations d'E. JARVIS ont été retrouvées dans de nombreux pays tels que le Danemark⁵², la Pologne⁵³, la Zambie⁵⁴, le Canada⁵⁵ ou encore l'Etat du Mississippi⁵⁶.

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

⁵¹ HUNTER John M., SHANNON Gary W., *Rings of madness : service areas of 19th century asylums in North America*, *Science social and médecine*, vol. 23, n°5, 1985, pp. 1033-1050

⁵² BILLE M., *The influence of distance on admissions to mental hospitals*, *Acta Psychiatria Scandinavia, Supplementum*, vol. 169, n°39, 1963, pp. 226-233

⁵³ SLUPCZYNSKA E., *The influence of the distance between a hospital and a patient's domicile on the frequency of admissions to psychiatric hospitals*, *Psychiatria Polska*, vol. 9, 1975, pp. 255-262

⁵⁴ HAWORTH A., *The distance factor in the use of psychiatric facilities*, *Medical Journal of Zambia*, vol. 15, 1980-1981, pp. 6-9

⁵⁵ JOSEPH A. E., *The referral system as a modifier of distance decay effects in the utilization of mental health care services*, *Canadian Geographer*, vol. 23, 1979, pp. 159-169

⁵⁶ PRUE D. M. et al., *An analysis of distance variables that affect aftercare attendance*, *Community Mental Health Journal*, vol. 15, 1979, pp. 149-154

Les travaux de J.M. HUNTER⁵⁷ et G.W. SHANNON⁵⁸ à partir des données d'admission à l'hôpital d'Etat du Massachussets en 1850 en font partie. Les taux d'admission calculés par E. JARVIS ont été transformés en taux standardisés pour 100 000 habitants. La structure des taux d'admission a confirmé les observations d'E. JARVIS. Le comté de Worcester, lieu d'implantation de l'hôpital avait le plus fort taux, suivi des comtés de Norfolk et Hampshire, adjacents à Worcester. Certains comtés plus éloignés, comme Hampden présentaient des taux d'admission supérieurs à des comtés plus proches comme Franklin, mais ces exceptions s'expliquaient en grande partie par le développement différencié des transports dans ces zones et des liaisons plus ou moins directes avec Worcester. Bien que E. JARVIS ne l'ait pas reconnu, spécifiquement, pour l'Etat du Massachussets, il avait émis l'hypothèse selon laquelle « les infra-structures de transports, voies navigables, canaux, voies ferrées et autoroutes..., rendent les communications plus faciles et diminuent virtuellement la distance à l'hôpital »⁵⁹, augmentant ainsi le ratio de patients envoyés par les comtés reliés de la sorte.

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

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

⁵⁷ HUNTER et al., 1984, *Exercises on distance-decay using mental health historical data*, Journal of Geography, vol. 83, pp. 277-285

⁵⁸ HUNTER John M., SHANNON Gary W., *Jarvis revisited : distance decay in service areas of mid-19th century asylums*, Professional Geographer 1985, vol. 37(3), pp.296-302

⁵⁹ JARVIS E., *The influence of distance from and proximity to an insane hospital, on its use by any people*, The Boston Medical and Surgical Journal, vol. 42, 1850, pp. 333-364

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

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

- De ses propres recherches, C.J. SMITH⁶⁰ conclut que les patients déficients mentaux n'ont pas plus de risque d'avoir un **recours plus fréquent** s'ils vivent près d'un service de santé mentale que s'ils en vivent loin.
- C. PHILO⁶¹ insiste sur le fait que la **nature des services fournis** n'est pas problématisée dans l'argumentation de E. JARVIS : les usagers des services de santé mentale sont considérés comme des atomes obéissent aux lois mécaniques du mouvement, ou collectivement constitués comme des surfaces de demandes sur lesquelles les géométries de l'offre de soins (actuelle et idéale) pourraient se superposer.
- Dans la même perspective que C. PHILO, M. DEAR⁶², dans un article de 1977, met en évidence le fait que les patients n'utiliseront pas toujours le service qui est le plus proche de leur domicile ; dans la mesure où ces derniers pensent parfois qu'un service plus éloigné proposera un meilleur service ou encore que ce service sera plus propice à sauvegarder la confidentialité sur leurs difficultés psychiques. Pour cet auteur, la demande de soins de santé mentale est fonction des **caractéristiques du service fourni** (politique de recrutement des patients, qualité et type, cadre physique, capacité et taille, coût des services fournis), des **caractéristiques des usagers** (caractéristiques démographiques, niveau de ressources, niveau d'éducation, religion, appartenance

⁶⁰ SMITH C.J., *Distance and the location of community mental health facilities : a divergent viewpoint*, *Economic Geography*, 1976, vol. 52, pp. 181-191

⁶¹ PHILO Chris, *From distributions of deviance to definitions of difference : past and future mental health geographies*, *Health and Place*, vol. 6, 2000, pp.137-157

⁶² DEAR Michael, *Locational factors in the demand for mental health facilities*, *Economic Geographer*, 1977, 53, pp.223-240

ethnique, type de symptomatologie) et de la **localisation des services** (distance physique, localisation par aire de desserte, distance sociale, localisation relative).

- L'étude canadienne de A.E. JOSEPH et J.L. BOECKH⁶³ vise justement, à préciser le rôle de la distance en matière d'utilisation de soins de santé mentale selon les **diagnostics** des patients. Les résultats font apparaître une très faible décroissance du recours aux soins en fonction de la distance pour les patients du groupe des cas les plus graves (schizophrénies, psychoses maniaco-dépressives, états paranoïdes et autres psychoses), une plus grande sensibilité à ce facteur pour le groupe de gravité moyenne (névroses, alcoolisme, autres troubles non psychotiques) et une nette diminution de la demande de soins liée à l'éloignement pour les patients non hospitalisés.

- Une autre étude canadienne de A.E. JOSEPH⁶⁴ va s'attacher, quant à elle, à isoler, dans la fréquentation d'un hôpital canadien, l'effet de la distance de l'effet des **acteurs intervenant dans l'orientation des patients** (médecins généralistes, services sociaux, familles...) vers le dispositif psychiatrique spécialisé (prise en considération par ces agents de l'éloignement du lieu de traitement psychiatrique).

⁶³ JOSEPH A.E., BOECKH J.L., *Locational variation in mental health care utilisation dependent upon diagnosis : a canadian example*, Social Science and Medicine, vol. 15 D, 1981, pp. 395-404

⁶⁴ JOSEPH A.E., *The referral system as modifier of distance decay effects on the utilisation of mental health care services*, Canadian Geographer, vol. XXIII, n°2, 1979, pp.159-169

Les chercheurs ayant concentré directement leur approche géographique sur les processus de localisation des services de santé mentale sont plus rares. Après cette revue de la recherche géographique sur l'utilisation des services de santé mentale, sont donc présentées maintenant plusieurs études géographiques centrées plus spécifiquement sur le processus de localisation de ces grandes institutions sanitaires du XIX^{ème} siècle.

Recherches géographiques sur les processus de localisation

Les études d'utilisation des services présentées précédemment font allusion à la manière dont les planificateurs vont localiser les équipements à des intervalles spatiaux convenables de façon à ne pas empiéter sur les zones desservies par les établissements voisins. C'est ce que fait E. JARVIS quand il argumente qu'un petit nombre d'asiles dispersés géographiquement, servent de relativement discrètes aires de recrutement.

Selon C. PHILO⁶⁵, cette forme de pensée spatiale scientifique a provoqué un nombre de déclarations normatives sur les localisations que les équipements devraient avoir les uns par rapport aux autres.

Dans les années 60-70, impulsée par la révolution quantitative à l'intérieur de la discipline géographique au sens large, ces premières études ont utilisé des méthodes quantitatives et des modèles spatiaux afin de proposer une localisation optimale de ces équipements.

Les modèles de localisation-affectation

J.R. BEAUMONT et A.J. SIXMITH⁶⁶ ont ainsi cherché à utiliser des modèles de localisation-affectation⁶⁷, spécifiant les possibles distributions d'équipements étant données les populations pré-existantes et les contraintes de taille institutionnelle et de coût.

⁶⁵ PHILO Chris, *Across the water : reviewing geographical studies of asylums and other mental health facilities*, Health and Place, vol. 3, n°2, 1997, pp.73-89

⁶⁶ BEAUMONT J.R., SIXMITH A.J., *Elderly severely mentally infirm (ESMI) units in Lancashire : an assesment of ressource allocation over space*, Planning and Analysis in health care systems, London Papers une Regional Science, n°13, ed. m. Clarke, Pion, Londres, 1984

SIXMITH A.J., *Locating mental health health facilities : a case study*, in SMITH C.J., GIGGS J.A., *Location and stigma : contemporary perspectives on mental health and mental health care*, Unwin Hyman, Londres, 1988, pp. 175-202

La théorie des lieux centraux

G.W. SHANNON et G.E.A. DEVER⁶⁸ ont commenté les implications en termes de planification de la loi de JARVIS, en les reliant à la théorie des lieux centraux⁶⁹ lors de la conceptualisation fonctionnelle spatiale du système de soins de santé. Cette position a cependant été rapidement critiquée par L. MAYHEW⁷⁰, argumentant que les conditions requises dans la théorie des lieux centraux n'étaient pas respectées ici du fait du faible débit hospitalier⁷¹.

Ces déclarations normatives ne peuvent constituer la seule explication des localisations observées. Différentes études vont s'attacher à montrer quels sont les autres facteurs entrant en compte dans le processus de localisation des institutions psychiatriques du XIX^{ème} siècle.

Des modèles alternatifs à la localisation des hôpitaux psychiatriques

Une sélection d'études et de méthodologies analysant spécifiquement ce processus est présentée ici. Cette sélection n'est pas exhaustive, certaines références bibliographiques n'ayant pu être retrouvées dans les délais impartis, dont la collection éditée par C.J. SMITH et J.A. GIGGS⁷² qui cherchaient à montrer la nécessité d'adopter une sensibilité géographique dans les travaux relatifs à la santé mentale. A défaut d'être exhaustive, l'objectif de cette sélection est de présenter les différentes orientations, méthodologies utilisées par les géographes pour analyser les processus de localisation des institutions asilaires.

⁶⁷ Les modèles de localisation-affectation s'intéressent à la localisation optimale des activités, ils reposent sur la théorie de Weber qui associe la localisation optimale d'une activité à celle qui minimise le coût total de transport. Ces modèles déterminent à la fois la localisation optimale du service et l'aire de recrutement. Cf. MERENNE-SCHOUMAKER, *La localisation des industries, mutations récentes et méthodes d'analyse*, Paris, Nathan, 1996.

⁶⁸ SHANNON G.W., DEVER G.E.A., *Health care delivery : spatial perspectives*, Mc graw-Hill, New York, 1974

⁶⁹ La théorie des lieux centraux, formalisée par Christaller et Lösch, cherche à expliquer le nombre, la taille et l'espacement des villes. Elle s'appuie sur une définition de la ville qui en fait essentiellement un centre de distribution de biens et de services pour une population dispersée, et sur des principes d'optimisation. Pour plus d'informations sur cette théorie :

PUMAIN Denise, SAINT JULIEN Thérèse, *Les interactions spatiales*, Armand Colin, Cursus Géographie, 2001, 191 p.

MERENNE-SCHOUMAKER Bernadette, *La localisation des services*, Nathan Université, Géographie d'aujourd'hui, 1996, 191 p.

⁷⁰ MAYHEW L., *Urban hospital location*, Allen et Unwin, Londres, 1986.

⁷¹ Ces trois dernières références bibliographiques n'ont pu être trouvées dans les délais impartis et ne peuvent être développées davantage ici.

L'interdépendance localisationnelle des services

La première étude présentée ici est américaine, elle a été réalisée par A.N. WHITE⁷³ en 1979, qui infirme que la localisation des services publics répond uniquement à des critères d'accessibilité pour la population et privilégie l'hypothèse de la recherche d'une interdépendance fonctionnelle et localisationnelle des services.

A.N. WHITE part du principe, qu'exceptés les services d'urgence, la majorité des services publics de santé nécessitent que les individus se déplacent vers l'équipement pour utiliser les services disponibles⁷⁴. A partir de là, l'utilisation des services peut être traitée comme un problème d'interaction spatiale, l'individu évaluant son besoin et le nombre de voyages qu'il est prêt à faire en fonction à la fois de la valeur et de l'attractivité du service, mais aussi des coûts de déplacement engendrés⁷⁵. Pour une catégorie de service simple, les bénéfices associés à un modèle de localisation sont donc fonction du nombre d'individus susceptibles de consommer les services proposés. Les critères d'évaluation pour la localisation se résument alors à l'estimation de l'effet de la distance sur le niveau d'utilisation du service⁷⁶. Dans beaucoup de cas, cette mesure est simplement une transformation linéaire de la distance du temps de trajet nécessaire, dans d'autres cas, des efforts sont faits pour mesurer les coûts directs ou indirects du trajet et leurs interactions⁷⁷. C'est une approche du critère d'accessibilité, entendue ici comme la facilité avec laquelle l'interaction se fait entre demandeurs ou utilisateurs et un ou plusieurs équipements⁷⁸. Les services sont souvent examinés indépendamment des autres services. Cette démarche était peut-être valable à une époque où l'offre était limitée, en termes de nombre et de diversité des structures proposées, mais à la fin des années 70, avec le développement des secteurs privés, associatifs, mais aussi médico-sociaux, ce discours n'est plus valide. A.N. WHITE va donc centrer son analyse sur l'interdépendance des différents services (services sanitaires et sociaux, services de santé

⁷² SMITH C.J., GIGGS J.A., *Location and stigma : contemporary perspectives on mental health and mental health care*, Unwin hyman, Londres, 1988

⁷³ WHITE Andrew N., *Accessibility and public facility location*, Economic Geography, 55, pp.18-35, 1979

⁷⁴ TEITZ M., *Towards a theory of urban facility location*, Papers of the regional science association, n°13, 1968, pp. 35-51

⁷⁵ MORILL R., KELLEY M., *The simulation of hospital use and the estimation of locational efficiency*, Geographical analysis, vol. 2, 1970, pp.283-300

⁷⁶ SHANNON G. et al., *The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care*, Medical care review, n°26, 1969, pp. 143-161

⁷⁷ REVELLE Charles C., SWAIN R., *Central facilities location*, Geographical Analysis, vol. 2, 1970, pp.30-42

⁷⁸ INGRAM D., *The concept of accessibility : search of an operational form*, Regional studies, n°5, 1971, pp.73-76

mentale et services somatiques...). Selon lui, l'interdépendance fonctionnelle des services trouve souvent une expression spatiale, qu'il appelle interdépendance localisationnelle. Celle-ci va produire des modèles spatiaux de concentration ou de groupement de services, cette proximité géographique renforçant d'autant leur proximité fonctionnelle.

A.N. WHITE va utiliser plusieurs techniques d'analyse spatiale pour tester l'influence relative de l'accessibilité sur le critère de localisation des services et déterminer les degrés de dispersion et de concentration des services. La notion selon laquelle les équipements publics sont localisés conformément au critère d'accessibilité des usagers peut être testée en déterminant si les modèles de localisation sont dispersés en forme de la demande, c'est à dire montrent des aménagements uniformes ou aléatoires en respect avec la distribution de la demande. Ces analyses doivent être resituées dans le contexte de l'époque, c'est à dire, compte tenu des difficultés pour obtenir ou estimer les distributions de la demande et de l'incapacité des techniques courantes à examiner les modèles spatiaux ou de localisation et à produire des mesures pour souligner les distributions non-uniformes de la demande. Etant données ces contraintes, les analyses spatiales ont été définies relativement à la population totale des zones d'étude et ont supposé une distribution uniforme de la demande.

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

- L'analyse du semis de points

L'analyse de la forme du semis de points (ou du plus proche voisinage) utilise une démarche probabiliste et compare la distribution des points (ici les équipements) observés avec une distribution de référence, ici aléatoire. La distance moyenne entre les points observés et leurs plus proches voisins est calculée, cette valeur est ensuite comparée avec la distance moyenne calculée entre les points générés aléatoirement par la distribution théorique. Le résultat est un index R de plus proche voisin, mesurant l'écart entre la distribution observée et la distribution théorique aléatoire. Ces valeurs sont comprises entre 0 (modèle parfaitement regroupé) et 2,1491 (modèle parfaitement uniforme ou dispersé), un index proche de 1 signifie que le

modèle est aléatoirement réparti, et donc correspond au critère d'accessibilité. La significativité du modèle peut être testée statistiquement avec les tests de Student ou z (loi normale centrée réduite) selon la taille de la population.

- L'analyse quadrat

L'analyse quadrat (ou de carroyage) peut être utilisée pour vérifier les résultats de l'analyse précédente en indiquant quelle forme fonctionnelle de distribution des fréquences représente un modèle donné de points. L'analyse de carroyage nécessite une partition de l'aire d'étude en unités échantillonnées dont les tailles et formes spécifiques sont déterminées par le type de distribution qui est testée. Pour tester une distribution aléatoire (correspondant dans le cas présent à la notion de critère d'accessibilité), on utilisera la loi de Poisson, pour tester une distribution fortement concentrée, on utilisera une loi binomiale négative⁷⁹. Les analyses menées par A.N. WHITE montreront souvent que la meilleure représentation de la distribution des équipements observée se trouve être une loi Polya-Aeppli. Une grille de mailles est donc posée sur le semis de points. Les points observés sont transformés en fréquences du nombre de mailles ayant un nombre donné de points par maille. Cette distribution des fréquences observées peut être directement examinée pour son degré de dispersion à travers son ratio variance-moyenne. Si le ratio est inférieur à 1, on parlera de distribution uniforme ou régulière, s'il est égal à 1, de distribution aléatoire, et s'il est supérieur à 1 de concentration géographique. Une méthode plus robuste d'analyse est également proposée avec le Khi-deux pour tester si la distribution observée des fréquences est proche ou pas d'une distribution théorique correspondant à des degrés de dispersion ou de concentration.

Une conclusion raisonnable peut être tirée de ces analyses : l'accessibilité des services publics aux usagers ne peut pas être considérée comme le seul critère expliquant la localisation des services. Les deux types d'analyse ont montré que les services de santé et ceux de santé mentale en particulier suivent régulièrement des modèles plus concentrés que dispersés.

⁷⁹ Pour plus de précisions sur ces lois statistiques, le lecteur pourra, se reporter par exemple à : SAPORTA G., *Probabilités, analyse de données et statistiques*, Editions Dunod, 1990

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

- Les analyses de co-localisation

Les analyses de co-localisation⁸⁰ supposent que le lien entre deux phénomènes est de nature à engendrer des co-localisations, les contraintes de proximité étant maximales. La démarche consiste à repérer les covariations spatiales de deux ou plusieurs phénomènes et à s'interroger sur l'antériorité de l'un (ou des uns) par rapport à l'autre, et sur la possible influence de l'un sur l'apparition de l'autre. L'hypothèse de base est que le voisinage immédiat d'un phénomène a pu intervenir dans l'apparition d'un autre phénomène (ici la proximité d'un autre service de santé ou d'un service d'une autre nature). A.N. WHITE a ainsi montré des co-localisations entre services de santé mentale entre eux, mais aussi avec les services sociaux. Les équipements de santé mentale et d'aide sociale apparaissent localisés dans des modèles non-centraux et regroupés.

A.N. WHITE infirme donc que les services sont localisés en fonction de quelques critères de maximisation de l'accessibilité pour le client. Il argumente, à la place, que les distributions existantes, généralement plus concentrées que dispersées, surviennent en raison de la tendance des établissements à s'installer les uns à côté des autres, dans l'espoir de capitaliser une chaîne d'interactions économiques, sociales et organisationnelles rendues possibles par la « co-localisation »⁸¹. L'approche de A.N. WHITE touche pour une fois une perspective « comportementale » de la décision localisationnelle, incluant les déclarations qualitatives des planificateurs sur les liens administratifs rendus possibles par des sites particuliers plutôt que d'autres. Mais il en dit peu sur le contenu précis de ces décisions particulières. En fait, sa

⁸⁰ PUMAIN Denise, SAINT-JULIEN Thérèse, *L'analyse spatiale : Tome 1 – Localisations dans l'espace*, Armand Colin, Cours Géographie, 1997, 167 p.

⁸¹ Les approches de la sociologie organisationnelle, via les concepts et les outils des « réseaux sociaux » peuvent constituer ici une grille d'analyse particulièrement pertinente, se reporter notamment à : LAZEGA E., *Analyse de réseaux et sociologie des organisations*, Revue française de sociologie, vol. XXXV, 1994, pp. 293-320

recherche porte une attention insuffisante aux sources primaires, comme les rapports de débats publics, documents consultatifs, comptes-rendus de séminaires, notes de service, lettres ou articles de journaux locaux, qui pourraient éclairer plus précisément la pensée des décideurs quand à leur choix de localiser les services dans tels ou tels lieux et de les y concentrer. A.N. White n'a jamais traité du contenu substantiel de ces pensées officielles et non officielles, ce qu'a fait C. PHILO dans sa géographie historique du « business de la folie⁸² » du XIX^{ème} siècle en Angleterre⁸³.

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

C. PHILO va chercher à interroger les processus à la base des décisions politiques, à travers la lecture détaillée des quarante premiers numéros de l'Asylum Journal (soit de 1853 à 1862). Pendant les premières années de son existence, les « mad-doctors », futurs psychiatres, ont utilisé l'Asylum Journal pour élaborer un discours médico-moral qui a eu d'importantes implications sur la géographie asilaire du XIX^{ème} siècle. C. PHILO va extraire de ces articles les arguments avancés en faveur d'une séparation spatiale du « fou » du reste de la société.

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

Ainsi, dans un des articles, le Dr J. CONOLLY explique le besoin de séparer les cas récents de folie des influences « dérangeantes » de la maison, de la famille et des amis. Selon lui, « toutes les associations et influences en lien avec le foyer sont perverties, la consternation et même l'affection de l'entourage amènent à une indulgence ou des concessions blessantes, à la

⁸² Par « business de la folie », Philo cherche à identifier la grande diversité des institutions qui ont accueilli le « fou », le « malade mental » à différentes époques et dans différents lieux.

perte de tout contrôle et à une irritation de l'esprit, rendant l'éventuelle guérison plus difficile, voire impossible »⁸⁴. Garder les patients à domicile était donc clairement vu comme une erreur, mais la solution n'était pas, à cette époque, de les envoyer à l'hôpital général, principalement en raison des difficultés et nuisances qu'ils auraient pu causer à l'équipe soignante et aux résidents physiquement malades de l'établissement.

D'autres auteurs argumentaient pour la séparation des malades mentaux et des pauvres⁸⁵. J.C. BUCKNILL appelait cela le principe d'isolement et suggérait que celui-ci pouvait être étendu à la détention du « fou » dans des espaces spéciaux pour l'isolement occasionnel de patients particulièrement agités à l'intérieur des asiles : « Ayant isolé les internés de l'asile du tumulte de la société au sens large, sur quel principe pourrait-il être soutenu qu'aucun d'entre eux a besoin, à un moment, d'être écarté du tumulte de la société fondée dans l'asile même... »⁸⁶.

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

Un autre médecin, J. MUNDY⁸⁷, anticipant les plus récentes suggestions de soins dans la communauté, proposait un système de petites maisons ou pavillons ("cottage system") basé sur le modèle de la colonie de Gheel en Belgique, plutôt que ces grandes institutions asilaires, mais ses idées n'ont pas été acceptées à l'époque.

⁸³ PHILO Chris, "Fit localities for an asylum" : the historical geography of the nineteenth-century "mad-business" in England as viewed through the pages of the *Asylum Journal*, in *Journal of Historical Geography*, 13,4, 1987, pp. 398-415

⁸⁴ CONOLLY J., *On residences for insane*, *Journal of Mental Science*, vol. 5, 1859, p.412

⁸⁵ Du reste, la population des « pauvres » ou des « errants » a pendant très longtemps été englobée dans celle des malades mentaux (voir par exemple les différents chapitres de l'ouvrage de FARGE A., LAE J-F, CINGOLANI P., MAGLOIRE F., *Sans visages. L'impossible regard sur le pauvre*, Paris, Bayard, 2004). En témoigne également la veine d'études reposant sur la psychologie qui a porté sur les « errants » et « les clochards » dans la première partie du 20ème siècle : de l'eugénétique prônée en vertu d'une faiblesse psychologique innée et transmissible, aux déterminants psychiatriques multiformes de l'errance – *neurasthénie, dromomanie, schizophrénie, perversion...* – en passant par d'hypothétiques stratégies de vie fondées sur l'immaturation ou la paresse (voir les travaux cités dans VEXLIARD A., *Le clochard. Etude de la psychologie sociale*, 1957, réédition en 1998, Paris, Desclée de Brouwer).

⁸⁶ BUCKNILL J.C., *On the employment of seclusion in the treatment of insane*, *Asylum Journal*, vol. 1, 1855, p.187

⁸⁷ MUNDY J., *Five cardinal questions on administrative psychiatry*, *Journal of Medical Science*, vol. 7, 1861, pp.343-370

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

Ces arguments plaidaient pour la construction d’établissements à la campagne, dans un environnement calme et serein. Mais ce point de vue n’était répandu à la fin du XVIIIème et au début du XIXème siècle. Nombre d’asiles avaient été construits dans des localisations urbaines qui allaient à l’encontre des enseignements du discours “médico-moral”. Certains auteurs du journal suggéraient de débattre à propos de “ces hôpitaux situés malencontreusement au cœur des villes et dans lesquels le système moderne du traitement moral était impraticable”⁸⁸ du fait de l’absence d’isolement, de terrain de loisirs et d’exercices journaliers, et du recours continu aux camisoles, sangles et liens de la “contrainte mécanique”⁸⁹. La seule façon de dépasser ces difficultés apparaissait alors d’abandonner les anciennes constructions et d’en ériger de nouvelles dans des sites convenables. Certains établissements ont ainsi été relocalisés, au moins pour une partie de leurs activités, dans des champs verts, spacieux, en dehors des limites de la ville. C’est le cas notamment des hôpitaux de Birmingham, Liverpool, Manchester, Nottingham et Stafford.

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

⁸⁸ Anonymous, *The accumulation of chronic lunatics in asylums : questions of further accomodation*, Asylum Journal, vol.1, 1855 , p. 194

⁸⁹ CONOLLY J., *Third notice of the eighth report of the commissioners in lunacy*, Asylum Journal, vol. 1, 1854, p.164

Au delà de ces dimensions hygiéniques et médicales de la localisation de l'asile, il est nécessaire de considérer les dimensions manifestement plus "morales", en particulier celles associées à la possession de terrains étendus. Ces propriétés étaient considérées comme bénéfiques, permettant aux patients de se promener. Mais ces terres répondaient aussi à un objectif économique, devant permettre l'emploi agricole et horticole de nombreux internés de l'hôpital : "Dans tous les cas, il apparaît désirable, d'un point de vue économique, que le terrain soit suffisant pour la production de végétaux, de lait et d'une partie du beurre, nécessaire à l'usage de l'établissement"⁹⁰. Certaines critiques apparaissent par ailleurs envers certains établissements ayant privilégié l'entreprise agricole au détriment du traitement "médico-moral".

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

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

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

⁹⁰ THURNAM J., *Statistics of land attached to the county asylums of England*, Asylum Journal, vol. 1, 1853, p.7. Nous pouvons constater que nous retrouvons ici, comme dans la majorité des institutions totales (au sens Goffmanien), l'importance de la continuité d'une forme de production économique (voir par exemple, pour les prisons, WACQUANT J.L.D., *Les prisons de la misère*, Editions Raisons d'agir, 1999).

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

Ces géographies ne sont pas produites par des logiques autonomes d'organisation spatiale, telle la théorie des lieux centraux avancée par G.W. SHANNON et G.E.A. DEVER⁹¹. Pour C. PHILO, ces géographies sont produites par des "actions localisationnelles créatives" profondément ancrées dans une toile mêlée de préjugés, intuitions, convictions, espoirs et craintes qui peuvent être discernées à travers une lecture attentive des publications de l'époque.

L'approche historico-herméneutique

Une approche critique de A.N. WHITE a été faite par M. DEAR, autre géographe américain, qui, privilégie quant à lui, une approche historico-herméneutique.

M. DEAR⁹² va rejeter l'approche « empirico-analytique » d'A.N. WHITE qui réussit seulement, selon lui, à décrire le niveau superficiel d'apparition des processus de localisation. M. DEAR va prôner une approche « historico-herméneutique⁹³ » qui interroge les relations entre la réalité empirique de la localisation des services publics et la structure sociale sous-jacente. La structure spatiale est interprétée comme une expression du processus social. Pour M. DEAR, la localisation des services est toujours ancrée dans le récit des structures socio-économiques du capitalisme occidental. D'où son insistance sur les dimensions politiques de la localisation et sur les manœuvres complexes entre administrateurs, planificateurs, politiques, leaders communautaires, professionnels de la santé mentale et usagers pour résoudre les conflits de localisation, qui sont généralement solutionnés au profit des intérêts des banlieues puissantes et favorisées. M. DEAR ne néglige pas pour autant les autres facteurs possibles de la ghettoïsation des services dans les centres-villes, tels que la disponibilité de terrains bon marché, la présence de propriétés reconvertibles, la « réserve » d'usagers vivant

⁹¹ SHANNON G.W., DEVER G.E.A., *Health care delivery : spatial perspectives*, New-York, McGraw-Hill, 1974

⁹² DEAR, 1978, *Planning for mental health care : a reconsideration of public facility theory*, International Regional Science Review, 3, pp.93-111, 1978

déjà dans le centre-ville, ou tout autre bénéfique interactionnel pouvant être gagné par la co-localisation. Il les considère comme des « éléments superficiels », eux-mêmes constitués par une plus profonde sélection des politiques de banlieue.

L'approche de M. DEAR reste cependant consignée dans une interrogation « structurelle » des intérêts croisés entretenus par les différents participants comme un résultat de positions différentes dans la matrice de la structuration des classes⁹⁴. Les agents humains pensants, actifs et créatifs sont convertis en de simples « porteurs des transformations structurelles » qui répondent sans bruit à la logique d'acier de la formation socio-économique prévalente⁹⁵.

- L'isolement et l'exclusion : deux principes universels

Accompagné de S. TAYLOR, M. DEAR⁹⁶ va ensuite orienter ses recherches vers une étude de l'isolement et de l'exclusion. Pour ces deux auteurs, « toutes les cultures semblent avoir eu leur « folie » et avoir trouvé des méthodes pour isoler la maladie mentale. Ces méthodes ont parfois été brutales (quand les malades étaient forcés à vivre enfermés dans des villes médiévales) et souvent bien intentionnées (comme le développement de l'asile, un lieu de refuge). Dans toutes les situations cependant, la réponse a été d'isoler et d'exclure ».

Cette perspective se retrouve dans les travaux de J. BOECKH qui affirme que « les soins ont été historiquement caractérisés pas tant comme un processus de traitement et de réhabilitation mais plutôt comme un processus d'isolement et d'exclusion⁹⁷ ».

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

⁹³ Ces deux approches, « empirico-analytique » et « historico-herméneutique » font référence aux travaux d'Habermas, cf. HABERMAS Jürgen, *Connaissance et intérêt*, Gallimard, 1990, 386 p. L'herméneutique peut être définie comme l'étude de l'interprétation et de la signification.

⁹⁴ DEAR Michael, *Social and spatial reproduction of the mentally ill*, in *Urbanization and Urban planning in Capitalist Society*, DEAR M., SCOTT A.J., Methuen, London, 1981

⁹⁵ Bien que relativement répandue, c'est là une vision particulière de la place et de la liberté de l'acteur par rapport aux institutions (proche du modèle du « holisme » décrit par Durkheim). Pour une étude approfondie sur cette problématique, le lecteur pourra se reporter à CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Edition du Seuil, 1977 qui analysent la place des acteurs au sein des entreprises vues comme des « constructions sociales ».

⁹⁶ DEAR M., TAYLOR S., *Not on our street : community attitudes to mental health care*, Pion, Londres, 1982.

⁹⁷ BOECKH J., *Property values and mental health facilities in metropolitan Toronto*, *Canadian Geographer*, 24, 1980, pp. 270-285

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

Pour C. PHILO, M. DEAR et S. TAYLOR n'auraient pas dû traiter de l'isolement et de l'exclusion comme s'ils étaient deux universaux qui opposeraient la folie à la non folie, comme s'il n'y avait rien de naturel et de pré-ordonné dans la ségrégation socio-spatiale de la folie. Cette ségrégation est davantage un accomplissement humain indélébile, mené par des groupes humains sur la base d'une représentation particulière de la folie comme une différence, parfois mauvaise, dangereuse et dérangeante, parfois comme illusion, blasphème et hérésie, parfois encore comme maladie, incapacité et détérioration. Les pratiques exclusionnaires doivent être opposées à la manière dont une société ségrégationniste pense la folie. On retrouve ici le message de M. FOUCAULT⁹⁸ qui cherche à clarifier les traitements passés de la folie en les situant dans le contexte des structures contemporaines de la perception. « Un fait est devenu, depuis longtemps, de la sociologie et de la pathologie mentale : la maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intérieur d'une culture qui la reconnaît comme telle »⁹⁹.

Une sensibilité similaire pour les connexions entre évolutions de la pensée et évolutions des traitements apparaît chez J. WOLPERT¹⁰⁰. Il montre comment l'« étrange », l'« handicapé », le « déviant » a été exclu de la société dans le courant du XIX^{ème} siècle, avec le développement du « traitement moral » qui voyait la folie comme un phénomène essentiellement psychologique demandant un régime spécifique de soins à travers l'asile. Cette nouvelle philosophie a encouragé une rationalisation de la dichotomie « nous/eux » et le développement de la distinction entre lieux normaux et lieux déviants. Par rapport à M. DEAR et S. TAYLOR, J. WOLPERT inscrit ici les caractères conjoncturels et humains de l'exclusion (plutôt que naturels et universels), appréciant le rôle des discours intellectuels tels que le « traitement moral », plus que les aversions et peurs floues de la société.

⁹⁸ FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1961, 308 p.

⁹⁹ FOUCAULT Michel, *Maladie mentale et psychologie*, PUF, Quadrige, 2002, 104 p.

¹⁰⁰ WOLPERT J., *Opening closed spaces*, *Annals of the Association of American Geographers*, vol. 66, 1975, pp.1-13

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

La première étude, réalisée par J. HUNTER, G. SHANNON et S. SAMBROOK¹⁰¹ considère l'asile comme une innovation thérapeutique et analyse sa diffusion spatiale sur le territoire américain. La seconde étude, réalisée par M. DEAR et J. WOLCH, se concentre davantage sur les liens entre localisation et urbanisation, à travers l'absorption des hôpitaux psychiatriques par la croissance démographique des villes, avec pour conséquence la création de « ghettos de services de dépendance ».

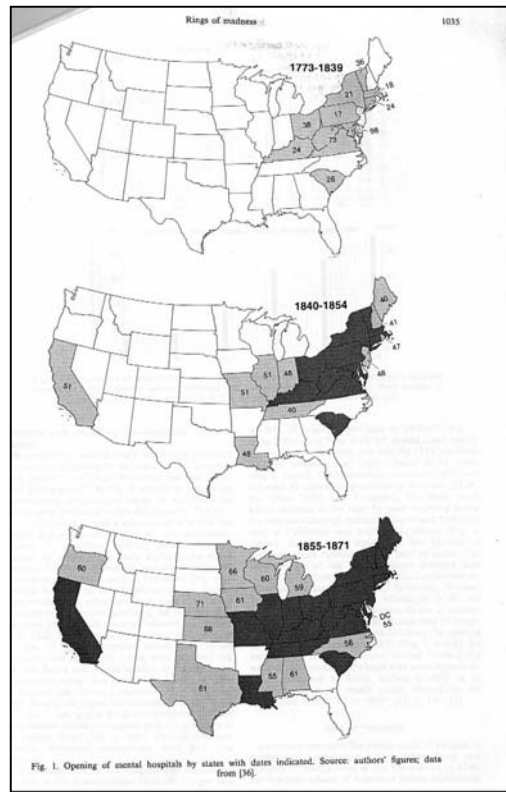
La diffusion spatiale d'une innovation thérapeutique

Le milieu du XIX^{ème} siècle a vu aux USA, l'émergence d'une innovation médicale majeure, à savoir la croissance des asiles pour malades mentaux d'Etat. Commencant dans le nord-est du pays, le phénomène s'est rapidement répandu vers l'ouest. Bien que leur analyse spatiale reste assez rudimentaire, J. HUNTER, G. SHANNON et S. SAMBROOK font partie des rares auteurs à envisager la diffusion spatiale des hôpitaux psychiatriques comme innovation thérapeutique.

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

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

Figure 6 : Diffusion spatiale de l'ouverture des hôpitaux psychiatriques aux Etats-Unis aux XVIIIème et XIXème siècles.



Source : HUNTER John M., SHANNON Gary W., SAMBROOK Stephanie L., *Rings of madness : service areas of 19th century asylums in North America*, *Social science and medicine*, vol. 23, n°10, 1986, pp.1033-1050

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

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

Des consignes de localisation ont été données par la nouvellement formée Association des directeurs médicaux d'hôpitaux en 1851 : "les hôpitaux psychiatriques devaient être placés à la campagne, pas à moins de deux miles d'une grande ville et situés près de routes principales pour faciliter la fourniture de biens et de services. S'il était construit à proximité d'une voie

¹⁰¹ HUNTER J., SHANNON G., SAMBROOK S., *Rings of madness : service areas of 19th century asylums in*

de chemin de fer, cependant, une localisation de l'asile à environ 10-12 miles d'une grande ville aurait été non-objectable »¹⁰².

Le processus entier a duré une décennie. Les hôpitaux étaient vus avec fierté comme “une classe de structures nobles qui avaient crû à travers le pays”¹⁰³. Plus tard, avec la taille croissante et les façades chargées, spécialement dans le nord-est des Etats-Unis, ils ont été connus pour être des “palaces de la pauvreté” et des “cathédrales de la folie”¹⁰⁴. Ces extérieurs grandioses dissimulaient en fait des intérieurs ternes et dénudés.

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

L'analyse spatiale de la diffusion de l'innovation thérapeutique constituée par l'asile reste ici très rudimentaire et ne fait pas appel aux modèles de diffusion développés par T. HÄGERSTRAND¹⁰⁵ dans les années 50 (diffusion par contagion ou par migration, hiérarchique ascendante ou descendante), cet aspect spatio-temporel de la diffusion des hôpitaux psychiatriques mériterait un approfondissement plus important.

Urbanisation et naissance des « ghettos de services de dépendance »

La dernière étude présentée sur la géographie “asilaire” aborde, quant à elle, les effets de l'urbanisation sur la localisation initiale des établissements psychiatriques et la création de ghettos de services de dépendance¹⁰⁶. Elle montre également comment interfèrent, dans le choix de site pour la construction d'un nouvel établissement, des considérations externes au champ sanitaire : considérations financières mais aussi militaires...

North America, Science social and medecine, vol. 23, n°5, 1985, pp. 1033-1050

¹⁰² KIRKBRIDE T. S., *On the construction, organization and general arrangements of hospitals for the insane*, Lindsay et Blakiston, Philadelphia, 1854.

¹⁰³ KIRKBRIDE T. S., *On the construction, organization and general arrangements of hospitals for the insane*, Lindsay et Blakiston, Philadelphia, 1854.

¹⁰⁴ DEUTSCH A., *The mentally ill in America : a history of their care and treatment from colonial times*, Doubleday Doran, New York, 1937

¹⁰⁵ HÄGERSTRAND T., *Innovation as a spatial process*, Chicago University Press, 1953

¹⁰⁶ Cette notion sera davantage développée dans la seconde partie sur la géographie post-asilaire.

A défaut de pouvoir documenter précisément la distribution spatiale des institutions de la fin du XIX^{ème} siècle, M. DEAR et J. WOLCH¹⁰⁷ rappellent les principes développés par les administrateurs institutionnels pour installer les services, dans la première partie du siècle dans la province d'Ontario au Canada. Leurs écrits suggèrent ainsi que trois facteurs ont guidé l'implantation des principaux services comme les asiles, prisons et hospices : les localisations devaient être séparées de la société urbaine, offrir un environnement de travail thérapeutique et productif et permettre aux institutions d'être auto-suffisantes à travers des activités industrielles ou agricoles sur site, d'où une localisation en dehors des villes.

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

La première prise en charge de la folie au Canada a été réalisée par les ordres religieux de Nouvelle France (actuelle province du Québec). Avant cela, les « fous » étaient généralement placés en prison. Sous la direction de la France, l'Hôtel Dieu de Québec a ouvert en 1639, pour le soin des indigents, des infirmes et des idiots. La première institution de la province pour la prise en charge de la folie a été construite à New Brunswick, en 1835, avec la transformation d'un hôpital converti à la prise en charge du choléra. La Province d'Ontario a suivi, en 1841, avec la construction de l'asile de Toronto dans une prison abandonnée de la ville. Cette localisation temporaire venait répondre à l'urgence des besoins et aux retards dans la sélection du site. La vieille prison, qui accueillait moins de 100 patients s'est vite trouvée inadéquate pour répondre à la demande des admissions. En 1846, l'aile est de l'ancien parlement à l'intérieur de la ville a été convertie en asile. A la même époque, ont été construits des asiles à la périphérie ouest de la ville. Quatre ans après son ouverture, l'établissement dépassait déjà ses capacités d'hospitalisation avec 376 patients présents pour 250 places. Afin de soulager cet encombrement de l'asile de Toronto, des succursales ont été ouvertes rapidement, à la fois dans la ville et en dehors. Une des caractéristiques de l'histoire des asiles en Ontario est la mesure dans laquelle les « succursales » asilaires ont proliféré, généralement en réponse à la surpopulation dans les institutions existantes. Des mesures ont été adoptées pour séparer les curables des incurables, certaines antennes se spécialisant dans

¹⁰⁷ DEAR Michael, WOLCH Jennifer, *Landscapes of Despair*, 1987, Polity Press, Cambridge, 306 p.

la prise en charge des « fous criminels ou dangereux », des « patients chroniques ». Mais ce système dual a été vivement critiqué et ne dura pas longtemps.

Les pratiques canadiennes dans la localisation des asiles tendaient à suivre celles déjà bien établies des américains et des britanniques. Bien que l'asile temporaire de Toronto et ses extensions aient été localisés dans la ville, le premier véritable asile était situé sur 25 hectares de terre à la périphérie ouest de la ville. L'Assemblée du Canada Supérieur avait conseillé que le site « soit élevé, disposant d'une perspective étendue des paysages environnants, à partir duquel les patients pouvaient regarder la campagne sans être trop près, de façon à ne pas être incommodés par les trop fréquentes approches de visiteurs ou d'étrangers imprudents ou manquant de considération. Il devrait contenir un terrain suffisant pour employer la totalité des malades dans quelques intéressantes et profitables occupations ».

En résumé, l'asile devait être à la campagne, mais pas trop éloigné d'un centre urbain ; disposer d'une vue plaisante et avoir des terrains suffisants pour le travail et les loisirs.

Le site de l'asile de Toronto, situé à trois miles à l'ouest du centre ville a finalement été retenu pour des raisons stratégiques militaires, sa localisation, sur une colline déversante, en faisait un point fort pour défendre la ville.

La plupart des succursales asilaires qui ont suivi Toronto ont observé de plus en plus un ensemble familial d'indicateurs localisationnels.

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

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

M. DEAR et J. WOLCH affirment finalement que cet englobement des sites par l'expansion des villes a fait que les établissements ont eu un recrutement plus local que celui

pour lequel ils étaient initialement désignés, les asiles ayant tendance à attirer les populations directement adjacentes. C'est la notion de « ghetto de services de dépendance » développée par les auteurs, associant dans une même zone une concentration spatiale de populations « dépendantes » et des équipements désignés pour les prendre en charge, cette ghettoïsation se poursuivant avec la désinstitutionnalisation.

La géographie post-asilaire

Avec le passage dans les années 70 de la fermeture d'asiles vers des lieux de soins basés dans la communauté dans le sillage de la désinstitutionnalisation, les géographes se sont tournés vers les services basés dans la communauté.

La désinstitutionnalisation est définie par BACHRACH¹⁰⁸ comme le remplacement des hôpitaux psychiatriques de long séjour par des services alternatifs de plus petite taille, moins isolés et basés dans la communauté. Elle consiste en trois mesures :

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

Comme le souligne P. DRURY¹⁰⁹, la désinstitutionnalisation est un processus avec beaucoup d'implications géographiques.

Les chercheurs géographes se sont interrogés sur les facteurs sous-tendants cette nouvelle et plus dispersée géographie de services de petite échelle et sur ce que cela signifiait pour la communauté et les patients¹¹⁰.

¹⁰⁸ BACHRACH L., *Deinstitutionalization : promises, problems and prospects*, in KNUDSEN H., THRONICROFT G., *Mental health service evaluation*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, pp. 3-18

¹⁰⁹ DRURY P., 1983, *Some spatial aspects of health service developments : the british experience*, in *Progress in Human Geography*, 7, pp.60-77

¹¹⁰ WOLPERT J., WOLPERT E., *The relocation of released mental hospital patients into residential communities*, 1976, *Policy sciences*, 7, 31-51

Jusqu'à la fin des années 90, la littérature géographique sur les aspects spatiaux de la désinstitutionnalisation a été dominée par les études conduites aux Etats-Unis et au Canada dans les années 80.

Les modèles américains et canadiens de géographies post-asilaires

Selon D. Dory¹¹¹, la première vague de ces travaux a été réalisée aux Etats-Unis à un moment où le processus de désinstitutionnalisation des malades mentaux rencontrait de sérieuses difficultés et aboutissait à maints effets pervers.

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

Le développement des « ghettos de services de dépendance »

M. DEAR et J. WOLCH¹¹² ont ainsi montré comment ces ghettos de services de dépendance étaient apparus dès le XIX^{ème}, du fait de la conjonction de plusieurs phénomènes :

- d'une part, la recherche de co-localisation fonctionnelle par certains services sociaux et sanitaires ;
- d'autre part, le recrutement finalement local de ces asiles à vocation pourtant régionale ;
- enfin, ces deux phénomènes ont été accentués par la tendance à l'urbanisation et l'engloutissement inexorable de ces anciens asiles ruraux par l'avancée de la frange urbaine.

¹¹¹ DORY Daniel, *Eléments de géopsychiatrie*, L'Harmattan, collection Géotextes, 1991, 284 p.

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

Un filtrage spatial informel des patients atteints de troubles mentaux

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

C'est de cette réalité que rendent compte J. WOLPERT, M. DEAR et R. CRAWFORD¹¹³ à partir de l'expérience californienne. Là comme ailleurs, l'implantation des structures extra-hospitalières présente des régularités frappantes. En effet, ces établissements (dispensaires, foyers de post-cure, hôpitaux de jour...) constituent des services publics non souhaités par la majorité des habitants du lieu d'implantation, et suscitent donc des actions de rejet. Il en résulte une concentration de ces services dans les zones habitées par les groupes urbains les plus démunis à la fois de pouvoir de protestation efficace et de ressources. Or, on sait également que les malades chroniques désinstitutionnalisés montrent une tendance très nette à se retrouver dans ces mêmes zones après des trajets plus ou moins compliqués. C'est là, dans le contexte urbain étudié, qu'ils trouveront les seuls logements bon marché auxquels ils peuvent prétendre, ainsi que l'indifférence de l'environnement social face à leurs éventuelles bizarreries¹¹⁴. En outre, la proximité de divers services médico-sociaux, fortement implantés dans ces quartiers, pourrait avoir pour effet d'y attirer encore davantage de patients dans une

¹¹² DEAR Michael, WOLCH Jennifer, *Landscapes of Despair*, 1987, Polity Press, Cambridge, 306 p.

¹¹³ WOLPERT Julian, DEAR Michael, CRAWFORD Randi, *Satellite mental health facilities*, Annals of the Association of American Geographers, vol.65, n°1, 1975, pp. 24-35

¹¹⁴ GOFFMAN E., *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, 1975, Editions de Minuit.

sorte de cercle vicieux dont l'aboutissement est la constitution d'un « asile sans murs » en remplacement de l'ancien hôpital psychiatrique.

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

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

Dans les pays anglo-saxons, des procédures de concertation préalables¹¹⁵ à l'implantation d'un service dans la communauté ont été mises en place pour accompagner la désinstitutionnalisation. La connaissance des déterminations de ces réactions hostiles de la part de certaines unités de voisinage était, au cours des années 70, d'une importance vitale pour les autorités sanitaires ayant en charge le processus de désinstitutionnalisation. En outre, ce phénomène était très largement à la base des localisations en grappe des services décentralisés pour les malades mentaux dans certaines zones du tissu urbain, ainsi que de leur quasi-absence dans d'autres. La littérature géographique en la matière est abondante, nous en citerons simplement quelques exemples.

Les études ont commencé à s'attaquer aux questions concernant les impacts de ces installations sur le voisinage environnant, explorant à la fois les impacts en valeurs propres et les effets perçus sur la vie sociale.

Les voisinages « acceptants » étaient plus souvent situés dans le centre-ville, occupé par des groupes plus pauvres, alors que les voisinages « rejetants » étaient plus souvent situés dans des banlieues familiales, plus affluentes, où les résidents étaient méfiants à l'égard des comportements non-conformistes¹¹⁶.

Une implication a été que les localisations des services de santé mentale ont été liées avec les géographies des impacts sur le voisinage et des attitudes de la communauté. L'existence d'une opposition des groupes de protestation des banlieues bien organisées possédant une

¹¹⁵ Ces procédures n'existent pas en France.

¹¹⁶ MOON Graham, *Is there one round here ? Investigating reaction to small-scale mental health hostel provision in Portsmouth, England*, in Location and Stigma : contemporary perspectives on mental health and mental health care, SMITH C.J., GIGGS J.A., 1988, Unwin Hyman, London, pp. 203-223

connaissance de la législation sur l'usage des terres a été un facteur important dans les décisions.

L'étude réalisée par G.B. HALL et A.E. JOSEPH¹¹⁷ sur la ville de Toronto en est un bon exemple. A partir d'une analyse des corrélations écologiques entre les distributions des équipements publics (services pour enfants, adultes handicapés, services psychiatriques) et les caractéristiques socio-démographiques des quartiers, les auteurs ont montré que ces différents services étaient en général plus abondants dans les quartiers avec un pourcentage élevé de ménages isolés et/ou un fort taux de chômage masculin. Les corrélations sont plus importantes pour les services adultes qu'enfants ou que pour les services psychiatriques. Ainsi, les services pour adultes handicapés apparaissent plus nombreux dans les quartiers avec l'une ou plusieurs de ces caractéristiques : faible nombre d'enfants, forte proportion d'adultes mariés, davantage de locataires, fort taux de chômage et forte mobilité de la population. Peu de corrélations apparaissent comme significatives avec la densité d'équipements psychiatriques, sauf si l'on distingue les services psychiatriques officiels des non officiels, l'implantation des premiers montrant davantage de corrélations significatives avec les caractéristiques socio-démographiques du quartier. Cette étude écologique confirme que les services aux personnes se concentrent dans des zones de « faible résistance », mais avec des différences selon le type de services.

C. PHILO¹¹⁸ parle à ce propos de politique d'évitement de conflit trouvant son origine dans le domaine des politiques locales, des discours et du pouvoir.

M. DEAR¹¹⁹ s'attache également à montrer les mécanismes de filtrage spatial qui aboutissent dans le cas d'une ville particulière à la concentration dans les zones les plus dégradées du tissu urbain des malades mentaux les plus désinstitutionnalisés ainsi que des services destinés à les prendre en charge. La nouveauté de son travail consiste à insister sur d'éventuels aspects positifs de cet asile sans murs où l'on rencontre moins de rejet que dans des localités socialement plus structurées.

¹¹⁷ HALL G. Brent, JOSEPH Alun E., *Group home location and host neighborhood attributes : an ecological analysis*, Professional Geographer, 1988, vol. 40, n°3, pp.297-306

¹¹⁸ PHILO Chris, *Across the water : reviewing geographical studies of asylums and other mental health facilities*, Health and Place, vol. 3, n°2, 1997, pp.73-89

¹¹⁹ DEAR Michael, *Psychiatric patients and the inner city*, Annals of the association of american geographers, 1977, vol 67, n°4, pp.588-594

L'espace : support, produit et enjeu de rapports sociaux¹²⁰

Il y a eu beaucoup de débats autour de la relation précise entre processus social et forme spatiale. M. DEAR et J. WOLCH partent du principe que la configuration géographique du paysage est un reflet concret des processus sociaux sous-jacents. Cependant cette traduction du social au spatial n'est ni une suite simple ou bien-ordonnée, ni la scène passive où se jouent les événements sociaux. Comme l'a observé A. GIDDENS¹²¹, « l'espace n'est pas une dimension vide le long de laquelle les groupements sociaux deviennent structurés, mais doit être considéré en terme de sa participation à la constitution des systèmes d'interaction ».

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

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

Cet impact réfléchi de l'espace sur la société peut être apprécié à travers différentes voies. Beaucoup de relations sociales sont nécessairement **constituées** à travers l'espace (par exemple, les relations de production dans les activités basées sur les ressources), d'autres relations sont **contraintes** par l'espace (comme l'inertie imposée par des environnements de constructions obsolètes) et finalement certaines relations vont être **médiatisées** par l'espace (incluant le développement de l'idéologie et des croyances locales).

¹²⁰ SALEM Gérard, *La santé dans la ville*, KARTHALA-ORSTOM, Collection « Hommes et Sociétés », 1998, 360 p.

¹²¹ GIDDENS A., *Time, space and regionalisation*, in GREGORY D., URRY J., Social relations and spatial structures, Macmillan, Londres, 1985

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

Les modèles européens de géographies post-asilaires

Cependant, comme le note G. MOON en 1988, il y a un manque de recherche comparative en dehors de l'Amérique du Nord pour évaluer l'universalité de l'expérience nord-américaine en matière de désinstitutionnalisation. Une des rares recherches publiées sur le sujet est la thèse de J. JONES¹²² qui propose une analyse comparative de la mise en place des réformes relatives à la prise en charge de la santé mentale et de leurs réalisations spatiales, en Grande-Bretagne et en Italie depuis 1950. Elle explore ainsi la restructuration sociale et spatiale des services de santé mentale dans deux villes : Sheffield pour la Grande-Bretagne et Vérone pour l'Italie. Elle montre pourquoi des géographies locales de ces services paraissent varier à travers l'espace, à la fois à l'intérieur des découpages nationaux et entre eux.

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

La recherche est guidée par deux buts :

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

Le premier objectif est relatif à la **mise en place effective d'une politique et d'une législation du niveau national au niveau local**. Il existe deux positions générales considérant la mise en place de la politique sociale, catégorisée comme étant soit « **top down** », processus descendant, soit « **bottom up** », du bas vers le haut entre les niveaux nationaux et locaux¹²³ (processus ascendant).

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

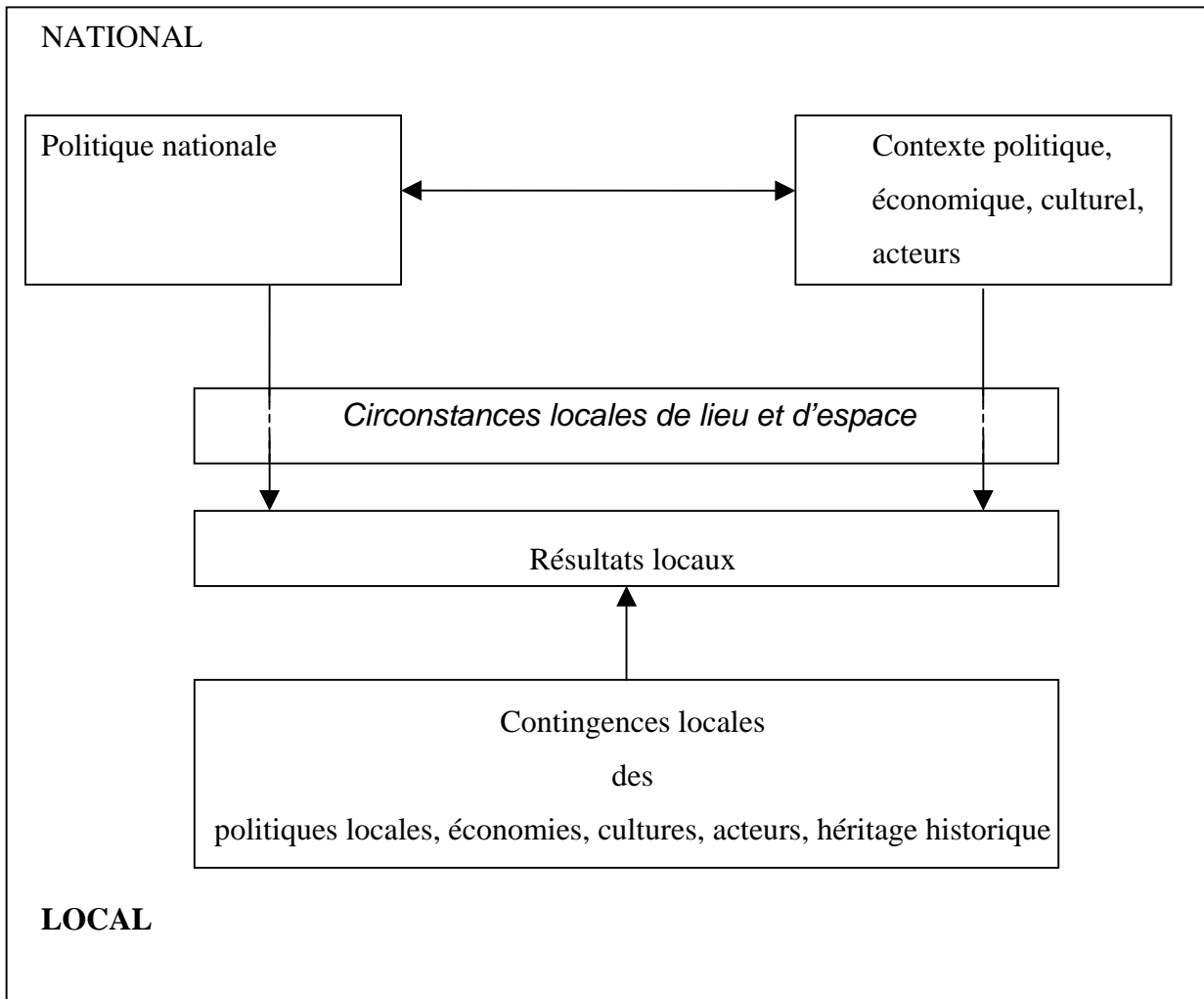
Savoir où sont situés les nouveaux services est intéressant, particulièrement dans la relation entre la localisation des équipements vis à vis des autres localisations. Mais cette recherche s'intéresse aussi au pourquoi et au comment de ces concrétisations spatiales et si les attributs d'un lieu particulier façonnent les détails précis de la manifestation de la déshospitalisation et de la désinstitutionnalisation dans une localité.

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

¹²² JONES Julia, *Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950 : a cross-national comparative study*, Health and Place, n°6, 2000, pp.171-187

¹²³ ATKINSON S., *Restructuring health care : tracking the decentralization debate*, Progress in Human Geography, vol 19, n°4, 1995, pp.486-503

Figure 7 : Cadre conceptuel



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

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

Deuxièmement, à l'échelle locale, les attributs distincts d'un lieu particulier, comme l'héritage historique des infrastructures de santé mentale de l'avant réforme ou les politiques de planification locale, jouent un rôle important dans la forme précise des concrétisations

locales. Ainsi les attributs spécifiques d'un lieu peuvent façonner les issues locales de la réforme, dans une direction « bottom up » émanant de la localité même.

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

Méthodologie utilisée

La recherche de J. JONES est conduite à **deux niveaux d'analyse** :

- le niveau national : la formulation et la mise en place de la politique sociale nationale et de la législation en matière de santé mentale ont été examinées pour fournir les détails contextuels relatifs à la mise en place des programmes de réforme nationaux ;
- le niveau local : examen des modèles spatiaux de l'offre de soins en santé mentale à Sheffield et Vérone.

Pour considérer les impacts temporels et spatiaux de la désinstitutionnalisation dans les deux localités, des **cartes de l'offre à différentes périodes**, montrant les localisations des équipements dans la ville, ont été compilées.

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

J. JONES va d'abord traiter la situation de la ville de Sheffield, la replaçant dans son contexte historique.

La géographie locale de la désinstitutionnalisation à Sheffield, en Angleterre

La lente fermeture des hôpitaux psychiatriques observée au niveau national se vérifie au niveau local. Le contexte local va cependant contraindre le procédé "top down" de mise en place du programme de fermeture nationale des hôpitaux psychiatriques du fait de contraintes financières...

La recherche de J. JONES a aussi investigué le développement temporel et spatial des nouveaux services basés dans la communauté. En 1990, ces équipements sont concentrés dans l'ouest de la ville. Par la suite, la majorité des nouveaux services se sont implantés autour des sites existants. Ce modèle spatial suggère que la carte historique des services de santé mentale influence le positionnement des nouveaux équipements.

L'autre facteur important dans cette concentration est la disponibilité de terrains bon marché dans l'ouest de la ville entraînant une augmentation de l'offre de soins pour malades mentaux proposée par des organisations associatives dans cette zone.

J.A. GIGGS¹²⁴ a montré, à partir d'une étude réalisée à Nottingham que les secteurs privés et associatifs ont fréquemment acheté des propriétés anciennes et à bas prix, généralement situées dans des quartiers plus défavorisés de la ville.

Le cas de Sheffield est différent car les équipements ne sont pas situés dans des quartiers défavorisés, mais à l'ouest de la ville qui est historiquement plus riche. C'est l'héritage de la morphologie urbaine de la ville au XIX^{ème} siècle avec le développement de l'industrie à l'est et les quartiers résidentiels à l'ouest. Cet héritage historique a un impact important sur le regroupement des services de santé mentale à l'ouest de la ville, loin du centre et des quartiers plus défavorisés de l'est de Sheffield.

Plusieurs influences structurelles ont agi pour éviter une concentration des services dans les quartiers du centre-ville :

- La mairie, responsable des usages des quartiers de la ville, a bloqué à partir des années 90 le développement de services type maisons de soins et de nursing dans le centre. Les mécanismes de planification locaux ont un impact additionnel sur le développement de logements pour les personnes ayant besoin de soins. A Sheffield, la mairie autorisait seulement la construction ou réhabilitation de logements pour ces personnes dans des zones « convenables », avec une vue plaisante, facile d'accès aux centres commerciaux et adaptées à des personnes avec incapacités.

¹²⁴ GIGGS J.A., *The changing provision and location of services for mentally ill and mentally handicapped in Nottingham : 1945-1990*, Revue Belge de géographie, vol. 114, n°4, 1990, pp. 237-245

- Depuis les années 80 cependant, la concentration des équipements dans l'ouest de la ville s'est légèrement diffusée vers l'est. Cela est dû à la restructuration organisationnelle de l'offre de soins de santé mentale avec la création de cinq secteurs géographiquement définis en 1986. La sectorisation de la ville en aires distinctes, chacune devant proposer un spectre de services pour répondre aux besoins de la population desservie est vue comme la raison de la propagation des équipements à l'est de la ville.

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

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

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

La situation italienne est quelque peu différente et est développée dans cette seconde partie.

La géographie locale de la désinstitutionnalisation à Vérone, en Italie

En Italie, en 1978, la loi 180 prononce le démantèlement du système hospitalier psychiatrique et le remplacement par des services basés dans la communauté. Cette loi a été mise en place de manière très inégale au niveau géographique, depuis 1978, avec des différences régionales

et infra-régionales marquées dans les taux de fermeture des hôpitaux psychiatriques et le développement de structures alternatives basées dans la communauté¹²⁵.

Dans beaucoup de zones, particulièrement dans le sud de l'Italie, le processus de désinstitutionnalisation a été lent voire inexistant¹²⁶. Les villes qui ont rapporté avoir mis en place la loi 180 sont principalement localisées dans le nord de l'Italie et sont celles qui ont développé des services basés dans la communauté antérieurement à la réforme : Trieste, Arezzo, Perugia, South Verona, Portogruaro et Parme¹²⁷.

Les entretiens réalisés par la géographe avec les professionnels de santé mentale et les planificateurs, vont faire apparaître le rôle crucial joué par un petit groupe de psychiatres novateurs dans la mise en place de la loi dans certains secteurs. Les professionnels croyant fortement dans la réforme ont été les premiers répondants.

Dans le cas de Vérone, la principale remarque à faire concerne la variation dans la mise en place de la loi 180 à une échelle locale. La ville est divisée spatialement et dirigée par différents services, chacun promouvant différents modèles de soins. Cette organisation spécifique a eu pour résultat des disparités géographiques dans le type de soins disponibles dans les différentes parties de la ville. Le facteur déterminant de ces disparités est la présence d'individus clés engagés dans les principes de la réforme et déterminés à traduire leurs idées en pratiques.

Un autre fait important de l'étude de Vérone, comme à Sheffield, est que l'hôpital est resté ouvert, en partie à cause du manque de développement de structures alternatives dans la communauté et n'a donc pu appliquer à la lettre les consignes nationales.

¹²⁵ cf. CREPET P., *A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform*, British Journal of Psychiatry, vol. 156, 1990, pp. 27-36

DE GIROLAMO G., MORS O., ROSSI G. ARDIGO W., MUNKJORGENSEN P., *Admission to general hospital psychiatric wards in Italy*, The International Journal of Social Psychiatry, vol. 34, n°4, 1988, pp.248-257

DE SALVIA D., BARBATO A., *Recent trends in mental health services in Italy : an analysis of national and local data*, Canadian Journal of Psychiatry, vol. 38, 1993, pp. 195-202

FASOLO E., FRISANCO R., *Mental health care : recent developments in Italy*, Social Policy and Administration, vol. 25, n°3,1991, pp. 218-226

¹²⁶ BURTI et BENSON, 1996

¹²⁷ FASOLO E., FRISANCO R., *Mental health care : recent developments in Italy*, Social Policy and Administration, vol. 25, n°3,1991, pp. 218-226

PERGAMI A., *Towards an implementation of the italian model of community psychiatry*, Psychiatric Bulletin,

Les conclusions de l'analyse de Vérone suggèrent qu'en Italie, la mise en place de la loi 180 s'est faite dans une direction de type « bottom up ». D'une part, l'impulsion du mouvement de réforme est venu de la diffusion d'initiatives locales, et d'autre part, la mise en place de la loi 180 a manqué de coordination au niveau central.

Les géographies en cours de la désinstitutionnalisation à Sheffield et à Vérone ne paraissent donc pas suivre l'expérience nord-américaine de ghettoïsation des équipements de santé mentale dans les quartiers défavorisés des centres villes. Ce concept américain ne paraît pas transférable en Europe, bien que cela reste à vérifier dans d'autres villes européennes.

VERS UNE APPROCHE GÉOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE EN FRANCE

Qu'en est-il en France ? Aucune recherche géographique n'a analysé le processus de désinstitutionnalisation français, bien que notre pays ait été le seul à inscrire dès l'origine, la désinstitutionnalisation dans un cadre territorial, avec la mise en place précurseur de la sectorisation dans les années 60.

En regard de ce paradoxe, deux questions cruciales se posent alors et méritent d'être examinées spécifiquement :

Cette spécificité a-t-elle eu, d'une part, des répercussions sur la distribution spatiale de l'offre de soins en psychiatrie ?

D'autre part, les modèles présentés dans la littérature étrangère s'appliquent-ils au cas français ?

Tels sont les axes de recherche que le projet suivant se propose d'aborder.

Dans un premier temps, un rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France, du XIX^{ème} siècle à nos jours, est exposé.

Dans un second temps, des axes de recherche, dégagés de cette revue de la littérature étrangère, sont proposés afin d'analyser les processus de localisation et de découpage sectoriel mis en œuvre dans notre pays afin de contrôler socialement et territorialement la maladie mentale.

Histoire française de la prise en charge de la maladie mentale

Jusqu'en 1838 et la loi du 30 juin¹²⁸ organisant la prise en charge des aliénés, aucune réponse hospitalière n'était réellement proposée aux malades mentaux, qui étaient souvent placés en prison si leur comportement troublait le milieu social. Ce texte législatif impose l'existence d'un « asile d'aliénés » par département. M.R. MAMELET¹²⁹, rédactrice puis chef du bureau de la santé mentale à la Direction Générale de la Santé lors de l'élaboration de la circulaire du 15 mars 1960¹³⁰ mettant en place la sectorisation psychiatrique, rappelle dans un article de 1978, que c'est en raison de l'obligation faite par cette loi que, de 1838 jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, ont été créés la plupart des hôpitaux psychiatriques existant actuellement en France. Leur édification ne s'est cependant vraiment opérée qu'après 1870¹³¹.

G. LANTERI-LAURA¹³² explique cette lenteur par le changement de paradigme en cours à l'époque, passant de celui de l'aliénation mentale¹³³ définie par P. PINEL, dont l'asile représentait l'institution exigée par cette doctrine, à la conception générale des maladies mentales¹³⁴ de J.P. FALRET. Le paradigme de l'aliénation mentale a donc servi à élaborer des projets d'institutions qui n'entreront dans les faits qu'à la période du paradigme des maladies mentales, ces institutions se trouveront donc rapidement inadaptées aux conceptions alors en cours.

Cette lenteur dans la mise en place de la loi, s'explique aussi, selon M. AUDISIO¹³⁵, par les difficultés économiques au niveau national et des préjugés négatifs au sein de la population, l'opinion publique n'étant pas prête à accepter l'idée de dépenser des sommes importantes « pour retenir, garder et éventuellement traiter des insensés réputés incurables ».

¹²⁸ Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838

¹²⁹ MAMELET Marie-Rose, *La politique de secteur*, projet, mai 1978, n°125, pp. 588-598

¹³⁰ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

¹³¹ CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL, *Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Paris, Imprimerie nationale, 1878

CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL, *Historique de l'assistance des aliénés et développement du service dans le département de la Seine*, Montévrain, Imprimerie typographique de l'Ecole d'Alembert, 1901

¹³² LANTERI-LAURA Georges, *L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française*, in EHRENBERG Alain, LOVELL Anne M., *La maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, Psychiatrie et Société, 2001, pp.247-278

¹³³ Cette notion, proposée par Philippe PINEL au XVIII^{ème} siècle, fait de la folie une maladie seulement curable par le traitement moral et l'isolement dans des établissements exclusifs.

¹³⁴ Par ce paradigme, J.P. FALRET met surtout en avant la pluralité des maladies et leur irréductibilité à une unique pathologie.

En 1939, 18 départements sont encore dépourvus de tout équipement. 100 établissements sont alors recensés, accueillant 103 000 malades. Près de 40% d'entre eux mourront avant la fin de la seconde guerre mondiale, leur alimentation n'ayant pas été prévue dans le système national de rationnement¹³⁶.

Cette prise de conscience et la remise en cause de l'internement du malade mental dans des asiles fermés comme instrument thérapeutique vont être à l'origine du mouvement « désaliéniste » et de la désinstitutionnalisation. Ces évolutions vont être accompagnées d'une « conjonction historique inouïe »¹³⁷ : la découverte des neuroleptiques qui vont décupler les possibilités thérapeutiques et permettre le mouvement et la sortie des malades, une pensée plus libérale des psychiatres et des moyens plus importants accordés aux services¹³⁸, par l'octroi de subventions de l'Etat.

C'est dans ce contexte historique que va être rédigée la circulaire du 15 mars 1960 mettant en place la politique de secteur qui impose de déterminer dans chaque département, des circonscriptions géographiques à l'intérieur desquelles une équipe médico-sociale assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement intra et extra hospitalier ainsi que la post-cure des malades qui s'adressent à elle. Il s'agit de permettre à l'équipe soignante par la bonne connaissance qu'elle peut acquérir du malade, de sa famille et de son milieu, par l'utilisation des équipements dont elle dispose, d'assurer le traitement au long cours du malade et son insertion dans la communauté. Et c'est là une des principales spécificités de la psychiatrie française.

La sectorisation a en effet dès l'origine arrimé la désinstitutionnalisation à une référence territoriale et cela a marqué pendant longtemps l'aspect novateur de la psychiatrie française. Elle s'est appuyée dès le début sur un double découpage, territorial et démographique. Une équipe pluridisciplinaire est chargée d'assurer la continuité de la prise en charge de la prévention à la réinsertion sur une aire géographique délimitée (le secteur) d'environ 70 000 habitants. La limite de ces espaces géo-démographiques sert de contenant à la recherche d'une

¹³⁵ AUDISIO Michel, *La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Domaines de la psychiatrie, 1980, 409 p.

¹³⁶ AUDISIO Michel, *La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Domaines de la psychiatrie, 1980, 409 p.

¹³⁷ GEORGE Marie-Claude, TOURNE Yvette, *Le secteur psychiatrique*, Que sais-je ?, PUF, 1994, 128 p.

bonne adéquation entre une offre de soins et les besoins d'une population donnée¹³⁹. Ce modèle a été repris et mis en place beaucoup plus tardivement (dans les années 80-90) dans plusieurs pays européens¹⁴⁰.

Ce découpage découle en fait d'une conception très hospitalo-centrique, en référence aux normes OMS de l'époque en matière d'indices de nombres de lits par habitants. L'OMS préconisait ainsi un taux d'équipement de 3 lits pour 1000 habitants dans des services d'au maximum 200 lits. Cela s'est traduit par la création de secteurs de 200 lits pour une population d'environ 67 000 habitants. Il y a ici un nouveau paradoxe, le cadre géographique censé marquer la fin de l'asile (et la réduction du nombre de lits) ayant été construit sur la taille de l'hôpital.

La France compte en 2003, 830 secteurs de psychiatrie générale (chargés de prendre en charge la population âgée de plus de 16 ans d'un territoire défini) et 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (pour la population de moins de 16 ans). Ces secteurs sont très hétérogènes en matière de taille de population et de superficie.

Le découpage initial des secteurs a rarement obéi à des principes de cohésion populationnelle. Et certaines limites du découpage sectoriel en psychiatrie sont fréquemment mises en avant¹⁴¹.

Parmi celles-ci, on peut citer son aspect **artificiel** et parfois **obsolète** : le découpage n'est pas toujours fondé sur les besoins de la population et son évolution. C'est le cas par exemple des découpages en « parts de camembert » à cheval sur une partie rurale et une partie urbaine censée garantir l'attractivité des secteurs pour les médecins.

En outre, il lui est souvent reproché l'**absence de recoupage avec les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou éducatifs** entraînant des difficultés de coordination avec les différents partenaires (y compris les élus locaux) et mettant en échec la continuité des soins. D'autre part, l'aspect **inégalitaire** du découpage est fréquemment relevé avec un déséquilibre

¹³⁸ BERNARD Yves, *L'évolution de 1838 à aujourd'hui*, in LEPOUTRE Raymond, DE KERVASDOUE Jean, *La santé mentale des français*, 2003, pp. 35-68

¹³⁹ LOPEZ Alain, *Les séparations territoriales au sein de l'organisation de l'offre de soins : la sectorisation sanitaire*, DATAR, 2001, 22 p.

¹⁴⁰ JOHNSON S., THORNICROFT G., *The sectorisation of psychiatric services in England and Wales*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 28, 1993, pp.45-47

¹⁴¹ CREDES, *Territoires et accès aux soins*, janvier 2003, 38 p.

de moyens tant en personnel qu'en équipement très important entre les secteurs qui ne peut s'expliquer par une variabilité des besoins du même ordre de grandeur.

Ensuite, on remarque la **non-intégration** du secteur privé et de la médecine libérale dans la politique du secteur.

Néanmoins, si ces limites ont été avancées, ces contraintes et difficultés ont parfois pu être dépassées au travers des politiques d'organisation de soins¹⁴² avec, notamment, des **redécoupages** de secteurs respectant une logique de fonctionnalité et d'accessibilité, des tentatives pour faire **coïncider** les secteurs psychiatriques avec les secteurs sanitaires, une plus grande **souplesse** par rapport aux normes de population (afin de limiter par exemple les distances à parcourir pour les équipes et les soignants dans les zones rurales peu peuplées), mais surtout avec le concept fondamental de l'**intersectorialité** qui se développe vivement ces dernières années.

L'histoire française de l'offre de soins de psychiatrie présentée brièvement ici au travers ses spécificités et les contraintes de son ancrage fondamentalement territorial, à travers la sectorisation, se doit de voir sa géographie écrite et dessinée.

¹⁴² CREDES, *Territoires et accès aux soins*, janvier 2003, 38 p.

Projet d'écriture d'une histoire française de la géographie de la prise en charge de la maladie mentale

Le retard de la recherche géographique française dans ce domaine, lui apporte un avantage qui oriente ses choix méthodologiques. Il lui permet en effet de bénéficier des acquis des développements essentiellement anglo-saxons pour traiter cette question, ainsi que des enrichissements des méthodes d'analyse spatiale et statistique sur la localisation des services. D'autre part, les récents progrès informatiques avec le développement des systèmes d'information géographique et des logiciels de traitement des données statistiques vont nous permettre de mener des analyses plus puissantes que celles réalisées avec les moyens techniques alors disponibles.

Notre recherche se propose donc de raconter cette histoire géographique française de la prise en charge de la maladie mentale, limitée à la psychiatrie institutionnelle et la sectorisation. Cette perspective à la fois historique et spatiale permettra en outre d'expliquer les grandes disparités de pratiques et de moyens des secteurs de psychiatrie observées actuellement. Cette recherche apparaît également novatrice par rapport aux travaux étrangers recensés sur la géographie de l'offre de soins en santé mentale à travers son approche sectorielle car si la localisation des services a bien été documentée dans la littérature scientifique géographique, la logique spatiale des découpages sectoriels n'a pas fait l'objet d'analyse spécifique. Certes, la revue de la littérature présentée dans ce document s'est limitée aux travaux menés en géographie de la santé mentale et il est fortement probable que les logiques de découpages de territoires spécifiques d'actions aient fait l'objet d'analyses géographiques.

Une des premières tâches de la recherche proposée ici sera donc de compléter cette revue de la littérature géographique, par une revue non exclusivement sanitaire des analyses des logiques spatiales des différents zonages existants.

Dans un second temps, nous nous attacherons à décrire l'implantation et la diffusion des hôpitaux psychiatriques dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. En effet, les secteurs psychiatriques n'ont pas été découverts dans un espace neutre, isotrope. L'héritage historique

des grandes institutions asilaires du XIX^{ème} siècle ne peut être ignoré et participe pleinement de cette histoire géographique de la prise en charge de la maladie mentale en France.

La géographie asilaire française

La revue de la littérature étrangère sur la géographie asilaire a montré que les facteurs d'accessibilité n'ont pas été les seuls pris en compte dans la localisation des hôpitaux à cette époque.

L'interdépendance fonctionnelle et co-localisationnelle des services a été mise en avant par A.N. WHITE dans son étude sur le comté de Lancaster en Pennsylvanie. C. PHILO a, quant à lui, cherché à discerner les processus à la base de la localisation des établissements à travers le discours médico-moral des acteurs de l'époque, révélé par la lecture attentive d'une revue spécialisée de l'époque (l'Asylum Journal). Il a en même temps montré la construction sociale des principes d'isolement et d'exclusion des malades mentaux. M. DEAR s'est davantage attaché à montrer la relation entre les réalités empiriques de la localisation et la structure sociale sous-jacente, insistant sur la dimension politique et les manœuvres complexes entre les différents acteurs politiques, professionnels et usagers aboutissant généralement à une résolution des conflits de localisation en faveur des banlieues favorisées. J. HUNTER, G. SHANNON et S. SAMBROOK ont été les premiers à analyser la diffusion spatiale de l'innovation thérapeutique que constituait l'asile au XIX^{ème} siècle. La dernière étude sur la géographie asilaire présentée dans cette revue de la littérature est celle de M. DEAR et J. WOLCH qui montrent la naissance des « ghettos de service de dépendance » dans le contexte de l'expansion urbaine.

Ces différentes études fournissent d'intéressantes pistes d'analyse pour notre recherche française.

Ainsi, la première étape de notre étude s'attachera à vérifier ou infirmer que la localisation des hôpitaux psychiatriques français érigés au XIX^{ème} siècle n'a pas obéi à des critères d'accessibilité pour la population desservie.

Cette hypothèse pourra être testée à partir de l'analyse de la forme de la distribution spatiale des services. Pour cela, plusieurs méthodes d'analyse spatiale peuvent être envisagées : l'analyse de la forme du semis de points ou l'analyse de carroyage. La comparaison de la distribution observée des services de santé mentale (ou des fréquences de service par maille) à

des distributions théoriques (aléatoires ou concentrées) permettra de valider ou d'infirmar cette hypothèse.

Il sera intéressant également de comparer les distributions observées (et centres de gravité) des établissements psychiatriques à celles d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux. Les analyses de co-localisation seront alors mobilisées.

Pour ces différentes analyses, il est nécessaire de disposer d'informations localisées sur les établissements psychiatriques (et non psychiatriques) en place à la fin du XIX^{ème} siècle.

Aucun répertoire national recensant les établissements sanitaires ne permet d'obtenir ces informations. Un travail d'archives est nécessaire. Une première lecture d'ouvrages d'historiens et de rapports officiels devrait permettre de dater et localiser l'implantation des premiers hôpitaux psychiatriques¹⁴³.

Ces lectures devront être complétées par des recherches dans les archives départementales, voire par une enquête auprès des établissements recensés aujourd'hui. Ces données sont également nécessaires pour analyser la diffusion spatio-temporelle des établissements sur le territoire français. Observe-t-on une diffusion par expansion, par migration ? S'opère-t-elle de manière hiérarchique ? par voisinage ? par contact ? Le recours à des modèles spatiaux auto-régressifs permettant de prendre en compte simultanément des dimensions de l'espace et du temps sera envisagé.

¹⁴³ Une premier recensement non exhaustif de la littérature historique traitant des institutions psychiatriques a été effectué et devra être complété, nous pouvons d'ores et déjà citer les ouvrages suivants :

AYME Jean, *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Erès, collection « Des travaux et des hommes »,

FALRET J.P., *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, Sciences en situation, 1994, 2 volumes

BLEANDONOU G., LE GAUFEY G., *Naissance des asiles d'aliénés*, Annales ESC, 1971, vol . 1, pp.93-122

COLOMBIER J., DOUBLET F., *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les azyles qui leur sont destinés (1785)*, in C. QUETEL, *L'évolution psychiatrique*, 1983, vol. 1, pp. 225-241

CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL, *Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Paris, Imprimerie Nationale, 1878

ESQUIROL E., *Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*, Mémoire présenté à S.E. le Ministre de l'Intérieur, Paris, Hazard, 1819

GIRARD DE CAILLEUX H., *De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés*, Annales médico-psychologiques, 1843, vol II, pp. 230-260

IMBERT J., *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982

LE GUILLANT, *Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques*, Marseille, 1964, Masson

PARCHAPPE J.B., *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Paris, Masson, 1851

Au-delà des ces descriptions spatiales de la localisation et la diffusion des établissements psychiatriques du XIX^{ème} siècle sur le territoire, une analyse des processus de décision à l'origine de ces localisations sera menée dans un second temps.

Cette analyse portera sur une lecture détaillée des textes législatifs et recommandations officielles sur la localisation des établissements, mais aussi sur les revues de l'époque permettant de discerner à travers ce que C. PHILO a appelé le discours médico-moral des acteurs, les arguments en faveur de telle ou telle localisation. L'équivalent français de l'Asylum Journal analysé par C. PHILO est les « Annales médico-psychologiques » publiées depuis 1843. Ces annales publient des mémoires originaux intéressant la psychiatrie générale, mais aussi des analyses de livres et des comptes-rendus des réunions des sociétés de psychiatrie.

La désinstitutionnalisation et la mise en place de la sectorisation vont constituer le deuxième axe de recherche du projet présenté ici.

La géographie post-asilaire française : désinstitutionnalisation et sectorisation

La revue de la littérature étrangère relative à la géographie post-asilaire s'est attachée à décrire les conséquences spatiales de la désinstitutionnalisation, avec la ghettoïsation des services de dépendance, c'est à dire la concentration dans les quartiers défavorisés des centres-villes urbains des populations dépendantes et des services désignés pour les prendre en charge. Cette ghettoïsation résulte de plusieurs facteurs : la recherche d'une co-localisation fonctionnelle des services de dépendance, du recrutement finalement local des établissements et de l'expansion urbaine. A ces éléments contextuels, se sont greffés un filtre spatial informel des patients, qui, avec les contraintes du marché, se concentrent dans les quartiers défavorisés des centres-villes ; des réactions d'opposition des communautés « favorisées » à l'implantation de ces services dans leur voisinage ; et enfin des politiques d'évitement de conflit des dirigeants favorisant l'implantation des services « non souhaités » dans les communautés les moins « revendicatives ».

L'étude comparative de J. JONES sur les villes de Vérone et Sheffield a quelque peu nuancé « l'universalité » de ce phénomène observé dans de nombreuses études américaines et

canadiennes, en montrant notamment, le rôle joué par des acteurs puissants dans la mise en place locale d'une réforme nationale et en analysant la complexité des processus de mise en place d'une politique nationale entre les échelles locales et nationales.

Du fait de l'arrimage précoce de la désinstitutionnalisation à un territoire d'action spécifique, le secteur, la situation française va nécessiter de développer de nouvelles approches géographiques de l'offre de soins en santé mentale.

La recherche s'attachera toutefois dans un premier temps à observer si la concentration des services de santé de « dépendance » dans les quartiers défavorisés des centres-villes se vérifie dans notre pays. Les données de morbidité psychiatrique actuellement disponibles en France à une échelle fine ne permettent pas de mesurer des taux de prévalence de différents troubles psychiques par quartiers et donc empêchent toute observation de la distribution spatiale des patients atteints de troubles mentaux à l'intérieur d'une ville¹⁴⁴. Il est cependant possible de tester l'hypothèse de la concentration des services psychiatriques (et autres services sanitaires ou médicaux sociaux) dans les quartiers défavorisés des villes.

Pour cela, différentes sources peuvent être mobilisées :

- le répertoire FINESS, géré par les services déconcentrés du Ministère de la Santé, qui recense les établissements sanitaires et sociaux. Sa validité et son exhaustivité devront cependant être testées dans plusieurs départements avant de pouvoir l'utiliser au niveau national. Si la qualité de la base s'avérait insuffisante, une orientation vers des études locales serait alors envisagée.
- les données socio-démographiques du recensement général de population de l'INSEE à l'échelle des IRIS 2000, quartiers de 2000 habitants. Des indicateurs devront être construits afin de définir les quartiers « défavorisés ». Le dernier recensement date de 1999.

Ensuite, la recherche s'attachera à analyser le processus de mise en place de la sectorisation psychiatrique.

Nous nous attacherons d'abord à analyser les différentes configurations de découpage des secteurs de psychiatrie. Les outils cartographiques et d'analyse spatiale seront utilisés pour

définir une typologie des principaux découpages rencontrés : secteurs urbains, ruraux, secteurs mêlant une partie urbaine et une partie rurale (découpage en « parts de camembert » d'une agglomération), secteurs contigus ou pas, localisation de l'établissement de rattachement du secteur à l'intérieur du secteur géographique ou pas, articulation avec d'autres découpages sanitaires ou sociaux.

Une fois ces différentes configurations de découpage des secteurs mises en évidence, notre recherche s'attachera à expliquer les **processus de décision** à l'origine de ces différents modèles.

Pour analyser ces processus, plusieurs éléments seront abordés :

- **l'évolution du découpage dans le temps** : la cartographie actuelle des secteurs sera comparée à celle antérieure (fin des années 70, début des années 80) afin d'observer la diffusion spatiale de la sectorisation, mais aussi les éventuels choix de redécoupages, ou le maintien (majoritaire) des premiers découpages sans recherche d'adaptation à l'évolution démographique sur la période (création de villes-nouvelles, expansion urbaine, désertification de certaines zones rurales modifiant le paysage initial du secteur psychiatrique)
- une **lecture critique des textes officiels** ayant mis en place la sectorisation et des consignes géographiques données pour le découpage des secteurs sera confrontée à la réalisation concrète du découpage géographique. Un premier recensement des textes réglementaires à analyser a été effectué :
 - circulaire 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
 - arrêté 14 mars 1972 relatif aux modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
 - circulaire 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanie
 - circulaire 16 mars 72 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents
 - circulaire 1- 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique
 - loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

¹⁴⁴ Un Programme Médicalisé des Systèmes d'Information en psychiatrie est actuellement en expérimentation. Sa validation et généralisation devrait permettre à l'avenir de telles études.

- décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
 - arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement
 - circulaire n°5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie
 - circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
 - loi n°90-257 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
 - circulaire n° DH/4C/91-16 du 11 février 1991 relative à l'élaboration de la carte sanitaire de psychiatrie
 - loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
 - circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents
 - circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux
- une **analyse du discours des acteurs** de l'époque pour argumenter en faveur de tel ou tel type de découpage des secteurs au niveau national. Cette analyse peut être faite à travers la lecture des revues spécialisées et des rapports de congrès des années 50 à 70. Là aussi, un premier recensement des sources disponibles a été effectué :
- Revues : les Annales médico-psychologiques, L'évolution psychiatrique (publiée pour la première fois en 1925), l'Information psychiatrique (publiée depuis 1940)
 - Rapports des congrès de Sèvres et de Tours en 1958 et 1959, à l'origine de la circulaire de 1960 mettant en place la sectorisation
 - Journées du livre blanc de la psychiatrie en 1966-1967-1968 (point de vue des usagers)
- une **analyse du processus complexe de mise en place d'une politique nationale au niveau local** sera également menée à partir de la lecture des documents régionaux ou départementaux tels que les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les arrêtés et bilans des cartes sanitaires, les programmes d'organisation départementale. Une source utile sera aussi trouvée dans les rapports de la mission nationale d'appui en santé mentale, qui malgré son existence récente (1995, suite au rapport Massé sur la santé mentale), lors de ses missions, réalise un état des lieux de la psychiatrie et santé mentale sur un territoire (en général le département), y intégrant des éléments historiques et évoquant fréquemment les problèmes liés au découpage des secteurs.

- des **entretiens avec les acteurs** ayant participé à la mise en place de la sectorisation seront également effectués, ces entretiens dont certains ont commencé¹⁴⁵, permettent d'avoir une vision critique de la justification des découpages et de la sectorisation par, à la fois, les professionnels de santé mentale, mais aussi les planificateurs nationaux et locaux. Les premiers entretiens réalisés ont d'ailleurs d'ores et déjà fait apparaître des différences dans les objectifs visés ou arguments avancés pour expliquer la politique de sectorisation ou les découpages réalisés. Trois ouvrages de référence sont également riches d'enseignement :

Les deux premiers sont publiés aux Editions Recherches et compilent des entretiens d'acteurs de l'époque, là encore à la fois professionnels de santé et politiques¹⁴⁶. L'ouvrage de J. GOLDSTEIN¹⁴⁷ présente également un travail historique qui s'applique à reconstituer l'évolution de la psychiatrie au travers d'archives et de différentes sources imprimées et également d'écrits et de propos d'acteurs historiques : psychiatres, mais aussi bureaucrates et législateurs.

- une **analyse du « dynamisme » du secteur** à travers la saisie des opportunités et marges d'initiatives qui leur ont été offertes (opportunités financières avec l'octroi de subventions de l'Etat en 1955 pour développer l'activité extra-hospitalière, opportunité non saisie par l'ensemble des secteurs) ainsi qu'à travers la présence de psychiatres acquis à la cause de la sectorisation (comme dans l'étude de J.JONES à Vérone)

¹⁴⁵ Ces acteurs de la psychiatrie sont remerciés en début du présent document.

¹⁴⁶ Fédération des groupes d'études et de recherches institutionnelles, *Programmation, architecture et psychiatrie*, Recherches, 1967, 325 p.

FOURQUET François, MURARD Lion, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Encre, Editions Recherches, 1980, 338 p.

¹⁴⁷ GOLDSTEIN J., *Consoler et classier : l'essor de la psychiatrie française*, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, 1997

CONCLUSION

Les axes de recherche proposés ici nécessitent d'être structurés et approfondis, en fonction de la disponibilité et de la qualité des données qui pourront être recensées. Il n'a pas été possible non plus de développer davantage les méthodologies envisagées (aussi bien cartographiques que d'analyse spatiale ou statistique) pour mener à bien cette recherche, celles-ci étant en grande partie dépendantes des données disponibles à l'échelle souhaitée.

Ces axes de recherche font aussi apparaître la nécessité de mener des analyses à différentes échelles (nationales et locales) et de comprendre les interactions complexes entre ces différents niveaux, certains phénomènes ne pouvant être observés qu'à l'une ou l'autre échelle.

Apparaît aussi la nécessité de croiser des analyses quantitatives et qualitatives, ce qui ne fait qu'enrichir la recherche géographique. A. GATRELL¹⁴⁸ parle à ce propos de « triangulation » qui serait dans ce projet, séquentielle, l'analyse quantitative précédant la collecte et l'analyse des données qualitatives.

Le rapport présenté ici s'est essentiellement concentré sur la revue de la littérature étrangère développée dans le domaine de la santé mentale. Celle-ci a permis d'orienter notre projet de recherche vers une approche socio-historique de la géographie de l'offre de soins en santé mentale, incluant l'analyse des déterminants sociaux et politiques de la construction territoriale de la prise en charge de la maladie mentale. Cette approche géographique nécessite de s'appropriier les acquis des différentes sciences sociales telles que la sociologie, l'anthropologie et l'histoire, afin de mettre en évidence les relations entre contrôle social et territorial de la maladie mentale, ce décentrement idéal ne peut qu'enrichir la démarche en géographie de la santé.

¹⁴⁸ GATRELL Anthony C., *Geographies of health : an introduction*, Blackwell Publishers, 2001, 312 p.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEZRAH Charles, *La sectorisation psychiatrique en France : bilan, perspectives*, Barcelone, 5 octobre 2001, 13p.
- ALMOG Michael, CURTIS Sarah, COPELAND Alison, CONGDON Peter, *Geographical variation in acute psychiatric admissions within New York City 1990-2000 : growing inequalities in service use ?*, *Social Science and Medicine*, vol. 59, 2004, pp.361-376
- Anonymous, *The accumulation of chronic lunatics in asylums : questions of further accomodation*, *Asylum Journal*, vol.1, 1855 , p. 194
- ATKINSON S., *Restructuring health care : tracking the decentralization debate*, *Progress in Human Geography*, vol 19, n°4, 1995, pp.486-503
- AUDISIO Michel, *La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale*, *Domaines de la psychiatrie*, 1980, 409 p.
- BACHRACH L., *Deinstitutionalization : promises, problems and prospects*, in KNUDSEN H., THRONICROFT G., *Mental health service evaluation*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, pp. 3-18
- BAILLON Guy, *Quelles réponses aux besoins des personnes en souffrance psychique ?*, *Vie Sociale*, n°3, juillet-septembre 2003, pp.1-17
- BEAUMONT J.R., SIXMITH A.J., *Elderly severely mentally infirm (ESMI) units in Lancashire : an assesment of ressource allocation over space*, *Planning and Analysis in health care systems*, London Papers and Regional Science, n°13, ed. m. Clarke, Pion, Londres, 1984
- BILLE M., *The influence of distance on admissions to mental hospitals*, *Acta Psychiatrica Scandinavia, Supplementum*, vol. 169, n°39, 1963, pp. 226-233
- BILLIARD Isabelle, *Résultats d'appel à propositions de recherches – Santé mentale*, in *Cahiers de recherches de la Mire*, n°12, août 2001, La Documentation Française, pp.24-25
- BILLIARD Isabelle, *Santé mentale – appel à propositions de recherche*, in *Cahiers de recherches de la Mire*, n°9, juin 2000, La Documentation Française, pp.3-11
- BLAXTER M., *Health and lifestyles*, London, Tavistock/Routledge, 1990
- BOECKH, 1980, *Property values and mental health facilities in metropolitan Toronto*, *Canadian Geographer*, 24, pp. 270-285
- BOULLANT François, *Michel Foucault, penseur de l'espace*, Séminaire du 15 janvier 2003 dans le cadre du rouê d'étude « La philosophie au sens large », Maison de la recherche et de l'université de Lille III, 12 p.
- BRISSET Charles, *Sur la recherche en psychiatrie*, *Psychiatrie française*, n°2, 1985, p. 111-119
- BUCKNILL J.C., *On the employment of seclusion in the treatment of insane*, *Asylum Journal*, vol. 1, 1855, p.187
- BURTI L., BENSON P.R, *Psychiatric reforms in Italy : developments since 1978*, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 19, n°3-4, 1996, pp. 373-390
- CHAIX B., CHAUVIN P., *L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature*, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n°50, Masson, paris, 2002, pp.489-499

CHANOIT P.F., DE VERBIZIO, *Recherches en psychiatrie sociale*, Erès, collection « Psychiatrie et Société », 1986

CHAPIREAU François, *Analyse quantitative du recours aux dispositifs de soins en santé mentale : étude des publications françaises et étrangères, rapport intermédiaire*, 54p.

CHAUVIN P., LEBAS J., *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion

CLERY-MELIN Philippe, KOVESS Viviane, PASCAL Jean-Charles, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission Clery-Melin remis au ministre de santé, de la famille et des personnes handicapées, septembre 2003, 106 p.

CONOLLY J., *On residences for insane*, Journal of Mental Science, vol. 5, 1859, p.412

CONOLLY J., *Third notice of the eighth report of the commissioners in lunacy*, Asylum Journal, vol. 1, 1854, p.164

CONRAD P., SCHNEIDER J., *Deviance and medicalisation : from badness to sickness*, Londres, Mosby, 1980

CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL, *Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Paris, Imprimerie nationale, 1878

CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL, *Historique de l'assistance des aliénés et développement du service dans le département de la Seine*, Montévrain, Imprimerie typographique de l'Ecole d'Alembert, 1901

CONTANDRIOPOULOS A.P., *La régulation d'un système de soins sans murs*, in CLAVERANNE J.P., LARDY C., DE POUVOURVILLE G., CONTANDRIOPOULOS A.P., EXPERTON B., La santé demain : vers un système de soins sans murs, 1999, Paris, Economica, pp.87-102

CONTANDRIOPOULOS A.P., DE POUVOURVILLE G., POUILLIER J.P., CONTANCRIPOULOS D., *A la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé du XXIème siècle*, in POMEY M.P., POUILLIER J.P., LEJEUNE B., Santé publique, Ellipses, 2000, pp.637-667

COURGEAU D., BACCAINI B., *Analyse multi-niveaux en sciences sociales*, Population, 1997, vol. 52, n° 4, pp. 831-864

COURGEAU Daniel, *Du groupe à l'individu : synthèse multiniveau*, Paris, INED, 2004, collection Manuels, 242 p.

CREDES, *Territoires et accès aux soins*, janvier 2003, 38 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Edition du Seuil, 1977

CURTIS Sarah, *Health and inequality*, Londres, 2004, 329 p.

CREPET P., *A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform*, British Journal of Psychiatry, vol. 156, 1990, pp. 27-36

DE GIROLAMO G., MORS O., ROSSI G. ARDIGO W., MUNKJORGENSEN P., *Admission to general hospital psychiatric wards in Italy*, The International Journal of Social Psychiatry, vol. 34, n°4, 1988, pp.248-257

DE SALVIA D., BARBATO A., *Recent trends in mental health services in Italy : an analysis of national and local data*, Canadian Journal of Psychiatry, vol. 38, 1993, pp. 195-202

DEAN K.G., JAMES H.D., *The spatial distribution of depressive illness in Plymouth*, British Journal of Psychiatry, n°136, 1980, pp. 167-180

DEAN K.G., *The geographical study of psychiatric illness : the case of depressive illness in Plymouth*, Area, n°2, 1979, pp.167-171

DEAR Michael J., *Social and spatial reproduction of the mentally ill*, in Urbanization and Urban planning in Capitalist Society, DEAR M., SCOTT A.J., Methuen, London, 1981

DEAR Michael J., *Locational factors in the demand for mental health facilities*, *Economic Geographer*, 1977, 53, pp.223-240

DEAR Michael J., *Planning for mental health care : a reconsideration of public facility theory*, International Regional Science Review, vol. 3, 1978, pp.93-111

DEAR Michael J., *Psychiatric patients and the inner city*, Annals of the association of american geographers, 1977, vol 67, n°4, pp.588-594

DEAR Michael J., TAYLOR S., *Not on our street : community attitudes to mental health care*, Pion, Londres, 1982

DEAR Michael J., WITTMAN Irene, *Conflict over the location of mental facilities*, *Geography and the urban environment*, *Progress in Research and Applications*, vol. 3, 1980, pp.345-362

DEAR Michael J., WOLCH Jennifer, *Landscapes of Despair*, 1987, Polity Press, Cambridge, 306 p.

DECLERCK P., DUPRAT P., GASLONDE O., HASSIN J., PICHON J.P., *L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF*, 1996, Réseau National de Santé Publique

DELBECQ Jacqueline, *Présentation du dossier*, in Psychiatrie et santé mentale : Innovations dans le système de soins et de prise en charge, *Revue française des Affaires sociales*, 58^{ème} année, n°1, janvier-mars 2004, La Documentation française, Paris, pp.7-11

DEUTSCH A., *The mentally ill in America : a history of their care and treatment from colonial times*, Doubleday Doran, New York, 1937

DORY Daniel, *Eléments de géopsychiatrie* L'Harmattan, collection Géotextes, 1991, 284 p.

DI MEO Guy, *Géographies tranquilles du quotidien : une analyse de la contribution des sciences sociales et de la géographie à l'étude des pratiques spatiales*, *Les cahiers de Géographie du Québec*, vol. 43, n°118, avril 1999, pp.75-93

DRURY P., 1983, *Some spatial aspects of health service developments : the british experience*, in Progress in Human Geography, 7, pp.60-77

DUNCAN Craig, JONES Kelvyn, MOON Graham, *Context, composition and heterogeneity : using multilevel models in health research*, Social Science and Medicine, 1998, vol. 46, pp. 97-117

DUNCAN Craig, JONES Kelvyn, MOON Graham, *Do places matter ? A multi-level analysis of regional variations in health-related behaviour in Britain*, Social Science and Medicine, 1993, vol. 37, 6, pp. 725-733

DUNCAN Craig, JONES Kelvyn, MOON Graham, *Psychiatric morbidity : a multilevel approach to regional variations in the UK*, Journal of epidemiology and community health, 1995, vol. 49, pp. 290-295

DUNHAM H., *Community and schizophrenia : an epidemiological analysis*, Detroit, 1965, Wayne State University

EATON W.W., MUNTANER C., *Socioeconomic stratification and mental disorder*, in HORWITZ A.V., SHEID T.L., A Handbook for the study of mental health – Social context, theories and systems, Cambridge University Press, 1999, 259 p.

EHRENBERG Alain, LOVELL Anne M., *La maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, Psychiatrie et Société, 2001, 311 p.

- EVANS R.G., STODDART G.L., *Produire de la santé, consommer des soins*, in EVANS R.G., BARER M.L., MARMOR T.R., Etre ou ne pas être en bonne santé, John Libbey Eurotext, pp.37-73
- FARGE A., LAE J-F, CINGOLANI P., MAGLOIRE F., *Sans visages. L'impossible regard sur le pauvre*, Paris, Bayard, 2004
- FARIS R.E.L., DUNHAM H.W., *Mental disorders in urban areas*, University of Chicago Press, Chicago, 1939
- FASOLO E., FRISANCO R., *Mental health care : recent developments in Italy*, Social Policy and Administration, vol. 25, n°3,1991, pp. 218-226
- Fédération des groupes d'études et de recherches institutionnelles, *Programmation, architecture et psychiatrie*, Recherches, 1967, 325 p.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie*, Plon, 1961, 308 p.
- FOUCAULT Michel, *Le pouvoir psychiatrique*, Gallimard, Seuil, Hautes études, 2003, 399 p.
- FOUCAULT Michel, *Maladie mentale et psychologie*, PUF, Quadrige, 2002, 104 p.
- FOURQUET François, MURARD Lion, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Encres, Editions Recherches, 1980, 338 p.
- GATRELL Anthony C., *Geographies of health : an introduction*, Blackwell Publishers, 2001, 312 p.
- GAUCHET Marcel, SWAIN Gladys, *La pratique de l'esprit humain : l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Bibliothèque des Sciences humaines, 1980, 519 p.
- GEORGE Marie-Claude, TOURNE Yvette, *Le secteur psychiatrique*, Que sais-je ?, PUF, 1994, 128 p.
- GERARD D., HOUSTON L., *Family setting and the social ecology of schizophrenia*, Psychiatric Quarterly, vol. 27, pp. 90-101
- GESLER, *Medical geography*, in Gayle G.L., Wilmott CJ, Geography in the America at the down of the 21st century, Oxford, University Press, Oxford, 2000.
- GIDDENS A., *Time, space and regionalisation*, in GREGORY D., URRY J., Social relations and spatial structures, Macmillan, Londres,1985
- GIGGS J.A., COOPER J.E., *Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychosis in Nottingham*, British Journal of Psychiatry, n°151, 1987, pp. 627-633
- GIGGS J.A., *Mental disorders and ecological structure in Nottingham*, Social Science and Medicine, vol. 23, N°10, 1986, pp. 945-961
- GIGGS J.A., *The changing provision and location of services for mentally ill and mentally handicapped in Nottingham : 1945-1990*, Revue Belge de géographie, vol. 114, n°4, 1990, pp. 237-245
- GIGGS J.A., *The distribution of schizophrenics in Nottingham*, Transactions of the Institute of British Geographers, n°49, 1973, pp. 55-76
- GILLOT J.S., QUARZI H.S., QUICLEY J., BAKER R.J., BIRCHALL G., CARTER R., 1979, *The sectorization of a large hospital for the mentally handicapped*, Hospital and health services review, june, pp.189-197
- GLOUBERMAN Sholom, LINTZBERG Henry, *Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie*, Gestion, vol.27, n°3,2002, 12 p.
- GOFFMAN Erving, *Asiles*, Les éditions de minuit, Collection Le sens commun, 1990, 449 p.
- GOFFMAN ERVING, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, 1975, Editions de Minuit

- GOLDSTEIN H., *Multilevel statistical models*, 1995, Edwards Arnolds, London, 180 p.
- HABERMAS Jürgen, *Connaissance et intérêt*, Gallimard, 1990, 386 p.
- HÄGERSTRAND T., *Innovation as a spatial process*, Chicago University Press, 1953
- HALL G. Brent, JOSEPH Alun E., *Group home location and host neighbourhood attributes : an ecological analysis*, Professional Geographer, 1988, vol. 40, n°3, pp.297-306
- HAWORTH A., *The distance factor in the use of psychiatric facilities*, Medical Journal of Zambia, vol. 15, 1980-1981, pp. 6-9
- HUNTER John M. et al., 1984, *Exercises on distance-decay using mental health historical data*, Journal of Geography, vol. 83, pp. 277-285
- HUNTER John M., SHANNON Gary W., *Jarvis revisited : distance decay in service areas of mid-19th century asylums*, Professional Geographer 1985, vol. 37(3), pp.296-302
- HUNTER John M., SHANNON Gary W., *Rings of madness : service areas of 19th century asylums in North America*, Science social and medecine, vol. 23, n°5, 1985, pp. 1033-1050
- ILLERIS S., *La localisation des producteurs*, in BONAMY J., MAY N., Services et mutations urbaines, Paris, Anthropos, 1994, pp.94-108
- INGRAM D., *The concept of accessibility : search of an operational form*, Regional studies, n°5, 1971, pp.73-76
- JARVIS E., *The influence of distance from and proximity to an insane hospital, on its use by any people*, The Boston Medical and Surgical Journal, vol. 42, 1850, pp. 333-364
- JOHNSON S., THORNICROFT G., *The sectorisation of psychiatric services in England and Wales*, Social Psychiatry ad Psychiatric Epidemiology, vol. 28, 1993, pp.45-47
- JONES Julia, *Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950 : a cross-national comparative study*, Health and Place, n°6, 2000, pp.171-187
- JONES Kelvyn, *Everywhere is nowhere: multilevel perspectives on the importance of place*, 1993, The University of Portsmouth Inaugural Lectures, Portsmouth, 12 p.
- JONES Kelvyn, MOON Graham, *Health, disease and society: an introduction to medical geography*, Routledge, London and New-York, 1987, 376 p.
- JOSEPH A.E., BOECKH J.L., *Locational variation in mental health care utilisation dependent upon diagnosis : a canadian example*, Social Science and Medicine, vol. 15 D, 1981, pp. 395-404
- JOSEPH A.E., *The referral system as modifier of distance decay effects on the utilisation of mental health care services*, Canadian Geographer, vol. XXIII, n°2, 1979, pp.159-169
- KIRKBRIDE T. S., *On the construction, organization and general arrangements of hospitals for the insane*, Lindsay et Blakiston, Philadelphie, 1854.
- KOVESS V., MANGIN-LAZARUS C., *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, 1996, Association L'Elan Retrouvé
- LABASSE Jean, *L'hôpital et la ville*, Géographie hospitalière, 1980, 242 p.
- LANTERI-LAURA Georges, *L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française*, in EHRENBERG Alain, LOVELL Anne M., La maladie mentale en mutation, Odile Jacob, Psychiatrie et Société, 2001, pp.247-278

LAZEGA E., *Analyse de réseaux et sociologie des organisations*, Revue française de sociologie, vol. XXXV, 1994, pp. 293-320

LEWIS G., BOOTH M., *Regional differences in mental health in Great Britain*, Journal of epidemiology and community health, 1992, vol. 46, pp. 608-611

LOPEZ Alain, *Les séparations territoriales au sein de l'organisation de l'offre de soins : la sectorisation sanitaire*, DATAR, 2001, 22 p.

LOVELL Ann, *Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale : rapport final*, Institut de Veille Sanitaire, mai 2003, 104 p.

MAMELET Marie-Rose, *La politique de secteur*, projet, mai 1978, n°125, pp. 588-598

MAY N., *Développement des services et transformation des configurations urbaines*, in BONAMY J., MAY N., Services et mutations urbaines, Paris, Anthropos, 1994, pp.79-92

MAYHEW L., *Urban hospital location*, Allen et Unwin, Londres, 1986.

MEAD M., *Mœurs et sexualité en Océanie*, Plon Pocket, 1963

MERAUD Chantal, *La législation psychiatrique a 150 ans : une vieille dame dynamique...*, in Psychiatrie et santé mentale, Cahiers statistiques Solidarité Santé, SESI, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, La Documentation française, 1990, pp.17-26

MERENNE-SCHOUMAKER Bernadette, *La localisation des services*, Nathan Université, Géographie d'aujourd'hui, 1996, 191 p.

MERENNE-SCHOUMAKER, *La localisation des industries, mutations récentes et méthodes d'analyse*, Paris, Nathan, 1996.

Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, *Psychiatrie et santé mentale : innovations dans le système de soins et de prise en charge*, Revue française des Affaires Sociales, n°1, 58^{ème} année, janvier-mars 2004, 273 p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR, CREDES, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, La Documentation française, 2000, 299 p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Rapport du groupe de travail relatif aux « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »*, mars 2002, 147 p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, *Bilan des cartes sanitaires et des schémas régionaux en psychiatrie*, octobre 1999, 30 p.

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *Le secteur : un état des lieux en demi-teinte*, Pluriels, n°16, janvier 1999, 11p.

MONTESQUIEU Charles, *De l'esprit des lois*, Nathan, Intégrales de Philo, 2000, 127p.

MOON Graham, *Is there one round here ? Investigating reaction to small-scale mental health hostel provision in Portsmouth, England*, in Location and Stigma : contemporary perspectives on mental health and mental health care, SMITH C.J., GIGGS J.A., 1988, Unwin Hyman, London, pp. 203-223

MORILL R., KELLEY M., *The simulation of hospital use and the estimation of locational efficiency*, Geographical analysis, vol. 2, 1970, pp.283-300

MUNDY J., *Five cardinal questions on administrative psychiatry*, Journal of Medical Science, vol. 7, 1861, pp.343-370

MYERSON A., *Review of "Mental disorders in urban areas"*, vol.96, 1940, pp.945-997

OMS, *La charge mondiale des problèmes neurologiques et mentaux*, Aide-Mémoire, n°217, novembre 1999, Genève, 4 p.

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 2001, 172 p. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/pdf/whr2001.fr.pdf>)

PARIS Valérie, RENAUD Thomas, SERMET Catherine, *Des comptes de la santé par pathologie : un prototype sur l'année 1998*, DREES, Etudes et Résultats, n° 188, septembre 2002, 7p.

PELICIER Yves, *Histoire de la psychiatrie*, Que sais-je ?, PUF, 1976, 128 p.

PERGAMI A., *Towards an implementation of the italian model of community psychiatry*, *Psychiatric Bulletin*, vol. 16, 1992, pp.90-92

PHILO Chris, *"Fit localities for an asylum" : the historical geography of the nineteenth-century "mad-business" in England as viewed through the pages of the Asylum Journal*, in Journal of Historical Geography, 13,4, 1987, pp. 398-415

PHILO Chris, *Across the water : reviewing geographical studies of asylums and other mental health facilities*, Health and Place, vol. 3, n°2, 1997, pp.73-89

PHILO Chris, *Not at our seaside : community opposition to a nineteenth century branch asylum*, Area, vol. 19, n°4, 1987, pp. 297-302

PHILO Chris, PARR Hester, BURNS Nicola, *Inclusionary social relations and practices*, Social geographies of rural mental health, Université de Glasgow, Findings paper n°2, 2002, 17 p.

PHILO Chris, PARR Hester, BURNS Nicola, *Exclusionary social relations and practices*, Social geographies of rural mental health, Université de Glasgow, Findings paper n°3, 2002, 18 p.

PHILO Chris, PARR Hester, BURNS Nicola, *Remoteness, rurality and mental health problems*, Social geographies of rural mental health, Université de Glasgow, Findings paper n°5, 2002, 27 p.

PHILO Chris, PARR Hester, BURNS Nicola, *Experiences of mental health problems*, Social geographies of rural mental health, Université de Glasgow, Findings paper n°6, 2002, 19 p.

PHILO Chris, PARR Hester, BURNS Nicola, *Safe and unsafe places*, Social geographies of rural mental health, Université de Glasgow, Findings paper n°11, 2002, 15 p.

PHILO Chris, PARR Hester, BURNS Nicola, *Formal services*, Social geographies of rural mental health, Université de Glasgow, Findings paper n°13, 2002, 42 p.

PICHERAL Henri, *Echelles d'analyse de la desserte en soins médicaux*, Cahiers de sociologie et démographie médicale, XXXème année, n°2, avril-juin 1990, pp. 155-176

PICHERAL Henri, SALEM Gérard, *De la géographie médicale à la géographie de santé*, Cahiers GEOS, n)22, mai 1992, pp.1-45

POMEY M.P., CARPENTIER N., BATT A., KRESS J.J., *La santé mentale*, in POMEY M.P., POULLIER J.P., LEJEUNE B., Santé publique, Ellipses, 2000, pp.249-261

PRUE D. M. et al., *An analysis of distance variables that affect aftercare attendance*, *Community Mental Health Journal*, vol. 15, 1979, pp. 149-154

PUMAIN Denise, SAINT JULIEN Thérèse, *L'analyse spatiale – Tome 1 – Localisations dans l'espace*, Armand Colin, Cursus Géographie, 1997, 167 p.

PUMAIN Denise, SAINT JULIEN Thérèse, *Les interactions spatiales*, Armand Colin, Coursus Géographie, 2001, 191 p.

PYLE Gerald F., *Three Decades Of Medical Geography In The United States*, In Neil D. Mcglashan And John R. Blunden (Eds) *Geographical Aspects Of Health: Essays In Honor Of Andrew Learmonth*, 1983, (Academic Press: London), pp. 81-101.

Réseau national de ressources en sciences médico-sociales, *Santé mentale*, Les Dossiers du RNR, n°30-31, Ministère de l'Education Nationale, CRDP de Bretagne, juin 2001, 168 p.

REVELLE Charles C., SWAIN R., *Central facilities location*, Geographical Analysis, vol. 2, 1970, pp.30-42
Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Canada, octobre 2002, 109 p.

RICAN Stéphane, *La cartographie des données épidémiologiques*, Cahiers Santé, vol. 8, 1998, pp. 461-470

SALEM Gérard, *La santé dans la ville*, KARTHALA-ORSTOM, Collection « Hommes et Sociétés », 1998, 360 p.

SALEM Gérard, *Géographie de la santé, santé de la géographie*, Espace, populations, Sociétés, 1995, n°1, pp.25-30

SAPORTA G., *Probabilités, analyse de données et statistiques*, Editions Dunod, 1990

SENON J.L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C., *Grands courants de la pensée psychiatrique*, 2001, 9 p.

SHANNON G.W. et al., *The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care*, Medical care review, n°26, 1969, pp. 143-161

SHANNON G.W., DEVER G.E.A., *Health care delivery : spatial perspectives*, Mc Graw-Hill, New York, 1974

SHOULS C., CONGDON P., CURTIS S., *Modelling inequality in reported long term illness in the UK : combining individual and area characteristics*, Journal of epidemiology and community health, 1996, vol.50, pp. 366-376

SIXMITH A.J., *Locating mental health health facilities : a case study*, in SMITH C.J., GIGGS J.A., *Location and stigma : contemporary perspectives on mental health and mental health care*, Unwin Hyman, Londres, 1988, pp. 175-202

SLUPCZYNSKA E., *The influence of the distance between a hospital and a patient's domicile on the frequency of admissions to psychiatric hospitals*, *Psychiatria Polska*, vol. 9, 1975, pp. 255-262

SMITH C.J., *Distance and the location of community mental health facilities : a divergent viewpoint*, Economic Geography, 1976, vol. 52, pp. 181-191

SMITH C.J., GIGGS J.A., *Location and stigma : contemporary perspectives on mental health and mental health care*, Unwin hyman, Londres, 1988

SMITH C.J., *The geography of mental health*, Association of american geographers, Resource paper, n°76-4, Washington, 1977

TEITZ M., *Towards a theory of urban facility location*, Papers of the regional science association, n°13, 1968, pp. 35-51
149

THURNAM J., *Statistics of land attached to the county asylums of England*, *Asylum Journal*, vol. 1, 1853, p.7
TURNER R., WAGENFIELD M., *Occupational mobility and schizophrenia – an assessment of the social causation and selection hypothesis*, American sociological review, vol. 32, 1967, pp. 104-113

TONNELIER François, VIGNERON Emmanuel, *Géographie de la santé en France*, Que sais-je ?, PUF, 1999, 127 p.

VAGUET A., FACCON R., TOUSSAINT J.M., MARY J.F., *Du bon usage de l'analyse spatiale et de l'évaluation territoriale*, 2001, Natures, Sciences, Sociétés, Vol 406

VEIL Claude, *Comment devenir chercheur en psychiatrie*, *Psychiatrie française*, n° spécial, 1987, pp.95-99

VEXLIARD A., *Le clochard. Etude de la psychologie sociale*, 1957, réédition en 1998, Paris, Desclée de Brouwer

VIGNERON Emmanuel, *Pour une approche territoriale de la santé*, DATAR, Editions de l'Aube, 2003, 286 p.

VIGNERON Emmanuel, *Géographie et statistique*, Que sais-je ?, PUF, 1997, 127 p.

WACQUANT J.L.D., *Les prisons de la misère*, Editions Raisons d'agir, 1999

WHITE Andrew N., *Accessibility and public facility location*, *Economic Geography*, 55, pp.18-35, 1979

WOLPERT Julian, *Opening closed spaces*, *Annals of the Association of American Geographers*, vol. 66, 1975, pp.1-13

WOLPERT J., WOLPERT E., *The relocation of released mental hospital patients into residential communities*, 1976, *Policy sciences*, 7, 31-51

WOLPERT Julian, DEAR Michael, CRAWFORD Randi, *Satellite mental health facilities*, *Annals of the Association of American Geographers*, vol.65, n°1, 1975, pp. 24-35

Sites internet :

www.serpsy.org (soins, études et recherche en psychiatrie)

Relatifs aux textes réglementaires sur la santé mentale :

<http://www.ch-charcot56.fr/textes/textreg.htm>

<http://www.dominique-mathis.net/>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : La maladie mentale à Chicago, 1939</i> _____	17
<i>Figure 2 : Distribution de la schizophrénie à Nottingham, 1969-1973</i> _____	18
<i>Figure 3 : Distribution des schizophrénies et des psychoses maniaco-dépressives à Nottingham, 1978-1980</i> _	19
<i>Figure 4 : Distribution des troubles non psychotiques à Nottingham, 1978-1980</i> _____	20
<i>Figure 5 : Les théories de l'environnement générateur et du glissement</i> _____	21
<i>Figure 6 : Diffusion spatiale de l'ouverture des hôpitaux psychiatriques aux Etats-Unis aux XVIIIème et XIXème siècles.</i> _____	52
<i>Figure 7 : Cadre conceptuel</i> _____	64