

L'hôpital comme espace public

Daniel Goujon, Jacques Poisat

DANS **HERMÈS, LA REVUE** 2003/2 n° 36 , PAGES 119 À 126
ÉDITIONS **CNRS ÉDITIONS**

ISSN 0767-9513

ISBN 2271061407

DOI 10.4267/2042/9366

Date de mise en ligne : 17/09/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2003-2-page-119?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour CNRS Éditions.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Daniel Goujon
Université Jean-Monnet, Saint-Étienne
Groupe de recherche sur les initiatives locales, IUT de Roanne

Jacques Poisat
Université Jean-Monnet, Saint-Étienne
Groupe de recherche sur les initiatives locales, IUT de Roanne

L'HÔPITAL COMME ESPACE PUBLIC

Cette institution ancienne et multiforme que constitue l'hôpital – administration, entreprise, territoire, microcosme, « espace public »... – a toujours intéressé des chercheurs de multiples disciplines : spécialistes des sciences médicales et de la vie, bien entendu, mais également juristes¹, historiens, sociologues, ethnologues et économistes. Avec l'émergence de l'économie (et de l'histoire) de la santé, c'est essentiellement la fonction de producteur de soins – si possible de haute technicité et à coûts maîtrisés – qui a été privilégiée. Or, des attentes nouvelles de la société civile, la redécouverte de la mission traditionnelle d'accueil de toutes les détresses ainsi que des expériences novatrices dans le domaine culturel et patrimonial contribuent actuellement à ouvrir l'hôpital sur l'extérieur, à le transformer de « citadelle » du service public de santé en « espace public » aux vertus culturelles et solidaires. L'objectif de notre recherche consiste à caractériser quelques-unes de ces mutations de l'hôpital public, à l'aide de la grille d'analyse de l'économie solidaire. Cela permet d'une part de prendre en compte l'hôpital globalement en tant qu'espace public et non seulement comme entreprise ou administration de soins, d'autre part de voir en quoi il peut participer au projet politique, porté aujourd'hui par l'économie solidaire, de réencastrement de l'économie dans le social par l'hybridation de logiques différentes.

En effet, pour présider au développement de l'économie solidaire, il convient de créer ou d'entretenir, au niveau d'un territoire (d'une ville ou d'une agglomération), des lieux de rencontre, d'expérimentation et de confrontation, qui permettent aux citoyens de participer, aux côtés des élus et des acteurs institutionnels, à l'action économique et sociale. Ces « espaces publics » peuvent être créés de toutes pièces, à l'image des « Pôles d'Économie Solidaire »². Mais, il peut aussi

s'agir d'institutions existantes telles que les hôpitaux, qui, du fait de leur place centrale au niveau local, de leur mission fondatrice d'accueil et de la très grande mixité des publics, constituent des espaces publics propices au développement d'activités d'économie solidaire.

L'hôpital, un espace public ?

Les relations entre les hôpitaux et les formations sociales ont toujours été empreintes d'une grande complexité. Comme le rappellent les historiens de la santé, l'hôpital est un observatoire essentiel pour comprendre le fonctionnement de la société, bien au-delà des seuls problèmes sanitaires (Faure, 1999). Symbole du caractère urbain de l'agglomération qui le porte, il est un acteur économique, politique et social de première importance, lieu majeur d'expression de la vie locale, des conflits et des stratégies qui s'y déploient. Plus largement, il joue un rôle essentiel dans la construction des identités locales. Car l'hôpital d'aujourd'hui, centre de soins de haute technicité, n'est en rien une construction spontanée. Microcosme de la société, espace symbolique où se nouent des rapports humains et sociaux fondamentaux (rapports au corps, à la santé, à la souffrance, à la mort, au sacré, à l'au-delà, à la marginalité, à la pauvreté...), il a vu ses fonctions se transformer profondément au cours du temps.

L'hôpital public une institution à la croisée du marché, de l'économie publique et de la société civile...

Fondamentalement, dans ses rapports avec la société, l'hôpital doit s'appréhender à la fois (et contradictoirement) de trois manières :

- dans une logique marchande, comme une « entreprise de soins », centrée sur son métier de base et dont les efforts tendent tant à optimiser ses compétences techniques qu'à rationaliser sa gestion, afin d'offrir à ses « clients » les meilleurs services aux meilleurs prix ;
- dans une logique de service public, comme une « administration de soins », chargée d'appliquer la politique sanitaire des pouvoirs publics ;
- enfin, comme un « espace public de proximité », au service de la société civile, comme un lieu d'accueil, d'échange, d'assistance et de traitement de toutes les souffrances, tant physiques que sociales.

Toute l'histoire des hôpitaux publics, du moins en France, montre que l'hôpital ne peut se comprendre que dans l'hybridation de ces trois sphères : celle du marché (économie marchande), celle du service public (économie non marchande) et celle des solidarités de proximité (société civile). Ainsi s'explique l'échec de toutes les tentatives consistant à couper l'hôpital de la société civile, c'est-à-dire à le considérer exclusivement soit comme une administration soit comme une entreprise de soins.

En France, en effet, les pouvoirs publics se sont heurtés à l'impossibilité de séparer les missions sanitaire et sociale de l'institution hospitalière depuis le ^{xvi}^e siècle (Gutton, 1974). Dès cette époque, en rupture avec la tradition hospitalière de l'accueil, tant des « pauvres malades » que des « pauvres passants » et des pèlerins, les autorités vont tenter à plusieurs reprises, mais sans succès, de casser le lien entre le médical et le social, notamment en créant des institutions spécialisées dans la deuxième mission : ainsi des « aumônes générales » au ^{xvi}^e siècle, pour distribuer des secours aux « vrais pauvres », des « hôpitaux généraux » et des « dépôts de mendicité » aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles, pour enfermer mendiants et vagabonds, leur donner une éducation chrétienne et les forcer à travailler. Si de telles structures ont joué un rôle dans la médicalisation progressive des hôpitaux-Dieu, la séparation entre l'accueil social et l'accueil médical ne fut jamais totalement réalisée en partie d'ailleurs à cause de la résistance des populations locales aux mesures autoritaires de marginalisation ou d'enfermement des pauvres. Quant au ^{xix}^e siècle, la distinction tant recherchée entre « hospice » et « hôpital » n'était guère réelle que dans les grandes villes. Plus près de nous, en 1970, le législateur a voulu instituer la séparation entre le secteur sanitaire, réservé à l'hôpital, et le domaine social. Or, dès les années 1980, la (re) montée de la pauvreté et de la précarité a conduit l'institution hôpital et les hospitaliers à remettre en cause ce « divorce » – au demeurant jamais consommé – à redéfinir de nouvelles pratiques pour l'accueil des plus démunis, renouant ainsi avec la tradition millénaire intégratrice de la « maison hôpital » (Groupe de travail union hospitalière du Sud-Ouest, 1996). C'est pourquoi des lois de 1991 et 1994, plusieurs circulaires ministérielles, en 1990, 1993 et 1995, ainsi que la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions sont venues redonner aux établissements publics de santé un rôle officiel dans le combat contre la pauvreté, en les encourageant à inscrire leurs actions au sein de réseaux associant les professions, institutions et associations compétentes en matière d'insertion.

Concrètement, les hôpitaux sont amenés aujourd'hui à héberger ou à mettre en œuvre des initiatives solidaires dans des domaines très divers : insertion par l'emploi, permanences d'accès aux soins, accueil de personnes en difficulté. Or, dans cette réappropriation de sa mission sociale, l'institution hôpital révèle sa nature profonde : non seulement « machine à guérir », selon l'expression célèbre de Tenon, mais plus largement « espace public ». Car, si en tant que service public de santé, l'hôpital est déjà amené depuis plusieurs années à s'ouvrir au jugement des usagers – en témoigne en particulier la pratique répandue des enquêtes d'image – la confrontation avec « le dehors » devient une impérieuse nécessité quand surgit l'obligation de participer à l'organisation de solidarités de proximité, en partenariat avec des structures et/ou des personnes extérieures.

... est-il en train de devenir un espace public culturel aux vertus solidaires ?

D'une façon plus générale, et en partie en liaison avec la « redécouverte » de sa mission intégratrice, l'hôpital tend à apparaître, sous l'effet de nombreuses expériences, comme un « espace public culturel », au sens tant anthropologique qu'artistique. Il s'agit de développer les activités

culturelles dans les établissements de santé, notamment en encourageant la mise en place de jumelages avec des structures extérieures (cinéma, théâtre, musée, bibliothèque...) et la création de la fonction de responsable culturel hospitalier (Marie, 2001, p. 17-18). Dans ce registre, le travail culturel réalisé à l'hôpital psychiatrique Le Vinatier (Bron-Lyon) depuis janvier 1997 par la Ferme (Fondation pour l'étude et la recherche sur les mémoires et l'expression) apparaît exemplaire. « La Ferme du Vinatier, écrit sa fondatrice, est un service particulier de l'hôpital dont la vocation est de concevoir et de mettre en œuvre des projets culturels, favorisant ainsi l'apparition d'espaces publics dans l'établissement, carrefour des publics internes et externes. » (Delanoe, 1997, p. 18). C'est donc par la médiation de l'objet artistique et culturel qu'est recherchée ici l'émergence d'un espace public ouvert dans l'hôpital pouvant favoriser la rencontre entre personnels, patients et population. Il s'agit tant de recomposer la « mémoire kaléidoscope » (Delanoe, 1997, p. 101) (et conflictuelle) de l'institution, de mettre en place des « espaces de controverses » (Herreros, 1999) que de créer des médiations avec l'extérieur et de constituer l'hôpital en sujet d'études et de recherche, à travers trois axes d'action essentiels : un axe patrimonial (inventaires, recueils de témoignages, expositions,...), un axe scientifique (études, conférences,...) et un axe artistique (concerts, spectacles vivants,...) ... le tout reposant sur un partenariat diversifié (universités, artistes professionnels, collectivités territoriales,...). Cette action emblématique est loin d'être isolée aujourd'hui. En effet, depuis une dizaine d'années, de nombreux acteurs sociaux se mobilisent pour valoriser l'histoire et les patrimoines de la santé (Poisat, 1993). Le patrimoine hospitalier tend ainsi à devenir producteur d'extériorité, support d'une réflexion collective distanciée (citoyenne ?) sur les problèmes (scientifiques, économiques, éthiques...) de la santé d'hier et d'aujourd'hui (Poisat, 1997).

La dynamique solidaire à l'hôpital

Le Centre hospitalier de Roanne mène ou encourage, depuis plusieurs années, des actions destinées à participer aux efforts locaux de lutte contre les exclusions. Deux exemples nous paraissent pertinents, au regard de notre problématique : une politique originale d'insertion des populations défavorisées par le recours aux « contrats emploi-solidarité » ; le soutien à la création d'une « Boutique Santé ».

Insertion par l'emploi

De nombreux hôpitaux en France ont expérimenté les nouvelles formes de flexibilité du travail liées aux politiques d'insertion par l'emploi des populations défavorisées. Mais la politique conduite en la matière par le Centre hospitalier considéré présente quelques caractéristiques spécifiques qui permettent de parler à son propos de production d'un véritable service d'intégration

sociale de personnes en voie d'exclusion (Goujon, Poisat, 1999). En effet, premier employeur de la ville, avec plus de 1 800 agents, le Centre hospitalier a apporté sa contribution à la recomposition économique d'un bassin qui a perdu 10 000 emplois dans les vingt dernières années. Contrairement aux orientations choisies par d'autres hôpitaux, la recherche de l'efficacité économique ne s'est pas traduite à Roanne par des stratégies d'externalisation des activités annexes. Délaissant le modèle de la rationalité économique pure incarnée par la notion d'hôpital-entreprise – structure de haute technologie centrée sur son métier de base « l'art de soigner » – le Centre hospitalier a opté pour une conception plus large de son rôle, plus conforme à sa mission historique, en s'inscrivant comme producteur de rationalité sociale.

C'est ainsi que depuis 1990, l'hôpital participe à la politique locale d'insertion par l'emploi, en recrutant des salariés sous contrat emploi-solidarité. Contrairement là encore à d'autres établissements de soins, ces embauches ne se font pas dans un but d'économie en personnel titulaire. Elles permettent soit de remplacer des titulaires temporairement absents – mais en 2001 cette pratique a régressé – soit de pourvoir aux besoins en personnel – et donc de pérenniser – des activités annexes au métier du soin (blanchisserie, gardiennage, entretien des espaces verts...), pour mieux répondre aux attentes des patients. Comme l'a démontré une étude conduite en 1998, le Centre hospitalier a exclusivement recours au public prioritaire de la politique de l'emploi, c'est-à-dire aux personnes les plus menacées d'exclusion sociale (chômeurs de longue durée, allocataires du RMI, travailleurs handicapés...).

Fondamentalement, l'hôpital joue donc ici le rôle de terrain, d'espace public, où se développent des pratiques de (co) construction de services d'insertion, dans un but délibérément social. Et même s'il s'inscrit dans un cadre législatif national, ce type d'initiatives nécessite localement l'implication conjointe de l'institution-hôpital (pour mettre en œuvre la politique d'insertion), d'agents hospitaliers motivés (pour encadrer les salariés en CES), voire dans une perspective de perfectionnement du dispositif, des partenaires économiques, sociaux et politiques locaux (pour optimiser les placements externes). La réussite d'un tel programme dépend donc de l'articulation entre l'action sociale étatique et les initiatives d'acteurs locaux (responsables administratifs, élus, dirigeants d'entreprise, bénévoles d'association...) désireux de lutter contre le chômage. L'hôpital constitue ainsi l'un des lieux où peut s'expérimenter concrètement le « tiers secteur d'utilité sociale » dans le champ de l'insertion par l'emploi.

Dans un registre différent mais proche, quelques hospitaliers motivés ont été à l'origine de la création de la « Boutique Santé du Roannais ».

Boutique Santé

La Boutique Santé est une association indépendante créée en 1996, sous l'impulsion d'hospitaliers et de militants locaux impliqués dans des actions de lutte contre l'exclusion, afin de gérer un accueil de jour de personnes en difficulté.

Située dans l'enceinte de l'hôpital, la Boutique Santé est ouverte à toute personne dans le besoin, sans condition d'acceptation, du lundi au vendredi de 10h00 à 17h30. Répondant à une demande sociale localement insatisfaite, elle offre un ensemble de services de re-socialisation

– accueil convivial (« le bistrot social ») : boissons, petits-déjeuners, jeux, animations et surtout écoute et orientation, le cas échéant, vers les services sociaux et médicaux compétents ou vers le réseau associatif ;

– permanence, une fois par semaine, d'une infirmière en psychiatrie et d'une infirmière en santé publique, dans le cadre du Programme régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins ;

– hygiène corporelle (douches, vestiaire, coiffeur...) et vestimentaire (lave-linge, fer à repasser, nécessaire de couture...);

– actions éducatives : espace lecture (presse, bibliothèque...), atelier cuisine et atelier vie quotidienne hebdomadaires, information santé...

La population reçue – 9 000 visites en 2002, dont 3 10 personnes nouvelles – se compose pour un tiers de SDF (Sans domicile fixe) et de plus en plus de personnes sédentaires, isolées, disposant de faibles revenus et/ou d'un logement précaire, ainsi que de jeunes de moins de 25 ans vivant en marge de la société et de réfugiés. La fréquentation augmente d'année en année – 19 personnes par jour en 1998, 22 en 1999, 27 en 2000, 34 en 2001 – et aujourd'hui près des 2/3 des usagers viennent quasiment tous les jours et 1/3 reste plus de quatre heures. Née de la collaboration d'agents hospitaliers engagés dans l'action sociale et de bénévoles du Comité des Amis d'Emmaüs et d'une association gérant un foyer d'hébergement de nuit, la Boutique Santé est administrée par un Conseil composé à parts égales de représentants des associations fondatrices et de personnes siégeant à titre individuel. Surtout, elle travaille en étroite collaboration avec les institutions médico-sociales et les associations locales concernées. Ce fonctionnement en réseau se retrouve dans la gestion interne de la structure, qui nécessite la collaboration de bénévoles de l'association – environ une dizaine de personnes qui participent aux activités d'accueil ou d'animation – et d'une équipe de cinq professionnels salariés.

L'initiative citoyenne Boutique Santé a reçu dès le départ l'appui et le soutien financier du Centre hospitalier, qui met gratuitement à disposition les locaux, l'eau, l'électricité et le chauffage, ainsi que des subventions significatives de l'État (DDASS, Politique de la ville, CNA-SEA...), de collectivités territoriales, d'organismes de protection sociale (CPAM, CAF) et de l'association Emmaüs. Les recettes « marchandes », quant à elles, restent symboliques – quelques francs demandés aux usagers pour l'utilisation du lave-linge – ne représentent qu'à peine 1,5 % du total des produits. Mais, au-delà de cette hybridation des ressources financières, qui constitue l'une des caractéristiques des initiatives relevant de l'économie solidaire, il importe d'insister sur le rôle dynamisant et mobilisateur sur le plan local qu'a joué l'hôpital, en acceptant de porter en partie le projet et d'accueillir la Boutique Santé dans son enceinte, réaffirmant ainsi son rôle d'espace public incubateur de solidarités de proximité.

Solidarité hospitalière et économie solidaire

Les initiatives hospitalières, que nous venons de décrire, illustrent bien le caractère « d'espace public aux vertus solidaires » que revêt l'hôpital. Elles relèvent, nous semble-t-il, de cette « généralisation non encore stabilisée de pratiques empiriques diverses et mouvantes » (Dacheux, Goujon, 2001) qu'observateurs et acteurs qualifient « d'économie solidaire ». Si l'on reprend les différents éléments de la délimitation du champ de l'économie solidaire proposée par Jean-Louis Laville (1997), les deux activités permettent bien la production de solidarités de proximité volontaires et choisies, dans un territoire. Il s'agit concrètement de services relationnels, qui se constituent soit parce qu'ils répondent à une demande sociale insatisfaite (accès aux soins, accueil-hygiène de vie...), soit parce qu'ils cherchent à intégrer des personnes en voie d'exclusion. Ces services génèrent des économies externes, soit en améliorant « l'employabilité » des personnes en difficulté, par des activités de re-socialisation (Boutique Santé) ou par une première expérience professionnelle (CES), soit en réduisant les dépenses de santé ou les risques liés à la marginalisation, par le développement de la prévention. Globalement, de telles initiatives contribuent à créer du lien social. Bien entendu, les pratiques hospitalières décrites ne satisfont pas à tous les critères retenus par Jean-Louis Laville pour qu'une activité rentre dans le champ de l'économie solidaire. Cependant, elles s'inscrivent bien dans la logique d'un espace public de proximité qui, au-delà de sa mission spécialisée de soins, apparaît comme lieu et acteur de l'économie solidaire.

Conclusion

Nous venons de rappeler la pluralité des missions de l'hôpital qui, depuis toujours, est une institution aux fonctions multiples, dont les plus visibles sont la production de soins et l'assistance aux personnes. À ces deux fonctions premières, il convient d'ajouter un rôle identitaire profond d'appartenance à une collectivité, rôle qui bien qu'informel reste déterminant au niveau local. Ainsi, de par ses missions mais aussi en tant qu'espace public, l'hôpital peut devenir un lieu d'incubation et/ou d'accueil des activités d'économie solidaire. Pour le dire autrement, le projet de réponse égalitaire à la demande sociale et sanitaire d'une ville ou d'une zone géographique comporte des intersections non nulles avec le projet de l'économie solidaire, qui est de soumettre la logique économique aux attentes et besoins sociaux des individus. Sous ce nouvel éclairage, l'économie solidaire devient une nouvelle grille d'analyse des institutions, tant privées que publiques, permettant de valoriser leurs fonctions non économiques ou non administrées, qui au demeurant restent vitales pour le devenir des individus et des collectivités.

NOTES

1. L'histoire hospitalière des juristes lancée par Jean Imbert (1954) et Maurice Rochaix (1959) peut-être considérée comme fondatrice de l'histoire hospitalière d'aujourd'hui, dont le *Bulletin de la Société française d'Histoire des Hôpitaux* constitue un support médiatique essentiel.
2. Cf. le texte de Pénélope Codello dans ce numéro.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

DACHEUX, E., GOUJON, D., « Comprendre l'économie solidaire : analyse économique du concept », *Communication au Colloque national de la Recherche en IUT*, Roanne, juin 2001.

DELANOE, C., « L'Hôpital : du service public à l'espace public ? », *La Lettre de l'OCIM*, n° 53, 1997a.

DELANOE, C., « Le réservoir et la Ferme. Des lieux à dire », in *Hôpital et Musée. Actes de la Rencontre internationale de Charlieu*, 26 et 27 septembre 1997b.

FAURE, O., « L'histoire hospitalière aujourd'hui », in *Hôpital et Musée. Actes de la Rencontre internationale de Charlieu*, 26 et 27 septembre 1997, PUSE, 1999.

GOUJON, D., POISAT, J., « Hôpital public et insertion par l'emploi : exemple du centre hospitalier de Roanne », *Revue de géographie de Lyon*, n° 2, 1999.

Groupe de Travail Union hospitalière du Sud-Ouest, « Chassez le social, il revient au galop », *Revue hospitalière de France*, n° 3, mai-juin 1996.

Groupe de Travail Union hospitalière du Sud-Ouest, « L'hôpital et les exclus », *Revue hospitalière de France*, n° 6, novembre-décembre 1994.

GUTTON, J.-P., *La Société et les pauvres en Europe (xvi^e-xviii^e siècles)*, Paris, PUF, 1974.

HERREROS, G., « L'hôpital psychiatrique et ses relations. De l'ouverture-fermeture au singulier-commun », in *Le Vinatier un hôpital en travail*, Éditions la Ferme du Vinatier, 1999.

IMBERT, J., *Le Droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire*, Paris, Syrey, 1954.

MARIE, P., « L'hôpital, lieu de culture », in *Il suffit de passer le pont... Restitution du groupe de réflexion régional « Culture et Hôpital »*, DRAC Rhône-Alpes, Agence régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes, Centre hospitalier Le Vinatier (la Ferme du Vinatier), 2001.

NARDIN, A. (dir.), *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres*, Paris, Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 1996.

POISAT, J., « L'hôpital et le musée », in *Hôpital et Musée. Actes de la Rencontre internationale de Charlieu*, 26-27 septembre 1997.

POISAT, J., « Pour un renouveau de la muséographie hospitalière », *Publics et Musées*, n° 6, 1995.

POISAT, J., *Les Hôpitaux français et leur patrimoine*, Musées de Charlieu, Direction régionale des Affaires culturelles Rhône-Alpes, 1993.