



**HAL**  
open science

# Art et culture à l'hôpital psychiatrique : à la recherche de la personne du patient

Sophie Le Coq

► **To cite this version:**

Sophie Le Coq. Art et culture à l'hôpital psychiatrique : à la recherche de la personne du patient. 2015. hal-01254948

**HAL Id: hal-01254948**

**<https://hal.science/hal-01254948>**

Preprint submitted on 12 Jan 2016

**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.

## Art et culture à l'hôpital psychiatrique : à la recherche de la *personne* du patient

Sophie Le Coq

MDC Sociologie / UEB-Rennes 2

CIAPHS (EA 2241)

### Introduction

Le 19 novembre 2013, le Service Action territoriale et politiques interministérielles de la DRAC Bretagne publie une note intitulée « L'ARS Bretagne et la DRAC Bretagne réaffirment le partenariat Culture-Santé ». L'énoncé du premier alinéa de cette note fait d'emblée comprendre que, depuis 1999, la convention qui lie le Ministère de la Santé et Le Ministère de la Culture et de la Communication étend son périmètre d'action de l'hôpital à la santé, c'est-à-dire qu'elle élargit son programme d'action à l'ensemble des établissements sanitaires et médicaux sociaux. Pour la Région Bretagne, nous pouvons lire les précisions suivantes : « Le programme Culture Santé s'est concrétisé, en Bretagne, par deux protocoles (2004 puis 2008) entre la DRAC et l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) pour le développement de la culture à l'hôpital. En 2010, la création de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) a pris à son compte les engagements antérieurs de l'ARH. Amorcé dès 2011, l'élargissement du programme à l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux de Bretagne est effectif depuis 2012 ».

Comment s'organisent et se mettent en œuvre des actions culturelles et artistiques dans des contextes sociaux de soins ? Cette contribution traite de cette question à partir de l'exemple d'une institution psychiatrique en Bretagne.

Au préalable, nous profitons de débats organisés, en 2011, sur la question de la culture et de la santé réunissant des professionnels de ces deux secteurs d'activités pour mettre en perspective leurs questionnements. Nous faisons remarquer que malgré l'existence de cette convention nationale « Culture-Santé », l'institutionnalisation de la culture et de l'art dans les milieux hospitalisés n'a rien d'évident. Nous tentons de mettre en perspectives les difficultés auxquelles se confrontent les personnels de ces établissements à partir d'une logique organisationnelle. Nous précisons aussi les stratégies qu'adoptent ces personnels, leur conception de la culture et de l'art ainsi que les finalités qu'ils leur attribuent.

Suite à une présentation générale du mode de fonctionnement du Centre Hospitalier Spécialisé de Rennes et des transformations dans la philosophie de la prise en charge psychiatrique qui l'ont traversé, nous montrons que l'organisation d'actions culturelles et artistiques dans cet établissement se présente comme une opportunité de mettre en œuvre une conception du soin psychiatrique rapportée à la psychothérapie institutionnelle. Dans ce modèle de représentation, la culture et l'art répondent à des définitions originales.

Enfin, à partir du fonctionnement de l'association et de la commission culturelle au sein de ce Centre Hospitalier nous verrons qu'il s'agit de pondérer les effets sociaux de l'enfermement involontaire. L'exemple des changements relevés dans le comportement des patients lors d'ateliers artistiques nous permettra de rappeler la non-coïncidence de ces derniers avec le statut de malade et de suggérer que l'exercice de la *personne* peut être une cause explicative de ce constat.

## 1. Un étranger dans la maison ou comment rallier à ses convictions

En 2011, dans le cadre de rencontres professionnelles régionales, organisées en partenariat avec la DRAC Bretagne et deux structures culturelles régionales, des débats se sont tenus à Vannes sur la question de la culture et de la santé. Ces rencontres réunissaient des professionnels du soin<sup>1</sup>, des représentants de structures culturelles<sup>2</sup> ainsi que quelques artistes. Il s'agissait de mettre en perspective leurs questions quant à la mise en œuvre effective de la convention « Culture-Santé » de 2010.

Outre l'introduction de ces débats par les organisateurs de ces rencontres, trois remarques d'ordre institutionnel et organisationnel se dégagent de la prise de parole d'un psychologue travaillant dans un hôpital psychiatrique, chargé, au sein de cet établissement, de la coordination des actions culturelles et artistiques. D'une part, si la convention « Culture-Santé » lie l'ARS Bretagne et la DRAC Bretagne, la question de l'identité du chef de file dans la réalisation de ces actions se pose. Plus précisément, c'est l'identité du responsable auquel incombe l'initiative de ces dernières qui ne semble pas être clairement définie. D'autre part, si son institution de rattachement reconnaît administrativement le bien-fondé des actions culturelles et artistiques au sein de l'établissement, elle peine à traduire cette reconnaissance dans l'organisation des services des personnels. En conséquence, conclut ce professionnel, la mise en œuvre de projets culturels et artistiques repose sur le volontariat de certains personnels.

À la suite, les autres participants de ces rencontres se font le relais de ce premier état des lieux, plus spécifiquement des aspects organisationnels de la mise en œuvre effective de la convention « Culture-Santé » au sein des établissements de soins. Pour mieux le comprendre, précisons que l'essentiel de l'assemblée se constitue de professionnels travaillant dans des institutions de soins, occupant des postes de soignants (psychologue, infirmier) et de non-soignants (animateur, attaché culturel, responsable de service culturel, coordinateur des affaires culturelles). Ces derniers détaillent, à l'horizon de leur expérience de professionnel, les difficultés auxquelles ils se confrontent et les stratégies qu'ils adoptent. Leur quotidien de professionnels semblent ponctuer de frictions, d'incompréhensions avec les autres personnels, tant en termes de logiques organisationnelles que de finalités des actions culturelles et artistiques dans ces contextes. Ils tentent de les contrer par un travail de conviction au risque d'enteriner un peu plus les dissensions.

*A posteriori*, il est possible de restituer le contenu de ces débats à partir :

- des effets sur le système d'organisation du travail au sein des établissements de soins de l'importation de modalités d'actions « atypiques » – en l'occurrence culturelles et artistiques – au regard des façons d'agir habituelles dans ces secteurs d'activités ;
- de l'absence de justification partagée concernant l'importation de ces nouvelles modalités d'actions nécessitant des stratégies de conversion<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Ces professionnels oeuvrent dans les secteurs variés tels le médico-social au sein d'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), de SAMSAD (Service d'Accompagnement Médicosocial Adultes Handicapés), le social (protection de l'enfance), le sanitaire (soins de suite et de réadaptation), le médical au sein de Centre Hospitalier intégré à la filière gériatrique et aussi psychiatrique.

<sup>2</sup> Des établissements culturels soutenus par la DRAC et mandatés pour mener des actions de médiations culturelles auprès de publics dits « empêchés ».

<sup>3</sup> À l'inverse, nous avons eu l'occasion de montrer que cette justification opère dans le travail social dès lors que la définition d'un public « atypique » à prendre en charge est partagée. Nous pourrions ajouter une autre

## 1. 1. Organisation bureaucratique du travail, organisation par projet

Le système d'organisation des activités de soins et des activités artistiques diffèrent dans la mesure où les premières répondent à un modèle d'organisation bureaucratique et hiérarchique tandis que les secondes présentent une organisation du travail par projet.

À ce sujet, Pierre-Michel Menger<sup>4</sup> démontre que la division horizontale du travail artistique segmente de plus en plus finement les spécialités tout en préservant l'idéal de l'acte *indivis* du travail de création, générant de l'interdépendance mais hors d'un système hiérarchique. En effet, la division verticale du travail artistique s'affranchit des relations de contrôle, d'autorité, de subordination parce que c'est la forme de travail par projet qui domine, laquelle accentue une individualisation des liens ouvrant sur plus d'autonomie mais aussi sur plus de responsabilité individuelle.

L'importation d'activités artistiques et culturelles dans les institutions de soins engendre des effets exprimés par les participants à ces débats en termes de difficultés à mettre en oeuvre ces activités du fait de leur hiérarchie, du fait aussi des réactions des personnels soignants, mettant à jour une toute autre organisation du travail.

Certains soulignent que le choix des projets artistiques et culturels reste tributaire des décisions des cadres dirigeants, lesquelles sont indexées sur des critères d'évaluation (lisibilité des actions, nombre de personnes concernées, etc.), par ailleurs utilisés pour rationaliser l'organisation du travail de soin.

D'autres insistent sur les risques de déséquilibres dans la répartition des charges de travail relayés par les personnels soignants générant des dissensions et un rejet catégorique de ces projets. Par exemple, narre un des participants, des débats sur la culture, organisés par la direction de son établissement, se cristallisent sur la réorganisation des services des personnels, créant une certaine défiance à l'égard de la direction et une sorte de rapport de force entre un soutien à la culture et un soutien aux soins, susceptibles de se concurrencer.

Selon les cas, la gestion de ces tensions se règle par une « mise à l'écart » – subie ou choisie et assumée – des activités artistiques et culturelles des autres activités des établissements. À ce sujet, on entend, par exemple, que des locaux dédiés aux activités culturelles et artistiques sont géographiquement situés à l'extérieur des espaces de vie quotidienne de l'établissement de soins. Dans d'autres contextes, ces locaux sont implantés au centre de l'enceinte de l'établissement, mais à l'abri de l'autorité médicale dans la mesure où « *l'expression y est libre, sans retours aux psychiatres, sauf acceptation de la personne* ». C'est ici que quelques-uns situent la dimension subversive de ces activités en tant qu'elles échappent au regard du corps médical et de la plupart des soignants.

Enfin, la façon dont les personnels non-soignants de ces rencontres relatent les phases de travail menant du projet à la tenue effective d'actions artistiques et culturelles traduit une intériorisation de l'incertitude<sup>5</sup> caractéristique de l'organisation du travail par projet, laquelle les rapproche de la *doxa* artistique. Par exemple, ces professionnels avancent que « *rien n'est ficelé d'avance ; tout se négocie, voire s'adapte aux situations* », et les artistes, qu'ils « *n'arrivent pas avec un projet tout ficelé. Les approches sont souvent différentes par rapport à chaque projet* ». Pour preuve, raconte un professionnel, l'idée initiale d'organiser une résidence d'artiste s'est transformée en une série de séances d'ateliers de pratique. Mais

---

condition : le déroulements des actions culturelles et artistiques hors les murs de l'organisation professionnelle. Sophie Le Coq, « Des ateliers de danse à visée sociale : effacement de la 'relation de service', effacement de la 'personne' », Frédérique Montandon, Thérèse Pérez-Roux (dir), *L'intégration et la socialisation à travers des médiations culturelles et artistiques*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 2014, pp. 103-124.

<sup>4</sup> Pierre-Michel Menger, *Le travail créateur. S'accomplir dans l'incertain*, Paris, Seuil/Gallimard, 2009, pp. 483-518.

<sup>5</sup> Pierre-Michel Menger, 2009, *op. cit.*, pp. 187-236.

ces actions peuvent prendre d'autres formes que celle de la pratique d'une activité, par exemple, visiter les coulisses d'un théâtre, assister au travail d'une équipe artistique. Tout dépend des situations de travail, des partenaires. Cette intériorisation de l'incertitude se lit encore dans la distribution des charges et des responsabilités afférentes aux personnels de soins et aux artistes dans le déroulement de ces activités. En effet, si une définition stricte des rôles est arrêtée, évitant de verser dans une polémique sur l'instrumentalisation de l'artiste, ces professionnels rappellent qu'ils ne peuvent tout prévoir. Ils se définissent comme des « *filets de sécurité* », mais soulignent l'impossibilité d'anticiper, particulièrement les réactions des participants aux actions : « *c'est mon rôle de faire ça, de mettre un filet de sécurité entre les acteurs du projet (...), mais on ne peut pas tout verrouiller, prévoir comment ils (les patients) vont réagir* ».

## **1. 2. Stratégie de ralliement au risque d'enteriner les dissensions**

Comment convaincre ? Comment convaincre le personnel médical-soignant, le personnel soignant, le personnel non-soignant, du bien fondé des activités artistiques et culturelles dans le domaine de la santé afin qu'elles se banalisent dans la vie quotidienne des institutions de soins ? Ce questionnement trame, comme un fil rouge, l'ensemble des débats de ces rencontres.

Les échanges à ce propos indiquent que ces professionnels se transforment en véritables stratèges pour les autres personnels à leur cause mais faillent dans leur entreprise parce qu'ils maintiennent une conception universaliste de l'art et de la culture alors qu'ils contractualisent généralement avec les institutions culturelles labélisées<sup>6</sup>, bien souvent perçues par leurs partenaires professionnels comme le symbole de la culture cultivée, voire élitiste.

Les non-soignants des institutions de soins présents à ces rencontres formulent un double constat sur les conditions de travail de leurs collègues :

- ces derniers sont quotidiennement confrontés aux états de souffrance des patients ;
- la rationalisation du travail au sein de leurs établissements est subordonnée à une logique managériale<sup>7</sup> qui rabat l'exercice du métier à la fiche de poste, c'est-à-dire qui privilégie l'efficacité du travail au détriment de l'employé et l'enjoint de s'adapter à la variabilité des missions de ces structures et de leur rentabilité économique.

À en croire les uns et les autres, ces observations expliqueraient un climat de « mal-être » au travail chez le personnel. Les participants se saisissent de ce diagnostic pour transformer leurs collègues, particulièrement les soignants et non-soignants, en un public à associer aux projets culturels et artistiques de l'établissement, au même titre que les patients. Ils attribuent d'emblée à ces personnels la détention de ressources, de compétences culturelles construites dans leurs univers sociaux respectifs afin de les transposer dans leurs univers professionnels.

---

<sup>6</sup> L'article 4 de la convention « Culture-Santé » signée en 2010 entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Culture et de la Communication stipule qu'« afin de pérenniser la politique culturelle des établissements de santé, les jumelages seront favorisés entre les établissements hospitaliers et partenaires culturels locaux (musées, monuments historiques, centres d'archives, centres d'art et fonds régionaux d'art contemporain, bibliothèques, médiathèques, lieux de diffusion du spectacle vivant, établissements de formation artistique, pôles régionaux d'éducation à l'image, salles de cinéma, artistes et associations culturelles...). (...) ».

<sup>7</sup> À ce sujet, nous rapportons à la lecture de l'ouvrage de Jean-Yves Dartiguenave, Jean-François Garnier, *La fin d'un monde ? Essai sur la déraison naturaliste*, Rennes, PUR, 2014, particulièrement les développements sur « l'imposture de l'évaluation » et « la dérive quantophrénique », pp. 78-86 et pp. 172-173.

Cette stratégie s'avère parfois fructueuse, mais se heurte plus habituellement aux effets d'une imputation hâtive quant à la familiarité de tout à chacun avec les arts et la culture.

Un des professionnels s'enthousiasme d'une expérience. Dans le cadre de la formation professionnelle, des soignants étaient invités à réfléchir sur leurs pratiques professionnelles à partir de la mise en scène théâtrale de leurs rôles de soignants, lesquels « *ont joué le jeu* ». « *Cette petite victoire* », dit-il, s'explique, selon lui, parce que ce « *moment de théâtre* » crée un « *bol d'air* » dans le quotidien de ces soignants, les faisant apparaître autrement que sous l'image de « *blouses blanches* »<sup>8</sup>.

Le plus souvent, les sollicitations des animateurs et des coordinateurs culturels auprès de leurs collègues s'exposent à des formes de résistance (évitement, raillerie, indifférence, non reconnaissance de leurs missions) qu'ils comprennent comme un « *manque de conviction* » sur le bien-fondé des actions culturelles et artistiques et qu'ils expliquent par leur absence de pratiques culturelles et artistiques :

*« Ils ne pratiquent pas, ils n'y vont pas (...). Le mot théâtre est un gros mot dans ce cadre-là ».*

Cette dernière illustration rappelle une des apories de la mise en œuvre de la démocratisation de la culture en France, voire l'invention de la notion de non-public<sup>9</sup>. Les référents culturels des établissements de soins mobilisent fréquemment les ressources artistiques abritées dans les institutions culturelles, telles les FRAC, les artothèques. Or, le déplacement de ces œuvres dans des contextes, tels les univers sociaux de la santé, révèle un peu plus que l'art et la culture, bien que socialement conçus comme universels par ses défenseurs, ne répondent à aucune neutralité sociale. Les animateurs, référents et responsables culturels des structures de soins en ont fait l'expérience. Comme parade pour parer cet écueil, ils misent sur la diversité des propositions artistiques afin d'optimiser les chances de créer l'adhésion de leurs publics (patients et personnels) aux actions qu'ils proposent. Mais, si cette promotion de la diversité artistique leur permet d'échapper à la critique de l'élitisme, prôner la diversité, même en matière artistique, c'est nier l'altérité dans la mesure où cette diversité vaut pour elle-même. En sus, c'est oublier que, pour être partagée, la diversité nécessite d'être négociée, qui plus est en matière artistique laquelle s'arrime encore aux valeurs constitutives du modèle de l'artiste créateur, doublement singulier – à la fois différent et hors normes. En guise d'illustration, restituons une des discussions des participants à ces rencontres. Peut-on tout montrer à l'hôpital au risque de générer des conflits ? : « *On est allé chercher des œuvres d'art à l'artothèque* », raconte un des animateurs culturels. « *Les personnes âgées ont choisi une photographie d'un couple âgé avec leurs enfants en sous vêtements. C'est l'équipe de soignants, choqués, qui n'en voulait pas. On s'est alors interrogé : peut-on tout mettre dans un hôpital ?* ». Sans véritable réponse, un autre participant clôt le sujet en rappelant que « *l'art étant universel, il nous permet de réinterpréter tout ça* ».

---

<sup>8</sup> Dans le travail social, ce constat a été analysé par Gérard Creux. Il montre comment l'association des professionnels de ce secteur d'activité à des actions culturelles et artistiques peut conduire à ce qu'il nomme un « réenchâtement du travail social », c'est-à-dire à un processus qui participe à une reconstruction d'une identité professionnelle. Gérard Creux, « Les conduites artistiques des travailleurs sociaux en milieu professionnel », *Sciences de l'éducation*, vol. 39, 3, 2006.

<sup>9</sup> Cette notion de non-public est historiquement datée et située dans un contexte social précis : celui du théâtre en France en 1968 à l'occasion de la signature de la Déclaration de Villeurbanne. Trente-trois personnalités, parmi lesquels des directeurs de théâtre et de maisons de la culture, ont signé une déclaration publiée dans le Monde du mardi 28 mai, dans laquelle ils disent leur opposition au concept de Maison de la culture. Ce texte est issu du grand rassemblement de gens du spectacle (metteurs en scène, comédiens, directeurs de théâtre) et d'hommes politiques. Il a été organisé par Roger Planchon, directeur du Théâtre de la Cité de Villeurbanne, qu'il a créé en 1957. Les signataires réclament une décentralisation accrue, une hausse du budget consacré à la culture, et veulent inclure le théâtre pour enfants dans une réflexion globale sur la culture.

### **1. 3. Se démarquer de l'art thérapie, exercer le droit à la culture**

Comme souvent dans les débats sur la culture, les différents sens associés à cette notion divergent mais restent implicites. Ces débats sur la culture et la santé n'échappent pas à cette sorte de règle. Chacun l'entend en fonction des motifs qui les réunissent (débattre de la culture dans les établissements de soins) et surtout à l'aune de leurs responsabilités professionnelles, de leurs expériences personnelles, de leurs convictions.

Les personnels des structures de soins l'identifient à la diversité des actions culturelles qu'ils organisent allant de l'exposition d'œuvres d'art empruntées à des structures culturelles, à l'animation d'ateliers de pratique artistique par un artiste, en passant par la pièce de théâtre programmée dans un équipement culturel.

Les représentants des équipements culturels la rapportent à des actions de médiation culturelle et artistique qui concrétisent une façon de répondre aux missions inscrites dans le cahier des charges de leurs structures, c'est-à-dire adjoindre à une stricte logique de construction de l'offre culturelle et artistique des actions menées auprès de populations éloignées de la culture, par exemple dans des espaces de relégation sociale.

Les artistes s'instituent garants de la maîtrise des « processus artistiques » qu'ils situent au cœur de leur compétence dans les contextes d'actions comme les institutions de soins, parce qu'il ne s'agit pas forcément de réaliser une prestation publique.

Néanmoins, les uns et les autres s'entendent, par le truchement d'une définition négative, sur ce dont se différencie la culture et l'art à l'hôpital, c'est-à-dire l'art thérapie.

En effet, les professionnels des structures de soins concèdent qu'il serait plus aisé de légitimer auprès des personnels de leurs établissements les actions culturelles et artistiques en leur prêtant une qualité thérapeutique, en somme en les assimilant à de l'art thérapie. Or, précisément, ils revendiquent que ces actions ne visent ni à générer un « mieux-être » ni à se transmuter en outils de soins. Au contraire, ces actions constituent une occasion de quitter une façon d'appréhender les populations abritées dans ces établissements, c'est-à-dire en termes de soignés, de patients, au profit d'une conception plus globale de ces populations, à la fois comme « être biologique, psychologique et social ». Sur ce point, c'est plutôt la volonté de tendre vers un consensus qui l'emporte parce ces professionnels n'échappent pas au souci du « bien-être » des patients. Aussi, s'ils évoquent quelques risques (« il faut faire attention à la mise en échec des patients »), voire quelques réactions heurtées de patients (« une résidente a été choquée par ce qu'elle a vu »), ils avancent surtout des exemples de modifications de comportements de patients, non observées par ailleurs, occasionnées par les actions culturelles et artistiques.

Les professionnels des secteurs artistiques et culturels avalisent cette conception de la culture et de l'art à l'hôpital dans la mesure où ils insistent pour demeurer dans une méconnaissance des pathologies des patients et refusent d'enfermer ces domaines d'activités dans une fonction régénératrice.

Sous cet angle, c'est la conception même de l'établissement de soins qui serait susceptible d'être modifiée, devenant « un véritable espace de vie ». Par cette expression, les uns et les autres investissent un versant politique quant à la plus-value des actions culturelles et artistiques dans les établissements de soins qu'ils étayent en brandissant l'étendard d'un droit à la culture, constitutif de la citoyenneté. Du côté des professionnels de la culture, cette conception se justifie au regard de leurs missions de médiations culturelles susceptibles d'être aussi comprises comme la réalisation de projets culturels et artistiques auprès de citoyens éloignés de ces offres. Du côté des professionnels des établissements de soins, il s'agit d'y réintroduire « la citoyenneté de la personne » par un droit à la culture permettant de

« faire entrer la Cité dans l'hôpital et réciproquement » afin de ne pas rompre les liens entre l'hospitalisé et l'environnement extérieur.

## **2. Culture et art au Centre Hospitalier Spécialisé de Rennes : opportunité d'une mise en pratique de la psychothérapie institutionnelle**

Le secteur du Centre Hospitalier Spécialisé (SCHS) auquel nous allons nous intéresser se situe en Bretagne, plus précisément à Rennes, dans le Département de l'Ille et Vilaine. Il ne fait pas l'économie des difficultés mentionnées ci-dessus, notamment en termes d'organisation des charges de travail des personnels<sup>10</sup> de sorte que la mise en œuvre effective de projets culturels et artistiques reste encore tributaire du volontariat et des convictions de ceux qui s'y consacrent.

Pourtant, les activités culturelles et artistiques dans le cas de cette « institution totalitaire », pour reprendre l'expression d'Erving Goffman<sup>11</sup>, semblent moins exposées aux résistances des différents personnels. Pour mieux le comprendre, il nous faut remonter le temps et relever que, durant le 20<sup>ème</sup> siècle, cette institution s'est profondément transformée sous le double effet d'une série de réformes publiques en matière d'organisation territoriale de ces établissements et de prise en charge des soins et d'une nouvelle philosophie du soin psychiatrique. Le SCHS de Rennes est aussi l'héritier de ces transformations. L'organisation de la vie professionnelle au sein de ce secteur affiche, dès le milieu des années quatre-vingt, un intérêt pour les activités culturelles et artistiques qui trouvera à s'institutionnaliser par la création d'une association culturelle dont la philosophie et le mode de fonctionnement concrétisent une mise en pratique du courant de la psychothérapie institutionnelle en matière de soins psychiatriques. Ainsi, c'est une conception originale de la culture et de l'art dont se font le relais les représentants de cette association.

### **2. 1. Mode de fonctionnement général du Centre Hospitalier Spécialisé de Rennes**

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Rennes présente une histoire longue de près de deux siècles. Au début du 18<sup>ème</sup> siècle, il s'agit d'un hospice qui interne les aliénés. La seconde moitié de ce siècle verra changer sa fonction sociale puisqu'il devient un établissement pénitentiaire politique. Au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle, le Département rachète l'établissement, lequel renoue avec sa vocation première mais sous l'appellation d'asile départemental. En 1938, en France, les asiles sont renommés hôpitaux psychiatriques. Aujourd'hui, la dénomination officielle est celle de Centre Hospitalier Spécialisé, suite à la loi sur la réforme hospitalière du 31 décembre 1970.

Le CHS de Rennes est un établissement public de santé dont les missions sont celles d'assurer la prévention, la prise en charge précoce et le traitement des malades mentaux. L'établissement propose aussi un suivi ultérieur des patients et leur réinsertion avec le soutien de l'ensemble des acteurs de santé.

---

<sup>10</sup> Dans ce secteur d'activités comme dans de nombreux autres, les logiques gestionnaires, managériales et libérales éloignent des principes humanistes de soins. À ce sujet, nous reportons à l'ouvrage collectif suivant : Marcel Sassolas (dir), *Malaise dans la psychiatrie. Changements dans la clinique, malentendus dans les pratiques*, Paris, Erès, 2004.

<sup>11</sup> Erving Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Ed. de Minuit, 1968. L'auteur fonde ses analyses à partir d'un travail d'enquête réalisé entre 1955 et 1956 à l'hôpital Saint-Elisabeth de Washington.

Pour répondre à ses missions, ce CHS est organisé en plusieurs pôles<sup>12</sup>. Le pôle adultes, qui nous intéresse, s'organise en secteurs, lesquels découpent le département de l'Ille-et-Vilaine en différentes zones géographiques. Le secteur retenu pour notre propos couvre le nord-est du département et recense une population d'environ 76 000 habitants résidants sur une zone qualifiée de rurale et de semi-rurale. À l'instar des autres secteurs, il dépend de l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté d'une équipe pluridisciplinaire. Le fonctionnement de ce secteur repose sur un dispositif de soins intra et extra-hospitaliers, soit des unités d'hospitalisation à plein temps et des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), des Centres Médico-Psychologiques (CMP), un hôpital de jour, notamment.

Ce modèle d'organisation par secteurs géographiques résulte de la mise en œuvre de la réorganisation de la psychiatrie en France, officialisée pour la première fois par la circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des Départements en matière de lutte contre les maladies mentales. L'intention générale vise à créer un système d'organisation de la prise en charge psychiatrique permettant d'intervenir à tous les stades de la maladie, du dépistage, à l'hospitalisation, à la réinsertion sociale. Elle est ainsi sous-tendue d'une nouvelle conception de l'hospitalisation (un temps parmi d'autres de la prise en charge) et d'une logique d'économie de moyens (réduire le temps d'hospitalisation). Cette nouvelle organisation tardera à se mettre en œuvre du fait d'une insuffisance de réglementations juridiques. Il faudra, en effet, attendre 1985 pour qu'un ensemble de lois viennent pallier ce déficit, dont celle du 25 juillet qui dote le secteur psychiatrique d'un statut juridique en le définissant dans son action intra et extra-hospitalière, et celle du 31 décembre qui intègre la psychiatrie au cadre général de la carte sanitaire en France.

## **2. 2. Association culturelle : une façon de mettre en œuvre une philosophie de la prise en charge psychiatrique**

Dans son ouvrage intitulé *Un monde de fous*, Patrick Coupechoux<sup>13</sup> déplore que, trop souvent, ne soit retenue de cette série de mesures administratives et législatives que la seule dimension organisationnelle. Or, souligne-t-il, la sectorisation psychiatrique repose sur une philosophie de l'intervention psychiatrique qui s'inscrit en faux contre le modèle de l'institution asilaire tel que décrit par Erving Goffman, entre autres portée en France, durant et après la seconde guerre mondiale, par les représentants des mouvements anti-psychiatrique, comme les psychiatres désaliénistes<sup>14</sup> et les défenseurs de la psychothérapie institutionnelle. Nous insisterons davantage sur ce dernier courant parce qu'il est particulièrement représenté au sein du SCHS de Rennes. Tentons néanmoins de situer quelques caractéristiques générales de ces différentes conceptions alternatives de la pratique psychiatrique.

Remarquons tout d'abord que ces mouvements critiques s'originent dans une dimension politique puisque ses militants s'insurgent contre un modèle d'organisation sociale du traitement du malade mentale, l'asile. En France, sous l'influence du travail de Lucien Bonnafé à l'hôpital de Sotteville-Lès-Rouen, les désaliénistes attribuent une détermination sociale à la définition de la maladie mentale de même qu'à sa cause. Ce psychiatre sera à l'initiative de la politique d'organisation des soins psychiatriques en secteurs géographiques pour éviter l'éloignement du patient de son lieu de vie et, surtout, pour organiser des

<sup>12</sup> Pôle adultes, pôle enfants et adolescents, pôle addictions et précarité, pôle psychiatrie en milieu pénitentiaire, pôle personnes âgées, pôles médico-techniques, maison d'accueil spécialisée.

<sup>13</sup> Patrick Coupechoux, *Un monde de fous*, Paris, ed. du Seuil, 2006.

<sup>14</sup> L'auteur relaie les propos de Lucien Bonnafé, rappelant que le principe essentiel de la sectorisation psychiatrique est « de refuser la ségrégation dont sont victimes les malades mentaux, il s'agit de critiquer l'asile qui est devenu un lieu d'aliénation », Patrick Coupechoux, 2006, *op. cit.*, p. 90.

structures de prises en charge extra-hospitalières tenant autant que possible le concerné à l'écart de l'hôpital psychiatrique.

Le courant de la psychothérapie institutionnelle émane des travaux du psychiatre François Tosquelles à l'hôpital de Saint-Alba-sur-Limagnole, en Lozère, haut-lieu de la Résistance, puis véritable laboratoire pour repenser les rapports entre soignants et soignés. Le premier cercle de diffusion de ce courant, largement influencé par la psychanalyse, se constitue autour de Jean Oury et Félix Guattari œuvrant à la clinique de La borde à Cour-Cheverny dès 1953. Ce mouvement anti-psychiatrique connaît un rayonnement outre hexagone, notamment en Italie, au début des années soixante, sous l'impulsion du psychiatre Franco Basaglia. Mais ce dernier se démarque très vite tant du courant institutionnel que psychanalytique, en prônant une rupture radicale avec l'institution psychiatrique. Ce rejet repose, entre autres, sur ce que décrit Erving Goffman dans *Asiles*, c'est-à-dire une dépersonnalisation du « reclus », autour de techniques de mortification de la personnalité le rabattant, dans son rapport avec le personnel encadrant, au statut d'objet, ne pouvant dès lors se définir comme relation professionnelle de service :

*« Dans ce contexte, il faut sans doute souligner d'abord que le travail du personnel, et par là son univers, n'ont d'autre objet que la personne humaine. Ce 'travail sur l'homme' n'entre ni dans le cadre du 'travail sur le personnel' ni dans celui des relations de service. La tâche du personnel d'encadrement n'est pas d'effectuer un service mais de travailler sur des objets, des produits, à cela près que ces objets, ces produits, sont des hommes »<sup>15</sup>.*

Or, c'est précisément autour d'une autre conception du patient et du rapport avec le soignant que se conceptualise le courant de la psychothérapie institutionnelle.

Cette autre conception du patient le fait passer du statut « d'objet » à celui de « sujet », prenant un sens certes psychanalytique, mais lui donnant aussi une assise sociale par une redéfinition de la maladie mentale non exclusivement fondée dans une perspective médicale. En effet, les causes de la maladie psychique sont aussi à chercher dans le milieu social du patient, susceptible d'apparaître comme élément pathogène le dévoyant dans son intégration à la construction de sa propre réalité. Au sein de l'institution de soin, cette nouvelle conception de la maladie mentale impose alors de changer les modalités d'intervention psychiatrique. Pour tenter de diviser l'univers totalisant de la maladie, la psychothérapie institutionnelle use principalement de deux leviers : l'environnement et les conditions sociales d'existence des patients ; l'organisation de la quotidienneté hospitalière. Il s'agit alors de questionner les statuts, les rôles de chacun, les reconnaissances réciproques, afin de créer des occasions de reprise d'initiative et de responsabilité du patient, en inventant les modalités d'une prise en charge qui s'appuient sur les ressorts des relations sociales. Ce sont les écarts, les décalages qui importent afin de rompre la circularité de la maladie. L'outil privilégié sera les clubs thérapeutiques :

*« 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. Pour la première fois des malades ont la parole... 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 »<sup>16</sup>.*

<sup>15</sup> Erving Goffman, 1968, *op. cit.*, p. 121.

<sup>16</sup> Patrick Coupechoux, 2006, *op. cit.*, p. 108. Jean Oury les qualifia de la manière suivante : « 'lieu d'existence', donc historialisé. Liens où se tissent les relations quotidiennes : banalités, neutralité, paroles inutiles, conflits de prestance, de concurrence imaginaire, de décisions gratuites, qui engagent malgré soi. Il semble que c'est

Au CHS de Rennes, profitant d'une circulaire datée de 1958 favorisant le développement d'associations, d'ergothérapie dans les établissements psychiatriques, une association sera créée au milieu des années quatre-vingt dans l'esprit des clubs thérapeutiques. Distincte et distante de l'hôpital du fait de son statut juridique, elle propose aux patients et personnels d'être membres actifs et responsables de ses activités en lien avec des intervenants culturels professionnels, des artistes. Dès la fin des années quatre-vingt-dix, elle établit sa première convention avec la DRAC Bretagne, laquelle se renforcera avec les conventions nationales de 1999 et 2010 signées entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Culture et de la Communication autorisant à parler de politique culturelle au sein du projet de l'établissement. En effet, progressivement, les activités culturelles et artistiques se structurent un peu plus par la création d'une Commission Culturelle et la rédaction d'une Charte de développement culturel du CHS actées en 2005 et 2006.

### **2. 3. Une conception originale de la culture et de l'art**

En 2007, le coordinateur de la Commission Culturelle du CHS, par ailleurs psychologue du SCHS du pôle adultes, investit de longue date dans l'organisation et la structuration des activités culturelles et artistiques au sein de l'établissement, introduit une journée d'étude et de rencontres sur le thème de la place et de l'intérêt de différentes formes d'écrits dans la relation à autrui par l'exposé de la conception de la culture et de l'art au CHS<sup>17</sup>.

La culture ne se confine pas à un ensemble de contenus spécifiques dont la légitimité serait socialement légalisée par des établissements culturels labellisés. Elle ne se définit pas non plus par un ensemble de pratiques, de valeurs, de façons de faire spécifiques à une collectivité. En somme, elle se démarque d'une conception positiviste de la culture, qu'elle soit issue d'une tradition intellectuelle française, restrictive et esthétique ou d'une tradition intellectuelle anglo-saxonne, plus anthropologique<sup>18</sup>. La culture est entendue en ce qu'elle vient spécifier ce qu'il y a d'humain en l'homme :

*« La culture est une spécificité humaine, elle n'est pas seulement ce qui renvoie aux connaissances qu'il faudrait avoir, elle ne désigne pas la voie à suivre de l'ignorance vers le savoir à atteindre, ni la différence à intégrer entre ce qui serait le beau ou le bien opposés au banal, au moche ou au mal. Elle est notre bain ! quotidien, notre histoire, du registre de l'être (...). Elle s'appuie sur (et est marquée) par l'héritage du passé, le patrimoine local et général, qui lui non plus ne se résume par à l'avoir ou aux choses matérielles (on hérite aussi d'une manière de dire, de penser, d'un accent, d'un style...). La culture n'est pas seulement quelque chose d'extérieur qu'il faudrait ingurgiter, consommer, elles est surtout intérieure et peut être de ce fait, un support sur lequel s'appuyer pour développer des potentialités »<sup>19</sup>.*

La conception de l'art au CHS s'élabore à partir d'un étalon : l'approche psychanalytique de la psychothérapie institutionnelle. Ainsi, si elle se différencie de l'art thérapie<sup>20</sup>, c'est davantage pour des raisons politiques que pour radicalement s'en distinguer :

---

l'instrument par excellence de la resocialisation locale », Jean Oury, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Paris, Ed. Payot, 1976, p. 92.

<sup>17</sup> Commission culturelle du CHS Rennes, *Écrits et mises en formes ... Place et intérêt de différentes formes d'écrits dans la relation à autrui*. Les Actes de la journée d'étude et de rencontres du mardi 13 novembre 2007, Centre de formation, Rennes.

<sup>18</sup> Wolf Lepenies, *Les trois cultures. Entre sciences et littérature, l'avènement de la sociologie*, Paris, Ed. MSH, 1990.

<sup>19</sup> Commission culturelle du CHS Rennes, 2007, *op. cit.* p. 6.

<sup>20</sup> L'art-thérapie trouve ses origines dans le concept pascalien de divertissement. Se divertir, c'est se « détourner de » sa condition de mortel, oublier son néant, en occupant son esprit, en s'affairant. Le précurseur de ce « détournement » au début du 19<sup>ème</sup> siècle sera le Marquis de Sade qui, entre 1803 et 1813, dirige des spectacles mensuels à la maison de santé de Charanton à la demande de son directeur. Plus tard, des activités

*« Nous distinguons les pratiques (plutôt qu'activités) qui s'autoqualifient thérapeutiques (art-thérapie, ergothérapie, ateliers thérapeutiques...) dont les coûts financiers sont pris en charge par le CHS et l'ARS, de celles qui se présentent comme temps de rencontre et de travail avec un artiste. Toutes ces pratiques, thérapeutiques ou non, nous intéressent et les échanges et réflexions nous enseignent. La DRAC ne subventionne pas les activités thérapeutiques, mais celles qui sont issues de rencontres entre des soignants et des artistes »<sup>21</sup>.*

Cette conception de l'art se déprend d'une définition sociale de ce que sont les arts, laquelle repose sur l'autorité d'experts habilités à produire les frontières normatives de ce qui relève de l'art et de ce qui en est exclu, et surtout de son exclusive maîtrise par l'artiste en soulignant que s'il est érigé en professionnel de la création, il ne détient pas le monopole de la créativité. Pour preuve, le délire du malade est tout autant créatif et création en ce qu'il organise une créativité :

*« L'art n'est pas non plus seulement une spécialité attribuée à l'artiste, à celui qui en fait profession. (...). Mais l'art, non plus comme statut professionnel mais comme domaine d'intérêt n'est pas l'apanage de quelques « spécialistes ». C'est une potentialités humaine de création, d'expression (...). N'en est-il pas de même du délire ? c'est une création, une expression »<sup>22</sup>.*

Néanmoins, si le délire est créatif et création, il empêche la rencontre, ici entendue non comme une simple mise en présence, mais comme un changement, une modification, une altération de soi, indicible, seulement observable par la façon d'entrer en relation. Or, les activités artistiques organisées par le CHS sont qualifiées de rencontres, c'est-à-dire d'occasions de changements, de part et d'autre, parce qu'elles provoquent des « irruptions », des réactions de surprise, d'étonnement. En ce sens, elles introduisent de la subversion. Cette conception de l'art rejoint ainsi les préoccupations psychanalytiques de la psychothérapie institutionnelle :

*« Je parle d'irruption (...) sur le modèle développé par ailleurs par ce que l'on dit du traumatisme. Une théorie du traumatisme explique que l'irruption traumatique, la catastrophe, sape les fondations sur lesquelles reposait la personne, l'irruption de l'art construit ou reconstruit... À certaines conditions »<sup>23</sup>.*

Ces conditions se rapportent justement à la mise en œuvre effective des activités culturelles et artistiques, c'est-à-dire à la définition d'espaces, de temps, de participants, qui prend en compte « la dimension sociale de la personne du patient » pour construire des « espaces de re-pos pour se poser de nouveau »<sup>24</sup>.

Bien qu'en partie éloignées des conceptions plus habituelles de la culture et de l'art, celles présentées ci-dessus font écho auprès des opérateurs culturels et des artistes. La culture comme caractéristique spécifiquement humaine rejoint les valeurs humanistes de la culture défendues par les premiers ; bien que « dépossédés » de l'exclusive détention de la compétence de la création, à tout le moins de la créativité, les artistes se reconnaissent dans la dimension subversive de l'art.

---

telles le piano, la broderie, le jeu de dominos seront proposées au même titre pour arracher l'aliéné à sa folie. Pour ses représentants, l'art-thérapie se différencie de la simple expression qui, sous l'effet cathartique, ne fait que soulager momentanément. Il se différencie aussi d'un outil de soutien au diagnostic psychiatrique à partir du décryptage des productions des malades mentaux. Il se différencie enfin de l'art brut, lequel reste indifférent aux modifications internes de son auteur. L'art-thérapie inscrit l'expression dans un processus qui fait évoluer la forme créée et transforme son auteur. Il est une thérapie en soi en cherchant à introduire une distance entre le patient et son traitement. Il ne cherche pas à montrer les productions réalisées ; lorsque c'est le cas, les « monstrations » s'inscrivent dans un protocole thérapeutique. Jean-Pierre Klein, *L'art-thérapie*, Paris, PUF, 1997.

<sup>21</sup> Commission culturelle du CHS Rennes, 2007, *op. cit.* p. 6.

<sup>22</sup> *Ibidem*, p. 8.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

### 3. Débusquer la *personne* dans la circularité de la pathologie

Comment traduire sociologiquement cette conception de la culture, c'est-à-dire ce qu'il y a d'humain dans l'homme ? De même, comment cerner ce que traque la psychothérapie institutionnelle chez le patient en usant du caractère subvertif de l'art ?

À titre d'hypothèse, il nous semble qu'il s'agit d'un principe duquel procéderait ce que les sociologues nomment la construction sociale de la réalité<sup>25</sup>, soit encore la construction d'univers de fictions, de conventions, constitués de façons de dire et de se représenter le monde, de façons de faire et de transformer son environnement, de façons de se démarquer et de convenir quand même, de façon de s'autoriser malgré les restrictions, forçant au constat de la diversité de la vie sociale mais relevant de l'arbitrarité<sup>26</sup>. Ainsi, le réel en soi n'existerait pas, il serait le résultat d'une construction sociale, humaine.

Souvent la sociologie semble abdiquer dans la recherche de l'identification, même hypothétique, d'un principe du social, peut-être lasse d'osciller entre subjectivisme et objectivisme, voire d'en bricoler un syncrétisme élaboré à partir d'une modélisation statistique ou d'une élaboration historique faisant à la fois office de principe d'ordonnancement des données produites et d'explication sociologique. Plus habituellement désormais, c'est la confiance aux acteurs qui prévaut afin de se prémunir de toute imputation causale dans la lecture de ce qu'ils font, au risque d'omettre que toute description repose sur une construction orientée et de verser dans un positivisme qui s'ignore.

Néanmoins, la sociologie constructiviste lègue une littérature riche d'enseignements sur le fonctionnement de la vie sociale, par exemple celle des interactionnistes dont les mentors ont emprunté la métaphore théâtrale. Nous nous laisserons influencer par cette dernière pour tenter de montrer, que le mode de fonctionnement de l'association et de la commission culturelle cherche à instituer un autre mode relationnel afin de pondérer les effets sociaux de l'enfermement involontaire. Enfin, l'exemple de changements relevés dans le comportement des patients lors d'ateliers artistiques nous permettra de rappeler la non-coïncidence de ces derniers avec le statut de malade et de suggérer que l'exercice de la *personne* peut être une cause explicative de ce constat.

---

<sup>25</sup> Pour une discussion sur l'ambiguïté de la sociologie à ce sujet, Jean-Michel Le Bot, « Construction sociale et mode d'existence. Une lecture de Bruno Latour », Revue du Mauss, *Du convivialisme comme volonté et comme espérance*, 2004, 1/43, pp. 357-373.

<sup>26</sup> Nous entendons le sens d'arbitrarité tel que le définissait Ferdinand de Saussure, lequel étudiant le langage, observait en fait la langue et constatait que le lien entre le signifiant et le signifié était « immotivé », c'est-à-dire qu'il n'y avait là la trace d'aucun déterminisme du type de ceux que les sciences de la nature visent à faire ressortir. Il faisait remarquer que le lien entre signifiant et signifié reposait sur une habitude collective, c'est-à-dire la convention, autrement dit que le social garantissait ce rapport. Jean-Claude Quentel, *Les fondements des sciences humaines*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2007, pp. 86-87.

### 3. 1. Pondérer les effets sociaux de l'enfermement involontaire

La psychothérapie institutionnelle, nous l'avons mentionné, s'interroge sur les façons de transformer l'institution hospitalière en outil de soins non médicalisé en questionnant la construction sociale de la vie quotidienne qui s'y déroule. Elle conçoit ainsi que l'institution psychiatrique, comme n'importe quelle autre scène de la vie sociale, même la plus banale, répond, pour contenir l'incertitude du déroulement des interactions sociales, à une définition et une partition des statuts sociaux qui se concrétisent dans des comportements idoines permettant de ne pas confondre un personnel soignant, un surveillant, un administratif, un patient, gage du déploiement « normal » de la quotidienneté hospitalière.

Dans le cadre des activités culturelles et artistiques du SCHS, plus précisément au sein de l'association culturelle de l'établissement, il n'est pas rare d'entendre le personnel soignant décrire que, dans ces contextes, ils « *enlèvent la blouse blanche* », ils « *tentent de supprimer la frontière institutionnelle entre le soigné et le soignant* ». En d'autres termes, ils cherchent à se départir de leur statut social de soignant au sein de l'hôpital mais dans des espaces de vie spécifiquement dédiés à ces activités, à leurs choix, à leurs mises en œuvre de concert avec les patients.

Ce relevé empirique nous autorise deux remarques.

Les descriptions d'Erving Goffman sur les façons dont les institutions totalitaires traitent les reclus nous permettent de mieux comprendre un propos général et récurrent dans les discours tant des personnels de l'établissement partie-prenante de ces activités culturelles et artistiques que des opérateurs culturels avec lesquels ils contractualisent : « *faire entrer la Cité à l'hôpital pour éviter de rompre les liens du patient avec l'extérieur* ». En effet, parmi les caractéristiques communes aux institutions totalitaires, Goffman indique une série d'actes<sup>27</sup>, intentionnels ou non, qu'elles exercent sur le « reclus » et qui le conduise à rompre avec ses anciennes représentations de lui-même, dont, nous l'avons indiqué, des « mortifications de la personnalité » faites d'humiliations et de dégradations visant à lui faire comprendre qu'il vit désormais dans un nouvel univers. En somme, il s'agit de lui faire comprendre que ce qu'il était avant, son « moi », son ancienne personnalité, appartient au passé et que son avenir dépend de l'institution. Aussi, si un patient vit une période prolongée à l'asile, il est susceptible de subir ce que Goffman nomme une « déculturation, c'est-à-dire la perte de certaines habitudes courantes exigées par la vie en société, ou l'impossibilité de les acquérir »<sup>28</sup> ; autrement dit, une incapacité temporaire à se confronter à certaines situations de la vie quotidienne, génératrice d'angoisse. Sous cet angle, la construction d'espaces de vie où se choissent, se pratiquent des activités culturelles et artistiques avec les patients tendraient à supprimer, à tout le moins à pondérer les effets de l'enfermement involontaire.

Par ailleurs, l'institutionnalisation de ces espaces de vie au SCHS, particulièrement les différentes réunions de la Commission Culture et celles de l'association culturelle, ne nous semble pas répondre à la qualification donnée par Patrick Coupechoux concernant les clubs thérapeutiques, c'est-à-dire rappelons-le, des relations entre personnels et patients dégagées de toute relation hiérarchique, démocratique. Pas davantage, ces réunions ne nous semblent « *accueillir la singularité des patients* », comme aiment à le dire certains opérateurs culturels, laissant plutôt entendre, en négatif, qu'ailleurs, leurs personnalités seraient gommées. Ces espaces de vie se présentent plutôt comme des tentatives d'instituer un autre mode relationnel entre personnels du SCHS et patients, c'est-à-dire entre partenaires, pour élaborer des projets selon les compétences respectives, pour arrêter des choix à négocier. Ces statuts de partenaires visent à introduire, de part et d'autre, une

<sup>27</sup> Le marquage d'une frontière entre le « dedans » et le « dehors », une limitation dans ses déplacements, une privation de ses soutiens extérieurs, une promiscuité de vie, les différentes formalités d'admission notamment.

<sup>28</sup> Erving Goffman, 1968, *op. cit.*, p. 118.

reconnaissance des différences dans les qualifications de chacun et du périmètre d'exercice de chacune d'elle. En ce sens, ces statuts de partenaires n'évacuent en principe aucune hiérarchie dès lors qu'on ne l'entend plus comme rapport de soumission ou de domination. Ainsi, ces espaces de vie seraient une occasion pour les patients de s'exercer à la négociation de leur singularité pour faire en sorte qu'elle soit vivable pour eux-même et les membres de leurs environnements sociaux, c'est-à-dire qu'elle ne fasse plus l'objet d'un rejet. Ils seraient enfin, pour les personnels, une occasion d'instaurer un autre mode relationnel avec le patient, ce qu'on pourrait nommer une réversibilité de l'échange, c'est-à-dire une possibilité d'alterner, selon les situations, prise en charge et délégation.

Mais la psychothérapie institutionnelle diffère d'une « recette » à apprendre et à reproduire. Il ne suffit pas de se débarrasser de l'attribut de statut de personnel soignant (la blouse blanche) pour investir celui de partenaire, sans partition véritablement arrêtée, qui plus est dans les murs de l'institution hospitalière ou ses annexes – l'hôpital ne se définit pas seulement par ses murs –, auprès de patients dont rien ne garantit qu'ils pourront « jouer le jeu » et dont le jeu dépend pourtant de leur capacité à y jouer.

### **3. 2. Une non-coïncidence avec les statuts sociaux : l'exercice d'une dialectique sociale**

La psychothérapie institutionnelle, fidèle à un de ses principes selon lequel les causes de la maladie psychique sont aussi à chercher dans le milieu social du patient, porte une attention à la dimension sociale, à l'environnement et aux conditions sociales d'existence du patient.

Dans le cadre des actions culturelles et artistiques proposées par l'association culturelle et la commission culturelle du CHS, cette attention se traduit par un intérêt manifesté par des personnels soignants à l'égard des souhaits, des demandes des patients, à défaut de ces expressions, d'une curiosité exprimée sur ce qu'ils faisaient avant leur prise en charge par l'établissement. Elles deviennent autant d'informations susceptibles d'aider à l'élaboration de nouvelles propositions.

Concernant les ateliers de pratiques artistiques, des séances de danse orchestrées par un chorégraphe à partir de la technique de l'improvisation ont occasionné, après plusieurs années, des changements importants auprès d'un des participants, que restitue l'artiste de la manière suivante :

*« Au début de notre rencontre, tout contact physique était refusé par X. Un an plus tard, j'ai pu toucher sa tête avec la mienne. Aujourd'hui, c'est un duo improvisé de danse-contact que je lui propose »<sup>29</sup>.*

Tentons d'esquisser quelques pistes de réflexion pour expliquer ce constat.

À l'instar du mode relationnel qu'institue l'association culturelle et sa commission dans leur mode de fonctionnement entre personnels de l'établissement et patients, le chorégraphe prend d'emblée le statut d'artiste intervenant dans ces séances de danse, distinct des personnels soignants également présents. Surtout, le chorégraphe trame la mise en œuvre de ce statut à partir d'un principe : le refus de prendre connaissance de la pathologie dont souffrent les patients de même que ses manifestations. Cette information peut paraître anodine. Pourtant, elle trouve toute son importance dans le déroulement de la séance, c'est-à-dire dans la mise en relation entre patients et artiste parce que ce dernier échappe à une nosographie médicale spécifique à la psychiatrie qui lui évite de réifier ces catégories nominatives en les incarnant dans le patient. Plus simplement, cette méconnaissance assumée de la pathologie des patients lui permet de les considérer comme des participants

<sup>29</sup> Commission culturelle du CHS Rennes, 2007, *op. cit.* p. 21.

volontaires, certes spécifiques, mais d'entrer en relation avec eux à partir de cette seule information statutaire.

L'improvisation comme technique mobilisée par ce chorégraphe recoupe la conception de la rencontre telle que formulée précédemment par un des professionnels du CHS :

*« Improviser, c'est aussi s'adapter, transformer ou se laisser transformer par l'autre. C'est l'art d'accepter ce qui est proposé, de laisser place à l'inconnu, pour faire émerger quelque chose touchant au sensible et à l'intime »<sup>30</sup>.*

D'une certaine manière, cette technique actualise de ce qui semble opérer dans la relation sociale, à savoir une sorte de tension entre permanence et changement.

Enfin, ce choix de l'improvisation comme technique d'animation de ces ateliers conjugué à cette méconnaissance assumée des pathologies des participants expose l'artiste à des réactions de fermeture définitive de la part des patients mettant un terme au déroulement de ces séances. Mais l'expérience que narre le chorégraphe informe, au contraire, sur des changements de comportements, comme si l'impulsion des sollicitations « aveugles » de l'artiste à l'égard du patient participait à rompre momentanément la circularité de la pathologie. Elle rappelle, à ce titre, ce que démontre Goffman concernant l'irréductibilité de tout un chacun à ses statuts, y compris dans les institutions les plus totalitaires. À l'asile, sous l'emprise des nombreuses agressions dont le reclus fait l'objet, son « self » devrait être totalement façonné par l'institution. Or, c'est justement ce qui ne s'observe pas : le « moi » du reclus parvient à se préserver par ce que Goffman nomme des « adaptations secondaires »<sup>31</sup> qui lui permettent de dresser des frontières entre lui-même et l'univers social dans lequel il est placé. Parmi ces « adaptation secondaires », l'auteur recense des activités artistiques, les qualifiant de « dérivatifs » par opposition aux « activités ordinaires ». Ces « dérivatifs » aident le reclus à supporter les attaques que subit sa personnalité parce qu'il s'agit d'« entreprises dans lesquelles l'individu se lance et se perd afin d'effacer en lui, pour un temps, toute conscience du milieu dans lequel il vit et qu'il subit »<sup>32</sup>.

Ainsi, y compris dans l'institution totalitaire, écrit l'auteur, « on voit toujours aussi les individus chercher à garder une certaine distance, prendre un certain champs entre ce qu'ils sont vraiment et ce que les autres voudraient qu'ils soient », concluant que dans une perspective sociologique, il faudrait peut-être « définir l'individu (...) comme un être capable de distanciation, c'est-à-dire d'adopter une position intermédiaire entre l'identification et l'opposition à l'institution »<sup>33</sup>.

Quelle est donc cette capacité qui permet de mettre à distance, de s'absenter des contextes sociaux les plus totalitaires, de ne pas fusionner, coïncider avec les statuts qu'imposent les différents contextes de la vie sociale ? Goffman n'en dira pas davantage ou plutôt en démontrant que la production du social n'est ni individuelle, ni collective, il fera reposer sa théorie sociologique de la « structure du moi » sur l'interaction sociale, frustrant le lecteur de cette explication tautologique. Or, à partir d'une démonstration permettant de différencier la dialectique du particulier et du général, propre à une logique explicative, de la dialectique du singulier et de l'universel, propre à une « logique » sociale, Jean-Claude Quentel suggère que ce principe, cette capacité, réside ni dans un transcendant ni dans un immanent, mais dans l'homme lui-même, venant le spécifier comme être culturel. Il emprunte le terme *personne* pour désigner cette capacité, entendue comme l'exercice d'une dialectique du singulier et de l'universel *causant* la production des relations sociales. La *personne* oblige, dès lors, à appréhender tout un chacun comme faisceau de relations sociales auxquelles

<sup>30</sup> *Ibidem*.

<sup>31</sup> Erving Goffman, 1968, *op. cit.*, pp. 257-262.

<sup>32</sup> *Ididem*, pp. 362-363.

<sup>33</sup> *Ididem*, p. 372, p. 373.

pourtant il ne se réduit pas<sup>34</sup>. Là s'exerce l'aspect contradictoire de cette dialectique en tant qu'elle permet de créer des relations sociales sans jamais s'y confondre.

## Conclusion

Au terme de cette contribution, nous avons tenté de cerner l'organisation et la mise en œuvre d'actions culturelles et artistiques dans des contextes sociaux de soins à partir de deux principales sources empiriques : des débats organisés en Bretagne, en 2011, sur la question de la culture et de la santé réunissant des professionnels de ces deux secteurs d'activités ; l'organisation d'activités culturelles et artistiques dans un Centre Hospitalier Spécialisé à Rennes.

Dans un premier temps, nous avons souligné que, malgré l'existence de la convention nationale « Culture-Santé », l'institutionnalisation de la culture et de l'art dans ces institutions de soins n'a rien d'évident. L'importation d'activités artistiques et culturelles dans ces contextes sociaux engendre des effets exprimés en termes de difficultés à mettre en œuvre ces activités du fait de la hiérarchie, du fait aussi des réactions des personnels soignants, susceptibles d'être lus à partir d'une logique organisationnelle. De ce point de vue, ces expressions traduisent la mise en rapport entre deux formes d'organisation du travail, soit une organisation bureaucratique (spécifique aux établissements de soins) et une organisation par projets (spécifique aux activités culturelles et artistiques). En réaction, les personnels en charge de la culture au sein de ces structures de soins se saisissent d'un diagnostic de « mal-être » au travail pour enrôler leurs collègues en sollicitant leurs compétences culturelles et artistiques. Or, ils se confrontent souvent aux effets de cette imputation hâtive quant à la familiarité de tout un chacun avec les arts et la culture, lesquels s'expriment par des comportements d'évitement, de raillerie, d'indifférence, faisant passer ces professionnels du soins du statut de public potentiel à celui de non-public. C'est que les personnels en charge de la culture dans ces établissements de soins se font le relais d'une conception universelle de l'art et la culture qui pourtant ne répond à aucune neutralité sociale. Aussi, pour éviter la critique de l'élitisme, ils mise sur la promotion de la diversité, mais omettent qu'elle nécessite aussi d'être négociée. Enfin, professionnels de la santé et de la culture se rejoignent pour spécifier l'art et la culture à l'hôpital d'une part en se démarquant de l'art thérapie et d'autre part en faisant valoir un droit à la culture pour réhabiliter la citoyenneté des patients.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressée aux activités culturelles et artistiques organisées par le Centre Hospitalier Spécialisé de Rennes parce qu'elles semblent moins exposées aux résistances des différents personnels et surtout parce que, dès le milieu des années quatre-vingt, des professionnels d'un de ses services ont manifesté un réel intérêt pour ces activités jusqu'à créer une association culturelle impulsant une politique culturelle au sein de cet établissement. Pour mieux le comprendre, nous avons souligné que ce Centre Hospitalier Spécialisé était l'héritier de transformations plus générales, c'est-à-dire d'une série de réformes publiques en matière d'organisation territoriale (un modèle d'organisation par secteurs géographiques) et d'une nouvelle philosophie du soin psychiatrique (intervenir à tous les stades de la maladie – du dépistage, à l'hospitalisation, à la réinsertion sociale – permettant de concevoir l'hospitalisation comme un temps parmi d'autres de la prise en charge). Dans ce contexte, la création de l'association culturelle du CHS de Rennes présente une philosophie et un mode de fonctionnement qui concrétisent une mise en pratique du courant de la psychothérapie institutionnelle en matière de soins psychiatriques.

---

<sup>34</sup> Jean-Claude Quentel, 2007, *op. cit.*, pp. 83-104.

Ce dernier, issu des mouvements anti-psychiatriques qui dénoncent le modèle de l'institution asilaire, repose sur une autre conception du patient (non plus un « objet », mais un « sujet »), de la maladie (non exclusivement médicale mais aussi sociale), et cherche à inventer des modalités d'actions qui questionnent les relations sociales qu'imposent les statuts de soignants et de soignés. Ainsi, les représentants de l'association culturelle de ce CHS se font les relais d'une conception originale de la culture et de l'art. En effet, la culture se démarque d'une conception positiviste pour être entendue en ce qu'elle vient spécifier ce qu'il y a d'humain en l'homme. L'art n'est plus le monopole des artistes, à tout le moins la créativité et la création. Pour preuve, le délire du malade est tout autant créatif et création en ce qu'il organise une créativité, mais sans rencontre, c'est-à-dire sans modification, altération de soi. Or, les activités artistiques organisées par le CHS sont qualifiées de rencontres, c'est-à-dire d'occasions de changements, de part et d'autre, parce qu'elles provoquent des « irruptions », des réactions de surprise, d'étonnement, de la « subversion », susceptibles de rompre la circularité dans laquelle s'emmuure le patient.

Dans un troisième temps, nous avons porté l'attention sur le fonctionnement de l'association et de la commission culturelle de ce CHS et sur les changements relevés dans le comportement des patients lors d'ateliers artistiques. Concernant le fonctionnement de l'association et de la commission culturelle de ce CHS, nous avons montré qu'il s'agissait d'un temps et d'un espace dans lequel se choisissent et se pratiquent, entre professionnels et patients, des activités culturelles et artistiques visant à pondérer les effets de l'enfermement involontaire, c'est-à-dire ce que Erving Goffman nomme les mortifications de la personnalité. À ces occasions, les patients seraient incités à négocier leur singularité et, les personnels, à faire l'expérience, auprès de ces patients, d'une réversibilité de l'échange, c'est-à-dire de la possibilité d'alterner, selon les situations, prise en charge et délégation. La tenue d'ateliers de danse, orchestrée par un chorégraphe à partir des principes de l'improvisation et d'une méconnaissance assumée des pathologies des participants, informe sur des changements de comportements de certains d'entre eux, notamment en termes de proxémie et de contact physique. Ces modifications peuvent être appréhendées comme l'exercice d'une non-coïncidence des patients de cet établissement avec leur statut social de malade à l'instar de ce que démontre Erving Goffman concernant l'irréductibilité de tout un chacun à ses statuts sociaux, y compris dans les institutions les plus totalitaires et que nous avons suggéré d'expliquer par une conception anthropologique de la *personne*, entendue comme ressort, capacité de mise à distance.

Concluons notre propos, en rappelant que si le CHS n'est plus l'asile ou même l'hôpital psychiatrique d'hier, sa fonction de mise à l'écart, de relégation sociale est maintenue. En ce sens, il traduit une façon spécifique qu'une société a de traiter les effets sociaux d'une *anomie* – entendue ici comme affaiblissement des liens sociaux. De ce point de vue, le CHS rend service en ce qu'il assume pour les autres ce qu'ils ne peuvent prendre en charge. Si, comme on l'a vu à partir de l'exemple du CHS de Rennes, des initiatives sont prises pour pondérer les effets sociaux de l'enfermement involontaire, il n'en reste pas moins qu'un temps vécu dans ces établissements affecte, selon Goffman, la position sociale occupée avant cette expérience de façon irrémédiable, jusqu'à engendrer des « stigmates » :

*« Ceux qui ont vécu dans des établissements où ce statut est relativement favorable – c'est le cas de ceux qui sortent des écoles d'officiers, des pensionnats d'élite, des monastères éminents – assistent à de joyeuses réunions commémoratives au cours desquelles chacun exprime la fierté qu'il tire de 'son école'. Lorsque le statut est dépréciant – comme c'est le cas pour les anciens détenus ou les pensionnaires des*

*hôpitaux psychiatriques – on peut parler de ‘stigmates’ et il faut s’attendre à ce que l’ancien reclus s’efforce de cacher son passé pour se faire ‘admettre’ »<sup>35</sup>.*

L’anomie appréhendée sous la figure du crime prend un autre sens :

*« (...) non l’anormal, le déviant, le marginal, mais cette part de l’expérience encore non vécue, de ces anticipations que matérialisent un groupe ou un individu qui, ainsi, secrètement ou publiquement, transgressent les règles, non parce qu’elles sont des règles comme le croyait Bataille, mais parce qu’ainsi s’ouvre une voie libre qui échappe aux déterminisme. (...). Cela touche à l’ensemble de la création dramatique dont tous les héros semblent bien des personnalités anomiques : criminels, coupables, irréguliers, auxquels la poésie prête son langage. (...) la création imaginaire qu’on ne peut définir par la seule expression ‘reflet d’une époque’ (...), mais la finalité qu’elle suggère est sans fin ».<sup>36</sup>*

Ainsi, si le délire peut-être appréhendé comme une création en ce qu’il organise une créativité, mais sans communication, il se laisserait peut-être aussi concevoir comme une *anomie*, c’est-à-dire à la fois comme une réaction à un affaiblissement des liens sociaux et comme une mise en forme d’une expérience encore non vécue orientée vers une finalité sans fin.

---

<sup>35</sup> Erving Goffman, 1968, *op. cit.*, p. 117.

<sup>36</sup> Jean Duvignaud, « Le prix des choses sans prix », Jean-Marie Bessette, Bruno Péquignot (textes réunis et présentés par), *Comment peut-on être socio-anthropologue ?*, Paris, l’Harmattan, 2012, pp. 54-55, p. 60.