

2014

### Institution psychiatrique, médias et espace public: de l'injonction de communiqué à l'extérieur à l'urgence de communiquer à l'intérieur

Olivier PULVAR  
*Université Antilles-Guyane, Olivier.Pulvar@martinique.univ-ag.fr*

Follow this and additional works at: <https://digitalcommons.aaru.edu.jo/dirassat>



Part of the [Communication Commons](#)

---

#### Recommended Citation

PULVAR, Olivier (2014) "Institution psychiatrique, médias et espace public: de l'injonction de communiqué à l'extérieur à l'urgence de communiquer à l'intérieur," *Dirassat*. Vol. 17 : No. 17 , Article 10.  
Available at: <https://digitalcommons.aaru.edu.jo/dirassat/vol17/iss17/10>

This Article is brought to you for free and open access by Arab Journals Platform. It has been accepted for inclusion in Dirassat by an authorized editor. The journal is hosted on [Digital Commons](#), an Elsevier platform. For more information, please contact [rakan@aarj.edu.jo](mailto:rakan@aarj.edu.jo), [marah@aarj.edu.jo](mailto:marah@aarj.edu.jo), [u.murad@aarj.edu.jo](mailto:u.murad@aarj.edu.jo).

## **Institution psychiatrique, médias et espace public : de l'injonction de communiquer à l'extérieur à l'urgence de communiquer à l'intérieur**

**Olivier PULVAR**  
CRLPC-CNRS UMR 8053  
Université Antilles-Guyane  
Olivier.Pulvar@martinique.univ-ag.fr

### **Résumé :**

L'institution psychiatrique demeure ancrée dans la mémoire collective comme cet espace clos, hors de la cité et, dans lequel sont *retenus* les acteurs qui, par les troubles mentaux dont ils sont atteints, *menacent* le fonctionnement de l'organisation sociale. Elle fait l'objet d'une médiatisation quasi-exclusivement lorsque le traitement de l'actualité *l'exige* (faits divers, conflits sociaux, etc.). Au moment où la demande sociale de prise en charge se fait plus forte, elle cède à l'injonction moderne de communiquer. Il s'agira de comprendre comment du *mutisme institutionnel* qui produit néanmoins des stéréotypes médiatisés et sociaux, on passe à l'émergence d'une démarche de communication dans univers peu familier de cette pratique.

### **Introduction**

Il est familier d'entendre que les sociétés contemporaines s'inscrivent dans une *ère de communication*, longtemps après avoir été qualifiée de sociétés de consommation. On a forgé l'expression discutable et discutée de *société de l'information* comme pour mieux signifier une évolution *positive* et, valoriser une sorte de passage maîtrisé (ou à maîtriser) par les organisations sociales modernes. L'explosion visible des activités d'information et de communication dans toutes les sphères du social attesterait du phénomène.

A partir du cas de l'hôpital de Colson, on propose ici, de voir de quelle manière l'émergence de la communication dans l'organisation hospitalière peut servir la constitution d'un outil de management/gouvernement de l'établissement dans ses rapports avec l'environnement : d'une part, l'action se destine à orienter l'hôpital face aux contraintes externes qui s'exercent sur lui ; d'autre part, elle cherche

également à (re)fonder la légitimité sociale de l'hôpital suivant un schéma de communication institutionnelle. On conclura sur la nécessité de saisir la communication dans le même temps dans sa vocation à remplir une fonction de gestion des ressources de l'établissement, les activités de ce dernier prenant place désormais dans un contexte changeant : la communication permet à la direction de l'hôpital d'accompagner les changements organisationnels internes résultant des contraintes externes.

### **Sur les communications organisationnelles**

Dans le contexte en mutation des années 1980 en France, ce sont les entreprises qui s'engouffrent les premières dans la brèche communicationnelle, avant d'être suivies par les administrations, collectivités et associations. L'observation de ces pratiques émergentes permettent une meilleure connaissance du fonctionnement des organisations (Friedberg, Musselin, 1989, 1992). Lorsque l'organisation tient un discours sur elle-même et, en direction d'un public (interne ou externe), c'est évidemment à partir de ses activités (vendre des produits ou services), de ses projets (transformation) ou encore de ses missions (citoyenne), qu'elle le fait. La démarche répond aux enjeux qui conditionnent son fonctionnement (organisation du travail, climat interne, management des ressources) (Bonnaïfous, Dizambourg, 1993, 1997) comme son rapport à l'environnement social (clients, marché, concurrence) (Belle, Echevin, 1990, 1992).

Si l'on convient que le *comment on communique* n'est pas l'essentiel et que, le *pourquoi on communique* est un indicateur des transformations institutionnelles et sociales, on est généralement peu surpris par la place et le rôle des acteurs qui prennent en charge la communication dans l'organisation à un moment donné ni même, par la forme et le contenu qui la caractérisent.

Ainsi, les organisations hospitalières, et singulièrement l'établissement psychiatrique, n'échappent pas au schéma de la communication imposée. Diverses données statistiques nationales et internationales soulignent pour les dernières décennies, un développement global des troubles mentaux et, une augmentation du rôle des facteurs psychologiques dans

le domaine de la santé. On peut élargir ce constat aux usages sociaux des champs lexicaux et sémantiques de la psychologie et de la psychiatrie et notamment, au débat public lui-même (discours médiatique et politique). Mais dans le même temps, on note que la méconnaissance des maladies mentales (attitudes traditionnelles de peur et de rejet) constitue un obstacle à l'identification de ces troubles et à l'attribution des moyens nécessaires à un traitement efficace et à une intégration sociale des malades. A ce titre, on peut dire que la santé mentale<sup>1</sup> constitue une préoccupation sociale parmi d'autres. Comment dès lors, « (...) *donner les moyens à des professionnels de santé de mieux connaître l'ampleur des problèmes de santé mentale des populations pour lesquelles ils travaillent et d'identifier les représentations sur lesquelles ils peuvent agir pour améliorer la prévention et le traitement de ces problèmes* »<sup>2</sup> ?

### **Un rôle d'identification de la communication**

Jusqu'à très récemment, l'Hôpital psychiatrique de Colson n'a pas orienté de manière ostensible quelque action de communication en direction de la société qui accueille son implantation. Ses dirigeants successifs n'ont pas sollicité en effet, les ressources communicationnelles afin d'accroître la capacité de réaction de l'établissement face aux changements liés à son environnement organisationnel. Cependant, Colson est tenu par des exigences de la société locale mais aussi par une évolution, à la fois des effectifs de malades et, des troubles à soigner. Ces contraintes qui pèsent sur

<sup>1</sup> La *santé mentale* ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. La dimension positive de la santé mentale est soulignée dans la définition de la santé telle qu'elle figure dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) selon laquelle : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Aide mémoire OMS n° 220, Renforcement de la promotion de la santé mentale, cité par Eric Diener, *Problématiques de santé mentale aux Antilles françaises*, Mémoire de DEA, UAG, 2003, p.6).

<sup>2</sup> OMS, *La santé mentale en population générale : images et réalités*, rapport d'enquête, 2001, p.19. Les représentations sociales sont des représentations collectives (Durkheim) dont les acteurs construisent la réalité dans leurs interactions (Moscovici, Jodelet) Une représentation sociale « *c'est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. C'est aussi ce que l'on peut appeler un savoir commun ou savoir naïf* » (Jodelet, cité par OMS, *La santé mentale en population générale : images et réalités* rapport d'enquête, 2001, p.25).

l'hôpital inclinent sa direction à créer un lien de confiance entre l'institution et son environnement.

L'évolution du système de santé français est marquée par la réduction de la capacité hospitalière (et le rattachement des unités d'hospitalisation psychiatrique à des hôpitaux généraux). Cette dynamique s'inscrit en droite ligne des priorités du Ministère français de la santé comme de celles de l'OMS<sup>1</sup>. Elle résulte du développement d'une nouvelle orientation de la psychiatrie à partir des années 1960-1970, elle-même issue d'une innovation médicale<sup>2</sup>.

Si jusque-là, le système de santé mentale français se caractérise par une conception asilaire dont la principale fonction est d'éloigner le *fou* de la cité et, qui considère le malade comme incurable et interné à vie, la nouvelle psychiatrie vise le maintien du malade mental dans la société. La mise en place du dispositif de *psychiatrie de secteurs* au sein desquels des structures extrahospitalières assurent le suivi des patients en dehors de l'hôpital, facilitent leur réinsertion sociale.<sup>3</sup> Malgré cette révolution du système de santé mentale<sup>4</sup>, la Martinique n'est que faiblement affectée dans les faits.

<sup>1</sup> L'enquête lancée par l'OMS en 1998 afin « (...) de mieux connaître l'ampleur des problèmes de santé mentale des populations (...) et d'identifier les représentations sur lesquelles [les professionnels] peuvent agir pour améliorer la prévention et le traitement de ces problèmes » met l'accent sur divers aspects à articuler au sein d'un dispositif de santé : « (...) SROSS, psychiatrie communautaire, définition des besoins, analyse des réseaux pré-existants à l'accès aux soins, obstruction à l'accès aux soins, sensibilisation des acteurs de terrain dans la perspective d'un redéploiement des moyens dans la cité ». OMS, *La santé mentale en population générale : images et réalités*, rapport d'enquête, 2001, p.19-20.

<sup>2</sup> La découverte des médicaments neuroleptiques, capables de réduire les symptômes psychotiques les plus graves dont il est question ici, ne doit pas faire oublier la dimension humaine et symbolique qui a fondé la révolution psychothérapique du 20ème siècle en France et dans le monde et que l'on a nommée psychothérapie ou psychanalyse institutionnelle. Les acteurs de la santé mentale doivent se méfier d'une hégémonie du bio-médical, liée à la recherche exponentielle de marchés et de profits pour l'industrie pharmaceutique.

<sup>3</sup> Le territoire est découpé en secteurs d'environ 70 000 habitants dans lequel chaque secteur correspond à un service de psychiatrie assurant la totalité des prestations en santé mentale (prévention, dépistage, soins à l'hôpital et suivi extrahospitalier, réinsertion, etc.). L'offre de soins dans le secteur privé se développe en complémentarité de la psychiatrie publique, tandis que des structures sociales et médico-sociales (personnes âgées, handicapés) participent à la réinsertion des malades mentaux en dehors de l'hôpital. Gilbert Ursulet, Sylvie Nogard, « La psychiatrie en Martinique, Données d'activité concernant la psychiatrie adulte », Département de l'Information Médicale, CH Colson, 2001.

<sup>4</sup> La Martinique dispose de six secteurs de psychiatrie générale (prise en charge des adultes) et de trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (prise en charge des enfants et des adolescents),

« Pendant 40 ans (1954-1994), tout le monde semble s'accommoder de cette léthargie asilaire, Colson s'ancrant dans l'imaginaire collectif martiniquais comme un lieu quasi carcéral où se concentrent toutes les déviances de la société »<sup>1</sup>.

En 1987 néanmoins, une circulaire ministérielle étend au niveau départemental l'élaboration d'un schéma d'organisation de la psychiatrie. Mais ce n'est qu'en août 1994, sous l'impulsion du directeur de la Direction départementale des affaires sociales et sanitaires (DDASS), d'associations et d'organisations syndicales, qu'est adopté un Schéma régional de l'organisation sanitaire et sociale (SROSS) en Martinique. Ce schéma régional dresse un état des lieux qui engage le système de santé mentale en Martinique dans une politique de réduction du nombre de lits *intra-hospitaliers* au profit d'un redéploiement des moyens vers des structures alternatives réparties dans les différents secteurs. Il confirme la perspective de traitement du malade pour le réinsérer dans la société.<sup>2</sup>

Dans la réalité, si la diminution du nombre de lits prévue par les SROSS successifs est effective, elle n'est pas compensée dans le même temps, par une augmentation du nombre de places au sein des structures alternatives (hôpital de jour, accueil familial et appartement thérapeutique). De même, la déconcentration des lits d'hospitalisation de Colson vers des hôpitaux généraux couvrant tout le territoire se fait attendre, comme la création d'un inter-secteur – pour assurer les soins psychiatriques aux malades se présentant aux urgences, aux toxicomanes dont le nombre ne cesse d'augmenter, etc. – A posteriori, les partenaires traditionnels de Colson eux-mêmes (Agence régionale d'hospitalisation, Caisse générale de sécurité sociale de Martinique) s'interrogent<sup>3</sup> sur le réalisme d'une programmation qui fait passer les structures psychiatriques d'un système fermé à un système ouvert en un si court laps de temps, voire d'une organisation qui transforme un pôle sous doté

---

auxquels il faut rajouter un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Gilbert Ursulet, Sylvie Nogard, *op.cit.*)

<sup>1</sup> Antilla n°1120, 8 décembre 2004, p.4-5.

<sup>2</sup> Antilla, *op.cit.*, p.5-6.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.6-7.

en ressources à un système multipolaire consommateur de moyens supplémentaires.

La politique nationale de santé mentale basée sur la sectorisation a donc de lourdes répercussions pour la Martinique au plan des allocations de ressources et de l'organisation des soins (taux d'équipement hospitalier inférieurs à ceux de l'Hexagone, structures extrahospitalières très insuffisantes). Cette orientation aboutit à une dégradation de la qualité des soins et des conditions de travail des personnels.<sup>1</sup>

Dans les années 1990, l'affrontement syndical opposant deux organisations représentatives du personnel du Centre hospitalier de Colson est assez symptomatique des enjeux de développement de l'institution. Il souligne sur le terrain, la divergence entre une vision asilaire de la psychiatrie (CSTM \_Centrale syndicale des travailleurs martiniquais) et une conception prenant en compte la dimension sociale de la maladie et de sa prise en charge (CDMT \_Centrale démocratique martiniquaise des travailleurs). Le conflit se cristallise autour de l'arrivée d'infirmiers et de médecins psychiatriques diplômés et formés dans l'Hexagone, ayant déjà vécu la révolution sectorielle mais également, rompus aux nouvelles pratiques en la matière.<sup>2</sup>

Peut-on parler d'une stratégie institutionnelle de rapprochement d'avec les partenaires reconnus par les réformes de décentralisation pour le développement local ? Plus largement, l'instauration de nouveaux rapports entre l'hôpital, sa tutelle et ses partenaires locaux est-elle de nature à renforcer à la fois les contraintes de financement et l'autonomie de gestion de l'établissement, d'où l'exigence de maîtriser les sources locales de financement ? Un projet comme celui de Mangot Vulcin fournit des éléments de réponse : « (...)  *dans l'optique de permettre une meilleure prise en charge des patients, le Centre Hospitalier du Lamentin et l'hôpital psychiatrique de Colson, tout en gardant leur propre autonomie de gestion, ont fait le choix de réunir leurs ressources matérielles et humaines, sur un seul et unique site. Localisée à Mangot Vulcin, la Cité Hospitalière de 40 000 m<sup>2</sup> s'étendra*

<sup>1</sup> Gilbert Ursulet, Sylvie Nogard, *op.cit.* Eric Diener, *op.cit.*, p.12.

<sup>2</sup> Antilla, *op.cit.*, p. 5-6.

*sur un terrain de 12Ha et sera facilement accessible à la population (...)  
Le futur centre hospitalier du Lamentin devrait voir le jour en 2007 (...)  
Chapoté par le Syndicat InterHospitalier de Mangot-Vulcin (...), ce  
chantier de 127 200 millions d'euros, et principalement financé par  
l'Etat, les deux assemblées locales (Conseil Général et Conseil  
Régional) et l'Europe, devrait débiter au 1er semestre 2004 ».<sup>1</sup>*

Dans ce cadre, la démarche communicationnelle de l'établissement a pour finalité première d'orienter les ressources provenant des partenaires dans le sens de sa politique de développement. Concrètement, elle consiste à développer un *discours officiel* auprès de ses partenaires, qui valorise l'institution en tant qu'instrument nécessaire au développement ; ce discours contribue à fédérer les acteurs de l'institution dans son action de développement vers l'extérieur. Cette démarche met également l'accent sur le dynamisme *entrepreneurial* de l'établissement à travers l'efficacité *manageriale* de son équipe dirigeante. Elle peut cependant souffrir de contradictions entre le discours des responsables et la réalité gestionnaire de l'établissement. En effet, dans la mesure où l'établissement est amené à faire appel à des partenaires afin de s'assurer des ressources complémentaires, ces contradictions sont susceptibles de provoquer l'effet inverse de celui recherché.

L'action de communication sert un double objectif. Elle rend visible l'exécutif de l'établissement et son action de gouvernement. Elle favorise l'identification de l'institution par ses partenaires à travers ses caractéristiques propres. Son rôle d'identification est primordial pour répondre aux contraintes de ressources et ne pas compromettre la mise en œuvre d'une politique décidée par les instances dirigeantes de l'établissement. Par conséquent, la communication facilite la reconnaissance de l'établissement par le monde extérieur comme une institution originale, forte, bien gouvernée et performante.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.lamentin.com/suite.php?entite=2&rubrique=250&srubrique=0&article=452>

<sup>2</sup> « La communication externe doit mettre en visibilité des signes repérables qui permettent d'identifier par le public extérieur les caractéristiques, les spécificités de l'institution. Il s'agira de recenser en interne les valeurs, les indicateurs susceptibles de créer ou de pérenniser une

Dans cette perspective, l'hypothèse d'un effet interne de la communication externe n'est pas exclue. L'institution, fondée sur un socle fédérateur, peut créer une image externe qui développe en interne sinon un sentiment d'appartenance, au moins une forme d'identification à l'établissement. Maintenant, que chaque membre de l'institution ait conscience de vivre une situation singulière par rapport à l'extérieur, ne suffit pas pour saisir voire maîtriser le rôle en interne de cet élément fédérateur.

### **Une fonction de valorisation de l'image**

Si l'Hôpital de Colson s'inscrit clairement dans la conscience collective comme un élément d'ordre patrimonial en Martinique, la connaissance réelle de la structure, celle du système dans lequel elle s'insère, ses perspectives de changement restent plutôt floues. C'est que Colson n'est toujours pas vécu par la population comme un hôpital à part entière contrairement aux hôpitaux généraux de l'île.<sup>1</sup>

Dans ce contexte, l'image de l'institution est le produit d'une évaluation de ses activités par défaut (d'information), à laquelle se livre l'environnement. Cette image se construit à partir des valeurs attachées aux représentations des maladies mentales, à celles de la qualité des soins, à celles de la compétence des soignants, à celle du niveau des résultats obtenus dans le cadre comparatif discriminant des hôpitaux psychiatriques *métropolitains*. En dernier ressort, l'image de l'institution se fonde sur les valeurs en rapport avec des représentations concurrentes de la psychiatrie (adaptation des soins aux exigences de la santé mentale au sein de l'environnement social / maintien d'une vision asilaire de la psychiatrie). La restitution des logiques d'acteurs permet de repérer la convergence des valeurs positives et négatives attachées aux représentations des activités de soins de l'établissement.

---

identité ». Michèle Gabay, *Rapport sur la communication à Paris 7-Denis Diderot. Etat des lieux et prospectives*, 1997, p. 10.

<sup>1</sup> Une récente étude portant sur l'image de Colson signale que si on a toujours entendu parler de Colson, si on situe géographiquement l'établissement, on sait peu de choses en réalité sur l'activité de ses services. Nombreux sont les martiniquais qui pensent que Colson est l'unique établissement de soins des malades mentaux en Martinique. De même, une partie de la population ne sait pas que Colson sera reconstruit au Lamentin. Non signé, *Programme d'études de notoriété et d'image du Centre hospitalier de Colson. Note de synthèse*, 14-23 mai 2003, p.8-10.

En tout premier lieu, le champ social dans lequel les maladies mentales s'inscrivent en Martinique comme ailleurs, est connoté négativement : phobie du malade mental et volonté de l'exclure socialement, psychiatrisation des problèmes sociaux, méconnaissance des soins psychiatriques. De plus, l'univers de référence des maladies mentales reste encore éloigné de l'objectivité scientifique. Les martiniquais<sup>1</sup> considèrent les troubles mentaux moins comme des maladies que comme la conséquence de phénomènes surnaturels (« *mauvais sort* »). Il n'y a donc pas là, de priorité sanitaire de leur point de vue.

C'est ainsi que le *fou* est identifié à l'individu qui *délire et hallucine*, qui commet des actes transgressifs (viol, meurtre, inceste) ou qui est *violent envers les autres ou lui-même* ; il est imprévisible et par conséquent, dangereux. Le terme de *fou* correspond à une vision extrême du malade mental : il s'agit d'une personne *incurable, exclue socialement, non responsable* de ses actes, ne pouvant être soignée (enfermée) ailleurs que dans un *hôpital psychiatrique*. D'une certaine manière, les perceptions du *fou* et du *malade mental* se superposent ; on attribue à la folie des causes liées aux *événements de la vie, aux difficultés affectives et sentimentales*<sup>2</sup>, *aux pratiques magico-religieuses*.

Ensuite, les médias sont l'un des vecteurs privilégiés des représentations négatives à la fois, des pathologies mentales et de leur prise en charge psychiatrique. Comment expliquer ce traitement médiatique ? Pourquoi telle réaction ou telle attitude est-elle communément tenue par la population ?<sup>3</sup>

Les formes utilisées pour signifier les troubles mentaux dans les médias dépassent souvent le simple champ de la maladie mentale elle-même. Elles sont certainement tirées de différentes représentations sociales qui gravitent autour de la psychiatrie, mais comme ces dernières, elles n'ont pas de fondement purement médical et sont influencées par de nombreux facteurs : culture,<sup>4</sup> histoire, science, médiatisation...<sup>4</sup> Cette réalité peut

<sup>1</sup> Non signé, *op.cit.*, p.4-5.

<sup>2</sup> *OSM flash*, Le Bulletin de l'Observatoire de la Santé de la Martinique, n°27, octobre 2001, p.2-3.

<sup>3</sup> Le rapport de l'OMS déjà cité fait référence à plusieurs travaux scientifiques sur ce terrain (Day, 1986 ; Dudley, 1994 ; Wilson, 1999, 2000). OMS, *La santé mentale en population générale : images et réalités*, rapport d'enquête, 2001, p.27.

<sup>4</sup> OMS, *op.cit.*, p.29.

expliquer en partie l'instauration par l'OMS de 2001, année mondiale de la santé mentale, et la publication de son rapport sur de nouvelles perspectives en la matière.

Plus encore, la forte médiatisation de faits divers (meurtre de personnels infirmiers par des malades dans l'enceinte hospitalière \_ Saint-Etienne, 1999 ; Lyon, 2002 ; FDF, mars 2003 ; Pau, décembre 2004) renforce les réserves quant aux activités de l'établissement qui touchent à un domaine *tabou*. Le traitement de cette actualité accentue les traits défavorables d'une image de Colson<sup>1</sup>. C'est ici, qu'il est nécessaire d'introduire la notion d'agenda médiatique avec son approche des faits et des conséquences immédiates, ses explications et ses hypothèses, sa vision de la gestion technique et du suivi politique, son analyse des répercussions indirectes, ses illustrations du développement du phénomène. Tout incident lié à l'activité de l'établissement et notamment, les agressions du personnel hospitalier par des malades sont désormais fortement médiatisés. Chaque événement dramatique est l'occasion pour les syndicats de souligner les problèmes d'équipement et surtout d'effectif par rapport à la situation de la prise en charge psychiatrique en Martinique<sup>2</sup>.

Enfin, la profession médicale elle-même, n'est pas exempte de représentations qu'elle attribue aux troubles mentaux, aux malades et, aux modes de prise en charge. Il existe une réticence de certains médecins généralistes à adresser des patients au psychiatre<sup>3</sup>. Et puis, jusqu'à quel point les réponses à la *folie* qui intègrent les notions de soins et d'enfermement à l'hôpital psychiatrique, n'intègrent-elles pas les notions d'une *psychiatrie coloniale*<sup>4</sup> ?

Dans ces conditions, l'institution ne peut espérer contrôler les principaux vecteurs de la connaissance de l'hôpital puisque, ceux-ci sont élaborés à

---

<sup>1</sup> Non signé, *op.cit.*, p.17.

<sup>2</sup> Voir par exemple les sites, [http://www.combat-ouvrier.org/co879/879\\_1.htm](http://www.combat-ouvrier.org/co879/879_1.htm). Le drame de l'hôpital de l'Hôpital de Colson : négligence et dysfonctionnements, Combat Ouvrier, samedi 5 avril 2003 ou encore [http://www.fordavute.com/breve.php3?id\\_breve=463](http://www.fordavute.com/breve.php3?id_breve=463). « Agression à l'hôpital de Colson », mardi 10 mai 2005.

<sup>3</sup> OMS, *op.cit.*, p.28.

<sup>4</sup> Eric Diener, *op.cit.*, p.29.

l'extérieur de l'établissement<sup>1</sup>. Or, « *Quels que soient les pays, quelles que soient les cultures, les représentations de la maladie mentale et de la folie, du malade mental et du fou ont une influence sur la priorité donnée aux politiques nationales de santé mentale, la prévention des problèmes de santé mentale, leur reconnaissance par la population générale et les professionnels et l'intégration des malades mentaux dans la communauté* »<sup>2</sup>.

Précisément, la perspective *socio-anthropologique* de l'enquête OMS (1998) montre tout l'intérêt de mieux appréhender à la fois les représentations liées aux malades (comportements et conduites, causes, responsabilité et conscience, souffrance, exclusion, rôle de la famille et des proches) et, les représentations liées aux modes d'aide et de soins (soins, guérison, connaissance des recours, orientation des proches et du sujet). Ce sont les représentations sociales qui déterminent les attitudes, parfois même en éclipsant le savoir scientifique et, qui déclenchent les conduites. Les représentations sociales sont des outils de santé publique car elles sont des représentations collectives (Durkheim) dont les acteurs construisent la réalité dans leurs interactions (Moscovici, Jodelet) et sur lesquelles la communication peut agir. Trop souvent encore, les campagnes de sensibilisation s'adressent au public pour l'informer (techniquement, scientifiquement) des dangers directs qu'il court par rapport à une maladie, plutôt que pour modifier les représentations sociales de la population à risque afin qu'elle transforme ses attitudes et change de comportement.<sup>3</sup>

Par conséquent, la stratégie de communication mise en place doit répondre aux représentations développées sur l'institution par l'environnement (traitement des malades, accueil des familles, image de marque, degré de crédibilité, connaissance de l'institution). L'action de l'établissement en direction des publics potentiellement concernés répond alors, à un souci d'image de l'institution dans son environnement local. (« *ensemble des représentations de tous les publics (interne,*

<sup>1</sup> Non signé, *op.cit.*, p. 9.

<sup>2</sup> OMS, *op.cit.*, p. 19.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.24-28.

*externe) de l'organisation avec toutes ses valeurs positives et négatives » \_ Gabay, 1997 : 11).*

Pour l'heure, même si les contraintes externes de l'établissement l'imposent, la préoccupation de l'image de l'établissement bien que formulée par ses responsables, n'est pas formalisée dans un plan de communication. L'augmentation des effectifs de malades comme l'évolution des troubles à prendre en charge apparaît assez significatives de ce point de vue, dans la mesure où les deux phénomènes conduisent nécessairement les dirigeants de l'établissement à se préoccuper des conditions d'accueil au sein des structures psychiatriques. Dans le cadre du renouvellement de ses missions, Colson doit désormais considérer les perspectives d'insertion des malades dans un environnement social instable et fragilisé.

La création d'un outil de prévision et d'organisation en matière de soins psychiatriques peut aller dans le sens d'une anticipation des problèmes liés à l'accroissement des effectifs. L'outil matérialiserait alors une volonté de la direction de rapprocher les centres d'intérêt de l'établissement de ceux de l'environnement social. Il s'inscrirait certainement dans les orientations ministérielles autant que dans les préoccupations des acteurs locaux appelés à prendre part (financièrement) aux transformations du système psychiatrique. Dans ce nouveau contexte, l'exigence d'adaptation des soins aux règles de la santé mentale entre clairement en conflit avec la demande sociale qui se fonde sur la capacité de l'établissement à soigner dans le sens de sa mission traditionnelle initiale.

A partir de là, seulement, l'action des responsables de l'établissement pourrait se destiner à valoriser l'image de l'institution auprès de son environnement en vue d'asseoir sa notoriété. Autrement dit, il s'agirait de *« valoriser au mieux les valeurs positives des représentations du public sans pour autant dissimuler les valeurs négatives », ce qui correspond au but même de la communication externe*» (Gabay, 1997 : 11).

Dans les faits, l'image globale de Colson dans la population<sup>1</sup> apparaît fortement dégradée (insalubre, dangereux, désorganisé, carcéral, excentré, mystérieux, secret, sous doté en personnel). Elle confirme les observations des divers SROSS. *A contrario*, l'image de ceux qui travaillent au sein de l'institution est mise en rapport avec les notions de professionnalisme et de courage (sympathiques, compétents, proches des préoccupations des visiteurs)<sup>2</sup>. Les attentes du public portent à la fois sur la modernisation (reconstruction) de Colson, sur ses ressources humaines (augmentation) et enfin sur l'organisation interne (amélioration notamment, des conditions de sécurité) et le fonctionnement de l'institution (transparence).<sup>3</sup>

En réalité, l'image de l'institution est le produit d'une évaluation de ses activités par défaut (d'information), à laquelle se livre l'environnement. Elle se construit à partir des valeurs attachées aux représentations des maladies mentales, à celles de la qualité des soins, à celles de la compétence des soignants, à celle du niveau des résultats obtenus dans le cadre comparatif discriminant des hôpitaux psychiatriques *métropolitains*. Elle se fonde en dernier ressort, sur les valeurs en rapport avec les deux conceptions de la psychiatrie (adaptation des soins aux exigences de la santé mentale au sein de l'environnement social / maintien d'une vision asilaire de la psychiatrie). La convergence des valeurs positives et négatives attachées aux représentations des activités de soins de l'établissement prend ici, toute sa place.

Suivant une conception de l'ouverture, les initiatives de Colson peuvent prendre la forme d'un discours officiel récurrent adressé à l'environnement. Ces initiatives se présentent comme une valorisation symbolique à la fois, de l'ouverture de l'établissement sur le monde extérieur et de la transparence de son fonctionnement. Elles constituent une occasion privilégiée d'insister sur la contribution sociale de

---

<sup>1</sup> Non signé, *op.cit.*, p.16-17.

<sup>2</sup> L'action de Loulou BOISLAVILLE (1919-1995) à la fois comme animateur bénévole des loisirs des malades en milieu hospitalier puis, comme infirmier, responsable des loisirs à Colson et enfin, détaché par l'administration pour manager le Ballet Folklorique Martiniquais alors sous l'égide de la Chambre de Commerce et de l'Industrie, pourrait servir une politique d'image de l'institution.

<sup>3</sup> Non signé, *op.cit.*, p. 25. La perspective de la Cité hospitalière de Mangot Vulcin présente l'opportunité de changer le nom de l'hôpital psychiatrique et de réfléchir sur de nouvelles modalités d'attribution de dénomination pour les pavillons.

l'établissement mais aussi, de s'assurer la reconnaissance et le soutien de ses partenaires. En valorisant l'image d'une structure en prise avec les préoccupations de l'environnement social, les dirigeants de Colson peuvent espérer améliorer la perception que la population locale se fait de l'hôpital. La régularité d'une manifestation phare (projet des journées d'information sur l'hôpital et ses activités), appuyée par d'autres actions visibles et plus ponctuelles (inauguration d'un site Internet de l'hôpital) servirait à transformer l'image de l'établissement pour capitaliser sa notoriété. Toutefois, l'objectif s'avère d'autant plus difficile à atteindre que l'image souhaitée de l'institution n'est pas nécessairement celle vécue et relayée par ses propres membres.

De ce point de vue, on note que c'est surtout la discipline médicale qui s'exprime dans le discours de l'institution, mettant l'accent sur les dimensions de spécialité et de technique. Ensuite, c'est seulement une certaine catégorie de praticiens du domaine, en l'occurrence les médecins psychiatres, qui sont valorisés dans ce discours : Congrès de l'information psychiatrique (1999), Congrès de psychiatrie (2002), Congrès Psychiatriques (2004) ; Rencontres du Cinquantenaire du CH de Colson (2006). Jusqu'où l'institution psychiatrique en Martinique n'est-elle pas confisquée par les praticiens et la discipline ?

Rebâtir l'image de l'hôpital passe sans doute par une mutation profonde de la culture relationnelle des acteurs de l'institution au monde extérieur à prendre en compte dans le futur établissement attendu<sup>1</sup>. D'un autre côté, les compétences des professionnels à communiquer sur leurs pratiques invitent à réfléchir sur le sens et la valeur de l'information en milieu institutionnel auprès de personnes handicapées mentales<sup>2</sup>.

Certes, l'isolement spatial de la structure hospitalière psychiatrique, la forte méconnaissance publique de ses activités, l'opacité de son fonctionnement pour le monde extérieur, l'absence d'une *culture d'accueil*, sont autant d'éléments qui contribuent directement à la

---

<sup>1</sup> Non signé, *op.cit.*, p.18.

<sup>2</sup> D'après Vincent Meyer, il existe un lien essentiel entre communication interpersonnelle, transmission des informations et démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. *Communication organisationnelle et prise en charge du handicap mental*, Bordeaux, LEH éditions 2005.

faiblesse de la notoriété de l'établissement et qui participent directement à la détérioration de l'image de l'hôpital en cas de crise<sup>1</sup>. Certes, la perspective du *désenclavement* de Colson passe nécessairement par une rupture avec ses pratiques traditionnelles de communication<sup>2</sup>.

Mais le problème, on le voit, c'est que le plus souvent l'action de communication externe peut se résumer à mettre en avant les atouts et les performances de l'établissement. Ceux-ci se présentent comme des facteurs de développement de la collectivité humaine qui bénéficie de l'action de l'institution. Plus globalement, il reste à savoir si cette stratégie de communication visant l'identification et la valorisation de l'image entre en complémentarité ou plutôt en concurrence avec celle que développe au même moment d'autres lieux de pouvoir dans l'institution (services dirigés par les médecins).

### **Communiquer à l'intérieur de l'établissement hospitalier**

En France, l'émergence d'une action de *communication interne* dans les institutions publiques coïncide généralement avec l'entrée en vigueur de dispositions réglementaires qui leur sont appliquées par le législateur. Ce sont de nouveaux rapports Etat- institutions qui incitent les établissements du domaine public à adopter un fonctionnement fondé sur les aspects de gestion de ces organisations. Cette nouvelle dimension se manifeste notamment dans un projet élaboré sur la base d'un contrat entre les deux parties. Les rapports contractuels conditionnent également le développement des établissements en renforçant leur autonomie et, en les encourageant à diversifier l'origine de leurs financements.

Les nouvelles règles du jeu nécessitent des membres d'un établissement qu'ils soient sensibilisés aux préoccupations de gestion interne de leurs activités. La communication des acteurs suppose donc un développement de la capacité d'adaptation de l'établissement au nouveau mode de fonctionnement interne prescrit par l'autorité de tutelle.

<sup>1</sup> Non signé, *op.cit.*, p. 11.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 17.

Dès lors, la politique préconisée par la direction de l'hôpital doit se trouver en adéquation avec les impératifs gestionnaires de son autorité de tutelle. Son programme propose une transposition à l'établissement des principes de management des entreprises et, insiste sur les aspects gestionnaires ; il valorise les notions d'efficacité et de rentabilité sur un marché concurrentiel. A ce titre, la constitution d'une équipe homogène à la tête de l'établissement peut se présenter comme un moyen non négligeable de conduire cette politique. Forte d'une composition pluri-sectorielle et d'un fonctionnement collégial, la direction peut désormais agir à partir d'une vision globale de l'établissement. Ce renforcement de l'exécutif marque par la même, l'affirmation de sa fonction décisionnelle face aux autres instances de pouvoir dans l'établissement.

Concrètement, une politique de développement qui repose sur un contrat avec le ministère de tutelle entend s'appuyer sur les méthodes du *management participatif* et sur le développement de la communication interne. Si le contrat renforce l'autonomie de l'établissement et, responsabilise ses dirigeants, elle demande de la part de ses membres une plus grande implication dans les orientations de développement et de gestion. Le rôle central attribué ici, à la communauté hospitalière doit pouvoir se manifester dans l'élaboration du projet d'établissement. Ce projet implique une action volontaire de la direction, destinée à encourager une communication qui favorise la mobilisation interne attendue par elle. Cependant, la mise en œuvre de la politique de l'équipe dirigeante peut se heurter à plusieurs obstacles qui en révèlent alors les limites.

D'abord, le caractère singulier que le médecin attache généralement à son activité, sert davantage le développement autonome des services qu'une action collective au profit de l'hôpital. Les médecins dont la culture est dominante dans l'établissement n'adhèrent pas forcément à une stratégie qui les éloigne de la représentation qu'ils se font de l'organisation de leur activité, voire de la représentation qu'ils ont de la finalité même de l'institution.

Ensuite, l'action de communication interne doit être en mesure de dynamiser l'ensemble des structures de l'établissement dans le sens de

ses ambitions avouées. Si on considère que l'action de la direction de l'établissement suit une rationalité managériale, la communication interne doit donc favoriser l'élaboration d'un projet d'établissement fondé sur la concertation entre tous ses acteurs, elle doit encourager la mobilisation de la communauté hospitalière autour d'un projet de développement concerté<sup>1</sup>.

Or la politique de communication interne de l'établissement public ne prend que rarement cette orientation. La démarche initiée par la direction développe plutôt des outils de communication avec l'objectif de transmettre une information descendante. La forte demande de participation de certains acteurs du système est là pour rappeler que la mise en place d'outils ne suffit pas à créer la communication. En effet, dans le cas présent, le dispositif exclut une partie du personnel hospitalier, les malades et leurs familles dont la demande d'autonomie et/ou de participation est notable, mais préserve l'autonomie constitutive du métier des médecins.

Par conséquent, en écartant certains acteurs du jeu de la communication, la démarche volontariste des dirigeants renforce non pas la cohérence interne de l'organisation, mais plutôt la cohérence à l'intérieur des différentes catégories d'acteurs représentés dans l'établissement et, qui agissent selon des logiques divergentes. Répondre au désir d'autonomie des personnels et des familles, introduire plus de démocratie au sein des structures de l'établissement, serait-ce menacer le pouvoir des médecins ?

Au final, la communication interne de l'établissement est condamnée à maintenir l'équilibre qui préside aux rapports entre la politique de l'établissement et la pratique professionnelle des médecins. Si l'intérêt de l'équipe dirigeante est d'assurer le développement de l'établissement suivant une rationalité économique au sens gestionnaire, les médecins, eux, sont préoccupés par le développement de leur pratique obéissant à une rationalité scientifique et technique.

---

<sup>1</sup> OMS, *op.cit.*, p.28.

## Bibliographie

- Antilla n°1120, 8 décembre 2004.
- Belle, Françoise ; Echevin, Claude, "L'émergence de la communication institutionnelle à l'université: enjeux et perspectives. Revue Politiques et Management Public, vol. 10, n° 1, 1992, p. 33-50.
- Belle, Françoise ; Echevin, Claude, "Emergence d'une fonction communication institutionnelle à l'échelon des présidences d'universités", Centre d'Etudes et de recherches Appliquées à la Gestion, juin 1990, 19 p.
- BONNAFOUS, Simone ; Dizambourg, Bernard, "Gestion des universités et communication interne". Sciences de la Société, n° 28, février 1993, p. 67-76.
- BONNAFOUS, Simone ; Dizambourg, Bernard, Changement et participation l'Université: modernisation administrative, l'exemple de Paris 12, Grenoble: PUG, 1997, 167p.
- Diener, Eric, Problématiques de santé mentale aux Antilles françaises, Mémoire de DEA, sous la dir. Simone Henry-Valmore, Schoelcher, UAG, 2003, 71 p.
- Friedberg, Erhard ; Musselin, Christine, En quête d'universités, Paris: L'Harmattan, 1989, 219 p.
- Friedberg, Erhard ; Musselin, Christine, Le gouvernement des universités, Paris: L'Harmattan, 1992 ; 351 p.
- Gabay, Michèle, Rapport sur la communication à Paris 7-Denis Diderot. Etat des lieux et prospectives, 1997, 38 p.
- Meyer, Vincent, Communication organisationnelle et prise en charge du handicap mental, Bordeaux, LEH éditions, 2005, 206 p.
- Non signé, Programme d'études de notoriété et d'image du Centre hospitalier de Colson, Note de synthèse, 14-23 mai 2003.
- OMS, La santé mentale en population générale : images et réalités, rapport d'enquête, 2001.
- Ursulet Gilbert, Nogard Sylvie, « La psychiatrie en Martinique, Données d'activité concernant la psychiatrie adulte », Département de l'Information Médicale, CH Colson, 2001.

## Sources Internet :

- Journal municipal de la Ville du Lamentin
- [http://www.lelamentin.com/suite.php?entite=2&rubrique=250&sru  
brique=0&article=452](http://www.lelamentin.com/suite.php?entite=2&rubrique=250&sru<br/>brique=0&article=452)
- Biographie de Loulou Boislaville (1919-1995)
- [http://pedagogie.ac-  
martinique.fr/lpcluny/fichiers/boislaville\\_loulou.htm](http://pedagogie.ac-<br/>martinique.fr/lpcluny/fichiers/boislaville_loulou.htm)
- Journal réunionnais, Temoignages.re, « Société et santé mentale, la  
pourriture coloniale », article de Jean-François Reverzy, 22  
septembre 2003.