

## **Le cadre de l'hôpital psychiatrique**

Cette recherche s'inscrit dans un cadre défini, celui de l'hôpital psychiatrique. La mobilisation que nous faisons du terme « cadre » est donc à entendre dans cette acception. Pour ce qui est du « contexte », il en représente un élément ; c'est la réunion de différents contextes qui constitue le cadre.

Dans ce chapitre, il s'agira d'apporter un éclairage sur l'évolution des hôpitaux psychiatriques (anciennement nommés asiles). Il est important de la prendre en compte, car elle participe de l'orientation actuelle des projets culturels.

Nous concentrerons notre attention, en particulier, sur l'analyse de l'évolution des interactions entre les différents acteurs de l'hôpital (patients et personnel). L'approche Goffmanienne s'avère particulièrement utile dans la compréhension de ce cadre et de son incidence sur les situations communicationnelles vécues.

Dans une période plus contemporaine, la seconde moitié du vingtième siècle s'est révélée comme étant une phase importante de réorganisation du système hospitalier, et plus spécifiquement dans le secteur de la psychiatrie. De profonds bouleversements d'ordre organisationnel et relationnel en ont découlé.

Plus récemment, nous avons assisté à une véritable « crise » de l'institution hospitalière. Dans ce contexte difficile, il convient dès lors d'interroger la place que la culture peut y prendre.

## 1. Les apports d'Erving Goffman :

### 1.1 Le poids de l'institution dans les rôles et les interactions à l'hôpital psychiatrique :

Les travaux de la sociologie Goffmanienne restent la référence dans l'analyse de l'ancien système asilaire. L'étude menée par l'auteur, à l'hôpital psychiatrique de Saint Élisabeth à Washington, révèle la nature et les conditions d'interactions entre les acteurs (patients et personnel hospitalier) au sein de l'institution hospitalière, dans le courant du milieu du XXe siècle.

Paru en 1961, son ouvrage *Asylum* permet de comprendre l'organisation de l'hôpital psychiatrique du temps où celui-ci était encore considéré comme une « institution totalitaire »<sup>60</sup>. Ce travail est essentiel à la compréhension des codes inhérents à l'hôpital psychiatrique. Ils tiennent un rôle important dans le conditionnement des rapports sociaux entre les acteurs.

Erving Goffman s'attache à détailler la manière dont les malades mentaux vivent leur existence au sein de l'hôpital psychiatrique. Les définitions détaillées qu'il en donne passent par l'analyse des rapports établis avec le personnel hospitalier. La non-conformité des comportements serait, selon lui, liée à l'aspect totalitaire de l'institution.

Lorsqu'il entre dans l'institution totale, le malade est dépossédé de son rôle (au sens sociologique du terme). Son existence se retrouve soumise aux règles qui régissent l'asile. Pour définir les rapports qu'entretiennent les patients et le personnel, Goffman met en avant l'opposition qui caractérise ces deux catégories. Dans les années soixante, l'asile est un « microcosme social », il vit en autarcie et les patients internés ne ressortent que rarement, ils sont donc en coupure totale avec l'environnement extérieur et la vie sociale. Dans ce contexte, le personnel représente à la fois cet extérieur devenu inaccessible pour le patient et ce « donneur d'ordre » auquel il faut se soumettre :

« La coupure interne entre le personnel et les malades transpose et reprend au sein même de l'établissement cette opposition du dedans et du dehors et fournit le principe

---

<sup>60</sup> Le terme utilisé par Goffman est « total institution ». La définition qu'il en donne est la suivante : « On peut définir une institution totalitaire comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1968 : 41).

dynamique de la vie sociale dans l'institution : le personnel représente des normes, les mythes et les pouvoirs de la vie normale pour des sujets définis par l'abolition de tous les privilèges d'une existence libre. Le "soignant" par rapport au "soigné", c'est aussi l'homme libre par rapport au prisonnier » (Castel in *Asiles*, 1968 :14).

Les rapports entre personnel et patients mis au jour par l'étude d'Erving Goffman révèlent la présence de tensions liées aux représentations qu'entretient chaque groupe l'un vis-à-vis de l'autre.

Les stéréotypes sur les malades mentaux ne sont pas véhiculés que dans la société ; à l'intérieur même de l'institution, ils sont aussi très présents chez le personnel hospitalier. Souvent, ce dernier met en place une relation de pouvoir, de domination vis-à-vis du patient. Il exige de lui l'emploi d'un certain vocabulaire (souvent marqueur de soumission). Les représentations vont dans les deux sens. Les patients considèrent les membres du personnel comme des personnes peu agréables, jouant et abusant de leur autorité. L'auteur insiste sur le peu de rapports entre ces deux groupes. Il y voit le résultat du cadre de l'institution asilaire. Nouer des relations autres avec un malade, faire preuve de compassion ou d'amitié était quelque chose de difficilement admissible au regard de l'institution et de son fonctionnement. Ce type de comportement était considéré comme dangereux et tabou par les deux parties. Lorsque c'était le cas, Erving Goffman parle « d'abandon de rôle » (pour reprendre un terme introduit par Everett Huges).

Les quelques cas recensés où les deux parties semblent entretenir de bons rapports sont les manifestations organisées et ouvertes à l'extérieur. Cette symbiose apparente est orchestrée par l'institution pour donner d'elle la meilleure image possible. Les « activités secondaires » permettent à l'institution totalitaire de promouvoir d'elle-même une image unitaire, à travers du personnel et des patients qui composent un même public, face à des visiteurs extérieurs. Pour Erving Goffman, il s'agit dans ces actions (expositions, journal de l'hôpital...) de véhiculer l'idéologie institutionnelle grâce au développement de relations avec l'extérieur. Nous verrons, qu'aujourd'hui, les actions culturelles ont toujours une visée communicationnelle plus ou moins marquée, c'est d'ailleurs ce que nous avons pu observer au travers de la seconde convention « Culture à l'hôpital » signée en région PACA.

## **1.2 Une permanence de l'influence du cadre dans les rapports soignants- soignés :**

La période asilaire détaillée par Erving Goffman se caractérise par une rigidité institutionnelle, une importante régulation des comportements et une irréversibilité caractéristique des rôles des membres du personnel.

Aujourd'hui, ce constat nécessite d'être fortement relativisé, eu égard au développement des structures hospitalières et à l'évolution des mentalités autour de la question de la santé mentale. Ce qui explique en partie l'évolution considérable des rapports entre patients et personnel est certainement le changement de considération du personnel vis-à-vis du malade. À l'époque des asiles, le rôle du personnel soignant était plutôt un rôle de gardiennage, le malade était plus considéré comme matériau, support de travail que comme personne. Erving Goffman parle même de « produit ». Ce qui nous intéresse particulièrement dans l'étude de ce chercheur est le travail de description qu'il fournit sur les rôles et les fonctions du personnel. Comme nous le verrons par la suite, dans le cadre des dispositifs mis en place pour le programme « Culture à l'hôpital », les rôles sont modifiés le temps de l'action culturelle.

Près de quarante ans après, l'hôpital psychiatrique a connu d'importantes mutations. Nous nous demandons aujourd'hui, en quoi le cadre de l'institution est encore susceptible d'influer sur les rapports entre les individus (patients- soignants) et sur le développement de la culture à l'hôpital.

L'interrogation que nous posons porte sur la nature de ces modifications et leur tenue dans la durée. Le caractère figé des rôles évoqués par Erving Goffman n'est plus d'actualité. Alors la modification des rôles est-elle ponctuelle ? Durable ? En quoi influe-t-elle sur les interactions futures, sur les pratiques et sur les représentations sociales ? Peut-on, comme l'a fait cet auteur, avancer la rigidité du cadre institutionnel pour expliquer la fixité des rôles ? Nous y reviendrons.

## **1.3 L'utilisation du concept goffmanien de « cadre » :**

Ce qui donne sens à une action est le cadre dans lequel elle s'inscrit. Nous avons déjà établi une distinction entre cadre et contexte, nous allons maintenant compléter l'acception donnée au terme de « cadre ». Afin de ne pas créer d'ambiguïté, nous emploierons le concept de cadre dans son sens goffmanien pour parler du cadre de l'hôpital psychiatrique et nous

parlerons « d'espace » ou de « modalisation<sup>61</sup> » pour déterminer le cadre spécifique de l'atelier culturel.

Selon l'approche goffmanienne, il existe deux grandes catégories de cadre : les cadres naturels et les cadres sociaux. Les cadres naturels appartiennent à ce qui relève de l'ordre du monde physique, alors que les cadres sociaux sont posés par une volonté, un objectif défini. C'est dans cette deuxième catégorie que s'insèrent les actions culturelles menées dans les hôpitaux psychiatriques. Chaque cadre social a des règles qui lui sont propres. Nous postulons que les ateliers culturels menés à travers le programme « Culture à l'hôpital » interrogent les limites mêmes du cadre de l'hôpital psychiatrique, car ils y insèrent un certain trouble, en n'entrant pas dans le schéma classique du cadre institutionnel.

Erving Goffman nous explique qu'une transformation du cadre primaire est une modalisation. En ce sens, le projet culturel est une modalisation du cadre primaire de la relation patient-soignant. Dans le cadre primaire, les échanges patient-soignant sont organisés autour du soin et de la prise en charge, une « barrière » est présente entre les deux entités. Lors d'une participation commune à un atelier culturel par exemple, le cadre est transformé et donne lieu à de nouvelles modalités d'interactions et d'échanges qui ne seraient pas permis en dehors de cet espace.

Ainsi, la modalisation résulte de la transformation d'un objet qui avait déjà un sens défini dans un cadre primaire. Cette modalisation (cadre secondaire) est déterminée dans l'espace et dans le temps par certains indicateurs (« conventions de phasage » selon Erving Goffman).

« Une activité cadrée d'une certaine façon – et tout spécialement une activité organisée collectivement – est généralement séparée du flux des événements en cours par des parenthèses ou marqueurs conventionnels. Ces parenthèses conventionnelles délimitent l'activité dans le temps en lui donnant un avant et un après. À l'instar du cadre en bois d'une photographie, ces marqueurs ne font pas vraiment partie intégrante du contenu de l'activité et n'appartiennent pas non plus au monde extérieur : ils sont à la fois dedans et dehors, situation paradoxale dont nous avons déjà parlé et dont il faut bien tenir compte, même si cela est malaisé » (Goffman : 1974 a : 246).

---

<sup>61</sup> À partir du cadre primaire que représente l'institution hospitalière, l'atelier culturel mis en place représente un nouveau cadre. Il opère une transformation qu'Erving Goffman qualifie de « modalisation » : « Par mode j'entends un ensemble de conventions par lequel une activité donnée, déjà pourvue d'un sens par l'application d'un cadre primaire, se transforme en une autre activité qui prend la première pour modèle mais que les participants considèrent comme sensiblement différent. On peut appeler modalisation ce processus de transcription. » *Les cadres de l'expérience*, 1974 : 54.

Pour l'atelier culturel, il s'agit d'un lieu particulier (souvent en dehors du service) et d'horaires fixes rompant le rythme classique d'une journée d'hospitalisation.

Pour Erving Goffman, l'analyse du cadre permet de répondre à la question : « Qu'est-il en train de se passer ? » L'auteur ne s'intéresse pas nécessairement à ce qui constitue ce cadre, mais plutôt à la manière dont il se construit. Pour notre étude, nous prendrons appui sur les concepts développés par l'auteur, mais dans une optique différente. Nous définirons d'abord la structuration de certains cadres primaires de l'hôpital psychiatrique, notamment les interactions entre professionnels et patients, ainsi que les pratiques professionnelles à l'oeuvre. Au-delà de la compréhension de ce qui se joue dans la modalisation de ces cadres à travers l'atelier culturel, il s'agira de définir les effets et de voir les modifications qui peuvent se produire ou non lors du retour aux cadres primaires (dans la quotidienneté de l'organisation et de la vie hospitalière).

Dans toute activité, il y a une distinction entre l'individu et le rôle qu'il tient : selon le contexte, c'est la personnalité ou la fonction qui peut prédominer. Chez les soignants, dans le cadre de l'hôpital psychiatrique, c'est le rôle (lié à la profession) qui prédomine tandis que dans l'espace de l'atelier il semble que ce soit la personnalité, l'individu en tant que tel. Nous émettons donc l'hypothèse que le projet culturel permet au personnel soignant d'atteindre un équilibre entre fonction et personnalité, qui n'est pas possible dans le cadre institutionnel classique.

Erving Goffman s'est intéressé à la manière dont les acteurs attribuaient un sens et organisaient leurs actions. De notre côté, nous nous attacherons à comprendre comment des modalisations, en l'occurrence des actions culturelles, permettent d'interroger, de repenser voire de réorganiser des dialogues, des identités, des pratiques professionnelles dans le cadre de l'hôpital psychiatrique.

Voyons maintenant en quoi les différentes réformes hospitalières menées dans la seconde moitié du XXe ont orienté et participé à la redéfinition des interactions entre patients et personnel.

## **2. L'évolution de l'institution hospitalière et du rapport patient-personnel :**

### **2.1 L'hôpital, d'une fonction d'assistance à une fonction médicale :**

#### **2.1.1 Du patient « objet » au patient « usager » :**

Prenant appui sur les travaux de Florence Grappin (2008), nous allons brièvement rappeler l'évolution des approches médicales, afin de montrer en quoi elles ont une influence sur les comportements hospitaliers actuels.

Au XVIIIe, le malade est considéré comme un tout, un corps et une âme, ce qui empêche le traitement de la maladie simplement à travers l'étude du corps. L'importance est accordée au langage et aux dires des malades :

« La médecine s'adresse à l'individu dans son entier et se base avant tout sur le récit biographique du malade. Ces conceptions évitent au médecin d'avoir une vision strictement objective du patient malade. Cette médecine est conditionnée et dépend donc nécessairement du récit du malade, qui se confie au médecin ; l'anamnèse est alors pivot de la rencontre entre le soignant et le patient » (Grappin, 2008 :20).

Dès le XIXe, on assiste à une restructuration dans les établissements hospitaliers. L'avancée de la technique modifie le rapport entretenu par le médecin avec ses patients. L'auteure note un changement de rôle chez le praticien qui devient plus savant que thérapeute, minimisant ainsi les rapports avec ses patients. L'entretien avec le patient est toujours présent, mais réduit dans sa durée, désormais envisagé comme un complément revêtant un caractère très protocolaire. Dès lors, l'objectivité du diagnostic se fait à travers les faits cliniques, validables scientifiquement. Les instruments ont progressivement pris la place du soignant auprès des patients. La médiation technique semble avoir pris le dessus sur la médiation humaine modifiant ainsi les interactions soignants- soignés.

Dans son ouvrage *Naissance de la Clinique* (2003), Michel Foucault retrace l'histoire de l'observation médicale et de ses méthodes entre la fin du XVIIIe et le milieu du XIXe. Il y évoque notamment, les modifications comportementales des médecins vis-à-vis des patients avec l'avènement de la clinique. Elle a, entre autres, contribué à la perte du dialogue médecin-patient, qui à l'origine était l'un des éléments fondamentaux du diagnostic.

D'autres auteurs, encore aujourd'hui, soulignent les tendances communes présentes dans les « institutions totalitaires ». Jusque dans les années cinquante, le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique (à l'époque asile) était très similaire à celui des prisons. Les visites se faisaient dans des parloirs. La peur de la contagion de la maladie mentale était très présente à l'hôpital. Patrick Coupechoux relève par exemple que les soignants avaient pris l'habitude de ne pas mélanger leur vaisselle avec celle des patients (2006).

C'est essentiellement la première moitié du XXe qui marque une modification majeure dans l'histoire de l'institution hospitalière. La loi de 1941 rend l'accès à l'hôpital possible à tout citoyen. Elle marque le glissement de l'hôpital, d'une fonction d'assistance sociale vers une fonction axée sur le médical. Le rôle historiquement social de l'hôpital s'efface progressivement pour laisser place à la technicité et aux champs médicaux. Cette transformation l'entraîne à reconsidérer la nature même de ses missions. La crise institutionnelle que va connaître alors l'hôpital psychiatrique s'inscrit dans un climat général de tensions qui touche l'ensemble de la société.

Dans les années 1950, on assiste à un changement de statut pour les patients. Ils commencent à revendiquer leurs droits. C'est le passage du patient « objet » au patient « sujet » et usager qui s'explique entre autres, par l'inscription de la maladie dans le temps. En 1945, la création de la sécurité sociale reconnaît le patient en tant qu'utilisateur d'un système de soins. Les progrès techniques permettent de soigner un patient, mais pas nécessairement de lui apporter une guérison définitive. Florence Grappin (2008) relève qu'un patient chronique est plus en attente vis-à-vis du système hospitalier que ne peut l'être un patient ponctuel. Il doit pouvoir participer à son soin de manière quotidienne, il devient donc acteur de son traitement. On assiste là à un renversement du traditionnel pouvoir absolu du médecin sur le patient. Par ailleurs, les mouvements et actions institués dans les années quatre-vingt par les malades atteints du VIH<sup>62</sup> ont fortement contribué à l'évolution de la relation médecin-patient. Le patient trouve une relative autonomie dans son traitement où ses avis sont pris en compte par le corps médical.

« Le rôle joué en la matière par les associations de lutte contre le sida a été déterminant pour initier un tel renversement du rapport hiérarchique entre patient et

---

<sup>62</sup> Virus de l'immunodéficience humaine, responsable de la pathologie appelée SIDA.

médecin et, surtout, pour lui donner une portée politique et faciliter son intégration à la conduite de l'action publique » ( Maudet, 2002 : 99).

L'importance prise par le patient dans l'établissement hospitalier, ainsi que dans les soins qui lui sont dispensés ne fera que s'accroître. C'est aussi le cas de patients chroniques en psychiatrie, qui dans la majorité des cas suivent un traitement à vie. Plus récemment, on retiendra la « loi hospitalière » datée du 30 juillet 1991 qui donne au patient un droit d'accès direct à son dossier médical. Le patient dispose donc des mêmes informations que celles connues par les soignants.

### 2.1.2 La prise en compte du relationnel dans les interactions patients- personnel :

Pour les médecins aussi, la relation avec les malades représente un enjeu important. Ils y sont de plus en plus attentifs. Cette préoccupation peut être très pratique : il faut bien prendre en compte le point de vue des patients si l'on veut que ceux-ci se conforment aux prescriptions. D'autre part, les médecins n'ignorent pas que la principale raison de mécontentement invoquée dans de nombreuses enquêtes, par les usagers de services de santé, concerne la « communication » entre malades et soignants (Adam, Herzlich, 2005). Pour certains cependant, l'attention portée à ce problème est d'un autre ordre.

Ainsi, dès 1927, un médecin américain, le docteur Francis Peabody, émettait l'idée qu'un nombre important de patients souffre de troubles dont les causes organiques ne peuvent être déterminées. Seule la relation privilégiée du praticien avec son malade, l'écoute attentive de celui-ci, peut permettre de déterminer les troubles émotionnels qui sont à l'origine du mal. Plusieurs décennies plus tard, le psychanalyste anglais Michael Balint s'inscrit dans cette filiation. Il élabore une théorie de l'efficacité thérapeutique fondée sur ce qu'il appelle le « remède-médecin » : l'écoute et l'attention portées au patient peuvent guérir au même titre qu'un médicament (Grappin, 2008).

On retiendra dans l'évolution de l'hôpital, une perte générale de la confiance vis-à-vis de la médecine et des professionnels qui la constituent. Le relationnel souvent rapproché uniquement de l'hôpital psychiatrique est devenu un enjeu dans les hôpitaux publics. En effet, pour le patient, il peut représenter un marqueur de satisfaction et rentrer en compte dans les procédures d'accréditation. Son absence est souvent évoquée par le personnel en raison du

manque de temps à y consacrer. Mais cela cache d'autres motivations relevées par Marie Christine Pouchelle : fatigue professionnelle, volonté de se protéger (Pouchelle, 2003 : 135). Il n'en reste pas moins que la notion d'usager prend part à la prise en compte du patient dans sa globalité, en tant que citoyen. Elle participe aussi d'un effacement de la distinction soignant-soigné (Pouchelle, 2003 : 124). Cette anthropologue met à jour l'existence d'une culture hospitalière, celle là même qui conditionne le fonctionnement des services et des individus. Considérant que cette culture hospitalière est partie intégrante du cadre institutionnel, on s'interroge sur les enjeux d'un projet culturel, sur les transformations ou les brèches qu'il peut générer dans cette culture hospitalière. Mais avant même la mise en place de projets culturels, le développement du relationnel s'est formalisé au travers de la psychothérapie institutionnelle.

### 2.1.3 La psychothérapie institutionnelle :

La psychothérapie institutionnelle émerge dans les années cinquante, elle apparaît pour la première fois dans un article en 1952 dans la revue *Annales portugaise de psychiatrie*. Les auteurs la définissent comme une action sur l'institution, qui se caractérise par une utilisation à travers des activités sociothérapeutiques. Les actions communes sont alors favorisées pour permettre aux patients de retrouver des liens sociaux. Celles qui ont un caractère culturel connaissent un développement particulier. Le développement des « Clubs thérapeutiques » rend propice l'émergence d'une réflexion nouvelle sur le rôle des infirmiers. Ils conduisent à repenser les possibilités de relations soignants-soignés. Prenons cet exemple concernant le club thérapeutique de l'hôpital de Saint Alban :

« On crée par exemple, pour la première fois, des “ Clubs thérapeutiques ” au sein desquels les malades organisent eux-mêmes leur vie, véritables “ institutions ” chères à Tosquelles, au sein même de l'hôpital, venant se substituer à l'organisation traditionnelle (...) Dans le club, les rencontres se nouent hors de toute relation hiérarchique, sur un “ mode démocratique ”, entre les soignants et les patients, autour de situations concrètes, liées à l'organisation de la vie à l'hôpital. Le club est aussi un lieu d'observation des patients en situation réelle, et un lieu de formation pour les équipes, une ouverture nouvelle sur l'extérieur » (Coupechoux, 2006 : 108).

À la base de la psychothérapie institutionnelle, il y a l'idée d'une réhabilitation sociale du patient conçue comme thérapie, sa réinsertion dans la cité est une forme de traitement en soi.

Après son avènement dans les années 1960-1970, un mouvement antipsychiatrique émerge. Au-delà d'une remise en cause de l'asile, c'est l'ensemble du pouvoir et de ses institutions qui sont discutés. Pour faire suite à cette série de mouvements contestataires, l'entrée dans les années quatre-vingt est marquée par une diversification des modes d'action. Un important travail d'ouverture sur l'extérieur est fait, grâce à la mise en place de la sectorisation. Il s'agit de redonner place à la psychiatrie dans la cité et au patient dans son environnement (quartier, famille, relations sociales). La volonté est de permettre au patient de retrouver un statut de sujet et non pas de simple objet (Coupechoux, 2006). On assiste au développement des hôpitaux de jour (HDJ) permettant aux patients d'acquérir une meilleure autonomie dans leur prise en charge. On peut alors se demander quelles sont les conséquences de ces évolutions sur le plan organisationnel.

## **2.2 Les bouleversements d'une réorganisation :**

### 2.2.1 Des logiques économiques et managériales :

Avec le mouvement d'ouverture, les établissements commencent à enregistrer de fortes réductions dans la dotation des lits et dans la durée des séjours eux-mêmes. Les équipes professionnelles se diversifient avec l'arrivée de nouvelles fonctions. Une fois passée l'euphorie de la modernisation et de la nouveauté, ces avancées ne sont pas sans conséquence sur l'univers hospitalier psychiatrique français et entraînent nombre de bouleversements au sein des institutions.

L'hôpital entre progressivement dans des logiques d'ordre économique et social. Comme toutes les autres organisations, il se voit soumis à des méthodes de gestion (Basse, 2003 : 157). Avec la progression constante des moyens techniques, il devient indispensable de pouvoir en maîtriser les coûts. L'émergence de cette politique gestionnaire à l'hôpital entraîne une redéfinition des rôles et actes des professionnels. La nécessité de rendre compte de chaque acte réalisé auprès d'un patient, la traçabilité du soin, multiplie le travail administratif pour les infirmières et réduit leur temps de présence auprès des patients. Le constat est le même dans tous les secteurs de la médecine.

Dans les années 1980, à la suite du mouvement de modernisation des hôpitaux apparaît la notion « d'hôpital-entreprise ». La comparaison entre les deux termes se voit renforcée avec la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

(A.N.A.E.S) par l'ordonnance n° 96.346 en date du 24 avril 1996 (Basse, 2003 : 180). Dans cette logique de marché, on peut déjà présager des difficultés potentielles rencontrées par une action qui ne fait pas entrer de manière objective des fonds dans l'institution, ce qui est le cas d'un projet culturel. Quelle place pour un projet qui ne répond pas à une logique rationaliste et qui, au contraire, est susceptible d'engager des frais pour l'institution ? C'est ce que nous définirons au cours de cette recherche.

L'évolution hospitalière reste liée à l'évolution de notre société (Guillaume-Hofnung, 2001). Dans un système où l'économie a pris une place prédominante, les rapports personnel-patient sont souvent assimilés à ceux de « client-fournisseur » pour reprendre les termes de Françoise Gonnet (2004). Le passage du patient « objet » au patient « usager » favorise les logiques de prestation de service dans les établissements hospitaliers. Le patient n'est plus un simple malade, il devient consommateur d'une offre de soins. Ainsi lorsqu'il est en mesure de le faire, le patient exige un service et des prestations de qualité durant son hospitalisation. Parfois, les services annexes proposés (tous ceux qui ne concernent pas directement le soin) peuvent déterminer son choix, ainsi la qualité d'accueil et de prise en charge devient essentielle. Dans ce cas, le client (patient) est situé hors de l'organisation et se place en attente d'une prestation de service globale. Selon les situations et selon l'acteur hospitalier auquel il s'adresse, le patient peut être considéré soit comme une ressource soit comme une contrainte. Malgré sa passivité générale, le patient est à tout moment susceptible d'influer sur une situation soit par une requête personnelle soit par un certain positionnement vis-à-vis d'un membre de l'équipe. Les interactions constantes entre patient et personnel font que les problèmes des uns deviennent les problèmes des autres et ne se distinguent que très difficilement.

La place faite au patient dans l'institution hospitalière évolue, de l'ancien statut de simple « malade » il est désormais considéré en tant qu'« usager », porteur de certaines attentes pouvant orienter son rapport à l'institution ou le comportement même des acteurs hospitaliers.

« Pour ce qui concerne les malades, on peut considérer qu'ils se font de plus en plus impatients, exigeants, s'appuyant parfois sur des connaissances qui leurs permettent de discuter, de controverser, le traitement qui leur est proposé. En lieu et place du patient docile et largement muet se dessine donc un usager potentiellement revendicatif, susceptible de devenir plaignant devant les tribunaux, n'hésitant pas ainsi à transformer le médecin ou tout autre acteur professionnel de l'hôpital en simple justiciable et parfois en condamné » (Herreros, 2007).

Ce climat de tensions sociales a également un impact direct sur les pathologies relevant du secteur psychiatrique. On constate notamment l'augmentation des maladies chroniques et des maladies dites « de société » telles que dépressions, troubles d'adaptation, etc (Rossi, 1999). Le nombre de patients augmente alors que les capacités d'accueil sont en constante réduction, ceci entraîne de nouvelles modalités dans la prise en charge du patient.

La réduction du temps d'hospitalisation participe d'une série de modifications, notamment dans les rapports soignants-soignés. Les liens pouvant être tissés avec certains membres de l'équipe soignante se raréfient en comparaison à l'époque de l'asile et de son système autarcique où le temps d'hospitalisation prolongé permettait l'entretien de liens particuliers avec le personnel. À l'époque, le personnel n'était pas reconnu comme soignant, mais plutôt comme gardien. La promiscuité créée par l'environnement asilaire impliquait donc des rapports ténus avec les patients ; mais ces relations comme l'a démontré Erving Goffman étaient surtout basées sur un système de domination, de pouvoir des uns sur les autres. Aujourd'hui, les échanges entre patients et personnel sont moindres, mais leur nature est différente de celle de l'époque asilaire. La relation personnel- patient reste cependant une question essentielle. Une étude réalisée dans les années quatre-vingt-dix démontre que malgré l'importance des soins techniques, une fois ceux-ci terminés, le patient se souvient essentiellement des relations qui ont eu lieu autour (Orfali, 1986).

### 2.2.2 Le découpage du cadre en une multitude de territoires :

Sur le plan interne, les pratiques professionnelles sont bousculées. Des problèmes de communication apparaissent au sein et entre les unités qui de plus en plus spécialisées, réduisent leurs échanges avec les autres services. Marie Georges Fayn (1995) a mis en avant la diversité interne qui régnait dans les hôpitaux. Leur composition est comme une accumulation de petits territoires repliés sur eux-mêmes. L'importante autonomie acquise par les différents secteurs entraîne une auto gestion ne nécessitant plus la collaboration ou l'échange direct avec les autres secteurs. Le développement de la logique de spécialisation entraîne un cloisonnement des services et rend la collaboration plus difficile. De ce fait, les difficultés relationnelles ne sont plus sensibles d'individu à individu, mais de groupe à groupe, accroissant l'importance de la dimension collective et sociale de l'institution hospitalière (Gonnet, 2004).

Le développement de l'extra hospitalier y concourt également. On constate qu'avec l'accroissement du mouvement de la sectorisation une partie de l'information ne parvient pas aux structures extra-hospitalières, notamment en ce qui concerne les activités considérées comme « annexe » par le personnel hospitalier, telles que les actions culturelles.

Des modifications sont aussi palpables au sein des services eux-mêmes. Le renforcement de la hiérarchisation (médecin, interne, infirmière, aide soignant, agent de service hospitalier...) suscite parfois un climat sectaire, chacun se limitant à sa fonction et à son groupe d'appartenance professionnelle.

Une étude menée en Allemagne en 2000, sur l'action culturelle, a permis de rendre compte des difficultés de communication qui existent entre les professionnels du secteur hospitalier. Diverses catégories ont été interrogées (infirmiers, médecins, agents administratifs) dans plus de 160 hôpitaux allemands<sup>63</sup>. Il en est ressorti que l'obstacle principal rencontré à la mise en place de projets n'était pas tant la surcharge de travail, mais plutôt la non-communication du personnel avec ses supérieurs hiérarchiques. Les conflits internes sont des réalités présentes dans les institutions hospitalières et pas seulement en Allemagne. Dans ce climat difficile, voyons maintenant quelle place est accordée à la culture ?

### **2.3 Quelle place pour l'action culturelle ?**

D'une manière générale, nous pouvons retenir que l'évolution de l'organisation hospitalière tend à ralentir le développement des activités culturelles. Les contraintes économiques, le passage aux 35 heures, la réduction du personnel ne sont pas restés sans effet sur le développement culturel. Ce constat a été réaffirmé récemment lors de l'enquête menée sur la Lecture à l'hôpital (Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2007). À cela s'ajoute le besoin constant d'évaluation qui reste une réelle problématique pour les activités culturelles.

Depuis maintenant une dizaine d'années, le développement de la culture à l'hôpital vient compléter les initiatives solidaires menées par les hôpitaux. Par ce biais, l'hôpital réaffirme pleinement sa fonction sociale et s'affirme en tant qu'espace public (Goujon, Poisat, 2003). Les projets culturels se développent pour assurer à l'hôpital une reconnaissance en tant

---

<sup>63</sup> Voir à ce sujet : « Politiques publiques de la Culture à l'hôpital » atelier 2 in ministère de la Culture et de la Communication, ministère de la Santé. 2001.

qu'espace public et permettre l'engagement d'une réflexion sur ses problèmes et ses mutations contemporaines.

L'ethnologue Michel Rautenberg pose la question de la difficulté que peut poser la mise en place d'une « consommation culturelle »<sup>64</sup> dans les hôpitaux. C'est là le dilemme qui aujourd'hui encore, divise l'opinion entre ceux qui sont pour et ceux qui sont contre la présence et le développement de la culture en milieu hospitalier. Mais à y réfléchir de près, il n'a pas vraiment lieu d'être. En effet, la culture ne transforme pas (strictement parlant) l'hôpital, elle l'accompagne dans ses mutations. Il ne s'agit pas de remplacer le médical par du culturel, chacun a une place et un rôle bien défini dans notre société, mais les deux ne sont pas antinomiques. Leur rapprochement qui parfois suscite quelques peurs ou appréhensions peut être envisagé comme une proposition pour mieux vivre les changements.

La question à se poser n'est pas celle de la légitimité de la culture dans le milieu hospitalier, mais plutôt celle de ses effets. Que peut produire la culture à l'hôpital ? Que peut-elle apporter à l'institution ? Comment le programme « Culture à l'hôpital » questionne-t-il l'institution hospitalière, les pratiques professionnelles ?

Nous postulons que le développement culturel en milieu hospitalier porte des enjeux essentiels quant à la conception de l'offre de soins contemporaine. Ne pourrait-il pas permettre une redéfinition de la pratique de soin, qui n'étant plus réduite au médical, élargit son champ d'intervention au social par le biais de la culture ? Et cela, bien que la culture suscite des réactions différentes chez les multiples acteurs du programme « Culture à l'hôpital ». C'est ce que nous tâcherons de définir dans une seconde partie.

## **Conclusion :**

Les travaux d'Erving Goffman ont permis de comprendre l'importance du cadre de l'hôpital psychiatrique dans la gestion des relations et des rapports de pouvoir entre personnel soignant et personnes hospitalisées. Ils nous ont aidés à penser le projet culturel comme une modalisation possible de ce cadre primaire. Les hôpitaux s'y intéressent désormais, car il permet entre autres, de répondre à une demande qui leur est faite de prendre davantage en compte le relationnel dans les interactions soignants-soignés. Ceci pour contrebalancer la dimension entrepreneuriale prise par les établissements de soins et dénoncée par ses

---

<sup>64</sup> Michel Rautenberg in Centre hospitalier le Vinatier.1999: 75.

détracteurs. En effet, nous avons assisté au glissement du rapport dominant-dominé à un rapport client-fournisseur. Par ailleurs, la perte du caractère autarcique de l'ancienne institution asilaire a entraîné une multitude de clivages territoriaux. Nous pensons que l'action artistique et culturelle peut permettre de relativiser et de contrebalancer ce climat de tensions.

## Conclusion de la première partie

Cette première partie a permis de définir le contexte de la recherche, ainsi que le parcours entrepris pour aboutir à la formulation de la problématique.

Nous avons vu que jusqu'à peu l'action artistique et culturelle n'était mobilisée par les établissements hospitaliers qu'en vue de leur potentielle valeur thérapeutique. Un changement s'est amorcé avec l'intégration progressive de l'art contemporain dans les structures de soins. Il participe d'une réflexion nouvelle sur les missions et le devenir des espaces de santé. Parallèlement, la poursuite de l'objectif de démocratisation culturelle a conduit le gouvernement à s'intéresser à une nouvelle catégorie de publics. C'est dans ce courant qu'a émergé la mise en place du programme « Culture à l'hôpital ». En le replaçant au sein de la politique culturelle française, nous avons observé une tendance générale, à savoir le développement de programmes culturels dans une intention culturelle, mais aussi sociale non dissimulée : participer de la réduction de la fracture sociale.

Parmi les études menées sur ces programmes culturels à destination des publics empêchés, des pistes ont émergé. Notamment du côté des professionnels, la présence des artistes est parfois difficile à accepter essentiellement parce qu'elle suppose l'adaptation d'un positionnement différent qui peut s'avérer perturbant. De plus, nous avons vu que selon les catégories d'acteurs les représentations sur les apports possibles du projet culturel sont diverses. Estimant que ce point est essentiel dans la position adoptée face au projet culturel, il sera intéressant de le développer, par catégorie d'acteurs, au cours de la seconde partie.

La question des identités est aussi apparue comme particulièrement intéressante à creuser. Les recherches menées par Gilles Herreros en sociologie des organisations ont révélé que le projet culturel pouvait générer des modifications identitaires.

Sachant que pour les patients la période d'hospitalisation est une période où l'identification peut être perturbée, fragilisée, nous postulons que l'action culturelle peut être un moyen d'y remédier, du moins partiellement. Pour le personnel hospitalier, il convient d'interroger la manière dont le projet culturel peut prendre en compte et parvenir à concilier la multitude des identités professionnelles présentes dans l'hôpital. L'analyse menée par Gilles Herreros, se

situé à une échelle macro, celle du projet. Pour notre part, nous avons fait le choix d'une analyse plus micro, celle de l'atelier culturel.

En complémentarité, l'analyse des discours politiques sur ce programme a permis de saisir les enjeux dont il est porteur. Cette étape était indispensable pour pouvoir par la suite mettre en évidence les décalages dans les mises en application ou les mobilisations qui en sont faites par les différents acteurs.

Ce programme se caractérise entre autres, par un côté non thérapeutique (en opposition avec ce qui était fait avant), une inscription durable de l'action culturelle. Pour les deux ministères qui en sont à l'origine, il s'agit de redonner à l'hôpital un aspect relationnel (« volonté d'humanisation ») et de le réaffirmer en tant qu'espace citoyen. C'est du moins ce qu'il ressort de l'analyse que nous avons menée sur les discours ministériels.

Cependant, lorsque l'on regarde de plus près, au travers notamment du texte de la convention nationale, l'accent est davantage porté sur un objectif de démocratisation culturelle. Nous avons décelé là, un premier décalage entre la convention elle-même et le sens par lequel les politiques entendent la mobiliser. Dès lors, l'objectif de démocratisation culturelle n'apparaît pas comme étant l'élément majeur de ce programme.

L'analyse du cadre de références de ce programme a rendu compte de la logique de projet dont il est porteur ; ce qui n'est pas sans soulever certains questionnements. Pour y répondre, nous avons fait appel à la communication et à la sociologie des organisations (Basse, 2003 ; Crozier et Friedberg, 1992). L'apport principal de ces auteurs a été d'envisager le projet comme un perturbateur potentiel des pouvoirs institués. Autre fait, les difficultés rencontrées lors de la mise en application d'un projet. Dès lors, nous souhaitons interroger sur ce qu'il en est pour un projet culturel. Nous avons vu que l'organisation régule la stratégie des acteurs ; nous pensons que le projet culturel peut perturber l'organisation hospitalière et permettre le développement de nouvelles stratégies. Il conviendra donc de le confirmer et de mettre à jour ces stratégies dans la seconde partie.

Le projet culturel mené dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » revêt une autre dimension que les actions menées précédemment. Il revêt une dimension institutionnelle

et non plus une dimension « de service <sup>65</sup> ». L'hôpital occupe une place autre, il n'est plus simple lieu d'accueil, il devient concepteur du projet à part entière.

La convention nationale nous a également appris que la mise en application de ce programme se fait à l'échelle régionale. Pour en constater la diversité, nous avons déterminé trois terrains de recherche. Présentée comme prise en compte des spécificités territoriales, cette application régionale du programme est porteuse à nouveau de plusieurs décalages. L'enjeu culturel n'est pas toujours au premier plan comme a pu en témoigner par exemple, l'analyse de la seconde convention en région PACA. Malgré d'importantes disparités, un dispositif commun et central émerge clairement, l'atelier culturel.

Nous avons défini les caractéristiques qui permettent d'appréhender l'atelier culturel en tant que dispositif de médiation culturelle. Ce dernier est « l'élément tiers » dans l'acte de médiation ; il participe d'une modification de la situation et des relations entre les différents acteurs. L'atelier apparaît comme le lieu de l'expérience esthétique, pratiqué simultanément par différentes catégories d'acteurs.

Néanmoins, bien qu'inscrit dans la durée (projet annuel), l'atelier culturel n'en reste pas moins un dispositif « éphémère », la place (en terme de durée) qu'il occupe lors du temps d'hospitalisation reste infime. Nous nous demandons ce qu'il en est par la suite. Que se passe-t-il ? Les modifications établies se poursuivent-elles ou la situation communicationnelle d'origine est-elle rétablie ? Au cours de la seconde partie, il conviendra donc de définir sur le plan pragmatique les changements portés par l'atelier culturel et leur pérennisation ou non au-delà du projet.

L'espace spécifique qu'il définit permet une mise en latence des relations de pouvoir. L'atelier devient un nouveau dispositif communicationnel dans l'enceinte hospitalière, nouvel espace possible de dialogue pour les personnes hospitalisées et les professionnels de santé. Il devient « interface » entre deux populations (patients et personnel). Caractérisé par un système de coproduction, ce dispositif favorise le développement de rapports relationnels davantage qu'institutionnels. Pour comprendre en quoi les relations sont habituellement fortement instituées et parce que nous nous intéressons davantage aux individus qu'à l'objet même de la médiation, nous avons mobilisé la sociologie Goffmanienne.

---

<sup>65</sup> Le terme de « service » est à entendre dans le sens d'unité, de service de soins.

Parce que le poids du cadre et des rapports établis participent des représentations et des positionnements, leur prise en compte était indispensable pour saisir ce que le projet culturel et l'atelier sont à même de questionner et de faire fluctuer au sein de l'institution hospitalière. Traditionnellement, les rapports entre patients et personnel ont été des rapports de tension, trouvant leur principale explication dans les représentations que les uns entretiennent vis-à-vis des autres. Bien que ces relations de pouvoir et de domination définies par Erving Goffman ne soient plus aujourd'hui d'actualité, elles ont fortement imprégné les inconscients collectifs. Aujourd'hui encore le cadre conditionne et influe le rapport entre les acteurs. Le projet culturel représente une modalisation du cadre primaire.

Ce dernier s'est vu assoupli à la suite des grandes réformes hospitalières qui ont « redessiné » le paysage psychiatrique français, dans le courant de la seconde moitié du XXe. On a assisté à un changement de statut du patient, non plus considéré comme simple « objet » mais comme usager d'un système de soins. Parallèlement s'est développée la prise en compte du relationnel dans la période d'hospitalisation. En contrepartie, de fortes critiques ont émergé face au développement des logiques rationalistes dans le système hospitalier. Les détracteurs ont dénoncé une politique managériale faisant de l'hôpital une véritable entreprise. Au même moment, le mouvement de décentralisation répondant entre autres au désir de rapprocher l'hôpital de la ville a conduit au morcellement des institutions en une multitude de territoires. Les services de soins échangent de moins en moins entre eux et un réel manque de communication se fait sentir entre l'intra et l'extra hospitalier. C'est pourtant dans ce climat peu favorable que se développent les actions culturelles, notamment parce qu'elles peuvent participer de la reconnaissance de l'hôpital comme espace public.

Désormais, afin de répondre à notre problématique, notre deuxième partie traitera des répercussions du projet culturel et de l'atelier sur l'institution hospitalière et ses acteurs.