HAL
open science

Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme " Culture à l'hôpital "

Mylène Costes

To cite this version:

Mylène Costes. Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme " Culture à l'hôpital ". Sociologie. Université d'Avignon, 2010. Français. NNT : 2010AVIG1092 . tel-00587169

HAL Id: tel-00587169

https://theses.hal.science/tel-00587169

Submitted on 19 Apr 2011

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

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

UNIVERSITÉ D'AVIGNON ET DES PAYS DE VAUCLUSE
ÉCOLE DOCTORALE 537 « CULTURE ET PATRIMOINE »
ÉQUIPE CULTURE ET COMMUNICATION (CENTRE NORBERT ELIAS UMR 8562)

Thèse de Doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication

ATELIER CULTUREL ET HÔPITAL PSYCHIATRIQUE :

ENJEUX ET RETOMBÉES D'UN DISPOSITIF DE MÉDIATION CULTURELLE AU SEIN DU PROGRAMME « CULTURE A L'HÔPITAL »

Mylène COSTES

Soutenue le 06 décembre 2010

Sous la direction de :
Hana Gottesdiener et Jacques Poisat

Jury :
Monsieur Jean-Jacques Boutaud, Professeur, Université de Bourgogne (rapporteur)
Monsieur Jean Davallon, Professeur, Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse
Madame Michèle Gellereau, Professeure, Université de Lille 3 (rapporteur)
Madame Hana Gottesdiener, Professeure Émérite, Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse (directeur)
Monsieur Jacques Poisat, Maître de Conférences, Université Jean Monnet (tuteur)
Madame Martine Regourd, Professeure, Université Toulouse 1 Capitole
Monsieur Yves Winkin, Professeur, École normale supérieure LSH, Lyon

Remerciements

À ma directrice de thèse, Hana Gottesdiener qui a accepté de diriger cette thèse. Je la remercie pour ses nombreux retours effectués tout au long de la rédaction, pour nos échanges constructifs, pour son exigence et ses encouragements. Tour à tour ils ont contribué à donner forme à cette recherche.

À mon tuteur, Jacques Poisat, qui me suit depuis mon mémoire de DESS. Je le remercie de m'avoir incité à poursuivre cette aventure qu'est la thèse et d'avoir accepté de la co-diriger.

Aux membres du jury : Jean Jacques Boutaud, Jean Davallon, Michèle Gellereau, Hana Gottesdiener, Jacques Poisat, Martine Regourd, Yves Winkin.

Aux enseignants de l'équipe du Laboratoire Culture et Communication : Jean Davallon, Cécile Tardy, Émilie Flon, Geneviève Landié, Agnès Devictor, Virginie Spies, Damien Malinas, Emmanuel Ethis, Daniel Jacobi, Yves Jeanneret, Pierre Louis Suet, Marie-Hèlène Poggi, Marie-Pierre Fourquet-Courbet. Un merci particulier à Jean Davallon et Cécile Tardy, qui m'ont permis d'enseigner durant deux années à l'université d'Avignon, qui m'ont fait confiance et m'ont fait partager un peu de leurs savoirs et expériences.

Aux personnels administratifs : Pascale Di Domenico, Bernadette Boissier, Patrick Liné, Françoise Arfelli.

Aux doctorants et docteurs rencontrés au fil des années : Emilie Pamart, Maud Capatti, Gaëlle Lesaffre, Johanne Tremblay, Bessem El Fallah, Cheihouna Beye, Mickael Bourgatte, Hécate Vergopoulos, Camille Jutant, Céline Schall, Céline Calif, Camille Moulinier.
Un merci particulier à Caroline Buffoni pour ses encouragements et pour sa relecture.

À Jean Claude De Crescenzo qui m'a permis d'enseigner durant trois années à l'IUT d'Arles, à Robert Albrand et Anne Lesme.

À l'équipe du Laboratoire de l'IDETCOM, tout particulièrement à Mr Serge Regourd qui m'a donné la possibilité d'enseigner durant deux ans en tant qu'ATER à l'université Toulouse 1 Capitole. À mes collègues de travail, qui m'ont permis de progresser dans le domaine de l'enseignement, Sylvie Laval, Martine Regourd. Un merci particulier à Christophe Alcantara pour ses commentaires et son aide.
À Isabelle, pour sa gentillesse, sa disponibilité et sa constante bonne humeur.

À l'hôpital du Vinatier et à l'ensemble de l'équipe de la FERME pour m'avoir accueilli à diverses reprises.
À la Fondation Bon Sauveur d'Alby et tout particulièrement à Muriel Amilhat-Guelfi avec qui j'ai pris grand plaisir à travailler, ainsi que Bernard Cuq, Viviane et Chantal.
À l'hôpital de Montfavet et à la Compagnie Mises en Scène.

À tous les artistes intervenants rencontrés au cours de cette recherche et qui ont accepté de me conter leurs aventures, un merci particulier à Jürgen Schilling.

À l'ensemble du personnel hospitalier rencontré au cours de mes entretiens.
À tous les patients croisés ici ou là au détour d'un couloir, d'un atelier, d'une exposition…
Aux étudiants rencontrés en cours ou lors de direction de mémoire avec lesquels les échanges m'ont conforté dans mon désir d'entreprendre une carrière d'enseignant-chercheur.

À Patrick Basse, À Louis Gombaud pour son aide et sa gentillesse.

À Adeline, Céline, Fabienne et Muriel.

À Émilie Pamart, dont la présence à mes côtés lors de mes séjours avignonnais a été d'un réconfort certain. À nos longues conversations, sur la thèse ou sur la vie…

À mes parents, pour l'éducation qu'ils m'ont donnée et pour m'avoir toujours laissé un libre choix dans ce que j'entreprenais. À ma grande sœur Katia dont le parcours a dû inconsciemment influencer le choix de cette recherche, à ma petite sœur Laury.

À Cédric, pour ses absences et sa présence qui tour à tour m'ont donné l'envie de mener à bien cette recherche.

Enfin, un grand merci à mon éternel soutien, mon frère David.

SOMMAIRE

SOMMAIRE _____ **4**

LISTE DES ACRONYMES _____ **6**

INTRODUCTION GÉNÉRALE _____ **7**

● PREMIÈRE PARTIE
L'action culturelle dans le cadre hospitalier: liens, évolutions, tensions ____ 16

Chapitre I
Le programme « Culture à l'hôpital et son inscription dans la politique culturelle en faveur des « publics empêchés » _____ **17**
1. Histoire et enjeux de la présence artistique et culturelle en milieu hospitalier _____ 19
2. La prise en compte des publics empêchés dans la politique culturelle _____ 30
3. Les programmes culturels en faveur des publics empêchés ou comment réduire la « fracture sociale » _____ 37
Conclusion _____ 60

Chapitre II
Les différentes formes de mise en application du programme « Culture à l'hôpital » ___ **62**
1. La convention nationale du 04 mai 1999, un cadre de référence _____ 63
2. Le «projet culturel », un enjeu contemporain pour l'hôpital _____ 65
3. Les hôpitaux prospectés _____ 72
4. Étude comparative de conventions régionales _____ 86
Conclusion _____ 96

Chapitre III
L'atelier culturel comme dispositif de médiation culturelle dans l'hôpital psychiatrique **97**
1. Apports théoriques autour du concept de médiation culturelle _____ 98
2. Penser l'atelier culturel comme dispositif de médiation _____ 103
Conclusion _____ 108

Chapitre IV
Le cadre de l'hôpital psychiatrique _____ **109**
1. Les apports d'Erving Goffman _____ 110
2. L'évolution de l'institution hospitalière et des rapports patient-personnel _____ 115
Conclusion _____ 123

Conclusion de la première partie _____ **125**

● **DEUXIÈME PARTIE**
Le projet culturel et l'atelier : quels effets pour l'institution hospitalière et ses acteurs ? 129

Introduction de la deuxième partie 130

Chapitre I
Formes et représentations du projet culturel dans l'hôpital psychiatrique 131
1. Discours et analyse de l'inscription du projet culturel dans le projet d'établissement 132
2. Les motifs de participation avancés par les soignants 137
3. Regards sur les modalités de l'intervention artistique 152
4. Les relations personnel-artistes 172
Conclusion 178

Chapitre II
Les limites à l'implantation d'un projet culturel 180
1. Des financements limités et un manque d'adhésion du personnel 181
2. Des motivations d'ordre organisationnel aux motivations d'ordre professionnel 187
3. Projet culturel versus projet de service ? 197
4. Perturbation de la ritualisation et appropriation territoriale 201
Conclusion 208

Chapitre III
Les déplacements opérés dans l'hôpital par le projet culturel et le dispositif de l'atelier 210
1. Les modifications au sein de l'institution hospitalière 211
2. Les modifications chez les différents acteurs 216
3. Les « traces » laissées par le projet culturel et l'atelier dans l'institution hospitalière 242
Conclusion 254

CONCLUSION GÉNÉRALE 255

BIBLIOGRAPHIE 267

TABLE DES MATIÈRES 280

ANNEXES 283

LISTE DES ACRONYMES

AMP : aide médico-psychologique

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

CES : Contrat emploi solidarité

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées

DDAI : Délégation au développement et aux affaires internationales

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DRAC : Direction régionale des affaires culturelles

DSIP : Direction départementale des services d'insertion et de probation

FERME : Fondation pour l'étude et la recherche sur les mémoires et l'expression

FIAPMC : Fédération intersectorielle des ateliers de psychothérapie à médiation créatrice

HDJ : Hôpital de jour

HO : Hospitalisation d'office

IFSI : Institut de formations en soins infirmiers

MAS : Maison d'accueil spécialisée

PACA : Provence- Alpes- Côte d'Azur

SPIP : Service pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

TIG : Travaux d'intérêt général

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Notre travail porte sur les relations entre hôpital psychiatrique et action culturelle. Les liaisons établies sont anciennes et complexes. Pour autant, le champ de la recherche s'inscrit dans un contexte spécifique, celui d'un programme interministériel : « Culture à l'hôpital ».
C'est dans le courant des années 1990 que le ministère de la Culture, dans le cadre de la poursuite de son objectif de démocratisation culturelle, a multiplié le développement de ses actions en direction des publics considérés comme éloignés de la culture. Ce mouvement a vu la mise en place, en 1999, du programme national « Culture à l'hôpital » dont l'objectif est de permettre le développement d'une politique culturelle dans les établissements hospitaliers, par la mise en place de partenariats avec des structures culturelles locales.

Nous prenons pour cadre l'hôpital psychiatrique, avec pour contexte le programme national « Culture à l'hôpital » et pour objet principal d'étude la médiation culturelle. Notre recherche pourra intéresser aussi bien les acteurs du champ hospitalier que ceux du champ culturel, plus particulièrement ceux qui réfléchissent aux modalités et aux effets que celle-ci peut avoir sur les publics empêchés.

Diverses motivations expliquent que notre choix se soit porté sur l'étude des établissements psychiatriques et non sur les hôpitaux généraux. Ce qui, à nos yeux, rend l'étude des interactions entre culture et hôpital plus pertinente en secteur psychiatrique qu'en secteur généraliste c'est à la fois le type de population qu'il accueille, les soins qu'il propose, les durées d'hospitalisation, et des liens déjà anciens tissés avec l'activité artistique. De plus, ce type d'établissement a fait l'objet de peu de recherches.

Notre intérêt se portera sur un dispositif de médiation à l'œuvre: l'atelier culturel. Pour comprendre le fonctionnement de celui-ci, ses enjeux et retombées, il est nécessaire de saisir la dimension dans laquelle il s'inscrit, à savoir un projet culturel. La mise en place de projets culturels est un élément majeur du programme « Culture à l'hôpital ».

Cependant, si le programme peut-être considéré comme une forme de médiation en vertu des échanges qu'il favorise entre établissements hospitaliers et structures culturelles, il

ne peut pas pour autant être pensé comme un dispositif de médiation culturelle au même titre que l'atelier culturel.

Parce que l'hôpital psychiatrique instaure un cadre particulier, nous pensons que la tenue d'ateliers culturels est susceptible d'y rendre compte d'effets propres, autres que ceux déjà connus dans le champ de la médiation culturelle. Nous pensons que l'intérêt principal se situe davantage au niveau des relations qu'ils instituent que des productions artistiques qui en émanent. C'est pourquoi nous ne questionnerons pas l'objet artistique ni sa catégorisation.
Ainsi, en abordant le projet culturel via un dispositif particulier, celui de l'atelier culturel, nous souhaitons rendre compte de la manière dont ce dernier interroge et bouscule l'institution psychiatrique et se voit réapproprié par ses différents acteurs.

L'hypothèse sous-jacente est que l'atelier culturel, par l'établissement de certains « déplacements » au sein de l'institution hospitalière, peut modifier durablement les interactions entre les différents participants, patients et soignants. Nous souhaitons interroger les modes de relation que ce dispositif est à même de susciter.

Par ailleurs, nous supposons qu'un rapprochement entre hôpital psychiatrique et action culturelle peut provoquer certaines tensions. Nous postulons aussi que les représentations liées au projet culturel et à l'atelier varient en fonction des catégories d'acteurs.

Une autre hypothèse consiste donc à penser que les enjeux sont multiples, ce qui par là même sous-tend l'idée qu'il existe des stratégies différentes d'adaptation au projet culturel. C'est ce que la recherche se propose de mettre à jour. Il s'agira alors de comprendre le fonctionnement interne du projet culturel, celui de l'atelier, de distinguer les points de vue et les stratégies à l'œuvre chez les différents acteurs afin de les analyser.

Enfin, les recherches jusqu'alors menées sur l'action culturelle en milieu hospitalier ont essentiellement abordé celle-ci dans le cadre d'une activité artistique spécifique, ponctuelle, et peu d'entre elles dans une dynamique de projet culturel. Notre recherche prendra en compte la dynamique globale d'un projet culturel mené dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » ; sa principale originalité réside dans le fait d'interroger un dispositif particulier, l'atelier, et de questionner les retombées de ces actions culturelles pour l'institution hospitalière dans son ensemble. Autrement dit, nous croiserons les résultats produits au niveau de l'organisation hospitalière, de ses salariés, de ses usagers, mais également des artistes intervenants.

Pour ce faire, nous avons fait appel à quatre types de corpus : des discours ministériels et des conventions ; des documents internes aux établissements hospitaliers (projets d'établissements, projets de service), des documents de travail rédigés par des artistes intervenant, et enfin des entretiens.

Notre recherche fait donc appel à différents niveaux de discours, souvent mobilisés en complémentarité, afin de répondre aux questions posées. Pour l'essentiel, l'organisation des chapitres reprend cette catégorisation des discours. Les analyses de contenu lorsqu'il s'agit de documents ministériels et de documents internes aux structures hospitalières permettent de rapporter le « dire ». Pour ce qui est du « faire », nous mobilisons l'exploitation de nos entretiens. Des extraits sont présents tout au long de la seconde partie. Ils sont indiqués en italique dans le texte. Enfin, un troisième niveau correspond au regard du chercheur et à l'analyse qu'il fait des discours et pratiques de ses enquêtés.

Cette recherche s'organise en deux parties. La première se consacre à la contextualisation du sujet et aux principaux apports théoriques permettant de définir la problématique et les principales hypothèses. Elle se décline en quatre chapitres. La seconde partie produit les résultats obtenus sur les trois terrains de recherche quant aux effets du projet et de l'atelier culturels sur l'institution hospitalière.

Première partie : l'action culturelle dans le cadre hospitalier : liens, évolutions, tensions

Le premier chapitre présente à la fois le champ de l'histoire médicale et celui de l'histoire de l'art relatifs aux établissements hospitaliers, ainsi que la politique culturelle menée en faveur des publics « empêchés ».

La présence artistique et culturelle a perduré lors de la substitution de l'hôpital psychiatrique à l'asile. Cependant, les enjeux et les modalités ont évolué. Il s'agit alors d'en questionner les différentes formes, pour comprendre comment les propositions actuelles (notamment le programme « Culture à l'hôpital ») peuvent se positionner et en quoi elles sont susceptibles d'apporter quelque chose de nouveau à l'institution hospitalière. Ce détour historique éclaire le développement de la place accordée à l'art et à la culture dans les hôpitaux psychiatriques au cours de leur évolution. D'abord mobilisé comme élément de diagnostic, l'activité artistique est repensée, notamment depuis l'intégration progressive de l'art contemporain dans les hôpitaux. Cet art, en multipliant les réflexions à dimension

sociale, interroge et bouscule l'institution hospitalière, l'entraînant de surcroît vers une remise en question de ses pratiques et finalités.

Parallèlement, le programme « Culture à l'hôpital » a pris place dans la politique culturelle menée en faveur des « publics empêchés » (habitants des quartiers dits sensibles, personnes incarcérées, personnes hospitalisées...). Leur prise en compte dans la politique culturelle française a donné lieu à l'élaboration de différents programmes culturels. L'action culturelle y est pensée comme un véritable droit, élément constitutif de la « citoyenneté » à laquelle chacun, quelle que soit sa condition, est censé pouvoir prétendre. Nous verrons que la prise en compte des « publics empêchés » par les différents ministères relève d'une volonté de réduction de la « fracture sociale », aussi bien au niveau des quartiers que des prisons. Les études menées laissent entrevoir des « effets » auprès des différents groupes participant à ces projets (modification des représentations sociales, espace d'expression…).

Les objectifs de démocratisation n'apparaissent pas réellement atteints ; les effets observés relèveraient davantage d'un processus de socialisation que de démocratisation[1]. On examinera plus particulièrement ce qu'il en est pour le programme « Culture à l'hôpital ».

Ce programme s'est développé autour de différents temps forts : rencontres européennes de la culture à l'hôpital, premières journées de la culture à l'hôpital, enquêtes nationales… Dans un premier temps, nous nous intéresserons à ses enjeux. Nous analyserons les discours ministériels prononcés lors des diverses manifestations qui ont marqué l'histoire de ce programme. Il s'agira de comprendre, dans ce contexte, comment les acteurs du ministère de la Culture et ceux de la Santé, qui en sont les instigateurs, envisagent l'action culturelle.

Dans un second temps, nous verrons comment les enjeux annoncés dans le programme sont retranscrits dans la convention nationale qui lui sert de cadre de référence.
L'analyse des différents articles de la convention permet de distinguer le programme « Culture à l'hôpital » des actions culturelles précédemment menées en établissements hospitaliers. Dans ses articles est prévue l'obligation de la mise en place d'un atelier de

[1] Les deux termes sont entendus ici dans leur sens commun tel qu'on peut les trouver dans le Larousse. L'action de démocratiser est donc à comprendre comme « rendre quelque chose accessible à toutes les classes sociales, le mettre à la portée de tous ». L'action de socialiser quant à elle relève de l'adaptation d'un individu aux exigences de la vie sociale.

pratique artistique à l'attention des personnes hospitalisées, avec intervention d'un professionnel reconnu.

De plus, la convention doit être déclinée à l'échelle régionale. Chaque région a donc la possibilité d'en rédiger une signée par la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC), représentante du ministère de la Culture et l'Agence régionale d'hospitalisation[2] (ARH), représentante du ministère de la Santé.

Chaque année, les régions signataires lancent un appel à projet aux établissements hospitaliers. Ceux-ci, en partenariat avec une structure culturelle locale, présentent un projet culturel dont la durée est d'un an minimum. L'atelier en est l'élément caractéristique. Cependant, le projet peut revêtir différentes formes telles que des visites d'établissements culturels, l'organisation d'expositions, de concerts, etc. C'est pourquoi cette recherche fait appel à deux niveaux d'analyse, celui plus général du « projet culturel », et un plus spécifique, celui de « l'atelier », qui en est l'un des éléments.

Au-delà de l'objectif de démocratisation prôné dans le texte de la convention, nous pensons que ce qui se joue dans un projet culturel se situe au-delà de cet objectif. Nous postulons que la mise en place de projets culturels, parce qu'elle est porteuse de nouveaux enjeux, comparée aux actions culturelles menées jusqu'alors, favorise des retombées qui dépassent les enjeux initiaux.

En effet, ce programme se caractérise par une logique de projet. C'est un élément nouveau pour les établissements hospitaliers qui traditionnellement fonctionnent plutôt sur une logique d'actions culturelles ponctuelles, sans réelle inscription dans la durée.

Les travaux de Patrick Basse (2003) autour du projet d'établissement permettent de penser la place du projet culturel au sein de l'institution hospitalière. Pour interroger ce que la logique de projet peut induire, nous nous appuierons sur l'apport de la sociologie des organisations (Crozier et Friedberd, 1992 ; Herreros, 2004). Sachant que toute l'organisation hospitalière se définit autour du projet d'établissement, il est légitime de s'interroger sur la place du projet culturel au sein de celui-ci. S'agit-il d'un projet annexe, présenté et considéré indépendamment ? Ou bien est-il intégré au sein du projet d'établissement ? Quelle place lui est véritablement accordée ?

[2] Depuis la loi du 21 juillet 2009 sur l'administration régionale du système de santé c'est désormais l'ARS qui remplace l'ARH dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Dès lors, nous proposons d'analyser les différentes formes de mises en application du programme national, à travers une comparaison des conventions régionales concernant les établissements que nous avons sélectionnés. Il s'agit de comprendre comment est reprise la convention nationale ? Chaque région en fait-elle la même application ? Quelles sont les similitudes et les spécificités des conventions régionales ? On notera que malgré des différences, un point apparaît pourtant de manière récurrente: il s'agit de l'atelier culturel.

Nous nous intéresserons à l'atelier culturel en tant que dispositif de médiation. Tant par sa forme que par les modalités de sa mise en oeuvre, il rassemble de nombreux éléments relatifs au domaine de la médiation culturelle.

Il occupe la figure du tiers médiateur, il participe de la modification de la prise en compte du sujet dans l'acte de médiation. Espace « neutre » dans le cadre normalisé de l'hôpital psychiatrique, il est aussi « interface » et lieu d'une « expérience esthétique » partagée (Caune, 1999).

Il a la particularité d'être un espace favorisant de nouvelles interactions entre les personnes hospitalisées, le personnel et les artistes intervenants.

En conséquence, nous abordons le programme « Culture à l'hôpital » sous l'angle de la médiation culturelle, à travers le dispositif de l'atelier. Cette posture nécessite de s'intéresser de plus près aux interactants, à leur positionnement ainsi qu'aux relations qu'ils entretiennent entre eux. Pour ce faire, une référence aux travaux d'Erving Goffman s'impose (Goffman, 1968).

Les recherches menées par cet auteur nous ont permis de comprendre les spécificités du cadre de l'hôpital, tout comme la nature et la forme des rapports entre les patients et le personnel. Univers particulier, anciennement apparenté à un lieu concentrationnaire, la connaissance de son évolution est essentielle à la compréhension des rapports entre les acteurs. Le travail sur les « faces »[3] mené par Erving Goffman nous apparaît essentiel. Il permet de poser l'hypothèse selon laquelle l'atelier culturel permet l'instauration d'un autre « cadre d'expérience » dans l'enceinte hospitalière, conduisant lui même à une modification des « faces » chez les participants.

[3] Erving Goffman considère comme face : « la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les auteurs supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier. » (Goffman, 1974 b : 9).

À côté des apports théoriques de la sociologie Goffmanienne, il est nécessaire de s'intéresser à l'évolution du système hospitalier.
En modifiant le cadre hospitalier, des réorganisations ont transformé la nature des interactions entre les usagers. Il convient alors de définir ces dernières pour saisir comment le projet culturel peut à son tour les modifier.

Les travaux menés dans le domaine de l'anthropologie hospitalière (Pouchelle, 2003) permettent d'entrevoir le rôle de l'évolution du système hospitalier, dans la redéfinition des rapports entre les personnes.

Deuxième partie : Le projet culturel et l'atelier : quels effets sur l'institution hospitalière et ses acteurs ?

Cette seconde partie se décline en trois chapitres thématiques. Le premier aborde la forme du projet culturel, de l'atelier, et les représentations qui en sont véhiculées par les différents acteurs de l'hôpital. Un second chapitre prend en compte les obstacles potentiels au développement du projet culturel. Enfin, un dernier chapitre interroge les déplacements produits par le projet culturel et les séances en atelier. L'analyse de ces déplacements portera sur deux niveaux, l'un est le temps de l'élaboration du projet et du déroulement de l'atelier, l'autre s'intéresse à ce qui se produit après lors de la réappropriation de cette expérience par les différents participants.

Nous pensons qu'il existe un décalage entre les conventions « Culture à l'hôpital » et les applications qui en sont faites par les acteurs concernés.
Dès le premier chapitre, nous chercherons à identifier d'une part les formes d'inscriptions du projet culturel dans le projet d'établissement, d'autre part les représentations que les acteurs se font du projet culturel. En outre, nous examinerons la mobilisation qui en est faite.

Si les acteurs, en fonction de leur catégorie (direction, soignants, artistes) mobilisent différemment le projet culturel cela peut laisser présager d'un problème de légitimité au sein des établissements.

Il convient de s'interroger sur les enjeux de ces projets au niveau des participants. Quels sont les motifs de participation des différents acteurs (patients, personnel, artistes)?

Répondent-ils à des attentes personnelles, professionnelles ? Il s'agira de comprendre ce qui peut les inciter à prendre part à un projet culturel.

S'agissant des modalités artistiques, il sera possible d'en rendre compte en mobilisant un double niveau de discours: d'abord celui que les artistes portent sur leurs interventions puis celui du chercheur, au travers notamment de l'analyse de documents de travail communiqués par ces mêmes artistes.
L'un des principaux apports sera ici d'interroger le sens donné à l'intervention artistique. Il apparaît qu'en hôpital psychiatrique les missions de l'artiste sont redéfinies. Nous souhaitons donc en questionner le sens et la forme. Nous mettrons l'accent sur ce rôle de « passeur» qu'il occupe dans la triade patient- artiste- soignant. Nous postulons que sa présence et son positionnement sont partie intégrante du dispositif de médiation et de sa réussite.

Enfin, le projet culturel parce qu'il rassemble des catégories distinctes et souvent éloignées (personnel hospitalier et artistes), nécessite l'instauration d'échanges entre ces groupes. Dès lors, il apparaît nécessaire d'interroger les motivations des personnes à l'échelle de chaque groupe.

Dans un second chapitre, nous traiterons des limites que rencontre le développement d'un projet culturel. Il s'agit de dépasser le traditionnel discours sur le manque de temps et de moyens. Nous pensons que l'origine de la faible implication des salariés dans ces projets est d'un autre ordre, mais alors lequel ? Pour aller plus loin dans le questionnement, nous avons réalisé une série d'entretiens sur l'un de nos terrains, uniquement auprès de personnes qui n'ont pas participé au projet culturel[4]. Nous verrons que ces limites peuvent aussi bien être d'ordre organisationnel que personnel.
Par la même, elles sont annonciatrices de possibles « déplacements » que le projet culturel et l'atelier peuvent produire dans la structure hospitalière.

Dans un troisième chapitre, nous analyserons les « marques » du ou des déplacements opérés par le projet et le dispositif de l'atelier. Quelles sont les « traces » visibles et symboliques de ces « perturbations » ? Nous analyserons les modifications générées par le

[4] C'est en cours de recherche que nous avons pris conscience de l'intérêt d'interroger des personnes ne participant pas au projet culturel, ce qui explique que le corpus ne concerne qu'un seul de nos terrains de recherche.

projet culturel et l'atelier d'abord au niveau de l'institution hospitalière puis au niveau de ses différents acteurs.

Pour les services de soins, quelle est l'incidence du projet culturel dans l'organisation interne ?

Du côté des personnes hospitalisées, nous supposons qu'en plus de constituer une rupture dans le temps d'hospitalisation, la participation à une expérience esthétique au sein de l'atelier, en présence de soignants et d'un artiste, peut être bénéfique sur le plan social et identitaire.

Quant aux salariés, on peut s'interroger sur la place qu'ils occupent au sein de l'atelier. Quel rôle prennent-ils ? Et qu'en est-il au-delà ? Les interactions entre patients et soignants hors atelier sont-elles réellement transformées ? Les cadres sont-ils durablement modifiés ?

Enfin, nous travaillerons la question des modifications des processus communicationnels et des représentations sociales permises par ce dispositif.

Les recherches de Serge Moscovici (1989) ont permis de démontrer que les interprétations que les individus se font des situations qu'ils vivent ont une incidence sur le comportement qu'ils adoptent par la suite.

Des représentations sont produites à la suite de ces situations d'interaction, telles que les favorise l'espace de l'atelier culturel. On portera notre attention sur les représentations générées à la suite d'une participation à ce dispositif, afin de voir si, dans la durée, elles modifient le comportement des interactants entre eux et vis à vis de l'institution.

PREMIÈRE PARTIE :

L’action culturelle dans le cadre hospitalier : liens, évolution, tensions

Chapitre I

Le programme « Culture à l'hôpital » et son inscription dans la politique culturelle en faveur des publics « empêchés »

Pour introduire ce travail de recherche, l'histoire de l'art est particulièrement appropriée, pour mettre à jour les divers rapports entretenus entre le champ artistique et culturel et le champ hospitalier. Leur évolution permet entre autres d'éclairer le contexte actuel. Il s'agira de comprendre, à la suite de quoi, vient s'inscrire la mise en place du programme « Culture à l'hôpital », et par là même ce qui le distingue des précédentes actions artistiques et culturelles menées dans les établissements hospitaliers.

Ce chapitre s'organise autour de trois points, reprenant historiquement trois phases distinctes dans les interactions art-culture et hôpital. Pensé comme élément thérapeutique pouvant ramener les « fous » sur le chemin de la raison, l'art, à l'origine, était exposé dans les grandes salles de réfectoire des hôpitaux. Dans le courant du XIXe, des collections d'art asilaire se constituent, les médecins exploitent alors les créations de leurs patients comme outil de diagnostic. Le siècle suivant a été celui de l'avènement de l'art thérapie et de la prescription artistique auprès des personnes hospitalisées. Plus récemment, nous avons assisté à l'entrée de l'art contemporain dans l'hôpital psychiatrique. Il participe, en l'occurrence, du développement de réflexions nouvelles, sur des problématiques sociales.

C'est dans cette lignée, que se développent les actions menées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital », contexte de notre recherche. Ce programme s'intègre dans la politique culturelle française menée en direction des « publics empêchés». En effet, la poursuite du désir de démocratisation culturelle a conduit le gouvernement à s'intéresser au public ayant des difficultés d'accès à la culture.

Nous verrons la place occupée par les « publics empêchés », dans la politique culturelle française. Partant de là, nous ferons un point sur les différents programmes mis en place par l'État. Nous porterons attention aux enjeux respectifs, mais aussi transversaux de ces programmes, à savoir notamment la volonté de réduction de la « fracture sociale[5] ». Qu'il s'agisse de restaurer du lien social, de réinsérer les individus ou de participer de l'affirmation d'une dimension citoyenne, ces projets laissent entrevoir la mobilisation possible de la culture au profit du social.

Par ailleurs, nous analyserons les discours portés sur le programme « Culture à l'hôpital », instauré en 1999. Quels sont les objectifs visés par ses instigateurs, à quelles problématiques ce programme est-il censé pouvoir apporter des réponses ?

Sachant que la culture était déjà présente dans les hôpitaux à ce moment-là, nous nous interrogeons sur les spécificités de ce programme. Modifie-t-il les effets de l'action culturelle à l'hôpital ou se retrouve-t-on simplement face à une politique culturelle qui vise un élargissement de ses publics, dans le cadre de son grand chantier de démocratisation culturelle ?

[5] Le terme de « fracture sociale » est apparu pour la première fois en 1985 dans *Le désenchantement du monde*, ouvrage du philosophe Marcel Gauchet, afin de rendre compte de l'écart qui se creuse entre les élites et les populations. L'expression s'est vue popularisée lors de la campagne présidentielle de Jacques Chirac en 1995, notamment au travers des discours portés sur les banlieues. Dans le sens commun, tel que nous le mobilisons dans cette recherche, le terme de « fracture sociale » est à entendre comme une forme de rupture au sein d'un groupe entraînant une situation de conflit. Plus spécifiquement, elle désigne le fossé séparant une tranche socialement intégrée de la population d'une autre composée d'exclus.

1. Histoire et enjeux de la présence artistique et culturelle en milieu hospitalier :

1.1 Histoire de l'art et de la culture à l'hôpital :

L'histoire de la présence de l'art dans les hôpitaux a connu un tournant majeur à la fin du XIXe avec l'avènement de l'art moderne[6]. On s'éloigne brusquement de la longue tradition esthétique héritée de l'Antiquité.
Cette rupture avec un idéal du Beau marque une volonté de fidélité à la vérité. L'œuvre d'art moderne, par la multitude de sens qui peuvent lui être donnés, a cette capacité de pouvoir simultanément troubler et émouvoir. C'est certainement grâce à cette capacité de troubler l'individu que la psychiatrie l'a progressivement acceptée et intégrée à son milieu. Par son aspect parfois informe, inadéquat, l'œuvre d'art moderne a pu être apparentée à l'aliéné (informe au sens d'une déficience mentale, et inadéquat dans son incapacité à suivre une existence sociale commune). Ainsi, par le biais du trouble et des questionnements suscités par les créations d'art moderne, certains espéraient-ils qu'elles entraîneraient l'aliéné vers la redécouverte de la vérité. C'est à partir d'une remise en cause esthétique (découlant elle-même d'une remise en cause sociale) que l'art moderne a pu entrer en interaction avec l'univers psychiatrique.

L'une des premières traces d'activité artistique en milieu psychiatrique remonte au début du XIXe entre 1803 et 1813 où le marquis de Sade organisa des pièces de théâtre et des représentations données par des patients à l'asile de Charenton (Grappin, 2008).

1.1.1 De l'outil clinique à l'art thérapeutique :

→ *La création comme « outil clinique » :*

Dès la fin du XIXe, des témoignages de créations sont recensés dans les asiles. À l'époque, certains grands médecins aliénistes se servaient de la production artistique de leurs patients pour réaliser des études nosologiques. L'œuvre était alors analysée par le médecin

[6] Nous traitons ici de l'art moderne uniquement pour rappeler les rapports historiques entre hôpital psychiatrique et action culturelle. Cette période dite de l'art moderne couvre principalement la première moitié du XXe. Notre recherche, parce qu'elle prend pour contexte le programme « Culture à l'hôpital » se concentrera uniquement sur l'art contemporain étant donné que les ateliers sont menés par des artistes vivants.

pour déterminer la pathologie dont le patient était atteint. L'art prend un enjeu clinique avec les travaux du docteur Max Simon (asile de Bron, actuel Vinatier) qui en 1876 établit les premiers parallèles entre formes graphiques et pathologies.
La valeur artistique des œuvres n'est pas encore reconnue; la création reste envisagée comme simple matériel clinique, à part quelques exceptions comme Max Parchappe qui dans son article sur la *Symptomatologie de la folie* (1850) associe les créations des aliénés aux origines de l'acte créateur.

→ *Une approche esthétique de l'art des aliénés* :

Début XXe, on assiste à une évolution du regard porté sur les œuvres produites par les malades mentaux ; parallèlement, c'est le mode de pensée sur la maladie mentale qui est mis en question. Un ouvrage rend particulièrement compte de cette évolution dans les états d'esprit, *L'art chez les fous* (1907) du docteur Paul Meunier (plus connu sous son pseudonyme Marcel Réjà). Son ouvrage est le premier à aborder l'art des aliénés d'un point de vue esthétique et non simplement clinique. S'en suivra un véritable engouement pour la production des aliénés, notamment de la part des mouvements avant-gardistes, ce qui parallèlement entraîna une multiplication des collections.

À titre d'exemple, nous pouvons retenir les travaux du médecin Hans Prinzhorn. La collection qu'il a constituée a fait l'objet d'un ouvrage[7] paru en 1923. Il s'agit d'une collection basée sur des œuvres créées spontanément par des malades mentaux sans formation artistique. On trouve des figures pétries dans la mie de pain, des statues taillées dans des matériaux de fortune, même des dessins tracés sur du papier hygiénique.
Hanz Prinzhorn envisage les productions de ses sujets sous un angle esthétique. Il fait apparaître chaque style comme étant l'expression totale de l'expérience vécue de son auteur. Ainsi, chaque œuvre serait un élément révélateur d'un fragment, d'un moment de vie de son créateur. Cet aspect nous apparaît essentiel, car comme nous le verrons par la suite, certains soignants aujourd'hui sont dans un discours similaire et estiment que la création peut révéler une part de l'état psychologique dans lequel se trouve le patient.
Ce médecin part d'un concept central qu'il appelle « *gestaltung* » soit la mise en forme qui met en évidence l'idée d'une nécessité originaire poussant à cette mise en forme. Il reconnaît la capacité qu'ont les malades mentaux à puiser dans les profondeurs de leur vie intérieure,

[7] Hans Prinzhorn. 1923. *Expressions de la folie- Dessins, peintures, sculptures d'asile,* Paris: Aubin.

ainsi que dans leurs propres visions et idées. L'ouvrage d'Hanz Prinzhorn connaît une influence manifeste chez les surréalistes tout comme dans le travail mené par Jean Dubuffet.

Ce dernier créa en 1949 la Compagnie de l'Art Brut avec Paulhan, Ratton, Roche, Tapié et Breton (Peiry, 1 997). Par « art brut » Jean Dubuffet entend « des productions de toute espèce, dessins, peintures, broderies, figures modelées ou sculptées (…) présentant un caractère spontané et fortement inventif, aussi peu débitrices de l'art coutumier ou des poncifs culturels, et ayant pour auteurs des personnes obscures, étrangères aux milieux artistiques professionnels » (Thévoz, 1980 :11).
L'art brut suscite tour à tour l'irritation, l'inquiétude, l'interrogation et l'admiration. L'intensité des réactions témoigne du malaise que provoquent ces expositions dans le milieu artistique parisien de l'après-guerre (Thévoz, 1980). Un débat sur la finalité de l'œuvre s'instaure, car bien que les œuvres de la collection n'aient pas été réalisées lors de séances médicales, leurs créateurs ont néanmoins trouvé refuge dans leur production. Ainsi, certains se mettent-ils à débattre de la possible utilisation thérapeutique de l'œuvre.

→ *L'art comme thérapie* :

Au même moment, le concept d'art thérapie voit le jour. L'aménagement d'un lieu, la mise à disposition de fournitures et surtout l'incitation à l'expression donnent naissance à un art encadré, organisé, en tous points opposé aux manifestations solitaires de l'art brut. Depuis, le débat est posé et ouvert, concernant la frontière entre manifestation artistique et art thérapie. Nous verrons que cette question de la limite est aussi très présente entre les projets de thérapies médiatisées et les projets culturels menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

Dans la notion d'art thérapie, l'art est entendu comme mode d'expression et il se met au service du soin (Collectif AFRATAPEM[8], 1990). Il devient alors un moyen d'expression et de communication privilégié. Il joue le rôle d'un médiateur. L'art-thérapie est un accompagnement thérapeutique des personnes en difficultés (psychologique, physique ou sociale) à travers leurs productions artistiques. Elle se base sur la valeur thérapeutique de l'expression artistique. Elle utilise le processus artistique en tant que modalité thérapeutique.

[8] Créée en 1976 et représentant l'École d'art-thérapie de Tours, l'AFRATAPEM est l'Association Française de Recherches et d'Applications des Techniques artistiques en Pédagogie et Médecine.

Parallèlement, l'acceptation progressive de l'art à l'hôpital par le corps médical en a permis le développement, durant ces cinquante dernières années. Les grands mouvements de la médecine, notamment dans les années cinquante-soixante, ont permis l'émergence d'un sentiment rationaliste montrant que les patients ne pouvaient pas être réduits à leurs simples pathologies.

L'art, à l'hôpital, est souvent vu comme un vecteur d'extériorisation des émotions. L'hôpital est un lieu de naissance, de souffrance et de mort, réunissant ainsi les principales phases existentielles de l'être humain. Intrinsèquement, l'art permet de représenter les moments forts de l'expérience humaine, mettant en scène les diverses émotions pouvant traverser notre vie affective. Ainsi en exprimant avec intensité l'affectivité dégagée par les passions humaines, l'art entre en résonance avec la sensibilité des personnes et la souffrance vécue par les personnes hospitalisées[9]. Ce rapprochement peut permettre au patient une meilleure connaissance et une compréhension de ses émotions internes.

D'un point de vue médical, l'art peut être envisagé comme un réel canalisateur. Selon certains professionnels, l'art aurait le pouvoir de refréner certaines pulsions agressives. Dans certains cas, on peut constater une évolution chez le patient qui passe d'un état de destruction à un état de création. De manière plus générale, l'art peut aussi se révéler comme catalyseur d'angoisse. La peur liée à la maladie peut se voir éconduite ou au moins freinée pour un instant grâce à une émotion nouvelle produite par une œuvre d'art, ou par la participation du patient à un atelier culturel. Par cette immersion relative dans un espace nouveau, le patient peut temporairement oublier les raisons qui l'ont conduit à l'hospitalisation, ainsi que la souffrance qui en découle.

L'art peut être pensé comme une forme « d'invitation au voyage ». Cet aspect particulier prend encore plus de sens au cœur des hôpitaux psychiatriques où les secteurs sont souvent fermés, les durées d'hospitalisation plus longues, réduisant la mobilité spatiale du patient. Ce contexte peut rendre propice le développement du désir d'évasion et de l'imaginaire. Selon l'état du patient et sa sensibilité personnelle, le rapport à l'art et à une œuvre en particulier peuvent se révéler comme voyage esthétique, voyage intérieur.

Contrairement à un diagnostic médical, scientifiquement approuvé et parfois irrémédiable, l'œuvre d'art quant à elle n'est jamais figée et reste ouverte à toutes les interprétations. À travers l'oeuvre et l'émotion qu'elle peut susciter ou l'interprétation qu'il peut en faire, le

[9] MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, MINISTÈRE DE LA SANTE. 2004. *Culture et hôpital, des compétences, des projets de qualité.* Actes du séminaire, Paris, les 30 et 31 mars 2004.

patient peut mentalement se transporter, s'évader un instant de sa situation de malade soit en se projetant à l'intérieur de l'œuvre soit en laissant libre cours à son imagination en se réappropriant la création, c'est pourquoi on peut considérer l'art propice au cheminement intérieur, au voyage de l'esprit.

Nous pouvons aussi retenir que l'évolution du concept d'œuvre d'art au cours du XXe a permis de repenser ses fonctions autrement que dans la simple matérialisation de l'objet. Pour reprendre les termes de Jean Caune, chercheur en Sciences de l'information et de la communication: « L'art ne s'incarne plus nécessairement dans un objet : il peut se manifester comme un processus ou comme transaction sensible qui se saisit à travers une relation » (2006b : 98). L'art peut donc être appréhendé en tant que processus communicationnel en raison des relations qui peuvent s'établir autour de lui.

1.1.2 Le recours à l'art par le malade comme « dérivatif » ou « adaptation secondaire [10]» :

Dans son oeuvre *Asiles* (1968), Erving Goffman fait référence aux actions culturelles et artistiques proposées par l'hôpital ou directement entreprises par les patients. Dans l'univers du reclus, l'expression artistique peut être un palliatif au « temps mort ».
Relativement à la longueur et à la quotidienneté de l'écoulement du temps qui passe dans l'asile, Erving Goffman explique que l'une des stratégies mises en avant par le malade est le recours à des dérivatifs. L'auteur place la pratique individuelle ou collective d'une activité artistique ou culturelle dans la liste des dérivatifs :

> « Activités poursuivies sans intentions sérieuses, mais suffisamment passionnantes et absorbantes pour faire sortir de lui-même celui qui s'y livre et lui faire oublier pour un temps sa situation réelle » (Goffman, 1968 :114).

L'importance de ces activités pour les reclus (patients d'hôpital psychiatrique ou détenus en prison) est liée à l'environnement qu'elles permettent de créer temporairement et qui peut à leurs yeux supplanter celui de l'institution par et dans laquelle ils sont contraints :

[10] Erving Goffman donne la définition suivante concernant « l'adaptation secondaire » : « Toute disposition habituelle permettant à l'individu d'utiliser des moyens défendus ou de parvenir à des fins illicites (ou les deux à la fois) et de tourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir, et partout à ce qu'il devrait être. Les adaptations secondaires représentent pour l'individu le moyen de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne tout naturellement » (Goffman, 1968 :245).

> « Pour d'autres malades, c'est la pièce de théâtre que l'on monte deux fois l'an qui constitue l'activité compensatoire efficace : les répétitions, la fabrication de costumes et des décors, les essayages, la mise en scène, la rédaction des pièces sans cesse recommencée, la représentation enfin paraissent aussi efficaces que dans la vie normale pour placer les participants dans un monde à part » (Goffman, 1968 :363).

Comme le souligne Erving Goffman, certaines de ces activités sont directement proposées et gérées par l'institution. Il s'agit dans la plupart des cas des prémisses de la psychothérapie institutionnelle et des ateliers de création à visée thérapeutique.

La participation à ces ateliers par les patients n'est pas ressentie comme quelque chose de subi, mais plutôt comme une occasion d'améliorer pour un moment donné, leur cadre de vie dans l'institution. Cependant, ces activités, dans le sens où certains patients pensent qu'elles vont assurer la réussite de leur traitement (aux yeux du personnel médical et de la société), peuvent être considérées comme une forme d'adaptation secondaire.

Mais c'est principalement lorsque l'activité est réalisée à la propre initiative du malade qu' Erving Goffman parle « d'adaptation secondaire ». Dans ces adaptations secondaires, sont aussi comprises des expériences qui n'ont rien à voir avec l'art et la culture et qui sont plutôt considérées par l'institution comme déviante, à savoir le jeu, le sexe et l'alcool.

Nous venons de voir que l'art peut être vécu comme « adaptation secondaire », au regard des patients, mais qu'en est-il pour les professionnels ? Qu'entend-on par « culture » dans le sens commun ? En vue de quels objectifs est-elle mobilisée dans les établissements hospitaliers?

1.1.3 La notion de « culture » et son usage dans le milieu hospitalier :

À son origine le mot culture est issu du latin *cultura* qui signifie le soin apporté aux champs ou au bétail, il apparaît vers la fin du XIIIe pour désigner une parcelle de terre cultivée. C'est au XVIIIe que le sens moderne du mot s'est formé. Il désigne à la fois la formation et l'éducation de l'esprit. Progressivement on passe du sens de « culture » comme action (action d'instruire) au sens de « culture » comme état (état de l'esprit cultivé par l'instruction). Pour le Siècle des Lumières, la culture est un concept unitaire et singulier rassemblant l'ensemble des connaissances recueillies et transmises par l'humanité.

Le siècle suivant on assiste à un élargissement donné au concept de culture. Il ne s'agit plus du simple développement intellectuel de l'individu, la culture revêt une dimension collective caractérisant désormais un ensemble de caractères propres à une communauté. Par la suite, il conviendra de mettre à jour les grands traits de ce que l'on nomme la « culture hospitalière », afin de saisir dans quelles mesures elle peut avoir une incidence sur le développement du programme « Culture à l'hôpital ».

Pour l'anthropologue Franz Boas, la culture est un phénomène acquis et non inné, et c'est elle qui est la véritable origine des différences qui existent entre les divers groupes humains.

Enfin, nous pouvons retenir l'une des définitions les plus importantes sur la notion de culture, celle du sociologue Émile Durkheim avec le développement de sa théorie sur la « conscience collective ». Élément de chaque société dont elle dépend, elle serait l'ensemble de valeurs, idéaux et représentations communs à tous les membres de cette société. Dès sa naissance, la conscience collective est imposée à l'individu et elle doit prendre le dessus sur la conscience personnelle. Pour reprendre les termes d'Émile Durkheim, on retiendra que l'unité et la cohésion d'une société sont réalisées par la conscience collective (Durkeim, 1967).

Autres travaux, ceux de Margaret Mead qui au milieu du XXe s'est attachée à démontrer l'importance de la transmission culturelle pour le développement de l'individu. Les phénomènes d'ordre psychologique, et l'« anormalité » dénoncée chez certaines personnes seraient donc le fruit de leur inadaptabilité à leur propre culture (Cuche, 2004 :36).
Cette dernière définition peut justifier (en partie), l'importance aujourd'hui reconnu du développement de la culture dans les hôpitaux psychiatriques. La réappropriation de la culture par un patient peut être l'un des moyens susceptibles d'engendrer sa resocialisation. La notion de socialisation étant entendue comme : « le processus d'intégration d'un individu à une société donnée ou à un groupe particulier par l'intériorisation des modes de penser, de sentir et d'agir, autrement dit les modèles culturels propres à cette société ou à ce groupe.» (Cuche: 46).

Aujourd'hui, le terme de « culture » est de plus en plus mobilisé (succès s'expliquant notamment par une vulgarisation de l'anthropologie culturelle) ; Marc Fumaroli parle même

de « boulimie sémantique » (1992). Néanmoins, cet usage abusif entraîne certains brouillages et utilisations inappropriées du terme.

La culture a toujours été présente dans le milieu hospitalier et particulièrement en psychiatrie. Dans ce secteur, les objectifs poursuivis sont différents de ceux connus dans les services d'hospitalisation générale[11]. Dans ces derniers, la culture était envisagée comme occupationnelle, relaxante alors qu'en psychiatrie elle était envisagée en tant que composante du soin ou élément diagnostiquant.

Au fil des siècles, la culture a, de manière générale, été appréhendée comme source de plaisir pour des patients en souffrance et facteur de rupture face à l'isolement engendré par l'hospitalisation.

Les relations entre art et hôpital ont pris un sens nouveau avec l'introduction récente d'artistes contemporains et de leurs œuvres dans les établissements psychiatriques. Voyons quels sont ces rapports de l'art contemporain avec l'hôpital psychiatrique. Quels sont les enjeux de telles interactions ?

1.2. L'art contemporain dans l'hôpital psychiatrique :

1.2.1 L'hôpital comme nouvel espace de création :

On assiste depuis quelques années à l'appropriation par les artistes contemporains de nouveaux espaces de création. Les institutions culturelles sont délaissées au profit des quartiers, du métro, des friches industrielles (Djian, 2005). L'hôpital peut donc représenter un nouvel espace de création pour les artistes, mais en rester à cette simple affirmation serait trop simpliste. On ne peut pas occuper une friche ou un métro comme l'on occupe un hôpital. La création en hôpital nécessite un minimum d'interactions et de collaboration avec les instances en place. L'intervention des artistes dans ces institutions ne peut pas s'inscrire dans la même démarche. C'est d'ailleurs ce que nous questionnerons dans la seconde partie de cette recherche, mais pour l'instant revenons aux origines de cette rencontre entre art contemporain et hôpital psychiatrique.

[11] José Sagite in ministère de la Culture et de la Communication, ministère de la Santé. 2001. *Premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital : la place de l'art et de la culture en milieu* hospitalier, p. 84.

La collaboration des structures hospitalières avec des artistes permet l'insertion progressive de l'art contemporain dans les hôpitaux, notamment dans le domaine des arts plastiques et du théâtre. De nos jours, l'art contemporain prend peu à peu place au sein de notre société. Ce mouvement fut pourtant loin de faire l'unanimité et suscite encore de nombreux débats.

La nouveauté à l'origine du lancement de ce courant artistique est l'importance octroyée à la notion de concept. Désormais, ce n'est pas tant l'œuvre qui importe, mais sa conception, ce n'est plus le contenant, mais le contenu. La valeur de l'œuvre est dorénavant portée sur l'intentionnalité de la démarche bien plus que sur le résultat final produit. Cet élément qui marque l'essence même de ce mouvement alimente aussi les propos virulents de ses détracteurs. L'épuration formelle et la simplicité esthétique dégagée par de nombreuses œuvres d'art contemporain se sont heurtées et se heurtent encore à un refus et une réticence signifiée de certains spectateurs qui pensent voir l'art tourné en ridicule et leur jugement de valeur dénigré.

Alors, comment expliquer que cet art, visiblement mal accueilli par notre société puisse trouver sa place dans un lieu déjà lui-même reclus, à savoir l'hôpital psychiatrique ? Et bien peut-être que la réponse se trouve dans cette notion de concept. Au tournant du XXIe, l'art contemporain a émergé et s'est manifesté par des évènements culturels incontournables : biennales, festivals, etc. Le gouvernement l'a placé sous la coupe de sa politique de diffusion et de diversité culturelle.

Le fait d'axer la valeur de l'œuvre sur les intentions et la démarche de son auteur peut en faire des œuvres plus « proches » du public, des œuvres de l'esprit, de l'humain ; loin des clichés traditionnels de l'œuvre d'art à la valeur purement esthétique. Cet aspect « oeuvre de l'esprit » opposé à « œuvre du beau » est ce côté essentiel qui rend propice le développement de l'art contemporain en secteur hospitalier et plus particulièrement en psychiatrie où l'on se trouve confronté à des pathologies mentales.

Le marché de l'art a connu une importante remise en question depuis la fin des années quatre-vingt ce qui a généré des réflexions nouvelles. L'artiste contemporain semble désormais vouloir travailler en interaction directe avec son environnement. Ses productions témoignent d'une prise en compte des questions sociales. Alors, la réflexion sur la place accordée aux malades et à l'hôpital psychiatrique dans notre société y est tout à fait légitime.

L'œuvre d'art contemporain peut représenter un « interstice social » pour reprendre les termes de Karl Marx. Dans son ouvrage *Esthétique relationnelle* (2006), Nicolas Bourriaud en donne la définition suivante :

> « L'interstice est un espace de relations humaines qui, tout en s'insérant plus ou moins harmonieusement et ouvertement dans le système global, suggère d'autres possibilités d'échanges que celles qui sont en vigueur dans ce système » (Bourriaud, 2006 : 16).

Cette définition caractérise l'art relationnel à qui l'on reproche pourtant de ne se limiter qu'aux galeries et centres d'arts. Mais l'esthétique relationnelle n'est-elle pas applicable, observable dans d'autres lieux ? Si l'on prend la définition selon laquelle l'esthétique relationnelle consiste à juger des œuvres par rapport aux relations qu'elle produit et génère, force est de croire que oui. Dans le cas de notre étude, nous pourrions considérer l'atelier culturel dans l'hôpital psychiatrique comme un interstice, favorisant le développement de relations et d'échanges autres que ceux régis dans le système traditionnel hospitalier.

1.2.2 L'exemple du Centre d'art de l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence :

Le 3 bis f est un lieu d'arts contemporains situé dans l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence. Le projet est né en 1983 d'un praticien hospitalier et d'un peintre qui ont proposé à des artistes de venir occuper un ancien pavillon d'hospitalisation afin d'y créer une nouvelle démarche artistique. La proximité de l'hôpital avec le centre d'Aix-en-Provence est avancée comme un atout supplémentaire de réussite du projet. Les principes fondateurs révèlent une « volonté de transformation des attitudes à la fois vis-à-vis des personnes hospitalisées et de l'art contemporain »[12].

C'est en 1983 que l'association *Entracte* voit le jour afin de gérer ce projet. Pour ce faire, elle propose l'occupation d'un nouveau lieu, véritable espace d'échange entre le milieu de la santé et celui de la culture. Les protagonistes misent sur l'établissement de nouveaux rapports, permis par la mise en place d'ateliers de pratiques artistiques collectives (cinq à vingt personnes par séance).

[12] Site du 3 Bis f : http://www.3bisf.org/IMG/pdf/typologie.pdf (consulté le 02/05/07).

Pour le patient, le thérapeutique est exclue de ce cadre, la participation est établie sur le volontariat. Outre le développement des relations sociales entre patients, ces ateliers permettent la rencontre avec des personnes extérieures à l'hôpital. Il s'agit là d'un des principes essentiels des ateliers du 3 bis f, être ouverts aux patients comme à toute autre personne extérieure.

Le 3 bis f en tant que lieu d'art contemporain est inauguré en février 1992. Depuis, deux pavillons lui sont consacrés : l'un pour les ateliers d'artistes plasticiens (pavillon Guiraud) et l'autre pour les activités scéniques, ateliers collectifs et expositions. Pour les artistes reçus en résidence, leur apport tourne autour de l'échange et du partage. Aucune directive ne leur est imposée, le 3 bis f met simplement à leur disposition un lieu où ils peuvent poursuivre leur démarche de création. En retour, ils doivent ouvrir leur atelier à la fois sur l'hôpital et sur la ville. Un pari est pris quant à la richesse que peut apporter ce nouvel échange entre l'artiste et les patients pour ce nouveau public.

Pour le public extérieur, il peut s'agir d'une expérience nouvelle susceptible de modifier son regard sur la folie. Toutes ces articulations et ces diverses entités fluctuant autour des ateliers entraînent avant même le lancement de tout projet, « l'acceptation d'une non-maîtrise de ce qui va se passer »[13]. La volonté commune reliant chaque projet est basée sur les partages permis par l'expérience. L'éventuel apport d'une quelconque technicité est ainsi délaissé.

Concernant les financements, le 3 bis f a diverses ressources. Chaque financeur ayant trouvé ses propres priorités dans le projet. Tout d'abord, la ville d'Aix-en-Provence qui souhaite aider à la diffusion et à l'accueil des compagnies départementales et des artistes. L'hôpital, financeur principal, se positionne dans une logique d'amélioration de l'accompagnement du patient, de l'ouverture de l'institution sur la ville, et de la démystification de la folie.
Depuis 1999, le 3 bis f dispose d'un nouvel apport financier, celui de la DRAC. La signature de la convention « Culture à l'hôpital » a permis de développer ce lieu en lui faisant bénéficier d'une aide directe du ministère de la Culture dans le cadre de ce programme national. En plus de l'apport de subventions, cette convention a contribué à favoriser toutes les actions

[13] *Ibid.*

entreprises dans le cadre d'un rapprochement et d'un développement des liens entre les milieux culturels et médicaux.

Le rôle du 3 bis f ne se limite pas à une simple programmation artistique, il mène un important travail réflexif autour de la présence de l'art en hôpital psychiatrique. En témoigne la rédaction d'une déclaration établie avec d'autres acteurs de l'action culturelle en milieu hospitalier portant sur les « Enjeux des pratiques artistiques dans les espaces psychiatriques » et diffusée sur le net[14].

Comme nous venons de le voir, la présence de l'art et de la culture dans le milieu psychiatrique a été porteuse d'enjeux divers au cours de l'évolution sociale et structurelle des établissements. Désormais, la culture est de plus en plus mobilisée par la politique pour répondre à des questions qui dépassent son champ et qui relèvent d'ambitions sociales. C'est notamment le cas avec l'élargissement de la prise en compte des publics et la prise en considération d'une catégorie récente, celle définie comme regroupant les « publics empêchés ».

2. La prise en compte des « publics empêchés » dans la politique culturelle :

Par « public empêché », nous entendons la définition qui en est donnée par le ministère de la Culture. Ce terme est souvent synonyme de « public éloigné » ou « public exclu » et concerne toutes les personnes qui pour des raisons géographiques, physiques, psychologiques ou sociologiques se retrouvent éloignées de l'offre culturelle.

L'analyse des programmes culturels appliqués en direction des « publics empêchés » nécessite au préalable un bref rappel du fonctionnement général de la politique culturelle française. Nous n'avons cependant retenu que les points essentiels, qui se trouvent dans les programmes spécifiques qui seront étudiés. Notre attention s'est portée sur trois axes, à

[14] La déclaration est visible dans son intégralité sur le site suivant : www.3bisf.org/IMG/pdf/declaration_pdf.pdf (consulté le 15/06/2009).

savoir : la volonté de démocratisation culturelle, l'exigence de la qualité artistique des projets et les problèmes liés à l'évaluation.

2.1 La poursuite d'un idéal de démocratisation culturelle :

Les programmes culturels développés en faveur des publics empêchés ont pour point commun la poursuite de l'idéal de démocratisation culturelle issue de l'ère André Malraux. Si l'on reprend l'article premier du décret du 24 juillet 1959, l'objectif du ministère de la Culture est de rendre accessibles les œuvres capitales de l'humanité au plus grand nombre et d'encourager la création des œuvres de l'art et de l'esprit. Ainsi, plusieurs procédés ont été déployés pour mettre cet objectif en application.

D'après Pierre Moulinier (2005), l'État dispose de plusieurs voies pour rendre la culture accessible à tous et lui faire perdre sa dimension élitiste. L'une d'entre elles vise la démocratisation culturelle par l'action culturelle. Pour l'auteur, il s'agit là d'une stratégie interactionniste, entre artistes et individus. Elle se base sur la mise en relation entre l'artiste et une population ou un groupe, à travers divers procédés parmi lesquels des ateliers de sensibilisation artistique (Moulinier, 2005). C'est dans cette voie que s'inscrit l'ensemble des programmes culturels menés en direction des publics empêchés.

Depuis les années soixante, la fonction de l'État, en terme de démocratisation culturelle, n'a cessé de se développer, mais s'est vue rattrapée et parfois mise en tension avec un autre idéal, celui de la démocratie culturelle. Rendre accessible les œuvres de l'humanité (démocratisation culturelle) ne suffisait plus, il apparaissait nécessaire que les différentes entités présentes dans la société puissent s'exprimer librement et faire reconnaître leur art (démocratie culturelle). Cette volonté s'est concrétisée, en partie, dans les programmes culturels développés en faveur des publics empêchés.
La co-présence de ces deux objectifs n'est pas sans poser certains problèmes. On peut se demander si l'un ou l'autre prédomine dans les actions culturelles mises en place par l'État et plus particulièrement comment ils s'articulent dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

Ceci entraîne une autre interrogation relative à l'interaction entre la politique culturelle et les politiques territoriales. Nous partageons ainsi le questionnement posé par Jean-Michel

Lucas dans ses recherches sur les relations entre politiques culturelles et politiques territoriales où il soulève le risque de confusion entre art et manifestation sociale.

> « Comment être proche des pratiques culturelles des habitants, ancrer l'action culturelle de l'État dans les territoires de vie, reconnaître leurs différences, et, en même temps, comment ne pas diluer l'art dans le fait social ? » (Lucas, 1999 : 6).

Le nouvel objectif de démocratie culturelle s'intègre dans une réflexion plus large sur le rôle du ministère de la Culture. Les actions culturelles menées doivent prendre en compte les réalités sociales et territoriales. Ce constat permet de repenser le rôle du ministère de la Culture dans l'ensemble de la politique d'État et tend à développer la multiplicité des enjeux autour des accords interministériels.
D'un autre côté, la profusion de visées multiples (socialisation, intégration, valorisation identitaire, éducation…) réduit parfois l'enjeu strictement culturel du projet. Nous tendons à penser qu'une fonction sociale se dégage des programmes du ministère de la Culture, particulièrement quand des accords interministériels en sont à l'origine (Culture et Justice, Culture et Santé). Nous tâcherons de le vérifier par la suite, notamment aux travers la mise en confrontation des études déjà menées sur ces terrains.

Sous le ministère d'André Malraux, l'art se suffisait à lui-même, étant lui-même considéré comme une forme de médiation. L'objectif de la culture aujourd'hui est plutôt d'un ordre « médicamenteux », comme le souligne Jean Caune : « les discours sur l'art s'expriment en termes orthopédiques et incantatoires. On lui demande de réduire la "fracture sociale" par la production d'un "lien social" » (1999 : 44).

À travers les actions menées dans le programme « Culture à l'hôpital », nous tâcherons de vérifier cette tendance et les modalités de sa formalisation. Nous pourrons alors vérifier si le culturel persiste à être mis à profit du social.

2.2 La « qualité artistique », objet légitime au soutien des projets :

Qu'il s'agisse des projets culturels menés en direction des publics empêchés ou de tout autre projet public quel qu'il soit, l'État en matière de politique culturelle n'a et n'assure son soutien que sur la base d'une qualité artistique reconnue aux projets menés (Lucas, 1999). Ce constat est toujours d'actualité, mais nous allons voir que cette exigence peut au contraire se

révéler être un véritable obstacle au développement de projets culturels notamment sur notre terrain, l'hôpital psychiatrique.

Nous aurions pu interroger ce qui légitime la qualité artistique des projets en question, mais ce n'est pas là l'objet de notre recherche. Rappelons seulement que bien que ce jugement soit soumis aux spécialistes des milieux artistiques concernés, le cas du programme « Culture à l'hôpital » peut prêter à interrogation, étant donné que le choix des artistes intervenants est soumis à la décision de la DRAC.

La place et le choix de l'artiste ont un rôle majeur dans la politique culturelle française. La qualité du projet culturel est souvent reconnue par l'État aux vues de la structure culturelle par laquelle l'artiste est présenté. Ces structures sont elles-mêmes présentées par l'État, comme des lieux officiels de culture.

Dès la mise en place du ministère de la Culture, par André Malraux en 1959, la conception de la démocratisation culturelle passait déjà par une offre reconnue de qualité, d'où l'appel à des artistes de renom. Dans la catégorie de projets culturels étudiée ici, la demande faite n'en est que le prolongement.

2.2.1 Un recours obligé aux artistes reconnus :

Les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » font appel, et ce, de manière systématique à des artistes reconnus. Cette exigence d'un recours à des artistes professionnels se retrouve aussi dans le cadre du protocole Culture/Justice et dans le programme d'actions culturelles en faveur des quartiers difficiles. Gage de professionnalisme et de sérieux au regard des ministères et de certains praticiens hospitaliers, ce choix soulève néanmoins certaines interrogations.

Tout d'abord, il s'agit d'une mesure qui pour certains établissements hospitaliers peut s'avérer restrictive. Nombreux sont les hôpitaux qui ont développé en amont de la convention de 1999 des projets encadrés par des artistes autodidactes ou non reconnus par la profession. Par là même, c'est le statut d'artiste qui peut être remis en question. Ce statut n'est-il réservé qu'à ceux qui ont suivi un enseignement complet d'une École de Beaux-arts ? La création doit-elle avoir été validée par un diplôme national pour être reconnue ?

Ce questionnement sur la légitimité de l'œuvre a notamment été posé par le sociologue Gilles Herreros dans ses recherches sur la culture à l'hôpital :

> « La légitimité pour un projet vous semble être dans l'artistique : c'est la qualité des œuvres, la qualité des artistes. Cela aussi fait question : qu'est-ce qui nous fait dire qu'une œuvre artistique a une valeur intrinsèque qui permettrait de faire une différence entre une œuvre qui relève de l'animation et une œuvre qui relève de l'art ? Les frontières ne sont pas aussi claires » (Herreros in ARSEC.2004 : 114).

Il ne s'agit là que de quelques questions soulevées au cours de ce travail, mais auxquelles nous ne répondrons pas, car notre débat est aujourd'hui autre.

Du fait de cette obligation de sélectionner un artiste reconnu, certains hôpitaux peuvent ne pas souhaiter prendre part au programme « Culture à l'hôpital ». Ce choix peut être motivé dans le but de préserver et de pérenniser des actions déjà menées avec un artiste non reconnu.

Un autre cas de figure est celui de l'établissement hospitalier qui accepte d'adhérer au programme « Culture à l'hôpital », mais en renonçant à des projets et à des personnes déjà impliqués, ce qui n'est pas sans provoquer certaines tensions au sein de l'institution. Il arrive dans certains cas que les deux actions (avec artiste professionnel dans le cadre de la convention et sans professionnel hors convention) puissent coexister, mais c'est plutôt rare. L'obstacle majeur reste l'obtention de financements, l'un des deux se retrouve souvent lésé au profit de l'autre.

De plus, le recours à des artistes professionnels induit l'introduction d'un « art d'État » au sein des hôpitaux. On ne peut pas nier qu'avec ce nouveau système l'État garde un certain contrôle sur les créations nées ou diffusées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » ; pas à un niveau national (aucune motion de censure n'ayant été promulguée), mais à une échelle régionale à travers le pouvoir décisionnel dont les DRAC ont été investies pour ces conventions. Aucun jumelage ne peut être réalisé sans l'aval de la DRAC ; donc nous nous retrouvons face à un art soumis aux conditions et valeurs de jugement officiel.

Cependant, la présence de l'artiste relève souvent d'une véritable nécessité lorsque sont programmées des actions culturelles en faveur des publics empêchés.

2.2.2 <u>La présence de l'artiste, un élément indispensable</u> :

Dans les projets culturels mis en place au sein des quartiers difficiles une place importante est accordée aux résidences d'artistes. Dans ces territoires dits sensibles, il

apparaît indispensable que l'artiste soit présent, visible, afin que son projet puisse d'abord être connu puis reconnu par les habitants. Les conditions spatio-temporelles sont des paramètres tout aussi importants que l'expression artistique elle-même pour assurer la réussite du projet (Colin, 1998).
Un autre élément mis en évidence par cet auteur est l'importance du climat créé par l'atelier culturel. Il se démarque par l'ambiance qu'il contribue à instaurer. L'absence de jugement développe une expression libre et une certaine liberté d'agir.

Néanmoins, malgré la prise en compte de ces publics empêchés, les efforts faits par le gouvernement en matière culturelle sont encore difficiles à objectiver.

2.3 Des difficultés d'évaluation au bilan mitigé de la démocratisation culturelle :

Dans un bilan relatif aux politiques culturelles en France, Fabrice Thuriot[15] a mis l'accent sur les difficultés d'évaluation dont elles font l'objet. D'après l'auteur, plusieurs points expliquent l'absence d'évaluation. L'élément principal, évoqué également par Philippe Urfalino (1997), est le caractère flou, voire changeant, des finalités de ces politiques.
Toutes les tentatives de démocratisation qui se sont succédé ces cinquante dernières années n'ont pas fait oublier le résultat mitigé de cet enjeu. L'objectif initial d'ouverture à la culture, du plus grand nombre, n'a pas été à la hauteur des espoirs escomptés. Même si l'on note une légère augmentation du nombre d'amateurs dans les différentes disciplines artistiques, elle n'en demeure que peu significative.

Le bilan de la démocratisation culturelle n'est pas à la hauteur des actions engagées par l'État. D'après le rapport dirigé par Jean Marcel Bichat, en 2004, c'est justement l'absence d'un recensement de progrès dans ce domaine qui fait que la démocratisation reste toujours considérée comme un des enjeux majeurs du ministère de la Culture, comme un idéal à atteindre.

---

[15] Fabrice Thuriot est enseignant-chercheur au Centre de recherche sur la décentralisation territoriale, Faculté de Droit et de Science Politique, Université de Reims Champagne-Ardenne. L'article auquel nous faisons référence ici n'a pas fait l'objet de publication et n'est pas daté. Néanmoins, l'auteur a publié deux ouvrages : *Culture et territoires, les voies de la coopération,* Paris : l'Harmattan en 1999 ainsi que *L'offre artistique et patrimoniale en région, proximité et rayonnement culturels,* Paris : l'Harmattan. Nous pensons donc pouvoir dater de manière approximative cet article autour des années 2000. Il est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.seval.ch/documents/.../ExposeFabriceThuriot.pdf- (consulté le 20/06/2009).

Cependant, le constat d'échec de la démocratisation culturelle est posé depuis le début des années 1990 (Fumaroli, 1 992 ; Thuriot). Certains auteurs remettent en cause les objectifs qui lui ont été attribués :

> « Non la politique culturelle n'est pas une chose si grande qu'elle fortifierait la démocratie, entretiendrait la citoyenneté et lutterait contre les inégalités sociales. Oui, l'impact social de la culture est limité et, à tout le moins, très indirect. Non, ce n'est pas grave, car ce n'est pas sa vocation. Oui, le bilan de près de quarante années de ministère de la Culture est positif en terme d'équipements et d'institutions artistiques. Non, il n'a pas contré les effets de la stratification sociale sur les " pratiques culturelles"[16] » (Urfalino, 1997).

Il y a un véritable décalage entre les moyens mis en place et leurs impacts sur les populations concernées. Pour Philippe Urfalino, les motifs évoqués par l'État dans la mise en place de ses politiques culturelles, tels que la démocratisation culturelle, le maintien du lien social, ne sont que des prétextes à la légitimation de budgets servant avant tout le financement d'institutions culturelles et d'artistes[17].

Bien qu'il apparaisse clairement que les fins de l'action culturelle ne peuvent pas donner lieu à un consensus, certains effets de la politique culturelle menée en faveur des publics empêchés sont observables. Nous tenterons, à travers notre étude sur le programme « Culture à l'hôpital » de démontrer ceux qui opèrent dans le cadre de l'hôpital psychiatrique. Bien que peu perceptibles et parfois non énoncés ou non pressentis à l'origine, certains sont identifiables. Une partie d'entre eux est transversale à l'ensemble de la politique culturelle en direction des publics empêchés.

Voyons maintenant quels sont les principaux programmes nationaux qui ont été mis en place en direction de cette catégorie de publics. Les discours du politique sur ces programmes ainsi que les études déjà menées devraient permettre de faire émerger certaines pistes qui pourront par la suite nous servir afin de définir un axe d'approche pour le programme « Culture à l'hôpital ». Par la même, il s'agira de comprendre comment se positionne ce programme face à ceux déjà constitués en direction des publics empêchés.

---

[16] Voir à ce sujet l'article de Philippe Urfalino, « Quelles missions pour le ministère de la culture ? » *Esprit*, janvier 1997, pp. 37-59.

[17] L'auteur dénonce la non distinction faite au sein du ministère de la Culture entre la démocratisation culturelle et le soutien aux institutions culturelles.

3. Les programmes culturels en faveur des publics empêchés ou comment réduire la « fracture sociale » :

Nous avons recensé trois programmes mis en place en faveur des publics empêchés. Ils s'adressent à trois catégories de publics considérées comme éloignées de la culture, à savoir, les habitants des quartiers difficiles, les personnes placées en détention et les personnes hospitalisées.

Du côté du ministère de la Culture, ces trois programmes visent tous la poursuite de l'idéal de démocratisation culturelle. Du côté des acteurs locaux (professionnels de la justice, de l'action sociale et de la santé), les enjeux sont autres.

Ces programmes en faveur des publics empêchés ont pour caractéristique principale de développer des projets culturels qui se profilent comme étant avant tout sociaux. La démocratisation culturelle participe d'une lutte contre l'exclusion et favorise la rencontre en permettant notamment l'interaction entre artistes et publics isolés.

3.1 L'action culturelle dans les quartiers, un élément du « lien social » :

3.1.1 Des programmes culturels pour lutter contre l'exclusion :

Dans les quartiers dits « sensibles » ou difficiles, des actions culturelles sont recensées depuis le début des années 1990. C'est en 1996, sous le ministère de Philippe Douste Blazy, que fut mis en place un programme de projets culturels à destination des quartiers. Il comportait vingt-neuf projets. L'enjeu principal affiché par le ministère de la Culture était la lutte contre l'exclusion.

C'est le programme culturel qui témoigne le plus manifestement de la volonté de l'État d'amoindrir la « fracture sociale ». La culture y est envisagée comme élément participant du développement des dynamiques collectives, en permettant aux habitants de devenir acteurs du changement de leur quartier.

Les structures culturelles sont alors encouragées à mener des projets culturels en collaboration avec les quartiers environnants. Mais l'interaction entre les deux univers n'est pas sans poser problème. Le climat difficile qui règne dans ces quartiers nécessite la mise en place d'un partenariat avec les acteurs locaux dès le début du projet. Il s'agit essentiellement

des travailleurs sociaux. Certains d'entre eux ont mal accueilli ces projets qu'ils interprétaient parfois comme une réponse imposée, face à leurs difficultés d'accompagnement des personnes en souffrance. D'autres y ont même vu, une remise en cause de leur fonction (Colin, 1998).

Malgré quelques difficultés, la mise en place de partenariats s'est révélée positive. Ce travail en commun a été l'occasion d'échanges entre des catégories professionnelles qui ont peu l'habitude de se côtoyer (travailleurs sociaux et artistes). La définition du rôle de chacun et la conscience réciproque de son intérêt ont permis de dépasser des tensions originelles, souvent liées à une méconnaissance de la fonction de chacun.

Afin de faciliter les échanges entre les partenaires, des postes de médiateurs ont vu le jour. Leur rôle était d'assurer le lien entre les structures culturelles et les structures sociales. Néanmoins, les postes en question n'ont pas été renouvelés.

L'aboutissement de ces projets culturels se caractérise par l'organisation d'une exposition au sein du quartier. Ce point est assez caractéristique de ce type d'actions. Nous verrons par la suite que dans d'autres lieux tels que les prisons ou les hôpitaux, l'exposition peut poser certains problèmes qu'ils soient d'ordres organisationnels et/ou éthiques.

Dans les quartiers, les expositions ont plutôt un rôle positif. Elles permettent une valorisation des habitants à travers leurs œuvres, une reconnaissance par leurs pairs, mais aussi une reconnaissance et parfois même une intégration du partenaire culturel dans la vie du quartier. Ce point peut laisser présager une modification du rapport des habitants à la culture et aux structures culturelles.

Pour le ministère de la Culture, le projet culturel est aussi pensé comme un accès potentiel à l'emploi pour les habitants des quartiers difficiles. En effet, pour parvenir à mobiliser un nombre important d'habitants sur les projets et dans le but de faire coïncider le projet culturel avec les réalités socio-économiques des quartiers, des contrats d'emploi solidarité (CES) ont été mis en place. L'objectif à l'origine de cette mesure était double: offrir un emploi à des personnes en difficultés et les faire participer aux projets culturels. Cette démarche confirme la fonction sociale allouée à la culture dans ce type d'interventions.

Dans ce cadre, l'action mise en place paraît légitime, mais nous émettons certaines réserves. Des difficultés ont été évoquées par des travailleurs sociaux sur la mise en place de ce dispositif. À la suite de l'arrêt du projet culturel qui crée déjà un vide pour certains habitants, c'est aussi leur emploi qui prend fin, car les contrats CES proposés sont liés à la

période du projet culturel. De ce fait, il n'y a pas de pérennité (tant sur l'action culturelle que sur l'emploi) et l'après projet s'avère parfois difficile.

Nous ne souhaitons pas traiter de cette question, mais nous soulevons cette interrogation. L'action culturelle dans les quartiers est-elle pensée dans un objectif de démocratisation culturelle ou comme un outil de l'action sociale ? Il semblerait que l'objectif du ministère de la Culture soit à la fois culturel et social, mais un certain flou subsiste sur ces deux objectifs dans le développement des projets culturels. Cette absence de clarification semble aussi être à l'origine des difficultés d'évaluation tout comme des tensions qui apparaissent entre les différents acteurs qui ne partagent pas nécessairement la même vision de la culture.

Philippe Urfalino (1997) a d'ailleurs soulevé l'imprécision qui prédominait dans les discours politiques autour du sens donné au terme « culture ». Cette absence de consensus entraîne dès lors des difficultés de compréhension de l'objectif premier du ministère de la Culture lors de la mise en place d'un programme culturel. Philippe Urfalino parle de « crise » des politiques culturelles, ce climat difficile a selon lui été renforcé par la réaffirmation importante depuis les années 1995 de la mission sociale de la culture.

Au lancement de ce programme culturel dans les quartiers, d'importants moyens financiers ont été débloqués par le gouvernement. Cependant, dès la deuxième année, les aides allouées ont baissé et les villes n'ont pas pu prendre le relais financier. Ce programme n'a pas été reconduit et pose la question de la pérennité des interventions publiques.

L'échec de ce programme a pourtant permis d'engager une réflexion sur la nécessité d'une programmation inscrite sur la durée, prenant en compte les ressources disponibles sur le territoire concerné. Les actions culturelles dans les quartiers ont perduré, malgré l'arrêt du programme, notamment par la mobilisation des associations déjà en place.

3.1.2 La démocratie culturelle au profit de la valorisation interculturelle :

En 2008 (30 janvier), l'État réaffirme son investissement culturel en direction des quartiers avec leur intégration dans le plan d'éducation artistique et culturelle du gouvernement.

Les enjeux du premier programme (1996) sont toujours présents, notamment cette volonté de démocratisation culturelle ; l'État parle désormais de mettre en place une « offre culturelle d'excellence pour les quartiers.[18]»

D'autres enjeux émergent comme celui de la démocratie culturelle. Le programme vise à permettre l'expression du potentiel créatif des populations vivant dans les quartiers difficiles, on parle de cultures urbaines. La mise en place de pôles culturels est proposée dans les quartiers où les cultures urbaines sont considérées comme vivantes, capables de produire une activité importante.

Au-delà de la volonté du gouvernement d'assurer une certaine cohésion sociale dans les quartiers, par le biais de l'action culturelle, l'objectif est aussi de permettre un dialogue entre les cultures[19] présentes au sein de ces quartiers. Ces territoires sont souvent habités par des populations immigrées, l'action culturelle participe alors de la valorisation de la diversité culturelle et d'une intégration des personnes dans le tissu local et urbain.

L'identité des participants est davantage prise en compte, des projets sont par exemple engagés autour de la mémoire collective. Il s'agit de rendre compte de la vie de ces lieux, de ces populations. La démocratie culturelle est mise au service de la reconnaissance des différentes cultures existantes.

Nous pouvons par ailleurs, reprendre les propos de Marie Hélène Buffet. L'auteure travaille sur la question des enjeux des actions culturelles chez les populations issues de l'immigration (dont la représentation est importante dans les quartiers difficiles) :

> « Si elles sont vecteur d'une prise de conscience culturelle, les expressions culturelles et artistiques des populations immigrées permettent également de donner forme à une mémoire, un parcours identitaire, et ainsi souvent, de légitimer une expérience migratoire, aux yeux de la société » (Buffet, 2003).

Dans la fonction sociale reconnue à la culture, la volonté d'intégrer directement les jeunes des quartiers dans les métiers liés à la culture est toujours confirmée. L'État propose que les emplois consacrés à la médiation culturelle soient proposés aux jeunes diplômés des quartiers.

[18] Programme d'action triennal du ministère de la Culture et de la Communication, 2008.
[19] Le terme de culture étant entendu ici dans son sens anthropologique.

3.1.3 Des appels à projets nationaux, une volonté d'éducation culturelle :

En 2008, la mise en place du plan « Dynamique Espoir Banlieues » a permis le lancement d'un appel à projet national visant à favoriser le développement de projets culturels dans les quartiers prioritaires entre artistes et habitants. Les projets privilégiés sont ceux s'inscrivant de manière durable sur le territoire et menés dans un contexte de recherche et d'expérimentation. La nouveauté en matière de création est encouragée. L'appel à projet lancé est régi par quatre objectifs majeurs :

> « - Favoriser l'accès à la culture des populations les plus éloignées de l'offre et de la pratique culturelle pour des raisons sociales, économiques, territoriales ;
> - Développer, renforcer et pérenniser une offre artistique et culturelle diversifiée et d'excellence ;
> - Valoriser la diversité des cultures et des modes d'expressions dans un souci de dialogue interculturel ;
> - Structurer les partenariats entre les différents acteurs, former les médiateurs et les acteurs sociaux et associatifs de la culture» (Programme d'action triennal du ministère de la Culture et de la Communication, 2008.)

Ces objectifs reprennent donc les anciens (démocratisation culturelle, excellence des projets, artiste professionnel) et les complètent avec de nouveaux (démocratie culturelle, valorisation interculturelle, inscription dans la durée) pour répondre simultanément à des enjeux culturels, mais aussi sociaux et territoriaux.

Le plan « Dynamique, espoirs banlieues » se démarque également des anciens programmes menés dans les quartiers, par un objectif affiché d'éducation artistique et culturelle.

Les modalités des projets se rapprochent des partenariats connus entre école et musée. En effet, les partenariats entre établissements scolaires et institutions culturelles sont encouragés. Pour reprendre l'idée développée par Philippe Urfalino sur son constat des missions du ministère de la Culture (1997), après avoir constaté que l'accès à l'offre n'était pas un gage de réussite de l'entreprise de démocratisation culturelle, l'État s'est orienté vers une forme d'éducation artistique dont l'atout premier est de permettre aux populations d'acquérir des outils de connaissance. C'est par ce travail d'acquisition que les publics seront en mesure d'avoir une bonne réception de l'offre culturelle.

Cette volonté d'éducation culturelle est un enjeu récent des projets culturels dans les quartiers, elle n'a pas encore donné lieu à évaluation. L'éducation culturelle apparaît comme

relativement récente dans ce type de programmes, néanmoins l'éducation, entendu dans sa globalité n'est pas un phénomène nouveau.

Intéressons-nous maintenant aux actions du ministère de la Culture en direction des établissements pénitenciers.

3.2 L'action culturelle dans les prisons, une aide à la réinsertion :

3.2.1 Démocratisation culturelle et réinsertion sociale :

La convention Culture/Justice du 25 janvier 1986 marque le début du programme interministériel en faveur de l'action culturelle dans les prisons. Pour le ministère de la Justice, il s'agissait d'améliorer les conditions de détention des personnes incarcérées, tout en participant à leur projet de réinsertion sociale.

Du côté du ministère de la Culture, cette convention poursuivait un objectif de démocratisation culturelle, favoriser l'accès à l'art et à la culture du plus grand nombre. Notons cependant qu'avant la mise en place de cette convention, des ateliers, notamment autour des arts plastiques, étaient déjà proposés dans les prisons. L'action culturelle n'a donc pas attendu la mise en place de cette convention pour se développer au sein des établissements pénitentiaires ; il en est de même comme nous l'avons vu, dans le cas des hôpitaux psychiatriques.

Au-delà des enjeux particuliers, les deux ministères se sont rassemblés autour d'une volonté commune, celle de permettre la rencontre entre un public en difficulté, des artistes, et un milieu culturel afin de participer à la lutte contre l'exclusion. Le premier protocole a donc permis de donner les grandes lignes en ce qui concerne les objectifs et le fonctionnement pour la mise en place d'une politique culturelle dans les établissements pénitentiaires.

Le 15 janvier 1990, soit quatre ans après sa mise en place, la convention Culture/Justice est élargie avec la signature d'un nouveau protocole d'accord entre le ministère de la Justice et le ministère de la Culture, de la Communication, des Grands Travaux et du Bicentenaire.

Ce protocole marque l'élargissement de la convention Culture/Justice en direction des publics ouverts. Les actions culturelles mises en place s'adressent désormais à tous les publics relevant du ministère de la Justice et non uniquement aux personnes incarcérées comme cela était le cas auparavant. Les personnes suivies par des comités de probation et d'assistance aux libérées ainsi que les jeunes sous protection judiciaire sont désormais considérés comme public potentiel dans ce nouveau dispositif.

Comme pour les programmes menés dans les quartiers dits sensibles, l'enjeu éducatif est présent. En effet, le protocole d'accord Culture/Justice de 1990 marque le constat de la fonction éducative[20] de ces projets. Ils seraient pour les détenus, l'occasion d'une revalorisation de l'apprentissage. De nouvelles actions de diffusion relevant d'une diversité de champs artistiques sont alors proposées : cinéma et audiovisuel, livre et lecture, musique et danse, expression et création, arts plastiques.

La discipline artistique prédominante dans ces années 1990 est la musique. Bien avant la signature de la convention, de nombreuses associations intervenaient déjà pour proposer des concerts aux personnes incarcérées.

Dans le nouveau protocole, l'enjeu éducatif des projets culturels transparaît dans de nombreuses disciplines. Pour les beaux-arts et arts plastiques, il est prévu la circulation d'expositions dans les établissements et le prêt d'oeuvres par les fonds régionaux d'art contemporain (FRAC). Le développement du cinéma et de l'audiovisuel est encouragé selon une perspective pédagogique, pour favoriser entre autres la multiplication des enseignements à distance.

Concernant la mise en place de projets relatifs au livre et à lecture, le public visé est essentiellement celui des jeunes sous protection judiciaire, l'objectif étant le développement de leurs pratiques de lecture. Pour les bibliothèques situées dans les établissements, leur présence est antécédente à la mise en place du protocole d'accord et l'enjeu reste le même, à savoir la lutte contre l'illettrisme.

Le protocole a été complété par l'élaboration de deux circulaires qui indiquent les applications à suivre. La première en 1992[21] concerne le développement des pratiques de lecture, la seconde en 1995[22] est relative à la mise en œuvre de programmes culturels.

---

[20] Nous ne parlons pas ici d'éducation artistique, le terme « fonction éducative » est à entendre sous l'acception fonction d'apprentissage au sens large.

[21] Circulaire relative au fonctionnement des bibliothèques et au développement des pratiques de lecture dans les établissements pénitentiaires, du 14 décembre 1992 (Direction de l'administration pénitentiaire et Direction du livre et de la lecture).

Dans la mise en place de ces projets, un certain nombre de points est identique aux projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

La convention Culture/Justice a été déclinée régionalement[23]. Des appels à projets sont lancés auxquels les établissements peuvent répondre. Bien que cette convention soit plus ancienne que celle du programme « Culture à l'hôpital », on constate aujourd'hui que la seconde a des effets sur la première. Dans la convention pluriannuelle de 2006, les demandes de dossiers renvoient à la rubrique « Culture à l'hôpital » concernant notamment les démarches à suivre pour faire intervenir un artiste.

Tout projet doit être préalablement soumis à la Direction départementale des services d'insertion et de probation (DSIP) du département concerné. Les projets n'ayant pas une reconnaissance du point de vue institutionnel ne sont pas acceptés.

Les projets doivent être dirigés par des artistes professionnels dont le choix est soumis à la Délégation au développement et aux affaires internationales (DDAI) ; pour le programme « Culture à l'hôpital » il s'agit de la DRAC. Les partenariats doivent être passés avec des structures culturelles locales dans les deux cas.

Concernant l'évaluation, les porteurs de projet doivent remettre en fin d'année un bilan quantitatif, qualitatif et budgétaire auprès de la DSIP et de la DRAC. Malgré tout, comme dans le cas du programme « Culture à l'hôpital », il existe de réelles difficultés pour l'obtention de données chiffrées et aucun état des lieux des activités culturelles en prison n'existe à ce jour (Siganos, 2007).

La gestion et la coordination de ces projets culturels sont assurées par les Services pénitentiaires d'Insertion et de Probation[24] (SPIP) depuis leur création par l'administration pénitentiaire en 1999. Ils gèrent les actions culturelles proposées aux personnes incarcérées, ils représentent l'équivalent du responsable culturel hospitalier dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ». Ils occupent un rôle de médiateur dans le déroulement des projets culturels.

> « Il y a une définition de la médiation culturelle qui apparaît de manière implicite […] le médiateur apparaît non pas comme un go-between entre les différents

[22] Circulaire relative à la mise en œuvre de programmes culturels adressés aux personnes placées sous main de justice du 30 mars 1995 (Direction de l'administration pénitentiaire et Délégation au développement et aux formations).

[23] Le dernier recensement effectué début 2010 fait état de 21 conventions régionales signées depuis la mise en application du programme en 1986.

[24] Le SPIP est un service de l'administration pénitentiaire qui opère à l'échelle départementale. Son rôle auprès des détenus est de proposer et de suivre des actions favorisant la réinsertion et la prévention contre la récidive. Il assure aussi un accompagnement des personnes placées en milieu ouvert.

> partenaires, mais comme garant de la continuité du service public culturel. Par ailleurs, le médiateur n'a pas à "tricoter" la réconciliation entre des mondes opposés et clos sur eux-mêmes. Il ressort du rapport Chavigny/Lieber l'importance d'une réflexion à entreprendre sur les nouveaux emplois qui feront suite aux agents de justice qui ont inventé des nouvelles formes de médiation culturelle » (BORDEAUX in FILL, actes des rencontres nationales, 2004 : 28).

La convention pluriannuelle d'objectifs permet de comprendre comment le ministère de la Justice envisage les effets de l'action culturelle en direction des personnes dépendant de son ministère. Les fonctions socialisantes des projets culturels transparaissent clairement :

> « Les actions artistiques menées auprès de ces publics n'ont pas pour finalité de constituer des formations, mais une sensibilisation susceptible d'avoir des effets insérant ou réinsérant » (Convention Pluriannuelle d'objectifs 2007-2008).

À l'instar des projets menés dans les quartiers difficiles, la politique de réinsertion développée par le ministère de la Culture amène à penser un autre aspect de ces projets culturels. Ils sont aussi envisagés en tant qu'outil de formation pour ces publics dans le champ artistique et culturel. Par exemple, des formations de bibliothécaires sont proposées aux détenus et certains travaux d'intérêt général (TIG) peuvent être réalisés dans des musées : inventaire, classement d'objets d'archives[25]…

Cependant, tous les détenus n'y ont pas accès. Des critères de sélection ont été établis autour de la durée restante de la peine, du comportement en détention, de l'existence d'un projet personnel chez le détenu.

Nous verrons aussi que dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital », certains critères limitent la participation des patients. Pour le programme Culture/Justice, l'information est communiquée aux détenus par voie d'affichage et la sélection est faite en fonction des demandes formulées. Malgré tout, ces procédés sont encore peu généralisés. Néanmoins, l'État maintient son engagement à l'égard des établissements pénitentiaires au travers d'un troisième protocole d'accord signé le 30 mars 2009. Celui-ci se particularise par la proposition d'un cadre commun de références, relatif à l'accès aux activités culturelles des personnes majeures et mineures.

[25] Pour exemple une formation à la numérisation d'archives à la médiathèque de l'architecture et du patrimoine (MAP) de Saint- Cyr a été mise en place dans le cadre d'un aménagement de peine d'un détenu issu de la maison centrale de Poissy.

Bien que les deux ministères (Culture et Communication et Justice) poursuivent leur collaboration, il n'en reste pas moins que les enjeux de ces actions sont encore loin de faire consensus auprès des différents acteurs.

3.2.2 Des représentations divergentes du projet culturel :

L'accès aux actions culturelles est encore limité pour les personnes incarcérées. Ce phénomène s'explique en partie, par le fait que certains membres de l'administration pénitentiaire y voient une forme « d'instrumentalisation » de la culture. Cette crainte est liée à la possibilité d'une réduction de peine attribuable au détenu participant à un projet culturel inscrit dans la durée[26]. À l'opposé, cette modalité est défendue dans le cadre de la contribution de la culture à la réinsertion du détenu, mentionnée dans le protocole d'accord Culture/Justice de 1986. Dans ce cas, le projet culturel au même titre que le TIG est envisagé comme une alternative à l'incarcération. Ceci pose la question du rôle du magistrat, acteur jusqu'à présent peu identifié dans son rôle d'accessibilité du détenu aux projets culturels. Les difficultés posées dans ce cadre relèvent essentiellement des représentations qui sont faites de la fonction allouée au projet culturel. Comme l'a relevé Denise Jodelet, la représentation est « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant d'une réalité commune à un ensemble social. » (Jodelet, 1989 b : 36).

De plus, comme l'a démontré Serge Moscovici la représentation sociale permet de comprendre quel est le cadre de référence des gens. Il est donc nécessaire de s'y intéresser, car elles peuvent expliquer pour partie le fonctionnement des cadres d'expérience des individus.

Les différents acteurs n'ont pas la même vision du projet culturel, ce qui peut rendre difficile la collaboration ainsi que sa reconnaissance. Nous tendons à penser qu'il en sera de même dans le cadre de l'hôpital psychiatrique.

> « Il n'existe pas d'argument juridique déterminant et pertinent susceptible de constituer un obstacle à l'octroi d'aménagement de peine fondé sur la mise en œuvre et la poursuite de projets culturels. La difficulté réside surtout dans la nécessité de procéder à un réel changement dans les mentalités : la plupart des projets de sortie acceptés par les juges de l'application des peines sont principalement axés autour d'une problématique professionnelle ou autour de la nécessité d'accéder au marché de

[26] Pour plus de détails voir « La prise en compte de la culture dans le cadre de l'application des peines » par Jean Claude Bouvier et Georges Lombard (juges d'application des peines) dans les *Actes du séminaire sur l'action culturelle en direction des personnes placées sous main de justice.* FILL.2007.

> l'emploi ; de fait, c'est cette démarche "utilitariste" qui est essentiellement privilégiée. Trop souvent encore, la réinsertion du condamné est entendue comme l'instauration d'un projet strictement défini, à la portée immédiatement définissable (une formation débouchant sur une activité, l'accès à un emploi rémunéré) ; le projet à contenu culturel ne participe pas de la même logique et s'inscrit dans une dynamique différente, aux "effets" sans doute moins directement perceptibles. Cependant, le projet à contenu culturel ne rentre pas moins, en raison notamment de l'ouverture à la société qu'il est susceptible d'offrir, dans les objectifs assignés aux aménagements de peine » (Bouvier, Lombard in FILL. 2007).

Comme pour les actions culturelles développées dans les quartiers, on retrouve ici une mise à profit du projet culturel dans l'offre et l'accès à l'emploi. Cet aspect n'est cependant pas présent dans le programme « Culture à l'hôpital ».

Pour l'administration pénitentiaire, la culture est aussi envisagée comme un outil pour les professionnels, notamment dans le travail d'aide à la réinsertion des détenus.

> « Il faut replacer l'action culturelle telle que nous la pensons, dans notre objectif : un SPIP est un service de l'État ayant pour but de prendre en charge des personnes dans le contexte particulier qu'est la prison et d'amener ces personnes à travailler sur un projet de sortie, de vie, d'existence, sur une capacité à s'insérer, à respecter un certain nombre de règles. Je le dis avec force : l'action culturelle en milieu pénitentiaire est un des outils à notre disposition pour pouvoir travailler avec les personnes. Je sais que cela peut vous paraître un peu choquant, mais c'est bien un des outils et pas autre chose. Pour le ministère de la Culture et de la Communication et les artistes, la culture est une finalité, pour nous c'est un moyen » (Philippe Monsçavoir- SPIP Lot et Garonne, FILL, 2004 : 151).

Les définitions données de la culture sont bien différentes en fonction des acteurs et de l'usage qu'ils pensent pouvoir en faire. De manière générale, la culture est reconnue comme étant un droit accessible à tout citoyen. Le détenu bien qu'en rupture avec une partie de ses droits sociaux, n'en perd pas pour autant son statut de citoyen. Dans l'objectif d'une réinsertion future, le maintien de ses droits est essentiel (dont celui d'accès à la culture). Le ministère de la Culture entend faire respecter ce droit. Ces actions culturelles représentent aussi une opportunité de poursuivre les objectifs de démocratisation culturelle.

Malgré des points de vue divergents, l'évolution du programme culturel en milieu pénitentiaire a plutôt été favorable. L'analyse de l'évolution du protocole Culture/Justice vingt ans après sa mise en place est particulièrement révélatrice. Dans pratiquement toutes les régions, des conventions ont été signées entre les DRAC et les Directions régionales des

services pénitentiaires en faveur de l'action culturelle dans les prisons. En 2004, on comptabilise 216 conventions signées entre les SPIP et les établissements culturels et fin 2009 on atteint le chiffre de 526.

Intéressons-nous maintenant au programme choisi dans le cadre de cette recherche, le programme « Culture à l'hôpital ».

3.3 « Culture à l'hôpital », un programme pour réaffirmer la dimension « citoyenne » des établissements de santé :

3.3.1 Présentation du programme « Culture à l'hôpital » :

La mise en place du programme « Culture à l'Hôpital » est le résultat d'un accord interministériel passé entre les ministères de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé en mai 1999. Elle intervient en pleine crise hospitalière à la veille d'une série de réformes modifiant l'espace hospitalier. La culture à l'hôpital est alors envisagée comme une réponse à la mutation hospitalière de cette dernière décennie, découlant elle-même d'une crise sociale généralisée. Ce programme s'est constitué autour de différents temps forts, sur lesquels nous allons revenir chronologiquement pour en saisir à la fois l'évolution et les enjeux.

Pour répondre aux premiers objectifs de ce programme « Culture à l'hôpital », une enquête a été menée auprès de tous les établissements hospitaliers. Les résultats ont permis de dresser un bilan des actions culturelles menées dans les hôpitaux au moment de la mise en place de la convention nationale.

Nous n'énumérerons que les principaux, afin de pouvoir par la suite identifier les changements induits par les actions menées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

Les résultats ont été communiqués à travers la Circulaire DHOS/FH3/DDAT n° 2000-418 du 24 juillet 2000 [27] relative à la poursuite du développement des activités culturelles dans les établissements de santé. L'action culturelle en milieu hospitalier n'est alors pas professionnalisée. La typologie des acteurs fait ressortir que dans plus de 70 % des cas il

[27] Circulaire rédigée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité- Le Secrétaire d'État à la santé et aux handicapés, La Direction des hôpitaux, La Sous direction des personnels de la fonction publique hospitalière, Le Bureau des professions hospitalières, Le ministère de la Culture et de la Communication, La Délégation au développement et à l'action territoriale, Le Département de l'action territoriale.

s'agit de bénévoles. Lorsqu'il s'agit de personnes salariées de l'hôpital, leur rattachement institutionnel est ambigu. La moitié dépend de la direction, ce qui marque l'implication de cette dernière dans l'action culturelle. Reste l'autre moitié, qui elle est rattachée à un service de soins. Dans ce cas, la visibilité et la légitimité de l'action culturelle en tant que telles sont plus problématiques. Le projet peut être associé à un objet soignant.
Autre constat relevé, les partenariats déjà élaborés le sont essentiellement avec des associations, très peu sont passés directement avec des structures culturelles[28].

→ *La création du Cercle des Partenaires de la Culture à l'hôpital* :

Le 31 mars 1998 est créé le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital par les ministères de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé. Ayant pris conscience du développement de ce type d'actions (37 jumelages existants déjà avant la signature du protocole) et souhaitant concrétiser cette démarche, les deux ministères instaurent le Cercle des Partenaires dans le but de favoriser les jumelages entre les équipements culturels et les établissements hospitaliers d'une même région. Cette création est légitimée en tant que réponse à l'attente commune des malades et des soignants de voir une « tonalité plus humaine » dans les hôpitaux en facilitant son ouverture sur la cité.

Ce rapprochement interministériel poursuit dans la lignée de celui déjà établi en 1986 entre les ministères de la Culture et de la Justice. Ces deux protocoles bien que signés à plus de dix ans d'intervalle attestent de la volonté de l'État d'ouvrir l'accès du champ culturel à tous les citoyens en limitant les exclusions. Il contribue de même à la recherche et à l'insertion de nouveaux publics pour les structures culturelles.

Le Cercle regroupe à sa création les représentants des directions centrales et régionales du ministère concerné et les entreprises et Fondations partenaires[29]. Le regroupement de ces grandes entreprises tout comme leur implication dans cette action témoignent du rôle et de l'implication du mécénat en faveur de la culture. Le suivi des jumelages et le fonctionnement

[28] Dans cette recherche, le choix d'un cadrage sur l'institution hospitalière et ses acteurs explique l'absence de traitement des enjeux de ce programme au niveau des structures culturelles. Notre travail ne fera qu'aborder très brièvement les interactions entre hôpitaux et structures culturelles.
[29] Lors de sa création le Cercle des Partenaires de la « Culture à l'hôpital » comprenait les entreprises suivantes : Fondation d'entreprise Banques CIC pour le livre, Fondation Bayer Santé, Laboratoire Pierre Fabre, Fondation d'Entreprise France Telecom, Fondation Hachette, Institut Electricité Santé, Groupe Lego, Fondation Ronald Mc Donald- Sanofi, Fondation Suez Lyonnaise des Eaux.

du Cercle sont assurés par la Délégation au développement et aux formations. Chaque entreprise est libre quant au choix des jumelages qu'elle souhaite soutenir et sa contribution financière s'élève en moyenne à 4 500 euros (soit un tiers du budget annuel estimé), sachant que la durée minimale d'un jumelage est fixée à une année.

Pour faire suite à la mise en place du Cercle des Partenaires, le 4 mai 1999 le ministère de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé et des Solidarités signèrent la convention « Culture à l'hôpital », officialisant ainsi le lancement d'un programme national. Dès lors, on peut s'interroger sur l'intérêt de la mise en place d'un tel programme. En quoi est-il différent de ce qui était préalablement conduit en termes d'action culturelle, au sein des structures hospitalières ? Est-il porteur de nouveaux enjeux ? De nouvelles modalités ? Comment est-il mobilisé par la classe politique ?

→ *Un programme culturel a priori « non thérapeutique »* :

Ce qui peut paraître novateur dans cette démarche interministérielle, comparé aux projets culturels jusqu'alors menés, est que la culture apparaît « libre », c'est-à-dire qu'elle apparaît comme un choix face à l'hospitalisation qui elle, est souvent obligatoire et contraignante. Ce point essentiel distingue le programme « Culture à l'hôpital » des ateliers d'art thérapie, qui eux sont proposés sur prescription médicale. Ce programme se défend de s'inscrire dans quelque lignée thérapeutique quelle qu'elle soit. Dans ce cadre spécifique, reconnaître la valeur thérapeutique de l'action artistique reviendrait à catégoriser ce programme dans le domaine du soin. Si tel était le cas, le ministère de la Culture n'y trouverait pas son intérêt puisque la dimension culturelle serait effacée au profit de la dimension thérapeutique, de ce fait il ne pourrait nullement soutenir et cautionner un tel projet autant sur le plan moral que sur le plan financier. Pour les parties instigatrices de ce projet, reconnaître sa valeur thérapeutique équivaudrait à une « instrumentalisation » de l'œuvre d'art. Nous verrons cependant que dans les discours du personnel hospitalier il en est autrement, et c'est bien souvent cette possible valeur thérapeutique qui incite les soignants à s'impliquer dans un projet culturel.
Il s'agit aussi pour les deux ministères de ne pas impliquer les artistes dans une démarche qui n'est pas la leur, à savoir celle des soignants. Ainsi, l'accès à la culture pour tout citoyen émane préalablement d'un choix, d'un désir, dès lors la politique culturelle peut réellement se

différencier et marquer sa place à côté de la prise en charge sanitaire que le patient est tenu de respecter lors de son hospitalisation.

→ *Un programme inscrit dans la durée* :

Deux ans après la signature de la convention nationale (1999) ont lieu à Strasbourg les premières rencontres européennes de la Culture à l'hôpital. Elles témoignent d'une volonté interministérielle, mais aussi européenne d'échanges entre acteurs (patients, soignants, artistes), de confrontation des expériences afin de développer des propositions communes. Les débats sont agrémentés de manifestations artistiques ouvertes à tous, se déroulant dans les hôpitaux comme dans les structures culturelles de la ville afin de sensibiliser un plus grand nombre et de réaffirmer l'idée que l'hôpital doit et reste en contact direct avec la ville. Redonner à l'hôpital sa place au sein de la cité est l'un des enjeux principaux de cette convention.

Les échanges sur ce programme à l'échelle européenne entraînent une nouvelle réflexion sur la politique culturelle hospitalière à mener. Le débat est proposé lors d'un colloque organisé les 24 et 25 janvier 2002 par la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS): *quelle politique culturelle pour les établissements de santé* ?

Le ministère de la Santé représenté à cette occasion par la ministre Catherine Tasca souhaite appuyer le désir du gouvernement de Lionel Jospin de faciliter l'accès à la culture au plus grand nombre, rappelant par là même que « cette politique participe du service public comme de la santé[30] ». Ce colloque est l'occasion d'un premier état des lieux des actions menées.

Bien que distincts, les ministères de la Culture et de la Santé ont des objectifs communs dans cet engagement. L'un d'entre eux est l'application de cette convention à toutes les régions avant la fin 2002 ; cet objectif n'a toujours pas été atteint à ce jour.

Pour que toutes les conditions nécessaires soient entreprises afin d'accélérer ce processus, l'État n'omet pas d'accroître l'enveloppe budgétaire. Le budget du programme « Culture à l'hôpital » a été doublé depuis les premières rencontres européennes, passant ainsi de presque un million d'euros en 2001 à deux millions en 2002. De plus, les financements apportés par le Cercle des Partenaires augmentent avec l'arrivée de quatre nouvelles entreprises que sont la

[30] L'ensemble des actes est consultable en ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/actes_seminaire_2002.pdf (consulté le 24/12/09).

Fondation EDF, la Fondation internationale Carrefour, les Laboratoires Servier et Avantis-Pharma, portant ainsi à quatorze le nombre des partenaires pour l'année 2002.
Pour aller plus loin dans l'action et nourrir de nouveaux jumelages, les ministères mettent en avant le nécessaire développement d'actions nouvelles, s'organisant autour de domaines aussi divers que le cinéma, l'architecture ou le patrimoine. Concernant l'architecture et le patrimoine, ressource culturelle à part entière des hôpitaux, ils restent encore trop mal connus du grand public. Leur emploi dans le cadre d'actions culturelles peut avoir un double intérêt. Il permettrait d'abord aux personnes de prendre conscience de leur environnement direct tout en suscitant une réflexion autour de la place de l'hôpital dans la cité. À cette occasion, la Direction de l'architecture et du patrimoine est sollicitée pour réfléchir aux côtés du ministère de la Santé, à un éventuel plan d'action.
Afin de mettre en application ces nouvelles propositions, en maintenant celles établies lors de la convention de 1999, le ministère a envisagé deux procédures. La première est la publication prévue d'un décret interministériel sur le 1 % artistique, prévoyant que 1 % du coût d'un investissement public doit être réservé à une intervention artistique (décret appliqué depuis longtemps, mais seulement pour le domaine de l'éducation nationale). Ce décret est envisagé comme un nouveau vecteur relationnel entre le milieu artistique et celui de la santé. L'autre procédure envisagée est le développement des commandes publiques des hôpitaux. Néanmoins, il n'a pas encore été appliqué à ce jour.

Ces premières rencontres européennes de la « Culture à l'Hôpital » font apparaître quelques dissonances dans le discours français. À plusieurs reprises, l'impact de l'art dans la guérison est évoqué, reconnu, ce qui en fait relève de l'ordre du thérapeutique. La frontière entre le culturel et le médical ne semble pas si clairement établie, ce qui va prêter à confusion dans certaines conventions régionales et dans leur application même.

→ *Les premières journées de la culture à l'hôpital* :

Dans l'optique de décloisonner et de rendre plus visibles les actions menées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » de nouveaux évènements nationaux sont programmés. En collaboration avec Bernard Kouchner, Catherine Tasca annonce l'organisation des premières journées de la Culture à l'hôpital les 15 et 16 mars 2002. Les hôpitaux qui le désiraient ont pu ouvrir leurs portes au grand public afin de présenter et faire découvrir leurs activités culturelles au grand public.

Le discours d'ouverture de ces journées est marqué par la présentation de la culture à l'hôpital comme le « signe d'une évolution du milieu artistique et culturel »[31]. Le développement récent de la culture à l'hôpital serait donc la réponse au désir du milieu artistique de travailler hors des cadres conventionnels vers un nouveau public, avec lequel des rapports plus forts seraient possibles. L'hôpital s'impose alors comme le lieu idéal pour une démarche artistique nouvelle. Cet aspect d'une relation autre aux citoyens est aussi recherché par les structures culturelles, toujours en quête de nouveaux publics. Ainsi, un nouveau rapport à la cité elle-même serait permis.

Le lancement de ces journées intègre parfaitement la logique menée par d'autres évènements nationaux auxquels les hôpitaux participent déjà tel que *La fête de la musique*, *Lire en fête* ou *Les Journées du Patrimoine*. À la seule différence que cette nouvelle manifestation est entièrement destinée à l'hôpital. Pour cette première journée, la mobilisation a été encourageante puisque plus de cinquante structures hospitalières ont souhaité y participer. Cependant, cela ne semble pas avoir suffi puisque l'action n'a pas été reconduite à ce jour.

Ceci n'a pas empêché la poursuite de la réflexion menée sur l'action culturelle dans les établissements hospitaliers. En 2006, un nouveau protocole d'accord a été signé, nous y reviendrons plus en détail par la suite.

→ *Le programme « Culture à l'hôpital », une dimension interministérielle adaptée aux spécificités territoriales :*

Rappelons que l'objectif premier de ce programme est d'encourager les structures culturelles et les établissements de santé à se rencontrer et à développer ensemble des projets susceptibles d'établir une solide politique culturelle dans le secteur hospitalier. Les ministères ont développé cette convention en insistant sur le développement de trois axes essentiels : la mise en place de jumelages, la multiplication des bibliothèques hospitalières et la formation de responsables culturels hospitaliers. Attardons-nous un instant sur le premier qui concerne l'instauration de jumelages entre les équipements culturels et les hôpitaux.

Le jumelage est ici entendu comme outil d'ouverture sur la cité. Il permet la naissance et le développement de projets artistiques dans les hôpitaux. Ces jumelages donnent lieu à la

[31] MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATON, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. 2001. *Premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital : La place de l'art et de la culture en milieu hospitalier : Conférences, débats, ateliers, spectacles.* Actes du colloque, Strasbourg, du 4 au 6 février 2001. Publication en ligne : < www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/actes-strasbourg.pdf. > [Page consultée le 21 septembre 2006.]

signature de conventions à l'échelle régionale. Elles participent du processus de légitimation de la culture à l'hôpital. Il s'agit d'une légitimation territoriale et les participations financières communales et régionales y sont essentielles et symboliques. Pour établir ces jumelages, il est demandé aux hôpitaux de faire appel aux ressources culturelles qui leurs sont proches.

Ces conventions régionales reprennent les objectifs de la convention nationale, mais en les adaptant aux particularismes régionaux. Il devrait donc être intéressant de procéder par la suite à une analyse comparative, entre certaines de ces conventions. Nous pouvons d'ores et déjà retenir que le programme « Culture à l'hôpital » n'est pas un dispositif fixe, il est modulable, c'est-à-dire adaptable aux diverses réalités territoriales.
Chaque convention est établie pour trois ans sauf pour les régions Lorraine, PACA ou Midi-Pyrénées où elle est fixée à un an renouvelable. Néanmoins, le programme « Culture à l'hôpital » participe indirectement du renforcement des disparités régionales en terme de culture. En 1999, le budget culture des régions pouvait varier de 0,7 % à 5 % de leur budget total (Moulinier, 2005).

L'encouragement des partenariats s'inscrit dans une politique plus générale d'aménagement culturel du territoire, visant à favoriser la collaboration avec les équipements culturels de proximité pour développer les mises en réseau. Cette politique d'aménagement du territoire passe aussi par la mise en place d'actions culturelles dans les quartiers défavorisés comme nous avons pu le voir.

L'inscription de l'hôpital dans la cité tient encore à ce jour, plus de l'ordre d'un idéal que d'une réalité. Elle n'est effective qu'en partie. En fait, il s'agit essentiellement d'une ouverture sur la vie culturelle de la cité et non pas sur la cité elle-même dans sa globalité. Les conditions pratiques d'accueil du public extérieur à l'hôpital ne permettent pas d'en accueillir un nombre trop important.

> « En ce sens, la cité n'est pas concrètement présente au sein de l'établissement hospitalier. L'intégration de la vie culturelle citadine au sein de l'établissement de soins permet cependant au sentiment de coupure avec l'extérieur de s'amoindrir. Le fait de pouvoir accéder ponctuellement à des représentations théâtrales ou musicales crée au final une ouverture symbolique sur la sphère sociale » (Grappin, 2008 : 97).

L'appropriation territoriale du programme se manifeste une nouvelle fois en 2006, lorsque la région Rhône Alpes réaffirme sa place motrice dans le développement de ce

programme en intégrant le volet culturel dans le Schéma régional d'organisation sanitaire 2 (SROS) et en ralliant la région à la signature de sa convention. Les collectivités reprennent donc progressivement à leur charge l'action instituée par les ministères de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé.

→ *Le souci d'une adaptation constante du programme :*

Tout au long de l'évolution de ce programme, plusieurs études ont été menées. En 2003 par exemple, une enquête a été lancée par la commission Culture de la Conférence des Directeurs généraux de Centre hospitalier universitaire (CHU) créée en mars 2002. L'objectif était d'évaluer la structuration des projets culturels menés dans les Centres Hospitaliers régionaux et universitaires de France, 29 établissements (soit 90% ont répondu au questionnaire.) Parmi les constats posés, l'un témoigne de la lente, mais progressive inscription du projet culturel dans le projet d'établissement (46% des CHU). Il en découle une augmentation de la prise en compte des salariés en tant que public potentiel de l'action culturelle. On constate une augmentation des projets qui leur sont destinés (32%).

Plus récemment, on retiendra une adaptation des projets aux publics et aux établissements. Elle s'est concrétisée par la signature d'un protocole d'accord, le 10 janvier 2006 entre le ministère de la Santé et des Solidarités, le ministère de la Culture et de la Communication ainsi que le Cercle des Partenaires.
À cette occasion, un bilan est esquissé de la convention signée en 1999. Elle a engendré la signature de 19 conventions régionales entre les DRAC et les ARH. Dans ce même temps, plus de 250 professionnels ont reçu une formation de sensibilisation à la culture.
Ce nouveau protocole d'accord vise à pousser plus loin les objectifs de la convention de 1999 en lui donnant un nouvel élan grâce à des propositions novatrices. La priorité de ce protocole est l'adaptation des actions culturelles aux publics et aux établissements concernés. Parmi les activités artistiques encouragées à accroître leur présence, on retrouve en tête la lecture, ce qui n'empêche pas un désir exprimé pour une plus grande diversification des partenariats avec les établissements culturels.
Les ministères voient dans ce nouveau protocole d'accord avec le Cercle des Partenaires, une opportunité pour relancer les jumelages entre les DRAC et les ARH sur le programme « Culture à l'hôpital ». Dans ce cadre, les manifestations culturelles sont envisagées comme facteur de lien social. Le texte protocolaire vise à redéfinir les engagements et actions des

partenaires du programme. L'entreprise reste libre quant au choix du jumelage qu'elle souhaite financer. Dans le but de répondre à une augmentation des demandes régionales, les entreprises sont incitées à accompagner plusieurs jumelages en même temps. Le partenaire s'engage pour une durée de trois ans avec une participation financière de 5060 euros par an et par jumelage. La durée du jumelage a donc été triplée et le financement s'est vu augmenté depuis 1998.

La mise en place de cette convention et son évolution, au-delà de la démocratisation culturelle, reflète une volonté de l'État. Il s'agit de modifier ou plutôt de réaffirmer le rôle tenu par les institutions hospitalières dans notre société. Pour en rendre compte, nous allons développer deux thématiques émergentes au travers des discours politiques relatifs au programme « Culture à l'hôpital », à savoir l'hôpital comme espace citoyen et l'hôpital comme vecteur d'humanisme.

3.3.2 L'hôpital comme lieu de « citoyenneté » :

Avec la mise en place du programme « Culture à l'hôpital », la politique culturelle à l'hôpital est promue en tant que réponse à la mutation du système hospitalier. On assiste à une redéfinition de la place de l'hôpital au sein de la société. Aux antipodes de l'ancienne conception du milieu asilaire assimilé à un lieu d'enfermement, de cloisonnement engendrant la privation de toutes les libertés, l'État souhaite redonner aux hôpitaux l'image d'un lieu de citoyenneté à part entière. Il décide d'inscrire officiellement la « mission de citoyenneté » au sein des missions de santé, l'objectif avéré étant l'instauration d'une « démocratie sanitaire » (ARSEC. 2004).

Processus émergent depuis une dizaine d'années, il convient de rappeler ce qu'est la « démocratisation sanitaire ». Nous verrons par la suite qu'elle est intrinsèquement liée aux notions de « citoyenneté » et « d'humanisation » dont il apparaît aussi nécessaire de définir les contours.

→ *La « démocratie sanitaire » :*

Le développement de la culture est concomitant à la mise en place du processus de « démocratisation sanitaire ». Souvent mobilisé par les politiques, ce terme recouvre plusieurs

aspects qu'il convient de définir afin de comprendre de quels enjeux il est porteur au regard des politiques, au travers du programme « Culture à l'hôpital ». Son usage est relativement contemporain, pourtant il est porteur de valeurs plus anciennes telles que le respect des droits des malades, la participation des usagers aux décisions de santé…

La première évocation officielle de la « démocratie sanitaire » remonte au 30 juin 1999 lors de la clôture des États généraux[32] (Maudet, 2002). La mise en place d'un débat public sur les questions de santé marque la première « pierre » du processus de « démocratisation sanitaire ». Sa valeur législative a été affirmée par la loi du 4 mars 2002[33].

Son principal objectif est de participer à l'amélioration des services rendus par le système de santé. Elle se caractérise notamment par la volonté de rendre les usagers acteurs de leur système de santé, ce qui contribue par la même au désir du gouvernement de relégitimer les décisions publiques prises en matière de santé. Elle intervient comme une réponse face à la crise affectant le pouvoir politique et médical (Maudet, 2002).

> « En réponse aux attentes des usagers, les pouvoirs publics ont décidé d'agir afin de relégitimer le système de soins. La mise en place de la démocratie sanitaire répond à cet objectif. En permettant de rendre les usagers acteurs du système, elle peut apparaître comme un moyen d'accroître la qualité des soins » (Tasset, 2004 : 19).

La démocratie sanitaire participe également, au regard de l'État, d'une volonté de responsabilisation des patients face aux questions de soins. De plus, elle permet de réinstaurer un certain équilibre dans les rapports médecins-patients.

→ *L'accès à la culture, une « mission citoyenne » pour l'hôpital* :

Franco Bianchini nous rappelle que la notion de citoyenneté a été fondée suite à la Seconde Guerre mondiale. Elle s'est constituée essentiellement autour du droit d'accès à la culture considéré dès lors comme un prolongement légitime du droit social (Bianchini, 2001).

Le terme de « citoyenneté » a fait l'objet de diverses études dans le champ de la sociologie politique. De nos jours, voici la définition qui en est donnée :

---

[32] Allocution de Lionel Jospin alors premier ministre.

[33] Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé. Composée de 126 articles cette loi se décompose en cinq parties : « solidarité envers les personnes handicapées », « démocratie sanitaire », « qualité du système de santé », « réparation des conséquences des risques sanitaires » et « dispositions relatives à l'outre-mer ».

> « La citoyenneté est l'état ou la qualité de citoyen. Elle permet à un individu de devenir citoyen. La citoyenneté donne accès à l'ensemble des droits politiques, tout en créant des devoirs, permettant de participer à la vie critique d'une société ou d'une communauté politique, par opposition au fait d'être simple résident. En général, la citoyenneté est liée au droit de vote.
> Dans une société démocratique, la citoyenneté est également l'une des composantes du lien social, notamment par l'égalité des droits qui lui est associée.[34]»

La dernière partie de cette définition nous paraît la plus à même d'expliciter le sens dans lequel la « citoyenneté » est actuellement mobilisée par les politiques. Ce qui renvoie à considérer comme « mission citoyenne » toute mission participant au développement du lien social.

Aujourd'hui, le territoire de la santé est reconnu comme un des espaces constitutifs du politique. La culture apparaissant comme la plus propice à l'écriture d'une dimension citoyenne dans l'espace politique de la santé. Ainsi, l'hôpital est enclin à suivre la même mutation que notre espace social. L'espace de soins considéré comme constitutif du politique doit en ce sens développer sa propre politique culturelle pour remplir sa « mission citoyenne ».

→ *Un programme participant de la volonté « d'humanisation » des hôpitaux :*

La question de l'humanisation des hôpitaux n'est pas récente. Elle est apparue à la suite de la Seconde Guerre mondiale. Suite aux maltraitances subies par les populations durant cette période, un mouvement a émergé dans les années cinquante pour dénoncer ces faits et se positionner contre. C'est dans ce contexte que naquit ce désir de faire de l'hôpital un lieu plus humain (Grappin, 2008).
Le concept « d'humanisation » a été mobilisé publiquement pour la première fois en 1949 lors du premier congrès de la Fédération internationale des Hôpitaux[35].
Quelques années plus tard, parmi les réformes instituées par le Professeur Robert Debré une ordonnance relative à l'humanisation des hôpitaux paraît le 5 décembre 1958. Cette volonté de rendre l'hôpital plus accueillant pour les patients se poursuit avec la rédaction d'un rapport par le Conseiller d'État Ducamin ; il est mis en œuvre par la circulaire du 18 décembre 1970.

---

[34] Le dictionnaire de politique : www.toupie.org/Dictionnaire/Citoyenneté.htlm (consulté le 02/12/09).
[35] À l'occasion de son exposition « *L'humanisation de l'hôpital. Mode d'emploi* » qui s'est tenue du 21/10/2009 au 20/06/2010, le musée de l'APHP, dans son dossier de presse, traite largement de l'évolution du terme « d'humanisation » et de sa mobilisation par les politiques. Nous invitons le lecteur à s'y référer : www.aphp.fr/documents/musee/microsoft_world_ (consulté le 18/12/09).

Cependant, aucune allusion à la culture n'est faite. Le lien établi par les politiques entre humanisation et culture apparaît comme quelque chose de beaucoup plus contemporain.

La volonté d'humanisation de l'hôpital semble répondre à la longue crise que connaît le système hospitalier. D'après Jean Lombard et Bernard Vandewalle (2007) ce n'est pas l'hôpital dans sa globalité qui est remis en cause, mais certains aspects spécifiques parmi lequel le manque de prise en compte de l'individu en tant que personne. Les auteurs situent l'émergence du discours contemporain sur l'humanisation de l'hôpital autour des années 1970, ce n'est pourtant que depuis une dizaine d'années que le politique se l'est approprié. La modernité de l'institution et le renforcement des logiques de spécialisation renforcent cette attente. Le côté hyper- technicisé des établissements de santé, a tendance à leur conférer l'image d'un lieu où les équipements modernes ont remplacé le relationnel et l'interaction avec les équipes de soins. L'idée de conférer aux hôpitaux une tonalité plus « humaine » devrait permettre de contrebalancer le déficit de prise en compte de l'individu en tant que personne au profit de sa prise en compte en tant qu' « usager » telle qu'elle est décrite depuis ces dernières années.

> « Il est clair, d'emblée, que cette demande d'humanisation est proportionnelle à l'inquiétude que suscitent d'un côté la nature et l'évolution de l'institution et de l'autre le développement d'une médecine qui de plus en plus tend à fonctionner comme une techno science, à s'intégrer à une économie de marché et à une modernité qui modifient profondément la place, le rôle et le sens du corps, de la santé et de la maladie, de la vie et de la mort » (Lombard, Vandewalle, 2007 : 11).

C'est dans ce contexte que les politiques se sont saisies de ce concept d'humanisation[36] et en ont fait l'un des axes majeurs du programme « Culture à l'hôpital ».
Le programme « Culture à l'hôpital » est posé par le politique comme devant contribuer à retisser des liens entre l'hôpital et la ville, afin de lui redonner une place reconnue et légitime au sein de notre société. La culture au sein du programme « Culture à l'hôpital », envisagée comme vecteur d'humanisme, devrait permettre de recréer du relationnel là où la technicité ne cesse de se développer.

> « La culture est souvent considérée comme une réponse que peut donner l'hôpital au risque de "déshumanisation" que perçoivent beaucoup d'acteurs de terrains. Il ne

[36] Aujourd'hui la mobilisation de ce concept tend à être remplacée par celui de « qualité » comme le fait judicieusement remarqué le musée de l'APHP : http://www.aphp.fr/documents/musee/microsoft_world_

s'agit pas en fait tant de désintérêt pour l'humain (l'hôpital a fortement progressé sur la prise en compte de la personne : information du patient, droit des malades, prise en charge de la douleur, etc.) que d'un sentiment de déficit relationnel à l'intérieur de l'hôpital […] La culture est alors un moyen de réintroduire une dimension de relation humaine, par les échanges qu'elle peut permettre » (Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. 2007: 37).

Le programme s'inscrit dans le plan de construction et de réhabilitation des établissements hospitaliers. La politique culturelle devient alors une politique d'ouverture, d'échanges participant ainsi du service public de la culture comme de celui de la santé, expliquant par là même la mutualisation ministérielle à l'origine de cette convention. La culture apparaît comme un droit auquel la personne hospitalisée doit pouvoir accéder.

Les actions culturelles qui viennent d'être évoquées, dans les quartiers difficiles, les prisons ou les hôpitaux participent de la volonté de démocratisation et de diversité culturelle que s'est fixée le ministère de la Culture. La question de l'usage de la culture dans une optique sociale nous est apparue prégnante dans les démarches exposées. Aujourd'hui, elle est mise en interrogation par le ministère.

« La participation du ministère de la Culture à une politique interministérielle (avec les ministères chargés de la justice, de la santé, de la ville, de la jeunesse et des sports, des personnes handicapées…) lui a permis de s'ouvrir à des populations diversifiées, à des publics qui ne sont pas ses "habitués". Mais ces actions soulèvent deux questions: celle d'une instrumentalisation du culturel au profit du social et celle de l'évacuation de la "question des publics" au profit d'une politique à destination de publics spécifiques. Par ailleurs, la stagnation des chiffres de fréquentation des publics dans les lieux institués de la culture, les faibles résultats des politiques de démocratisation culturelle, qui n'ont pas sensiblement modifié les modes de fréquentation et la composition sociologique de ces publics, mettent en question l'efficacité générale de ces actions et de ces médiations » (Salmet, 2005: 20).

Conclusion :

La manière d'envisager et de mobiliser l'action artistique et culturelle a fortement évolué au cours du XXe. Considérée à l'origine par les professionnels de la santé comme élément diagnostiquant, elle est rapidement développée dans une logique de soins. Pour les patients cependant, il s'agit simplement de rompre la monotonie liée à la durée d'hospitalisation. La dimension qui lui est accordée s'est vue modifiée et élargie suite à

l'intégration progressive de l'art contemporain dans les établissements psychiatriques. Ce dernier parce qu'il questionne l'institution hospitalière confère à l'art une dimension sociale. Celle-là même qui sera reprise dans la politique culturelle menée en faveur des publics empêchés.

En effet, nous pouvons retenir que dans leur évolution, les programmes culturels menés en faveur des publics empêchés persistent à conférer à la culture un rôle avant tout social.

Dans les quartiers difficiles, l'action culturelle est comprise comme permettant la mise en place d'une dynamique pouvant favoriser la réflexion et l'initiative d'actions des habitants sur leur environnement tout en contribuant à la lutte contre l'exclusion.

Dans les prisons, elle est mobilisée pour aider les détenus à se réinsérer dans le tissu local et sociétal.

Enfin, dans les hôpitaux elle participe d'une redéfinition de la fonction des établissements de soins en réaffirmant leur mission « citoyenne ». L'action culturelle est reconnue comme élément du processus de démocratie sanitaire. Elle conforte la volonté d'humanisation des hôpitaux défendue par les ministères, ainsi que leur reconnaissance en tant qu'espace public.

Les études déjà menées auprès des publics empêchés nous donnent certaines indications sur un « décalage » existant entre les discours portés sur les programmes culturels, leur vision et utilisation par les différents acteurs concernés. Ce point nous intéresse particulièrement.

Maintenant que nous avons défini les enjeux de ce programme national tel qu'ils sont définis par les ministères concernés, nous allons nous intéresser de plus près à la concrétisation de ces discours en observant les différentes formes de mise en application du programme « Culture à l'hôpital ».

Chapitre II

Les différentes formes de mise en application du programme « Culture à l'hôpital » :

Il s'agit ici de mettre en lumière les divergences existant dans l'application du programme « Culture à l'hôpital ». Partant de l'analyse détaillée de son cadre de référence, à savoir la convention nationale du 04 mai 1999, nous pourrons observer comment les discours ministériels sur ce programme sont transposés ou non, au travers des différents articles qui la constituent. Conventions et discours font ici l'objet d'une analyse de contenu.
Par ailleurs, l'une des caractéristiques de cette convention tient dans son originalité à proposer une véritable dynamique de « projet culturel » pour les établissements hospitaliers. Cette logique mérite d'être questionnée, notamment en interrogeant ce qu'elle peut apporter à l'institution, mais également la positon qu'elle occupe au regard du projet d'établissement.
Pour pouvoir traiter de la diversité de la mise en application de la convention nationale, nous avons souhaité prospecter dans des régions différentes, pour cela nous avons arrêté notre choix sur trois établissements que sont l'hôpital du Vinatier (Rhône-Alpes), la Fondation Bon Sauveur d'Alby (Midi-Pyrénées) et l'hôpital de Montfavet (PACA).

Partant de là, il est possible de procéder à une étude comparative de conventions régionales, relatives à nos terrains de recherche. L'objectif premier est de comprendre les variations qui apparaissent dans les applications locales de la convention nationale, et ce, afin de rendre compte des modalités de mise en application du programme « Culture à l'hôpital ».

1. La convention nationale du 4 mai 1999, un cadre de référence :

Avant d'analyser les conventions régionales, il convient préalablement de reprendre en détail la convention nationale « Culture à l'hôpital »[37].

L'article 1 définit les jumelages entre hôpitaux et équipements culturels. Sont considérés comme équipements culturels, les lieux culturels sous tutelle de l'État ou/et des collectivités, proposant des programmes d'action et de diffusion culturelles.
Pour être considéré comme jumelage, le partenariat doit répondre à certains critères. Le premier concerne la durée: le jumelage doit être établi sur une durée minimale d'un an, éventuellement renouvelable. Le jumelage doit également permettre l'organisation d'un atelier de pratique artistique auprès des malades d'un service, en lien avec des artistes professionnels de la région.
Par l'article 1, le ministère de la Culture marque sa volonté d'ouvrir les équipements culturels à tous les publics. Néanmoins, c'est l'hôpital qui doit être à l'initiative du partenariat et le choix de l'équipement culturel se fera en fonction de différents critères : âge des patients, nature de leur pathologie. Cette demande de partenariat sous-tend l'idée d'une logique de projet culturel, déjà annoncée en préambule de la convention. C'est l'un des points essentiels et novateur de cette convention, nous y reviendrons par la suite.

L'article 2 traite du développement des bibliothèques dans les hôpitaux. Cette volonté de voir se développer des bibliothèques au sein des hôpitaux répond à plusieurs objectifs révélés entre autres par une enquête menée en 1992, par les ministères de la Culture et de la Santé. Les bénéfices de leur présence sont observables à plusieurs niveaux. Il s'agit d'une activité culturelle permettant un rassemblement de tous les publics. Également accessible au personnel de l'hôpital, elle peut être l'occasion d'échanges et de rencontres.

L'article 3 fait référence à la mise en place de la fonction de responsable culturel. Afin de coordonner les projets, l'État souhaite voir se développer la création de postes de responsables culturels. Avec la mise en place du dispositif emploi jeune il assurera 80 % du coût salarial de chaque poste sur la base du SMIC (salaire minimum interprofessionnel de croissance). Le

[37] Se reporter à l'annexe 1.

ministère de la Culture et de la Communication mettra en place des formations adaptées pour ces responsables culturels. Un objectif de cent responsables culturels est fixé pour une période de cinq ans.

L'article 4 traite de la mise en application des conventions régionales. Chaque région doit mettre en place sa propre convention, cette démarche ne revêt aucun caractère obligatoire. Les deux ministères seront représentés respectivement par la DRAC et l'ARH de chaque région signataire. Chaque convention régionale vise à appliquer localement les différents articles de la convention nationale.

L'article 5 est relatif à la question de l'évaluation. Le ministère de la Culture et de la Communication établira chaque année une évaluation des différentes actions réalisées qu'il soumettra au secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale. Les modalités d'évaluation ne sont pas définies explicitement.
Peu après a été mise en place la Circulaire 99-444 du 27 juillet 1999 relative au développement des activités culturelles dans les établissements de santé, intervenue en application de cette convention.

Les deux ministères affirment donc leur objectif d'impulser une véritable dynamique culturelle dans les établissements hospitaliers, grâce notamment au développement de véritables projets inscrits dans la durée. Mais la mise en place et le développement d'un projet ne sont pas un acte anodin, notamment dans le milieu hospitalier. Les seuls projets inscrits sont ceux qui prennent place au sein du projet d'établissement, nous faisons notamment référence au projet de soins. Pour saisir les enjeux dont est porteur le projet culturel et comprendre la place qui peut lui être allouée dans l'institution hospitalière, il convient de saisir la position qu'il peut occuper au sein ou aux côtés du projet d'établissement, pour cela il faut préalablement définir ce dernier et son fonctionnement.

2. Le projet culturel, un enjeu contemporain pour l'hôpital :

L'action culturelle n'est pas nouvelle dans les établissements hospitaliers, par contre le projet culturel est un phénomène relativement contemporain. Les travaux de Patrick Basse apportent un éclairage sur les enjeux inhérents aux projets, dans l'institution hospitalière. Ils favorisent la compréhension de l'inscription possible du projet culturel. Les recherches de Michel Crozier et Erhard Friedberg quant à elles participent de la compréhension du projet culturel en tant qu'élément possible de l'action stratégique et collective.

Les travaux menés dans la deuxième moitié du XXe permettent de penser l'hôpital en tant qu'organisation. Répondant à des règles et contraintes, l'hôpital évolue dans la lignée de la politique institutionnelle définie par le projet d'établissement.

Nous allons nous intéresser à la place que le projet culturel peut occuper dans l'organisation hospitalière, à travers entre autres, l'inscription qu'il prend dans le projet d'établissement.

2.1 Projet culturel et projet d'établissement :

2.1.1 Les travaux de Patrick Basse sur le projet d'établissement :

Avant de s'intéresser à l'inscription du projet culturel dans le projet d'établissement, il convient de définir ce qu'est un projet d'établissement et la fonction qu'il occupe dans un hôpital. Pour ce faire, nous prendrons appui sur les travaux menés par Patrick Basse. Ce chercheur en Sciences de l'Information et de la Communication travaille sur la question du projet d'établissement à l'hôpital. Son travail consiste à questionner en quoi sa mise en place modifie la place de l'infirmière surveillante dans les dispositifs de travail et d'écriture. Ses recherches ont nourri notre réflexion sur la place occupée par le projet culturel à côté des traditionnels projets menés dans les institutions hospitalières.

Le projet d'établissement a été constitué par la loi du 31 juillet 1991. Cette dernière atteste de la volonté de transformation des établissements hospitaliers, pour permettre notamment le passage d'un statut institutionnel à un statut organisationnel[38] (Herreros, 2007).
Le projet regroupe l'ensemble des projets institués dans l'hôpital : le projet médical, le projet de soins infirmiers, le projet de service, le projet social et le projet de gestion. La mise en place de projets renforce une logique de transformations organisationnelles. Les directions encouragent et exigent la mise en place de divers projets dont la démarche se veut « participative ».
Le projet d'établissement est l'une des composantes de la communication institutionnelle ; sa fonction stratégique est importante. Établi pour une durée maximale de cinq ans, l'élaboration du projet d'établissement se fait avant tout à partir du projet médical. Les cadres et les médecins contribuent peu à sa mise en place. Ce constat se pose comme contradiction face à la fonction de relais qu'ils sont censés tenir dans leur service, nous y reviendrons (Basse, 2003).

L'instauration du projet d'établissement participe d'un déplacement symbolique des pouvoirs. Patrick Basse démontre comment il génère des transformations ou des recompositions organisationnelles. Nous partageons ce positionnement et tâcherons d'identifier en quoi, à son niveau, le projet culturel apporte des modifications dans l'organisation hospitalière.

Le projet d'établissement a pour l'institution hospitalière, une fonction de légitimation. Il permet un mode de communication nouveau, favorisant selon Jean-Pierre Boutinet (1990), un mode de communication plus horizontal dans les rapports entre individus. Cependant, nous doutons que ce constat puisse s'appliquer au projet culturel, d'abord parce qu'il ne mobilise pas suffisamment d'acteurs puis parce que sa dimension contemporaine participe au fait qu'il ne soit pas reconnu comme élément fédérateur, au sein de l'organisation.
Patrick Basse aborde le projet en tant qu'objet managérial et communicationnel. En prenant appui sur les travaux de Jean- Pierre Boutinet, il analyse le projet de soins infirmiers. Il apporte un éclairage sur les deux positions que peut occuper le projet en fonction de la situation. De prime abord reconnu comme un « régulateur social », le projet peut aussi être « objet de dérégulations ». Patrick Basse fait ici référence aux « concurrences symboliques »

[38] Gilles Herreros marque ici une distinction entre les deux dimensions des établissements hospitaliers. La dimension institutionnelle qui tend à s'incliner et la dimension organisationnelle qui se développe, mais n'est pas encore acquise.

qu'il génère, notamment depuis l'instauration obligatoire des projets de service en 1991 (2003: 334). À un niveau plus micro[39], l'auteur les analyse. Il nous permet de percevoir les difficultés inhérentes à leur instauration. Le temps nécessaire, les réunions consacrées à sa mise en place sont autant de temps en moins qui peuvent être accordés aux soins et aux patients. Nous questionnerons ce qu'il en est pour l'instauration d'un projet culturel. Du fait même qu'il n'est pas inscrit dans une logique soignante, nous pensons que les difficultés à le mettre en place vont se renforcer.

Patrick Basse définit le projet d'établissement comme objet institué. Pour notre part, nous démontrerons comment le projet culturel peut être pensé comme objet instituant ; il modifie les traditionnels rapports de pouvoir établis par le cadre hospitalier. La définition formulée par Gilles Herreros énonce parfaitement ce que nous entendons autour de ces deux termes:

> « L'institué est ce lieu de pouvoir figé, rendu presque invisible dans sa forme idéologique, et où plus rien ne se joue, si ce n'est le pouvoir établi. "L'instituant", c'est tout ce qui vient bousculer les ornières d'une organisation, et les pratiques professionnelles » (Herreros in DRAC Rhône-Alpes, ARH Rhône-Alpes, 2001:114).

Le projet, quel qu'il soit, a pour particularité d'être vecteur de connexions. La définition donnée par Luc Boltanski et Ève Chiapello, reprise par Basse, correspond à ce qui s'opère dans le projet culturel, c'est celle que nous retiendrons. Le projet « rassemble temporairement des personnes très disparates, et se présente comme un bout de réseau fortement activé pendant une période relativement courte, mais qui permet de forger des liens plus durables qui seront ensuite mis en sommeil tout en restant disponibles » (Boltanski et Chiapello cité par Basse, 2003 : 349).

2.1.2 Le projet culturel comme formalisation de « l'action stratégique » :

D'autres chercheurs nous ont permis d'avancer sur la notion de projet et d'en saisir tous les enjeux connexes. C'est le cas des travaux menés par Michel Crozier et Erhard Friedberg qui nous permettent de penser le projet culturel comme action stratégique. Leurs réflexions aboutissent pour partie à la définition d'une méthodologie appelée l'analyse stratégique. Il convient alors de définir l'acception dans laquelle elle est mobilisée.

[39] Les termes de « micro » et « macro » sont mobilisés dans la recherche dans le sens microsociologique et macrosociologique.

Les auteurs postulent que dans une organisation une part de liberté est possible pour chaque individu. Le contexte de l'organisation contraint souvent cette liberté, mais ne peut pas la nier totalement. Leurs travaux évoluent essentiellement autour de la notion de pouvoir. Elle occupe une place déterminante. La marge de liberté prise par chacun des acteurs permet d'atteindre une forme de pouvoir dans l'organisation. À l'hôpital, nous postulons que le projet permet aux acteurs une certaine marge de liberté. Néanmoins, elle ne participe pas nécessairement à l'acquisition d'une forme de pouvoir au sein de l'institution.

Les stratégies adoptées par les acteurs sont orientées par les jeux de pouvoir définis par l'organisation. Ces derniers sont régulés par l'organisation. Elle contraint la liberté d'action des individus et oriente par là même leurs stratégies. Le projet culturel parait « échapper » au contrôle direct de l'organisation. Les rapports de pouvoir apparaissent comme « suspendus » lors des ateliers culturels. Les jeux de pouvoir malgré les apparences ne sont pas figés et sont constamment remis en question. Le projet culturel (via le dispositif de l'atelier culturel) nous parait être un élément possible de cette remise en question.

Les travaux de Michel Crozier et Erhard Friedberg contribuent à la compréhension du détournement des contraintes du système par les individus. En effet, ils restent en possession d'une certaine liberté qu'ils peuvent utiliser dans une visée stratégique, au cours de leurs interactions. Dans l'organisation que nous étudions, l'hôpital psychiatrique, nous postulons que le projet culturel permet l'expression de cette liberté. De là devrait donc découler une modification des rôles tenus par les acteurs. C'est précisément parce que le projet culturel et plus particulièrement son principal dispositif : l'atelier, suscitent l'émergence de nouveaux rôles dans l'organisation hospitalière, qu'il devient pertinent de s'y intéresser et de les prendre pour objet d'étude.

> « Le rôle tel que l'entend l'analyse classique pourrait ainsi se reconceptualiser comme un état d'équilibre relativement stable entre, d'une part, une ou plusieurs stratégies minoritaires, état d'équilibre défini par un seuil au-delà duquel il y aurait basculement, une nouvelle stratégie dominante prenant la place de l'ancienne avec toutes les conséquences que cela comporte pour le jeu et, partant, pour l'ensemble.
> Une telle perspective assouplit et enrichit considérablement l'analyse classique en termes de rôles, si elle ne la fait pas éclater entièrement. Car ce qui se trouve défini ici et ce qui conditionne la stabilité et la persistance de l'ensemble, ce n'est que très indirectement le comportement même des acteurs appelés à jouer tel ou tel rôle. C'est une répartition entre un ensemble de stratégies possibles, répartition que les acteurs devront certes respecter s'ils veulent que le jeu reste stable, mais à l'intérieur de laquelle ils pourront aussi expérimenter d'autres "comportements de rôle" sans qu'immédiatement ils soient sanctionnés pour leur "déviance".

> C’est pourquoi, d’un point de vue méthodologique et de stratégie de recherche, les écarts, les irrégularités deviennent ici tout aussi importants pour l’analyse sinon plus que les régularités et les modes de comportements dominants. Car l’existence de ces “minorités” (dans un “rôle” donné) montre qu’il y a choix, et non seulement contrainte, et que d’autres stratégies sont possibles, permettant d’obtenir les mêmes “récompenses” ou éventuellement d’autres plus importantes, par des voies non majoritaires » (Crozier, Friedberg, 1992 : 120).

La réflexion posée par les auteurs sur l’influence du contexte dans l’action stratégique tend à invalider l’hypothèse selon laquelle le cadre hospitalier soit à lui seul l’explication du non-maintien (si tel est le cas), des interactions initiées par le projet culturel et plus spécifiquement par le dispositif de l’atelier.

> « Non pas que le “contexte” ne constitue pas une contrainte. C’est précisément parce qu’il n’est que cela- c'est-à-dire un ensemble de facteurs limitants, mais n’éliminant jamais complètement la capacité de choix des acteurs organisationnels- que le contexte ne peut légitimement être considéré comme déterminant les structures, voire les modes de fonctionnement des organisations » (Crozier, Friedberg, 1992 : 150).

Pour les auteurs, le contexte est indéniablement une contrainte qui ne nie pas pour autant la liberté d’action des individus. Nous postulons que pour le personnel hospitalier l’atelier culturel peut représenter une « solution temporaire » à la contrainte imposée par le contexte du service et par le cadre de l’hôpital. Il sera donc nécessaire pour nous d’identifier quelles sont les autres contraintes qui pèsent sur les relations soignants-soignés.

Michel De Certeau dans *L’invention du quotidien* (1990) a mis à jour le concept de « bricolage ». Prenant pour exemple les indiens, l’auteur y compare les usagers pour montrer qu’ils sont en mesure de développer des stratégies parallèles au système et pouvant servir leurs propres intérêts. Cette approche nous rappelle celle formulée par Michel Crozier.
Les « manières de faire » définies par Michel De Certeau permettent d’aller à l’encontre de la surveillance qui s’étend à l’ensemble de la société. Il s’agit d’actes formés à l’échelle micro qui apparaissent presque comme une antidiscipline. Si les usagers se plient au système, c’est pour mieux le détourner. Même si dans notre cas ce dernier n’est pas nécessairement pensé, nous pensons que l’atelier culturel permet un détournement des règles établies dans l’hôpital psychiatrique, il en remet en questions certains fondements.

Maintenant que nous avons défini ce qu'est un projet et un projet d'établissement, nous pouvons interroger l'intérêt pour l'institution hospitalière de développer un projet culturel.

2.2 L'institutionnalisation du projet culturel :

2.2.1 Un projet pensé à l'échelle de l'institution :

L'entrée d'un établissement hospitalier dans le programme « Culture à l'hôpital » est souvent le témoignage d'un changement de statut accordé au projet culturel. Ceux qui ont été menés en amont ont rarement bénéficié d'une reconnaissance officielle. Leur inscription dans l'établissement était plutôt réduite. Elle se faisait à l'échelle des services de soins. Le projet culturel n'avait pas alors de dimension globale, on parlait d'ailleurs davantage d'un « projet de service » ou d'un « projet culturel de service ».

Depuis la fin des années 1990 et la mise en place du programme « Culture à l'hôpital », on passe de l'inscription du projet culturel d'une échelle micro (l'unité), à une échelle macro (l'établissement).

L'institutionnalisation est aussi synonyme d'augmentation des budgets, mais ils ne proviennent pas nécessairement de la Direction. Ce sont les financements accordés par la DRAC et par l'ARH qui permettent de penser des projets culturels de plus grande envergure, ne se limitant plus à des actions ponctuelles. L'hôpital s'engage dans un travail de réflexion. Il devient partie prenante du projet, le menant en collaboration étroite avec les artistes et les structures culturelles. L'hôpital n'est plus un simple lieu d'accueil de manifestations culturelles, il en devient concepteur.

Pensé à l'échelle de l'établissement, le projet culturel s'adresse à une majorité de patients et non plus à un public spécifique. Il est accessible aux personnes en traitement dans les services ouverts et fermés ainsi qu'à ceux hospitalisés en extra (dans les hôpitaux de jour). Loin du fonctionnement strict des projets thérapeutiques, le projet culturel représente une alternative aux groupes fermés constitués dans les actions culturelles précédemment citées.

Dans sa conception, le projet culturel est élaboré en rapport avec la culture qui se développe à l'extérieur. Il permet de faire accéder des personnes en difficultés (physiques, mais aussi financières) à une vie culturelle.

Il reste avant tout pensé en lien direct avec les objectifs du projet d'établissement.

2.2.2 Le projet culturel comme vecteur identitaire pour la communauté hospitalière :

Les apports de la sociologie nous ont permis de définir la notion d'identité opérante dans les projets culturels. Les recherches de Gilles Herreros sur l'organisation hospitalière nous sont apparues des plus éclairantes. Les acceptions connues pour la notion d'identité sont d'une telle multiplicité qu'il n'apparaît ni possible ni judicieux de les énumérer. Nous nous contenterons de retenir celle proposée par Gilles Herreros. Elle nous a permis d'aborder la question des modifications identitaires générées par le projet culturel, tant au niveau individuel que collectif :

> « La notion d'identité, venant prolonger et spécifier celle de "culture", est un terme classique des sciences humaines et plus spécifiquement de la sociologie des organisations. Elle désigne ce par quoi un individu, des groupes, des collectifs se construisent, s'affirment, se dotent de caractéristiques propres qui vont devenir les fondements de leurs comportements, de leurs rapports à eux- mêmes et aux autres. Partant de là, l'identité professionnelle, tout comme l'identité individuelle, renvoie à un ensemble de données qui font que, d'une part les membres d'un groupement ou d'une profession se (re) connaissent un "commun" et que, d'autre part les mêmes parviennent à se singulariser, se distinguer- sous des formes plus ou moins électives- de toutes les autres catégories » (Herreros in Direction régionale des affaires culturelles Rhône Alpes et Agence régionale de l'hospitalisation Rhône Alpes, 2001: 105).

Le projet culturel crée du développement social, car il permet le passage « d'identités de retrait (celles qui sont dans la dénégation de l'autre) à des identités d'initiatives (celles qui permettent de se construire » (Direction régionale des affaires culturelles Rhône Alpes et Agence régionale de l'hospitalisation Rhône Alpes, 2001 : 100).
Pour l'auteur, le projet culturel participe d'un déplacement des identités professionnelles. On passe d'identités professionnelles « au travail » à des identités professionnelles « en travail ». Gilles Herreros aborde le projet culturel comme « scène possible de controverses » au sein de l'institution hospitalière. Il s'intéresse davantage au processus du projet culturel qu'à son contenu. C'est lui qui va permettre une transformation des relations. Nous partageons cette théorie, que nous appliquerons à une échelle différente, celle de l'atelier culturel.

Un autre auteur nous a permis de compléter notre réflexion sur l'identité, par une mise en correspondance avec la notion de culture. Les travaux menés par Jean Caune permettent

d'envisager le projet culturel comme vecteur de reconnaissance identitaire pour la communauté hospitalière (Caune, 1999). Dans l'entreprise, la culture est mobilisée pour assurer une communication globale. Bien que nous ne considérions pas l'hôpital comme une « entreprise », elle en possède certaines caractéristiques qui permettent d'établir les rapprochements suivants.

Dans les entreprises, la culture est en lien direct avec le concept d'identité, au regard de l'auteur c'est ce qui en fait son principal intérêt. L'identité d'une organisation trouve un moyen d'expression au travers de la culture et la culture est la manifestation d'une identité institutionnelle. Les pratiques culturelles et les représentations collectives participent de la construction de l'identité de l'entreprise. La culture permet aux salariés de construire ou de valoriser un sentiment d'appartenance, d'intégration à une communauté professionnelle. Elle relève de la communication d'entreprise.

Nous avons détaillé le cadre de ce programme, puis interrogé l'un de ces principaux enjeux, la logique de projet culturel. Désormais, il serait intéressant d'observer les différentes formes de mise en application de la convention nationale. Pour cela, il convient préalablement, pour des raisons de faisabilité, de réduire le champ d'investigation et de définir des terrains à étudier.

3. Les hôpitaux prospectés :

Le programme « Culture à l'hôpital » faisant l'objet d'une application à l'échelle régionale, il est apparu nécessaire de diversifier les terrains de recherche. Le premier hôpital pris pour objet d'étude est celui du Vinatier à Bron (Rhône Alpes). Il a fait l'objet d'une dizaine d'entretiens exploratoires de février à mai 2007. Puis, la volonté de prospecter dans des régions différentes, moins impliquées dans ce programme, nous a conduits à arrêter notre choix sur la Fondation Bon Sauveur d'Alby dans le Tarn et le Centre hospitalier spécialisé de Montfavet dans le Vaucluse. Une deuxième phase d'entretiens s'est alors déroulée dans ces deux établissements de septembre à décembre 2008 (13 entretiens). Enfin, une dernière phase complémentaire, concernant les non-participants aux projets culturels, a été conduite en janvier 2009 à la Fondation Bon Sauveur d'Alby (10 entretiens). Ces deux séries d'entretiens

nous ont permis d'interroger les responsables culturels, les artistes intervenants ainsi que le personnel hospitalier participant et non participant aux projets culturels.

3.1 La FERME du Vinatier, terrain d'étude pour la construction de la problématique :

Une étude sur la médiation culturelle dans les hôpitaux psychiatriques ne pouvait pas se faire sans parler de l'hôpital du Vinatier. Il fait figure de précurseur dans la mise en place de la convention « Culture à l'hôpital ».

Situé à Bron près de Lyon, il s'agit du deuxième hôpital psychiatrique français. Son rapport à l'art et à la culture est des plus manifestes. D'abord foyer du mouvement de la psychothérapie institutionnelle dans les années soixante, il est ensuite choisi pour expérimenter le programme « Culture à l'hôpital » avec la création de la Fondation pour l'étude et la recherche sur les mémoires et l'expression (FERME) en 1997.

L'hôpital du Vinatier (à travers les actions de la FERME) est sans aucun doute l'établissement hospitalier français le plus à même de témoigner de la diversité des actions développées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ». C'est la raison pour laquelle nous l'avons choisi pour mener nos premiers entretiens[40], mais c'est aussi l'un des motifs qui explique que nous ne lui avons accordé qu'un caractère exploratoire.

3.1.1 L'histoire de l'art et de la culture à l'hôpital du Vinatier :

L'historique des actions culturelles menées à l'hôpital du Vinatier est apparu comme trop conséquent au regard de la place qui y est accordée dans notre recherche. Nous avons donc concentré notre attention sur un point qui nous paraît essentiel dans le rapport de l'établissement aux projets culturels, à savoir l'émergence de la psychothérapie institutionnelle.

Ce mouvement a engendré des modifications dans les diverses relations institutionnelles, permettant entre autres l'élaboration d'un nouveau rapport soignant/soigné.

Après la période de la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital psychiatrique prend un nouvel essor, les patients sont de plus en plus considérés en tant que personnes. Dans la mise

[40] Dans le cadre de cette enquête exploratoire une douzaine de professionnels a été interrogée (personnel participant aux activités culturelles et artistes intervenants) entre février et mai 2007.

en place de la psychothérapie institutionnelle, une place importante est attribuée au domaine culturel avec par exemple l'organisation de productions artistiques ou de groupes de théâtre.

Dans les années cinquante, sous la coupe d'une nouvelle stratégie thérapeutique issue d'un médecin-chef du Vinatier, Mr Paul Balvet, le pavillon 5f devient le lieu d'élaboration d'un véritable projet de rénovation de l'institution psychiatrique grâce à l'avènement d'une thérapie dite occupationnelle ou récréationnelle.

Le recours à l'art et la culture dans l'hôpital psychiatrique est donc historiquement lié à des préoccupations d'ordre thérapeutiques et occupationnelles. Bien que nous ne faisions ici référence qu'à l'hôpital du Vinatier, ce constat est applicable et vérifiable dans l'ensemble des anciens asiles.

Partant du désir de rupture de la solitude, dans laquelle une majorité de patients se trouve enfermée, le médecin-chef Paul Balvet a développé une série d'activités culturelles qu'il présente comme thérapeutiques. La lecture est l'une des premières activités mises en place. Une mise à disposition de livres est permise grâce à la création d'une petite bibliothèque gérée par un petit groupe de patients. Des séances de cinéma sont également proposées avec la mise en place d'une séance de projection hebdomadaire.

Dans ce projet de thérapie occupationnelle, l'ergothérapie trouve également sa place avec des cours de dessins dispensés à certains patients dès la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Le projet de Paul Balvet n'a pas pour simple objectif une amélioration interne de l'institution, il souhaite en ouvrir les portes ; en témoigne l'exposition en automne 1958 dans une galerie lyonnaise, d'un ensemble d'œuvre œuvres réalisées par des patients du Vinatier. Ce médecin a multiplié les démarches pour que les patients puissent (bien qu'à titre occasionnel) sortir de l'hôpital, ce qui fut par exemple le cas en mars 1951 où deux groupes de patients ont été choisis pour participer à une sortie à caractère culturel, la visite de l'exposition Van Gogh présentée au Palais Saint-Pierre. Souhaitant également amener ses patients à dire leur souffrance, leur douleur afin de pouvoir la dépasser, Balvet instaure la création d'un journal interne dans lequel les malades sont amenés à s'exprimer.

Dans ce contexte de l'après-guerre, où l'image de l'ancien asile est toujours accolée à celle de l'hôpital psychiatrique en tant que lieu de folie et de contention, on comprend le caractère novateur tout autant que la difficulté du projet entrepris par Balvet. Il tente d'entraîner avec lui et la profession du milieu psychiatrique, les patients eux-mêmes afin

qu'ils prennent part au changement de leur statut et de leurs conditions de vie, face à une société où la folie était et reste toujours stigmatisée.

Près d'un demi-siècle plus tard, l'hôpital du Vinatier devient le modèle du développement de la politique culturelle avec la création de la Fondation pour l'Étude et la Recherche sur les mémoires et l'Expression (FERME). Le projet culturel n'est plus projet thérapeutique comme ce fut le cas à l'époque de Balvet mais devient véritable projet artistique à part entière.

3.1.2 La FERME : Fondation pour l'Étude et la Recherche sur les Mémoires et l'Expression :

Créée en 1997, la FERME du Vinatier était à l'origine destinée à n'être qu'un simple musée agricole. Tel était le projet initial qui devait permettre de préserver la mémoire de l'hôpital en témoignant de son ancien mode de vie autarcique. Mais l'expérience ne s'est pas arrêtée à la simple ouverture d'un musée, et sur proposition de Mme Carine Delanoë-Vieux, un projet culturel a été mis en place. Aujourd'hui la FERME du Vinatier, situé au cœur de l'hôpital psychiatrique est un véritable pôle culturel.

Le choix des programmations est effectué par l'équipe de la FERME, puis soumis à un conseil scientifique multidisciplinaire regroupant chercheurs, scientifiques et universitaires[41]. Les objectifs des actions culturelles menées par la FERME sont bien distincts des actions culturelles menées précédemment dans l'hôpital :

> « Le positionnement des activités de la FERME du Vinatier diffère radicalement de celui des ateliers de créativité ou d'expression personnelle. Il diffère aussi d'une logique de réhabilitation de la personne malade à travers la valorisation dans l'espace social de son œuvre. En effet, il ne s'agit pas tant de favoriser la création individuelle dans le cadre d'ateliers de pratique artistique, mais d'organiser la participation active de personnes malades à la réalisation d'un projet artistique collectif dont les modes de diffusion sont pensés en amont et dont la qualité est garantie par l'intervention d'artistes professionnels » (Delanoë Vieux in Centre hospitalier le Vinatier, 1999 : 6).

[41] Les membres du conseil scientifique de la FERME du Vinatier sont : Jacques Hochmann, Carine Delanoë-Vieux, Isabelle Bégou, Jacques Bonniel, Philippe Didier, Jean Paul Filiod, Jean Furtos, Michel Gillet, Nathalie Giloux, Gilles Herreros, François Laplantine, Anne Parriaud, François Portet, Jacques Poisat, Thierry Rochet, Dominique Valmary, Isabelle Von Bueltzingsloewen. (2007).

En donnant un élargissement maximal à la notion de culture, la FERME oriente ses actions vers trois domaines précis d'intervention, il s'agit de la création contemporaine, du patrimoine, et des sciences sociales. Leur point commun est qu'ils sont tous réalisés en partenariat avec des structures culturelles environnantes et donc s'insèrent parfaitement dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

Du point de vue structurel, les bâtiments nord de la FERME accueillent la salle d'exposition (avec une programmation par saison). Au sud, on retrouve une salle identique réservée aux ateliers de création et aux formations mises en œuvre dans le cadre des partenariats artistiques.

→ *Une multiplicité de champs d'intervention* :

Depuis 2002, la compagnie des Trois-huit anime des ateliers d'initiation théâtrale à destination des patients et du personnel désireux de les accompagner. Avant le début des séances, une rencontre a lieu avec les artistes, suivie d'une présentation de l'atelier. Des temps de lecture et d'échanges sont proposés dans les unités de soins de l'hôpital par les artistes en résidence.

Pendant près de quatre ans, la compagnie de théâtre les 3 Huit a investi les murs de l'institution. Tous les mardis, des ateliers de théâtre ont été proposés aux patients, des répétitions publiques ont été organisées ainsi qu'une programmation de pièces de théâtre. Dans l'optique d'ouvrir leur démarche et de ne pas la limiter à un groupe précis de patients, la compagnie les 3 Huit a également entrepris des lectures de textes dans des services fermés.

Après plusieurs années de fonctionnement et en dépit d'une réussite toujours constante, ce partenariat a pris fin. Les raisons en sont diverses, tout d'abord l'action avait tendance à prendre un caractère occupationnel et n'était plus inscrite dans le cadre d'un projet précis.

Un bilan de ce partenariat a été réalisé, les résultats sont plutôt encourageants. Les patients ont été satisfaits de ce qui leur a été proposé durant plusieurs années, mais n'ont pas manifesté de mécontentement face à la cessation des ateliers. Cette dernière a été légitimée par une autre proposition prenant la relève, celle d'un atelier de danse hip-hop.

Présente dès le début de la FERME, l'action musicale a vu sa place et l'importance de ses projets augmenter progressivement au fur et à mesure des années. S'en est suivi la mise en place de formations à l'art vocal à destination des soignants (reconduites quatre années

suite à une forte demande), puis plus tardivement la mise en place d'ateliers d'écriture de chansons à destination des patients. En 2005, l'aventure se poursuit grâce à la mise à disposition par le Conservatoire National de région de Lyon de quatre musiciens intervenants. Ce partenariat s'inscrit dans la continuité du projet *« Les Hauts Navires à musique »* insufflé par la FERME. Il témoigne de la réussite de cette dernière dans ses propositions de projets qui en plus de s'inscrire dans la durée peuvent évoluer de manière autonome.

La danse est aussi présente. Dans un souci de démocratisation de la danse contemporaine et d'un élargissement de ses publics, la compagnie Christiane Blaise a souhaité venir sensibiliser patients et professionnels du Vinatier à l'art chorégraphique.

Les arts de rue trouvent aussi place à la FERME du Vinatier. Sortant des circuits traditionnels du milieu artistique, la FERME propose aux patients de l'hôpital des ateliers liés aux nouvelles pratiques artistiques urbaines émergentes. En témoigne ce partenariat conclu en 2003 avec l'ISM-CORUM[42] qui est un centre de ressource œuvrant pour la reconnaissance des pratiques artistiques liées aux cultures urbaines et cultures du monde ; deux artistes grapheurs sont intervenus auprès d'adolescents hospitalisés. Trois semaines d'intervention ont été programmées en mars, mai et juin. Le travail de ces ateliers a fait l'objet d'une exposition à la FERME sous forme de panneaux graffés. Le choix de ce médium artistique particulièrement récent témoigne d'une grande ouverture de la FERME quant au choix de sa programmation et atteste d'un désir réel de proposer des ateliers en adéquation avec l'âge et les centres d'intérêt supposés des participants. Ici, le choix du graff est particulièrement adapté à la population adolescente composant l'atelier ; sa valeur de mode d'expression des minorités ne laisse pas indifférents ces jeunes patients qui peuvent y trouver une certaine marque de reconnaissance. On peut néanmoins douter du succès d'un tel atelier dans un service de gérontopsychiatrie par exemple. Ce point attire notre attention sur l'importance de la prise en compte des destinataires de l'action proposée ; ce qui explique également (en dépit du problème de surnombre) que les ateliers ne soient proposés qu'à un ou quelques services particuliers.

Parmi les diverses actions de la FERME figure l'accueil d'artistes en résidence. Un contrat moral est passé entre la FERME et les artistes qu'elle souhaite faire intervenir. Ils sont

[42] ISM CORUM signifie Inter Service Migrants- Centre d'observation et de Recherche sur l'Urbain et ses mutations.

accueillis en résidence et en contrepartie s'engagent à travailler avec des patients via la mise en place d'ateliers afin d'aboutir à une création présentée publiquement.

La série d'entretiens que nous avons menée à l'hôpital du Vinatier ne s'est pas révélée suffisamment approfondie pour que nous puissions lui accorder un statut autre que celui de terrain exploratoire. De plus, le Vinatier étant considéré comme le pôle du programme « Culture à l'hôpital » nous souhaitions allez voir ce qu'il se passait ailleurs, comment le programme était appliqué dans d'autres régions ? Enfin, les entretiens qui nous ont été accordés concernaient essentiellement du personnel participant aux ateliers réservés aux salariés, or ce n'est pas l'aspect que nous souhaitons traiter dans cette recherche.
Dès lors, notre attention se concentrera sur les ateliers à destination des patients dans lesquels du personnel accompagnateur participe également au même titre, c'est ce que proposent les deux autres terrains d'étude sur lesquels notre choix s'est porté.

3. 2 La Fondation Bon Sauveur d'Alby :

3.2.1 Le choix de l'établissement :

La Fondation Bon Sauveur d'Alby a été créée par décret en Conseil d'État le 24 septembre 1982. C'est un ancien asile datant de 1835. Aujourd'hui établissement privé, la Fondation Bon Sauveur d'Alby est reconnue d'utilité publique en raison de sa participation au service public hospitalier. Elle s'organise autour de deux secteurs d'activités : sanitaire et social et médico-social. Les deux pôles regroupent plus de dix secteurs spécialisés : psychiatrie (adultes, enfants, adolescents), alcoologie, lutte contre la toxicomanie, exploration du sommeil, dépistage et prise en charge des handicaps, gériatrie, déficience auditive, oto-rhino-laryngologie, acupuncture formation infirmière. Plus de 1050 salariés travaillent dans cette institution.

Notre choix s'est porté sur cet établissement pour diverses raisons. Tout d'abord pour un aspect pratique, en effet l'hôpital se trouve à proximité de notre résidence ; mais surtout pour des raisons d'accessibilité. Nous travaillons avec cet établissement depuis notre mémoire d'Histoire de l'Art (2003) réalisé sur les ateliers de création en milieu hospitalier. Notre travail de DESS s'y est également référé (projet de valorisation d'une collection d'art brut.) Ces précédents travaux nous ont permis de multiplier nos collaborations au sein de l'hôpital,

d'obtenir avec plus de facilités certains documents et enfin d'avoir accès aux services fermés pour rencontrer le personnel soignant. Étant donné les difficultés qu'il y à s'intégrer dans un hôpital psychiatrique dès lors que nous ne sommes pas membre du personnel, nous avons souhaité profiter de nos acquis pour poursuivre la recherche sur ce terrain. De plus, les projets menés nous sont apparus comme particulièrement pertinents à étudier.

3.2.2 L'hôpital et son rapport à la culture :

La présence de l'action culturelle à la Fondation Bon Sauveur d'Alby est bien antérieure (comme dans la majorité des hôpitaux psychiatriques) à la mise en place de la convention nationale « Culture à l'hôpital ». L'établissement participe au programme depuis la saison 2005-2006. Nous allons rappeler les actions culturelles qui ont été menées en amont et en définir le cadre, afin de pouvoir apprécier par la suite les modifications apportées par les projets menés sous la convention « Culture à l'hôpital ».

C'est avant tout dans un cadre thérapeutique que s'est développé le recours à l'art dans l'institution. En intra[43], les ateliers de thérapies médiatisées s'organisent autour de diverses disciplines artistiques comme la peinture, l'écriture, la sculpture ou la musique. Menés par un infirmier diplômé en art thérapie, ils s'adressent aux patients ayant reçu une prescription médicale. Tous les patients sont susceptibles d'y participer quelle que soit leur pathologie. La participation du patient à ces ateliers est en lien direct avec la demande du médecin et fait partie intégrante du projet de soin. À ce titre, l'atelier thérapeutique est défini par un cadre strict. Un local est spécialement aménagé et dédié à ces activités au sein de l'hôpital. Tout patient n'ayant pas reçu de prescription ne peut être admis. Lorsque son hospitalisation est terminée, le patient n'a pas l'autorisation de poursuivre sa participation aux ateliers.

Nous verrons que le cadre est beaucoup plus souple dans les ateliers culturels menés avec le programme « Culture à l'hôpital ». Dans les ateliers d'art thérapie, aucun artiste n'intervient sauf exception, c'est le soignant qui dirige les ateliers. Ainsi, pour les patients, il n'y a pas de réelle distinction qui puisse être établie entre le temps d'atelier et le temps dans le

[43] Nous mobiliserons à plusieurs reprises les termes d'intra et d'extra au cours de cette recherche. Le terme d'intra hospitalier concerne les structures qui sont localisées à l'intérieur de l'établissement hospitalier tandis que l'extra hospitalier désigne les structures qui se trouvent à l'extérieur de l'hôpital comme les hôpitaux de jour par exemple. Le secteur psychiatrique est définit juridiquement dans sa double dimension intra et extra hospitalière depuis la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 (article 8.1).

service, il apparaît difficile d'imaginer que le patient puisse momentanément oublier sa situation de malade puisque la présence de l'infirmier et du cadre soignant est là pour le lui rappeler en continu. Chaque séance donne lieu à un rapport personnel rédigé par l'art-thérapeute qui est par la suite intégré au dossier médical du patient et repris en réunion de service.

Les participants savent donc qu'ils restent soumis au jugement du personnel hospitalier. Chacun des acteurs reste dans sa position initiale, la même qu'il occupe quotidiennement dans le service. C'est-à-dire que le patient est toujours là en tant que malade à qui il est nécessaire de promulguer des soins et l'infirmier art-thérapeute est là en tant que soignant chargé d'assurer la prise en charge de ses patients. Aucun autre membre du personnel n'est autorisé à assister aux ateliers thérapeutiques, seuls les arts thérapeutes et quelques stagiaires ont une présence légitime. Les rapports soignants-soignés restent donc similaires lors des ateliers thérapeutiques, nous verrons qu'il en est autrement dans les ateliers culturels menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

En extra, les hôpitaux de jour proposent fréquemment à leurs patients des ateliers culturels. Les animateurs ne sont ni artistes ni diplômés en art thérapie, il s'agit simplement de personnel soignant ayant un intérêt particulier pour les activités artistiques. Bien qu'il ne s'agisse ni d'un atelier d'art thérapie ni d'un projet culturel, les rapports entretenus entre le soignant et les patients s'apparentent plutôt à ceux observés dans le premier cas de figure. Ce phénomène est d'ailleurs observable dans nombre d'hôpitaux.

En parallèle à ces ateliers, certains hôpitaux de jour organisent de manière ponctuelle des visites de musées ou centres d'art contemporain avec quelques-uns de leurs patients. L'organisation de ces sorties dépend souvent de volontés personnelles et d'un certain investissement de la part de quelques soignants. Nous avons aussi pu remarquer que ces initiatives sont en partie liées à la culture du service.

En outre et de manière plus tardive, a émergé la mise en place de projets culturels à destination des patients (hors prétention thérapeutique). La volonté était de permettre au patient d'assurer une certaine continuité avec la vie extérieure, avec la culture, et ce, malgré son hospitalisation.

Un partenariat a été réalisé avec une association locale *Stop Art*. Créée en 1997, cette association de mécènes propose deux fois par mois des « divertissements » culturels et artistiques dans les hôpitaux tarnais avec des artistes issus du département et qui interviennent

dans toutes les disciplines artistiques. Elle se présente comme une association dérivée de *Rires Médecins,* l'une des plus anciennes structures intervenant en milieu hospitalier. Ce partenariat a permis de développer sur un programme annuel toute une série de représentations assurées par des artistes locaux (essentiellement conteurs et musiciens), dans certaines unités de l'établissement.

En plus de ce partenariat local, la Fondation Bon Sauveur d'Alby participe depuis de nombreuses années aux manifestations culturelles nationales (ponctuelles donc ne nécessitant par un budget trop important) telles que *Le Printemps des Poètes, Lire en Fête ou la Fête de la musique.*

L'ensemble des manifestations culturelles organisées par l'établissement avant sa participation au programme national est caractérisé par une absence de lieu défini. Le côté ponctuel de l'action a certainement contribué à ce manque de réflexion et de désignation d'un espace consacré. Néanmoins, la Fondation dispose d'un auditorium qui a permis d'accueillir deux compagnies théâtrales en résidence.

D'octobre 2003 à septembre 2004, c'est la Compagnie tarnaise *l'Astrolabe*. Le travail en résidence a consacré le montage d'une création : *Jour d'été.* Quelques répétitions, à hauteur d'une fois par mois, ont été ouvertes au public de l'hôpital, patient comme personnel. Elles ont permis de donner suite à des échanges autour de l'œuvre et du théâtre entre les différents groupes, cinq rencontres de ce type ont été organisées. La création produite par la Compagnie a fait l'objet de quatre représentations à destination du public de l'hôpital et du public extérieur. Parallèlement, un travail réflexif autour de la place de la culture à l'hôpital a été mené par les comédiens et l'institution. Il s'est concrétisé à travers l'organisation en décembre 2004 d'une projection-débat intitulée : « *De la Culture dans un lieu de soins ? Lieu de soins, lieu citoyen* ». La qualité des retours suite à ce partenariat théâtral, a incité la Fondation Bon Sauveur d'Alby à renouveler l'expérience quelques années plus tard.

La deuxième compagnie accueillie en résidence par la Fondation l'a été de novembre à décembre 2006. À ce moment, l'établissement participait déjà au programme « Culture à l'hôpital », néanmoins ce projet a été mené hors convention. Un partenariat avec l'Athanor (Scène nationale d'Albi) a été passé. La compagnie *Flagrants Désirs* a réalisé les répétitions de sa pièce *Mademoiselle Julie* dans l'auditorium mis à disposition par l'hôpital. De prime abord, on pourrait penser que la convention « Culture à l'hôpital » a permis de multiplier les projets culturels et n'a pas porté préjudice à d'autres. Toutefois, ce constat apparaît simpliste et nous verrons qu'il est loin d'être avéré. Cette résidence d'artistes a été très réduite en

comparaison à la première (de onze mois on passe à deux mois) ; cette réduction est en lien direct avec le manque de financement.

Enfin, notre choix s'est porté sur un troisième établissement, le centre hospitalier spécialisé de Montfavet dans le Vaucluse.

3.3 Le CHS de Montfavet :

3.3.1 Le choix de l'établissement :

Afin de rendre compte de la diversité d'application de la convention nationale « Culture à l'hôpital », nous avons souhaité prospecter dans une autre région. Notre choix s'est donc arrêté sur la région PACA avec l'hôpital de Montfavet. En raison de la présence de Camille Claudel[44] dans ses murs et de par l'importance des ateliers de thérapies médiatisées proposés, nous nous sommes interrogés sur la place faite et sur les éventuels apports des projets culturels menés dans le cadre du programme national. Comment le projet culturel peut-il prendre place dans un établissement ayant déjà un important potentiel et une offre importante en terme artistique et culturel ?
Le choix de cet hôpital est aussi lié aux côtés pratiques de son implantation. Il est proche de notre université et nous avons déjà eu l'occasion de travailler avec lui lors d'un projet de simulation, conduit durant notre année de DESS.

L'hôpital de Montfavet est situé à proximité d'Avignon ; c'est un Centre hospitalier spécialisé (CHS), établissement de soins de santé publique. Cet ancien asile a été conçu en 1844. Il a pour mission la prévention, les soins en santé mentale et la réinsertion sociale auprès de la population du département de Vaucluse.

[44] L'artiste Camille Claudel a été internée à l'hôpital de Montfavet (anciennement nommé asile de Montdevergues) de 1914 jusqu'à son décès en 1943.

3.3.2 L'hôpital et son rapport à la culture :

Depuis janvier 2007, l'établissement dispose d'une commission culturelle[45] qui se réunit en moyenne trois fois par an. La commission est consultée sur tous les projets culturels s'inscrivant dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » ainsi que sur les autres projets culturels sollicitant une participation financière de l'établissement. Les résultats prononcés par la Commission sont présentés au Conseil d'Administration qui formule une réponse sous les deux mois[46].

L'hôpital de Montfavet a développé, tout comme la Fondation Bon Sauveur d'Alby, des actions culturelles avant la mise en place du programme « Culture à l'hôpital ». L'histoire de l'internement de l'artiste Camille Claudel (de 1914 à 1944) dans l'établissement a suscité de nombreuses initiatives internes et externes autour de son œuvre. Le Centre hospitalier accueille donc diverses manifestations culturelles et continue à le faire en parallèle au programme national.

Les projets soutenus hors convention par l'établissement permettent par exemple d'exposer les œuvres produites dans le cadre des ateliers d'art thérapie ou d'accueillir en représentation la troupe de théâtre constituée par des patients d'un autre établissement psychiatrique. Arrêtons-nous un instant sur ce projet. Il a permis d'accueillir onze patients, quatre soignants du service de jour de l'Établissement Public de Santé mentale de Ville Evrard, accompagnés par un metteur en scène professionnel. On peut relever au passage que le caractère professionnel des intervenants est pris en compte bien que l'on ne soit pas dans le cadre d'un projet financé. Autre point, le metteur en scène intervient également auprès de jeunes dans les quartiers difficiles, nous verrons par la suite que c'est aussi le cas de certains intervenants que nous avons rencontrés au cours de notre recherche.

C'est à l'occasion du festival d'Avignon que cette troupe de patients adultes s'est produite à plusieurs reprises dans la salle de spectacle de l'hôpital de Montfavet entre le 10 et le 20 juillet 2008. Cet atelier de création théâtrale est basé à la fois sur le volontariat et sur le thérapeutique (prescription du médecin), c'est en ce point qu'il se distingue des projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ». La venue de la troupe à l'hôpital de

[45] Cette commission se constitue de membres de droit : le Directeur ou son représentant, le Président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) ou son représentant, le Directeur des Soins Infirmiers ou son représentant, la Directrice du secteur social et Médio-Social ou son représentant. Les Membres élus : Élus représentants des médecins/praticien hospitaliers (élus en CME), Élus représentant du corps des infirmiers, Élus du corps médico-social, Représentants des usagers.

[46] Règlement intérieur de la Commission Culture du Centre hospitalier de Montfavet.

Montfavet s'est vue financée par la municipalité de Ville Evrard en tant que projet thérapeutique. L'hôpital de Montfavet n'a pas participé directement à la contribution financière, mais il a assuré toute l'aide logistique, ce qui a d'ailleurs permis de rendre possible ce partenariat.

Il n'en reste pas moins que le maintien du développement de projets culturels en dehors de la convention pose plusieurs difficultés qui sont autant de points qui permettent de distinguer ces projets de ceux inscrits dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ». L'un des points essentiels est celui du temps de l'action culturelle. Avec peu ou pas de financement les projets menés hors conventions sont essentiellement des actions ponctuelles telles que des représentations, tandis que les projets culturels financés en partie par la DRAC et l'ARH sont produits et pensés pour une durée minimale d'un an (sur l'année scolaire de septembre à juin). La direction, en l'absence d'aides extérieures reste aussi plus réticente aux financements de ce type de projets dont le nombre, de ce fait, se voit réduit.

Les faibles financements accordés ont cependant l'avantage de permettre aux porteurs de projets de s'adresser à une autre catégorie de publics, parfois d'ailleurs plus spécifiquement au public extérieur qu'aux patients eux-mêmes. Il est par exemple possible d'accueillir un artiste, sans que ni les hospitalisés ni le personnel ne prennent part à la création. À titre d'exemple une sculpture, *La Vis*, de l'artiste israélien Raffaël Lomas est exposée dans l'enceinte de l'établissement depuis le 14 juin 2008. Cette œuvre a été conçue dans un hôpital psychiatrique israélien, son auteur a par la suite souhaité l'exposer dans d'autres établissements à travers le monde, c'est ainsi qu'il a contacté l'hôpital de Montfavet, souhaitant par ailleurs rendre hommage aux travaux de Camille Claudel.

Parmi les autres actions entreprises sur l'établissement, quelques services organisent des sorties culturelles pour leurs patients. Il s'agit essentiellement de séances au cinéma. Les soignants envisagent ces sorties comme une possibilité pour les patients d'exprimer leurs émotions, comme c'est le cas dans le cadre du projet culturel.

Parmi les projets qui se développent hors programme, les ateliers thérapeutiques sont très représentés et occupent une place importante dans la proposition culturelle de l'établissement.

La Fédération intersectorielle des ateliers de psychothérapie à médiation créatrice (F.I.A.P.M.C) existe depuis 1989. Elle regroupe plus de sept ateliers : *Marie Laurencin, Lumière, Théâtre de l'Autre Scène, Peau d'âme, Papiers de soi, Il était une voix, Émouvance.*

- Atelier Marie Laurencin (peinture- sculpture : « L'objectif est de favoriser la création individuelle d'une œuvre peinture ou sculpture, qui puisse s'exposer ou être exposée.[47]»
- Atelier Nadar (créations photographiques) : « Lieu de création de l'image photographique ouvert à tout public, cet atelier contribue à la recherche de son sujet et à voir "autrement".[48]»
- Atelier Papier de Soi (atelier d'écriture) : « Des participants qui peuvent tout écrire. Des soignants qui "écoutent aux papiers" et qui font jouer avec les mots de telle sorte que ceux-ci puissent en écho ou en miroir, réfléchir le sens à extraire du silence.[49]»
- Atelier Peau d'âme (création vestimentaire) : « L'atelier Peau d'âme est ouvert à toute personne désireuse de travailler les matières, les couleurs, les formes autour du vêtement.[50] »
- Atelier Il était une voix (atelier de chant choral) : « L'atelier du chant choral est ouvert à toutes personnes aimant chanter. Travail sur le rythme, la mélodie, l'harmonie conduisant à la réalisation du chant commun.[51]»

Ces ateliers sont différents des ateliers dits thérapeutiques puisqu'en plus de s'adresser aux patients, ils s'adressent aussi au personnel et au public extérieur. C'est le même principe qui est appliqué dans les ateliers du 3 bis f (centre d'art contemporain de l'hôpital psychiatrique d'Aix en Provence).

La présence de participants non hospitalisés recrée une dimension citoyenne et permet au patient de se retrouver en dehors du cadre strictement médical, bien qu'il reste à l'intérieur de l'hôpital. Les ateliers sont menés par des artistes et encadrés par le personnel infirmier. Cet exemple est très particulier c'est pourquoi nous avons souhaité le rapporter. Il combine une partie des spécificités du projet culturel « Culture à l'hôpital » avec l'intervention d'artistes professionnels et de l'atelier thérapeutique avec un encadrement par le personnel soignant. Il se démarque aussi clairement des deux puisque les productions réalisées dans ces ateliers sont présentées au grand public à travers l'organisation de représentations et d'expositions. Ce n'est pas toujours le cas dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

---

[47] Pour une présentation plus complète voir le site : http://ateliersart.free.fr/accueil_ateliers.htm (consulté le 12/09/2008).
[48] *Ibid.*
[49] *Ibid.*
[50] *Ibid.*
[51] *Ibid.*

La participation aux ateliers de la FIAPMC nécessite cependant certaines compétences qui peuvent en limiter l'accès à bon nombre de patients, ce qui est moins le cas dans le cadre du projet culturel « Culture à l'hôpital. »

Maintenant que nos trois terrains de recherche ont été présentés, nous pouvons désormais procéder à une étude comparative de la mise en application de la convention nationale.

4. Étude comparative de conventions régionales :

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'hôpital du Vinatier n'a fait l'objet que d'une enquête exploratoire. De plus, la région Rhône-Alpes étant considérée comme la principale pour le développement du programme « Culture à l'hôpital », elle ne nous est pas apparue comme représentative des diversités territoriales, c'est pourquoi nous avons fait le choix de ne pas l'inclure dans cette étude comparative.

4.1 La convention « Culture à l'hôpital » en Midi-Pyrénées :

4.1.1 Les spécificités de la convention :

La convention entre la DRAC et l'ARH de Midi-Pyrénées[52] est signée le 22 mars 2000 à Toulouse. Cette convention s'engage à favoriser le développement d'une politique culturelle dans les établissements de santé en direction des usagers, des personnels soignants et administratifs. Elle se décline en six articles.

L'article 1 est relatif à la question patrimoniale. Alors que la convention nationale était restée assez large sur les notions d'art et de culture, la convention Midi-Pyrénées va plus loin en intégrant la question patrimoniale dans sa réflexion. La DRAC et l'ARH s'engagent à développer une réflexion conjointe sur le patrimoine immobilier et mobilier des établissements de santé.

[52] Voir annexe 2.

L'article 2 porte sur l'ouverture à une plus grande diversité des expressions artistiques. Par le biais d'ateliers axés sur la pratique artistique et d'autres sur la sensibilisation à ces pratiques artistiques.

L'article 3 fait référence aux publics de ces projets. Les projets proposés devront prendre en compte l'ensemble de la population de l'établissement. Les projets retenus sont ceux qui impliqueront aussi bien les usagers, les personnels soignants que les personnels administratifs. Dans cette convention, toutes les identités constitutives de l'hôpital sont prises en considération. La convention prévoit également la mise en place de modules de formation, sans préciser ses bénéficiaires et ses objectifs.

L'article 4 appelle à une professionnalisation des gestionnaires des projets. Pour mener à bien un projet, il est nécessaire d'avoir du personnel compétent et disponible. Chaque établissement de santé devra identifier une personne-ressource (il ne s'agira pas nécessairement d'un responsable culturel). Cette personne devra coordonner les différentes phases du projet, avoir une connaissance des deux terrains (hospitalier et culturel) afin de mettre en relations les différents acteurs. Elle aura également en charge la gestion de l'évaluation du projet.

L'article 5 est relatif aux modalités des projets. L'appel à projet adressé par l'ARH à tous les établissements de santé sera annuel. Chaque dossier sera ensuite examiné par une commission réunissant la DRAC et l'ARH. Les soutiens financiers accordés pourront être variables en fonction de la qualité artistique des intervenants et du projet. L'aide de base est fixée à 30 % de la part de la DRAC, 30 % de la part de l'ARH, le reste devant être pris en charge par l'établissement lui-même ou par des ressources extérieures.

L'article 6 prévoit la mise en place d'un comité de pilotage coprésidé par le directeur de la DRAC et celui de l'ARH. Il comprendra au moins un représentant des établissements de santé et un représentant des usagers. Ensemble, ils arrêteront une fois par an les orientations générales, les moyens consacrés aux actions et les projets retenus sur la base d'une évaluation des actions existantes ou antérieures.

Depuis 2000, aucune autre convention n'a été établie, néanmoins des modifications sensibles apparaissent à travers certains appels à projets. Nous pouvons déjà retenir celles qui vont suivre.

L'aide accordée par la DRAC et l'ARH est devenue dégressive. Lorsqu'un projet est retenu plusieurs années de suite, l'aide financière est réduite. Ce dispositif a été mis en place par la région afin de pouvoir continuer à soutenir un maximum de projets, tout en encourageant les nouveaux. Ce système devrait également inciter (comme il a été dit dans la convention nationale), les établissements de santé, à prendre en charge directement le développement des projets culturels.

Concernant l'évaluation des projets, on constate une progression de la réflexion. Désormais, une évaluation est demandée à mi-parcours afin de pouvoir mesurer les éventuelles modifications entre le projet initial et son développement.

4.1.2 Les caractéristiques des projets menés en Midi-Pyrénées de 2000 à 2009:

Le tableau suivant synthétise tous les projets culturels ayant été soutenus et financés en région Midi-Pyrénées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

La deuxième colonne renseigne le nombre total de projets financés durant l'année étudiée, la troisième mentionne le nombre de projets relevant du secteur psychiatrique. Nous nous sommes d'ailleurs attachés à ne détailler que ces derniers. L'objectif est ici de comprendre quelle est l'évolution suivie depuis le commencement du programme « Culture à l'hôpital ». Y a-t-il une augmentation des projets soutenus ? Certaines disciplines artistiques ou certains publics sont-ils plus favorisés ?

Année	**Projets financés**	**Projets financés en psychiatrie**	**Établissement hospitalier**	**Discipline artistique et structure culturelle partenaire**
2001	8	2	.CHS Marchand (CATTP) .CHU La Grave	. **POÉSIE** *Compagnie Autres Mots* . **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs*

2002	17	2	. Reconduction CHS Marchand . Reconduction CHU La Grave	. **POÉSIE** *Compagnie Autres Mots* . **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs*
2003	15	3	.Reconduction CHS Marchand . Reconduction CHU La Grave .CHS Marchand (SMPR)	. **POÉSIE** *Compagnie Autres Mots* .**ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs* . **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs*
2004	20	4	. Reconduction CHS Marchand(CATTP) . CHS Marchand . MGEN (Centre de Santé Mentale) . CHS Marchand (HDJ)	. **POÉSIE** *Compagnie Autres Mots* . **THÉÂTRE** *Théâtre de la Passerelle* . **MUSIQUE** *ARPA : centre régional d'art polyphonique.* . **CINÉMA** *La cinémathèque de Toulouse*
2005	26	5	. Reconduction CHS Marchand (HDJ) . Reconduction MGEN . CHS Marchand (Centre médico-psycho infantile) . CHS Marchand (SMPR) . MGEN	. **CINÉMA** *La cinémathèque de Toulouse* . **MUSIQUE** *ARPA : centre régional d'art polyphonique.* . **ARTS PLASTIQUES** *Association Etang d'Art* . **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs.* . **MUSIQUE** *ARPA*
2006	20	5	. Reconduction CHS Marchand (HDJ) . Reconduction CHS Marchand (Centre médico-psycho infantile) . Reconduction CHS Marchand (SMPR)	. **CINÉMA** *La cinémathèque de Toulouse* . **ARTS PLASTIQUES** *Association Etang d'Art* . **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs.*

			. MGEN . CHS Pierre Jamet (Fondation Bon Sauveur d'Alby) à Albi	**.MUSIQUE** *ARPA* . **ARTS PLASTIQUES** *Centre d'art Contemporain Le Lait*
2007	18	6	. Reconduction CHS Marchand (HDJ) . Reconduction CHS Marchand (SMPR) . CHS Marchand . CHS Marchand . CHS Marchand . Reconduction CHS Pierre Jamet (Fondation Bon Sauveur d'Alby)	. **CINÉMA** *La cinémathèque de Toulouse* . **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs* . **THÉÂTRE** *Théâtre de la Passerelle* . **ARTS PLASTIQUES** Centre méridional de *L'architecture et de la ville* . **CALLIGRAPHIE** *Pages Blanches* . **ARTS PLASTIQUES** *Centre d'art Contemporain Le Lait*
2008	17	10	.Centre de guidance infantile . CHS Marchand . CHS Marchand . CHS Marchand . Reconduction CHS Marchand . Reconduction CHS Marchand . CHS Marchand . Reconduction Fondation Bon Sauveur d'Alby . CHU La Grave	**. ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs* . **MUSIQUE** *Toulouse les orgues* . **ÉCRITURE/LECTURE** *La catalyse* . **SCULPTURE** *Atelier de Saint Jean* . **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs* . **CALLIGRAPHIE** *Pages Blanches* . **ARTS PLASTIQUES** *AERA* . **ARTS PLASTIQUES** *Centre d'art contemporain Le Lait* . **MUSIQUE** *Fractal*

			. CHU La Grave	. **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs*
2009	15	6	. Reconduction Fondation Bon Sauveur d'Alby . Reconduction CHS Marchand . Reconduction CHS Marchand . Reconduction CHS Marchand . Reconduction CHU La Grave . CHU La Grave	. **ARTS PLASTIQUES** *Centre d'art contemporain Le Lait* . **MUSIQUE** *Toulouse les orgues* . **SCULPTURE** *Atelier de Saint Jean* . **ARTS PLASTIQUES** *Musée des Abattoirs* . **MUSIQUE** *Fractal* . **MUSIQUE** *Freddy Morezon Production*

Dans la région Midi-Pyrénées, de 2001 à 2009, 156 projets ont été financés au total dont 43 dans des hôpitaux psychiatriques, ce qui représente approximativement 28%.
Malgré un nombre conséquent de projets, seulement cinq établissements ont été soutenus (CHS Marchand- CHU La Grave- MGEN (Centre de Santé mentale)- Fondation Bon Sauveur d'Alby- Centre de guidance infantile.) Ce tableau récapitulatif permet de mettre en évidence de manière manifeste le manque d'hétérogénéité sur le choix des établissements financés. En effet, sur les 43 projets financés, 27 soit 62%[53] ont été accordés au même établissement (le CHS Marchand). On peut dès lors s'interroger sur la volonté réelle de développer la culture dans l'ensemble des établissements hospitaliers de la région. Dans le cas présent se dégage une impression de monopolisation des financements par quelques établissements, au-delà de la superficie et de la capacité d'accueil des hôpitaux, nous interrogeons les motifs d'une telle situation. N'assistons-nous pas à une dérive du système de financements ?

Sur ces 43 projets menés en hôpitaux psychiatriques, dans 21 cas (soit près de 50%) il s'agit de reconduction de projet. Autrement dit, en réalité seulement 22 projets originaux ont été soutenus dont 10 dans le même établissement, le CHS Marchand.

[53] Pour le reste de la répartition, 7 projets ont été accordés au CHU La Grave, 4 projets à la MGEN, 4 projets à la Fondation Bon Sauveur d'Alby et 1 au Centre de guidance infantile.

Les disciplines artistiques proposées dans les projets sont diversifiées[54]. Néanmoins, on relève une prédominance des projets relevant de la catégorie arts plastiques (19 projets sur 43) qui reste présente de manière continue. Parallèlement, ces dernières années ont été bénéfiques pour les projets relevant du domaine musical, en opposition à ceux relevant du champ cinématographique qui ont tendance à disparaître.

Concernant les partenaires culturels, ils sont au nombre de 14, on y trouve aussi bien des musées, des centres d'arts que des associations[55]. Malgré tout, on ne peut pas vraiment parler de répartition homogène étant donné qu'un seul partenaire assure plus d'un tiers des projets. Le musée des Abattoirs est la structure culturelle partenaire associée à 11 projets sur 43. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que cet établissement est l'un des plus importants et des plus reconnus sur le terrain culturel toulousain. Nous pouvons en déduire que les structures déjà reconnues sont plus facilement acceptées en tant que partenaires culturels, ce qui indirectement contribue à renforcer les distinctions entre les structures subventionnées, reconnues par l'État et les petites structures locales aux budgets plus limités. Cela dénote une frilosité certaine des institutions régionales à élargir le champ des partenaires culturels. Souhaitons que cela ne soit dû qu'à une prudence excessive quant à la « qualité » des artistes intervenants.

Le constat que nous posons ici est applicable aux autres régions. Pour exemple, nous avons pu assister en 2007 à la commission régionale DRAC-ARH « Culture à l'hôpital » en Rhône Alpes, qui avait pour objectif l'instruction des dossiers de l'appel à projet de l'année en cours. Nous avons retenu que différents projets ont été écartés, en raison du manque de reconnaissance légitime des artistes ou des compagnies choisis par les établissements de soins, en tant que partenaire culturel.

Voyons maintenant ce qu'il en est dans la région Provence Alpes Côte d'Azur.

---

[54] La poésie fait l'objet de 4 projets, le théâtre de 2, la musique de 9, le cinéma de 4, la calligraphie de 2, l'écriture/lecture de 1 et la sculpture de 2.

[55] Les partenaires culturels des projets financés sont : la Compagnie Autres Mots, le musée des Abattoirs, le théâtre de la Passerelle, l'ARPA : centre régional d'art polyphonique, la cinémathèque de Toulouse, l'association Étang d'Art, le centre d'art contemporain le Lait, le centre méridional de l'Architecture et de la Ville, Pages Blanches, Toulouse les Orgues et la Catalyse.

4.2 Les conventions « Culture à l'hôpital » en PACA :

Pour la région PACA, il n'a pas été possible de réaliser un tableau récapitulatif de tous les projets financés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital », les informations nécessaires n'étant pas toutes disponibles en fonction des années. Cela aussi pose question, pourquoi un tel manque de visibilité ? Entre défaut de centralisation de l'information ou flou organisé, toujours est-il que le constat est posé. Nous avons cependant procédé à l'analyse des deux conventions qui ont été signées dans cette région.

4.2.1 La convention 2001-2003 :

La convention entre la DRAC et l'ARH PACA[56] a été signée le 31 mai 2001 à Marseille. Elle se décline en sept articles.

L'article 1 reprend plusieurs des articles de la convention Midi-Pyrénées. La région s'engage à mener une réflexion sur la sensibilisation au patrimoine immobilier et mobilier. Elle favorise la promotion du poste de responsable culturel hospitalier et aide à leur formation. Les projets proposés doivent s'inscrire dans le cadre précisé par un appel à projet annuel.

L'article 2 reprend la diversité des actions possibles. Les ateliers axés sur les pratiques culturelles et sur la sensibilisation à ces pratiques sont toujours encouragés. Nous retrouvons également la proposition de mise en place de modules de formation. Ces derniers peuvent être proposés au personnel hospitalier concerné par les projets.

L'article 3 définit les publics de ces projets. On retrouve l'ensemble de la communauté hospitalière (patients- famille- personnels soignants et administratifs), une place est aussi faite aux visiteurs.

L'article 4 promeut la fonction de responsable culturel. Pour les projets autour des bibliothèques il est demandé de faire appel aux professionnels de ce secteur.

[56] Voir annexe 3.

L'article 5 rend compte des modalités de l'appel à projet.

L'article 6 détaille la mise en place d'un comité de pilotage.

L'article 7 traite de l'évaluation. Chaque établissement de santé devra transmettre une évaluation du projet qu'il aura mené. Ces documents permettront aux directeurs de la DRAC et à celui de l'ARH de faire un bilan annuel des actions réalisées. Ce bilan annuel sera présenté au comité de pilotage et transmis aux ministères.

4.2.2 Les nouveaux enjeux de la convention 2003-2006[57] :

Le préambule de cette convention affirme la volonté de la région de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des personnes hospitalisées, à travers notamment leur accompagnement par la culture. On retrouve cet objectif de renforcer la dimension humaine de l'hôpital. Parallèlement, de nouveaux enjeux semblent émerger.
Il est, par exemple, question d'améliorer l'image des établissements de soins. Cet objectif affiché nous interroge quant à un éventuel « détournement » de la culture au profit d'une valorisation institutionnelle. Nous nous demandons en quoi et comment le programme « Culture à l'hôpital » peut contribuer à une modification de la représentation de l'espace hospitalier ? Nous y reviendrons dans les chapitres suivants.

Concernant le renforcement des liens entre l'hôpital et la ville, les jumelages permettent un élargissement du public des structures culturelles et des équipes artistiques hors de leur champ habituel.

Pour les établissements de soins, les enjeux escomptés en interne sont élargis. On retiendra notamment la volonté de voir se développer les échanges et le dialogue au sein même de la structure hospitalière entre les différentes catégories de personnel hospitalier. Au-delà de la volonté d'assurer un certain bien-être aux personnes hospitalisées, la réflexion menée prend désormais aussi en compte celui des soignants. Ces actions doivent leur permettre d'appréhender différemment leur pratique professionnelle et leur lieu de travail.

[57] Voir annexe 4.

Cette nouvelle convention se décline en dix articles :

L'article 1 réaffirme les objectifs généraux notamment la poursuite du développement de cette politique culturelle.

L'article 2 annonce les axes à privilégier. Le programme « Culture à l'hôpital » doit être intégré aux projets d'établissement. La fonction de responsable culturel doit continuer à être promue. Les espaces culturels intégrés aux établissements de santé doivent être valorisés.

L'article 3 définit les priorités sectorielles et artistiques. La réflexion et la sensibilisation au patrimoine immobilier et mobilier et à l'histoire des établissements de santé sont maintenues et encouragées. Les projets doivent promouvoir le livre, la lecture et l'écriture. Ceux permettant la mise en place de résidences d'artistes sont particulièrement appréciés ainsi que ceux permettant de développer la créativité des personnes dans le cadre d'une relation avec des artistes. Enfin, une nouvelle priorité concerne les projets abordant les cultures d'origine des malades et leurs interactions avec l'offre hospitalière.

L'article 4 traite de la mise en œuvre de ces nouvelles orientations.

L'article 5 est relatif au dispositif de soutien aux projets.

L'article 6 est relatif à l'application des chartes nationales.

L'article 7 propose une mutualisation des projets. Les projets permettant la coopération entre plusieurs établissements hospitaliers sont favorisés. Les référents culturels peuvent être mis en réseau.

L'article 8 définit les moyens et les champs d'intervention.

L'article 9 rappelle la perspective de cette convention, à savoir que le programme « Culture à l'hôpital » est censé devenir un élément à part entière de la politique générale des établissements de soins.

L'article 10 définit à trois ans la durée d'application de la convention.

Conclusion :

Ce chapitre a permis de définir le contexte de notre recherche. Il est apparu que le programme « Culture à l'hôpital » favorise une logique nouvelle qui est celle du projet culturel. Ce dernier doit prendre place au sein du projet d'établissement. Néanmoins, avec les travaux de Patrick Basse nous avons vu que la mise en place de ce dernier peut être source de conflits et « objet de dérégulations ». Cela nous conduit à penser que des difficultés semblables doivent se poser pour le projet culturel, et ce d'autant plus qu'il ne fait pas l'objet de la même légitimation. Par ailleurs, les recherches de Michel Crozier et Erhard Friedberg nous permettent d'envisager le projet culturel comme une stratégie à l'œuvre des acteurs pour faire face aux pouvoirs institués par l'organisation hospitalière. Il sera donc intéressant, dans une étude empirique d'en identifier les formes et les retombées.

Enfin, l'étude comparative a permis de rendre compte d'un décalage certain dans la mise en application du programme « Culture à l'hôpital » par les régions participantes. En effet, l'application régionale favorise le développement d'actions différentes, en lien direct avec les préoccupations culturelles régionales. Il peut par exemple s'agir de favoriser les projets liés aux questions patrimoniales ou à l'interculturalité. Au-delà et en complémentarité des études déjà menées auprès des publics empêchés (chapitre 1), nous posons qu'il existe un autre niveau de décalage encore plus manifeste entre la convention nationale et la mobilisation réelle qui en est faite, notamment dans les modalités de réappropriation du projet culturel par les différents acteurs, au sein de l'institution hospitalière.

De plus, bien que l'on ait pu constater ici des différences dans la nature des projets financés, le dispositif principal reste le même, à savoir l'atelier culturel. Il apparaît donc pertinent de le prendre comme objet d'étude. Partant de là, nous proposons une approche du programme « Culture à l'hôpital » prenant pour objet la médiation culturelle afin de répondre à notre problématique de départ que nous rappelons ici : *En quoi l'atelier culturel, dispositif de médiation culturelle peut-il avoir un effet sur l'institution et sur ses acteurs ?*

Chapitre III

L'atelier culturel comme dispositif de médiation culturelle dans l'hôpital psychiatrique

Le concept de médiation culturelle est un élément central de cette étude. Les recherches de divers auteurs tels que Jean Caune, Jean Davallon ou Michèle Gellereau nous permettront d'appréhender l'atelier culturel comme objet de recherche et de montrer qu'il est un dispositif de la médiation culturelle à l'œuvre dans l'hôpital, dans le cadre du programme national « Culture à l'hôpital ».

Dans un premier point, ce chapitre complète notre cadrage théorique, nous allons y voir que le concept de médiation culturelle revêt divers aspects que l'on retrouvera dans l'espace de l'atelier culturel ; il s'agit entre autres de la présence d'un élément tiers et de la modification de la prise en compte du sujet dans l'acte de médiation.

Dans un second point, il s'agira de définir les points qui nous permettent d'appréhender l'atelier culturel en tant qu'objet de recherche. Nous postulons que ce dernier fait figure de dispositif communicationnel dans l'établissement hospitalier. Il s'agira alors d'identifier les éléments participants d'un tel constat, de comprendre quels aspects de l'atelier permettent de le penser et de l'étudier en tant que dispositif de médiation culturelle.

1. Apports théoriques autour du concept de médiation culturelle :

1.1 Le concept de médiation culturelle dans la discipline des Sciences de l'Information et de la Communication :

L'emploi de la notion de médiation est très polysémique. Nous ne prétendons pas ici en faire la chronologie ou en donner une énième définition. Nous reprendrons seulement les principales approches qui ont été formulées en Sciences de l'Information et de la Communication et que nous avons mobilisées, dans la construction de notre cadre théorique. Notre posture sera de penser davantage en matière de relations qu'en matière d'objet, nous allons voir que cette approche est caractéristique en SIC, notamment dans les études menées autour de la médiation culturelle.

Jean Caune fait remonter l'usage de la notion de médiation comme thème de société aux années 1990. Elle est mobilisée dans les diverses politiques dans un désir de réduction de la fracture sociale. L'analyse discursive des textes sur le programme « Culture à l'hôpital » a rendu compte de la mobilisation faite par les politiques, de la culture dans les hôpitaux, pour restituer aux patients une part de leur citoyenneté (l'accès possible à la culture).

Jean Caune marque une distinction entre médiation culturelle et médiation sociale. Lorsque la première n'est utilisée que comme « fonction immédiate de réparation », autrement dit dans l'unique objectif d'une restitution du lien social sa fonction ne peut être que limitée avec un risque important « d'instrumentalisation ». Nous rejoignons l'auteur sur cette idée et sur celle consistant à dire que la médiation culturelle prend son inscription dans la durée. Sur nos terrains de recherche, nous postulons que cette durée se formalise par une réappropriation de l'expérience vécue dans la pratique soignante, par une modification des interactions entre les acteurs ainsi que par une modification des représentations sociales (liées aux patients et à la maladie mentale). C'est ce que nous tâcherons d'analyser par la suite.

L'auteur relève aussi la différence existant entre médiation technique et médiation culturelle. La première est assimilable à un environnement particulier alors que la seconde peut se développer dans différents lieux. Ainsi, elle est mobilisable pour l'étude des actions culturelles menées à l'hôpital. L'espace culturel est « anisotrope » (Caune, 1999 : 123).

Dans leurs travaux, Bernadette Dufrêne et Michèle Gellereau (2004) ont mis l'accent sur deux « métaphores » essentielles dans la construction de cette notion, à savoir la médiation culturelle comme passage et la médiation culturelle comme lien. La première fait référence aux lieux de transmission de la culture, nous ne la développerons pas. Dans notre recherche, c'est la médiation en tant que lien social qui est mobilisée. La volonté de mise en réseau à l'échelle territoriale entre toutes formes de publics et les structures culturelles de proximité reste omniprésente dans les discours sur le programme « Culture à l'hôpital ».

Plus récemment, toujours dans le champ des recherches en SIC c'est la notion de coproduction qui est mobilisée pour analyser les différents dispositifs de médiation culturelle. Nous verrons qu'elle est encline à définir le processus à l'œuvre au cours de l'atelier culturel puisque l'œuvre produite émane d'une coproduction rassemblant patients, artistes et personnel hospitalier.

1.2 L'élément « tiers » dans l'acte de médiation :

Comme nous l'avons souligné, les définitions concernant la médiation sont nombreuses ; cependant quelle que soit la discipline par laquelle elle est mobilisée, un point apparaît comme faisant consensus, il s'agit de « l'élément tiers ». Dans notre cas, nous nous appuierons sur la définition qu'en donne Jean Davallon :

> « Si la forme de cet élément varie considérablement d'un auteur à l'autre, en revanche, l'action de cet élément semble posséder quatre caractéristiques.(i) Cette action produit toujours plus ou moins un "effet" sur le destinataire de la communication : il va accéder, apprendre, passer, etc. Cette action est, de plus, modalisée : il est un bénéficiaire respecté, valorisé comme sujet, et non pas instrumentalisé. (ii) L'objet, l'acteur ou la situation de départ subit une modification du fait qu'il est intégré dans un autre contexte. Par exemple, l'objet technique mis en contexte d'usage fonctionne différemment du fait de la médiation, même s'il n'est pas transformé en tant que tel. Phénomène semblable pour l'œuvre d'art, le savoir, l'acteur pris en charge par une médiation. (iii) L'opérateur de l'action (l'élément tiers en tant que médiateur) est certes tantôt action humaine, tantôt objectivé sous forme de dispositif, tantôt les deux, mais quoi qu'il en soit, il y a presque toujours débat sur sa forme et sa nature. (iv) L'action de l'élément tiers a toujours un impact sur l'environnement (le plus souvent l'environnement social) dans lequel elle se situe.
> Par conséquent, le premier constat que l'on peut faire est que la notion de médiation apparaît chaque fois qu'il y a besoin de décrire une action impliquant une transformation de la situation ou du dispositif communicationnel, et non une simple interaction entre éléments déjà constitués, et encore moins une circulation d'un élément d'un pôle à l'autre » (Davallon, 2004 : 43).

Si l'on reprend la première caractéristique, la médiation produit toujours « un effet ». C'est justement de l'analyse de ces effets dont il sera question dans cette recherche. Les destinataires de cette communication sont représentés essentiellement par les patients et le personnel. Nous souhaitons analyser ce qu'il ressort de la réception de cette médiation. Seconde caractéristique, le patient lors de l'action de médiation culturelle est considéré en tant que sujet non plus en tant que patient. Notre situation de départ est celle des relations soignants-soignés dans le service. Par le biais de l'atelier culturel (contexte autre permettant une médiation culturelle) la situation originelle est transformée. Reste à savoir quel est le niveau d'opérativité de cette transformation : est-elle limitée à l'atelier ou s'inscrit-elle dans la durée ? Nous y reviendrons par la suite.

L'atelier culturel dans l'hôpital est la formalisation d'une médiation culturelle permettant l'émergence d'un nouveau dispositif communicationnel. Il apparaît comme un élément tiers dans l'enceinte hospitalière.

> « Ce que fait apparaître le modèle de la médiation, c'est moins les éléments (l'information, les sujets sociaux, la relation, etc.) que l'articulation de ces éléments dans un dispositif singulier (le texte, le média, la culture). C'est au fond cette articulation qui apparaît comme le tiers » (Davallon, 2004 : 54).

Dans notre étude, le dispositif est celui de l'atelier culturel dans l'hôpital. C'est parce qu'il rend possible l'articulation entre les sujets (patients, personnel, artistes) et les relations qu'il peut être pensé en tant que tiers médiateur. Nous verrons que l'effectivité de ce dispositif est fortement liée à la figure de l'artiste.

Le médiateur doit être un « tiers », n'appartenant à aucune des parties en présence. S'il venait à être impliqué d'un côté ou de l'autre, son entité de tiers n'aurait plus lieu d'être (Six, 1990).

Bien que l'enjeu de l'atelier culturel ne soit pas de rapprocher deux parties, la figure du médiateur énoncé par Jean-François Six correspond à la place occupée par le dispositif de l'atelier, dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ». Cette neutralité est d'ailleurs ce qui participe de son acceptation auprès des différents acteurs et qui le distingue des ateliers de thérapies médiatisées.

La figure du tiers selon Jean-François Six représente la condition première pour qu'il y ait médiation. Néanmoins, l'auteur précise qu'il n'est pas nécessaire que cet élément soit une

personne. Le non-pouvoir apparaît pour l'auteur comme condition nécessaire à la réalisation de la médiation, c'est bien le cas du dispositif de l'atelier culturel. Il ne représente pas un pouvoir ou une quelconque figure institutionnelle, le registre du traitement relationnel en est donc nécessairement modifié, nous tâcherons de voir sous quelles modalités.

> « Comme la catalyse, la médiation ne consiste jamais à " prendre la place", des protagonistes, à absorber leur différend, à les faire fusionner à travers la personne du médiateur. Le médiateur met librement en présence les deux parties (…) n'est là que pour susciter, par sa présence, la mise en route entre eux d'une dynamique nouvelle » (Six, 1990 : 183).

L'atelier culturel est cet espace, qui permet de manière neutre de mettre en présence les différents participants. Il a comme particularité de rendre les participants acteurs de la médiation culturelle.

1.3 La prise en compte du sujet dans l'acte de médiation culturelle :

Une partie des travaux de Jean Caune interroge les médiations qui permettent aux individus de devenir sujet et acteur de leur vie. Sa réflexion prend forme dans un contexte de triple crise (travail, représentation politique et art). Dans ce climat de tensions généralisées, l'auteur questionne les procédés par lesquels toute personne peut s'épanouir, construire sa relation à l'autre et s'insérer dans une communauté. Cette approche nous paraît particulièrement propice à l'analyse du projet culturel et de l'atelier dans l'hôpital psychiatrique.

Pour Jean Caune, toute question sur la médiation doit prendre en compte une réflexion sur le sujet, sur l'individu. Il définit la médiation par la relation du sujet à autrui à travers une parole. Le partage d'un monde de références partagées rend sensible cette parole. Il met en avant l'aspect sensible de l'acte de médiation impliquant la nécessaire prise en compte de la relation. L'auteur réaffirme l'importance du positionnement de l'homme au cœur de l'analyse du processus culturel. La place de l'individu occupe une place essentielle dans son approche. Il ne s'intéresse pas tant à l'objet de la médiation qu'au sujet lui-même.

> « Que ce soit à propos de l'activité muséale ou de la production d'objets destinés au spectacle ou à la relation interpersonnelle, il faut renoncer à un classement évaluatif des objets, en eux-mêmes, pour introduire la dimension du rapport au sujet, individuel ou collectif, à l'objet : c'est ce rapport intelligible et sensible qui est le fondement de la médiation.(…) Et si le discours de la médiation culturelle a un sens, c'est d'abord

> comme recherche des espaces de parole qui favorisent le contact et le dialogue. C'est ensuite comme modalité de la construction de l'identité de la personne, éventuellement en dehors de son espace communautaire » (Caune, 1999 :16).

L'atelier culturel en tant qu'espace possible du dialogue participe de la construction identitaire de l'individu. Pour Jean Caune, la parole du sujet est l'essence de la relation. Ici, nous laisserons de côté ce travail sur le langage développé par l'auteur. Dans le cadre de l'hôpital, ce n'est pas tant la parole (en tant qu'acte d'énonciation) qui est fondatrice, mais la mise en présence de ces individus dans un espace neutre où le partage de sens et d'expérience est rendu possible dans un temps donné. Prendre pour objet d'étude la médiation consiste donc à s'intéresser davantage à la relation instituée qu'à l'objet.

Jean Caune défend également l'idée selon laquelle, la médiation ne peut se concevoir que dans la durée et non pas dans l'instantané de l'action, c'est pourquoi elle doit tenir compte de la mise en rapport de deux axes : l'axe horizontal, celui des relations interpersonnelles, et l'axe vertical, celui d'un sens transcendantal qui oriente les rapports longs. Concernant l'atelier culturel, nous nous sommes demandé comment le lien qu'il institue (dans la temporalité de l'action) peut s'inscrire dans la durée et être porteur de sens pour les acteurs. Nous verrons qu'au niveau des pratiques professionnelles, la médiation à l'œuvre dans l'atelier culturel devient productrice de sens pour la collectivité, mais elle peut aussi l'être à un niveau plus individuel.

Jean Caune rappelle que depuis toujours, l'activité sociale a nécessité une médiation. Il s'intéresse au contenu de ces médiations et au support matériel qu'elles utilisent ; pour nous il ne s'agit pas de support matériel, mais humain. Pour l'auteur, trois phénomènes expliquent que la médiation culturelle soit une production de sens : la matérialité du support, de l'espace et des circonstances de réception. Nous développerons dans notre étude son deuxième et troisième point. Plusieurs des notions qu'il a théorisées seront reprises dans nos analyses, notamment celle de contact : « J'envisagerai le contact, non comme la fusion ou la juxtaposition de sensibilités, mais au contraire comme ce qui permet d'établir une proximité, tout en maintenant la distance » (1999 : 107). Nous pensons que c'est précisément ce qui caractérise la nature des interactions entre soignants et soignés le temps de l'atelier culturel.

2. Penser l'atelier culturel comme dispositif de médiation :

2.1. L'atelier culturel, un nouveau dispositif communicationnel dans l'hôpital:

2.1.1 L'atelier culturel comme interface :

Pour Jean Davallon, la médiation culturelle permet la mise en place d'une interface entre deux univers distincts représentés par le public et par l'objet culturel (2004 :38). Dans l'hôpital, elle est rendue opérante par le dispositif de l'atelier. Dans ce cadre, la médiation culturelle définie comme une interface entre public et objet culturel peut aussi être pensée comme interface entre deux populations (patients et personnel). Il s'agit tout autant de l'appropriation de l'objet culturel par le public, que d'un dialogue possible entre les deux groupes. Le dispositif de l'atelier culturel définit un contexte autre dans lequel la fonction allouée à l'objet culturel évolue. Dès lors, il est davantage mobilisé, par les acteurs de l'hôpital, en tant que support à l'interaction plutôt que finalité.

2.1.2 L'atelier comme dispositif de coproduction :

Bien qu'il s'en distingue fortement, on peut sur certains points faire un rapprochement entre l'atelier culturel et l'exposition. Arrêtons-nous un instant sur la définition de l'exposition donnée par Jean Davallon :

> « L'exposition est fondamentalement un dispositif de réception. Le visiteur n'est pas seulement un spectateur qui entre pour assister (et participer symboliquement) à la production d'un évènement, mais il va suivre celui-ci et participer pleinement à sa production. L'exposition en tant qu'objet culturel, peut ainsi se définir comme un dispositif à l'intérieur duquel l'évènement de la réception se produit » (1999 : 28).

L'atelier culturel est certes un dispositif de réception, mais c'est avant tout un dispositif de production et même de coproduction pour être plus précis. Dans l'exposition, le spectateur est actif dans le sens où il participe à la construction de la réception de l'œuvre. Dans l'atelier culturel, son implication se fait plus en amont. Le spectateur (patient et (ou) personnel hospitalier) devient acteur de la production, il participe à la construction collective de l'objet en même temps qu'il en devient le récepteur premier.

L'atelier culturel a en commun avec l'exposition de représenter un espace autre du territoire, une forme de « déterritorialisation » comme l'a relevé Jean Davallon. Étant « socialement construit », il représente au même titre que l'exposition une situation de médiation. Nous émettons cependant une nuance sur le concept de « situation » tel que nous le mobiliserons, en comparaison à la définition qui en est donnée par l'auteur. Au sens où ce dernier l'entend, l'exposition représente une situation de médiation puisqu'elle se situe au point de convergence de deux plans : le relationnel et l'institutionnel (1999 : 260). À l'hôpital psychiatrique, nous postulons que l'atelier culturel est situation de médiation, mais parce qu'il favorise le plan relationnel et qu'il réduit fortement le cadrage institutionnel qui du coup se fait plus implicite.

2.1.3 L'atelier culturel comme lieu de « l'expérience esthétique » :

Jean Caune établit une distinction entre « médiation artistique » et « médiation esthétique » (2000). La première est particulièrement mobilisée dans l'espace muséal et vise à favoriser l'accès aux œuvres pour le public. Elle regroupe toutes les actions instituées autour de l'œuvre d'art telles que les pratiques de sensibilisation par exemple (2006b). En ce sens, cette modalité de la médiation culturelle est constitutive du dispositif de l'atelier culturel. Néanmoins, c'est la deuxième modalité « la médiation esthétique » qui y apparaît la plus présente. Elle peut se développer dans d'autres champs institutionnels et dépasse par sa portée la médiation artistique. Elle permet l'émergence d'une relation qui se situe à l'articulation de l'individuel et du collectif.

Pour comprendre les effets de la médiation culturelle, nous avons pris au même titre que l'auteur un point de vue pragmatique, en analysant les relations au sein du dispositif de communication (1999). Autrement dit, nous avons concentré notre étude sur les interactions produites dans le contexte de l'atelier culturel. Ce n'est pas l'œuvre ou la production réalisée qui nous intéresse, mais tout le processus en amont construit par l'expérience commune et vécue des individus, ainsi que ses effets dans la durée.

Le domaine esthétique ne se réduit pas au champ de l'art. Jean-Louis Fabiani (2006) confirme ce constat, en définissant l'expérience esthétique comme un procédé de mise en relations des personnes entre elles à travers des objets, ce qui correspond tout à fait à ce qui se produit lors des ateliers culturels.

2.1.4 L'atelier culturel comme lieu de « relationnalité » :

Les travaux de Dominique Meunier (2007) quant à eux nous ont permis d'avancer sur l'acception de la médiation culturelle en tant que « lieu de relationnalité ». L'auteure considère la médiation comme une action, un évènement qui met en présence des individus et des choses par et à travers les relations qu'ils tissent. Prenant appui sur les travaux d'Antoine Hennion, elle définit la médiation comme un processus constitutif qui fait « être ». La mise en présence d'objets et de sujets permet de les transformer en comparaison de ce qu'ils étaient avant (Hennion et Grenier, 2000). Chacun donne des propriétés à l'autre, lui permettant ainsi de se construire.

Dominique Meunier prône que la médiation peut être définie comme « lieu de relationnalité ». Dans notre étude, elle se formalise dans l'espace de l'atelier culturel. Ce dernier apparaît comme un lieu potentiel de la « relationnalité ». Le terme de lieu n'est pas mobilisé dans son sens géographique, cadré et délimité. L'auteure l'envisage comme quelque chose de mouvant, doté d'une certaine fluidité.

2.2 L'atelier culturel comme « espace » :

2.2.1 L'atelier comme « lieu pratiqué » :

L'atelier culturel est un espace de médiation culturelle dans le cadre de l'hôpital psychiatrique. Nous parlons d'espace au sens où l'a défini Michel De Certeau :

> « Pour reprendre la distinction entre "lieu" et "espace" proposée par Michel De Certeau, le lieu est une configuration de positions qui organise un ordre et implique une stabilité. L'espace, lui, est animé par les mouvements humains qui s'y déploient, il trouve son sens et son identité à partir des effets produits par les opérations qui s'y déroulent : L'espace est un lieu pratiqué » (De Certeau cité par Caune, 1999 : 221).

Contrairement au service de soin qui peut être assimilé à un espace sociofuge[58] à organisation fixe, l'atelier culturel fait figure d'espace sociopète. Il a l'avantage de favoriser le partage et la mise en commun d'expériences et d'émotions.

[58] Introduite par le médecin Humphy Osmond (hôpital de Saskatchewan), la distinction entre espace sociofuge et espace sociopète est reprise par E.T Hall dans son ouvrage *La dimension cachée* (1966). Les espaces sociofuges ont pour caractéristique de maintenir la distance entre les individus. Ils sont notamment très présents dans les établissements où un certain « ordre » prédomine tels que les prisons ou les hôpitaux.

Ces caractéristiques en font un dispositif[59] de médiation culturelle à part entière.

2.2.2 Un espace géographique à part :

L'atelier culturel est aussi un espace, entendu dans sa localisation et sa composition géographiques. Ses caractéristiques ont une incidence réelle sur la médiation à l'œuvre qui y opère. Certains auteurs ont mis en avant le rôle que l'organisation spatiale pouvait tenir dans la structuration des relations sociales (Auriac et Brunet, 1986).

L'atelier culturel redistribue et « déforme » l'organisation classique établie dans les services, nous postulons donc que les interactions n'y sont pas du même ordre. Ces auteurs nous rappellent que la disposition des lieux influe directement sur les possibilités de communication des personnes. On assiste alors à des « mises en scène » socialisées ou chacun opte pour une stratégie. Concernant l'atelier culturel, nous verrons qu'il est plus propice à la stratégie de l'expansion (chez tous les acteurs) plutôt qu'à celle du repliement.
Toutefois comme le dit Gustave- Nicole Fischer, « il n'existe pas d'effet en-soi de l'espace sur l'individu. L'effet est dans la représentation, car c'est elle qui produit le sens de l'effet » (Auriac et Brunet, 1986 :106).

C'est donc dans la combinaison de trois facteurs que sont la structure spatiale (l'atelier culturel), la structure sociale (une interaction neutre entre les participants) et une représentation de l'espace (espace libre au sein de l'institution hospitalière) que se pense l'effet du spatial sur le social. L'impact de l'espace (donc de l'atelier entendu dans son sens géographique) est produit, parce qu'il est l'objet d'une appropriation. Fischer s'interroge sur le rôle de l'espace dans la structure sociale. De notre côté, nous nous questionnons sur les effets de l'atelier culturel dans la structure hospitalière. Un espace peut accentuer ou réduire les inégalités inhérentes à une structure. Nous allons voir que l'atelier culturel à tendance à les réduire. Peut-on pour autant parler de l'atelier culturel comme d'une modélisation de l'espace public ?

---

[59] L'acception donnée au terme de dispositif pourrait faire l'objet d'une recherche à elle seule. Pour nos travaux, elle peut être entendue dans la définition qu'en ont formulé Annabelle Klein et Jean-Luc Bracke
laire : « Ces dispositifs de médiation essayent de permettre une mise en forme des épreuves identitaires, ils se veulent des garants d'une expression de l'identité en train de se faire. Comment plus précisément ? En cherchant à permettre aux gens de cadrer et de mettre en scène leurs expériences pour les actualiser et les réaliser, pour s'actualiser et se réaliser […]. Nous nous demandons si le recours actuel à la notion de dispositif ne participe pas de cette nécessité où nous sommes de créer et d'avoir à notre disposition des espaces de (re) création et d'appropriation de l'expérience en nous inscrivant dans l'échange. Les « dispositifs », quels qu'ils soient, constitueraient des lieux de reprise et de production de l'expérience, et ainsi d'implication et d'incorporation dans la vie sociale, de « passage au social ». (Klein et Brackelaire in *Hermès*, 1999).

2.2.3 Une modélisation de l'espace public ?

Le lieu de l'atelier culturel est un espace de circulation où l'on n'habite pas, en ce sens il représente une certaine « forme » de l'espace public tel que le définit Bernard Lamizet (1999) en prenant appui sur les travaux de Jürgen Habermas. Le caractère temporaire de l'activité au sein de l'atelier culturel l'apparente à l'espace public. Il est le lieu de concentration et de mise en présence de l'individuel et du collectif. L'espace de l'atelier culturel à l'hôpital dispose de modalités similaires à celles de l'espace public, néanmoins le faible nombre d'individus qui le fréquentent ne rend pas possible sa comparaison directe avec l'espace public.

Ce qui distingue également l'atelier culturel de l'espace public est l'importance attribuée au processus de création. Dans l'espace public, l'intérêt est porté sur le résultat de la création tandis que les phases constitutives sont plutôt délaissées. Dans notre étude, c'est le phénomène inverse qui se produit, la création en elle-même importe, c'est dans tout le processus en amont que s'opèrent les véritables enjeux.

> « La médiation ne saurait s'inscrire que dans l'espace public, puisque c'est dans l'espace public que peut se penser l'usage collectif d'un espace, et, par conséquent, c'est dans l'espace public que peuvent se penser les mises en œuvre collective de formes et de stratégies de communication et de représentations » (Lamizet, 1999 : 31).

Nous défendons un point de vue différent dans cette recherche. La médiation culturelle à l'hôpital participe de nouvelles formes de communication et de représentations qui sont développées par la suite, dans le quotidien des échanges interpersonnels et pas uniquement au sein des espaces publics.

Par contre, le lien qu'établit l'auteur entre pratiques culturelles et citoyenneté nous intéresse, tout en nous interrogeant. Les pratiques culturelles, d'après l'auteur, permettent de mettre en visibilité la dimension symbolique de notre citoyenneté. Pour nous, il n'est pas nécessaire que cette dimension soit rendue visible, dans l'espace public, pour pouvoir être prise en considération par les acteurs (les patients notamment). Le fait même d'exercer, de s'adonner à une pratique culturelle, avec d'autres personnes identifiées en tant que citoyens (comme l'artiste par exemple) permet à l'individu une prise de conscience de sa sociabilité.

Conclusion :

Nous retiendrons que l'atelier culturel est un nouveau dispositif communicationnel dans l'enceinte hospitalière. Il correspond à l'élément tiers tel qu'il est définit dans le champ de la médiation culturelle. C'est un espace autre dans l'hôpital psychiatrique. Il permet le partage d'une expérience esthétique entre des individus de catégories différentes (patients, personnel, artistes).

Un travail sur la médiation culturelle, par le biais du projet et de l'atelier culturel nécessite préalablement la connaissance et la définition du cadre dans lequel elle va être rendue opérante. À l'instar de Jean Caune, nos travaux interrogent davantage les individus de la médiation que son objet même.

Ainsi, la posture choisie nécessite de s'intéresser de plus près aux interactants, à leur positionnement ainsi qu'aux relations qu'ils entretiennent entre eux. Pour ce faire, nous nous référons à la sociologie Goffmanienne.

Chapitre IV

Le cadre de l'hôpital psychiatrique

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

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

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

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

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

1. Les apports d'Erving Goffman :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Près de quarante ans après, l'hôpital psychiatrique a connu d'importantes mutations. Nous nous demandons aujourd'hui, en quoi le cadre de l'institution est encore susceptible d'influer sur les rapports entre les individus (patients- soignants) et sur le développement de la culture à l'hôpital.
L'interrogation que nous posons porte sur la nature de ces modifications et leur tenue dans la durée. Le caractère figé des rôles évoqués par Erving Goffman n'est plus d'actualité. Alors la modification des rôles est-elle ponctuelle ? Durable ? En quoi influe-t-elle sur les interactions futures, sur les pratiques et sur les représentations sociales ? Peut-on, comme l'a fait cet auteur, avancer la rigidité du cadre institutionnel pour expliquer la fixité des rôles ? Nous y reviendrons.

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

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

parlerons « d'espace » ou de « modalisation[61] » pour déterminer le cadre spécifique de l'atelier culturel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[62] Virus de l'immunodéficience humaine, responsable de la pathologie appelée SIDA.

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3 La psychothérapie institutionnelle :

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

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

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

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

2.2 Les bouleversements d'une réorganisation :

2.2.1 Des logiques économiques et managériales :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Le découpage du cadre en une multitude de territoires :

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

Le développement de l'extra hospitalier y concourt également. On constate qu'avec l'accroissement du mouvement de la sectorisation une partie de l'information ne parvient pas aux structures extra-hospitalières, notamment en ce qui concerne les activités considérées comme « annexe » par le personnel hospitalier, telles que les actions culturelles.
Des modifications sont aussi palpables au sein des services eux-mêmes. Le renforcement de la hiérarchisation (médecin, interne, infirmière, aide soignant, agent de service hospitalier…) suscite parfois un climat sectaire, chacun se limitant à sa fonction et à son groupe d'appartenance professionnelle.

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

2.3 Quelle place pour l'action culturelle ?

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion :

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

[64] Michel Rautenberg in Centre hospitalier le Vinatier.1999: 75.

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

Conclusion de la première partie

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

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

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

La question des identités est aussi apparue comme particulièrement intéressante à creuser. Les recherches menées par Gilles Herreros en sociologie des organisations ont révélé que le projet culturel pouvait générer des modifications identitaires.
Sachant que pour les patients la période d'hospitalisation est une période où l'identification peut être perturbée, fragilisée, nous postulons que l'action culturelle peut être un moyen d'y remédier, du moins partiellement. Pour le personnel hospitalier, il convient d'interroger la manière dont le projet culturel peut prendre en compte et parvenir à concilier la multitude des identités professionnelles présentes dans l'hôpital. L'analyse menée par Gilles Herreros, se

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[65] Le terme de « service » est à entendre dans le sens d'unité, de service de soins.

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

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

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

Deuxième partie :

Le projet culturel et l'atelier : quels effets pour l'institution hospitalière et ses acteurs ?

Introduction de la deuxième partie

Cette seconde partie s'organise autour des différents résultats relevés quant aux effets du projet culturel et de l'atelier sur l'institution et ses acteurs. Nous avons fait le choix d'une présentation thématique. Un premier chapitre aborde le projet culturel dans sa globalité, du point de vue des différents acteurs. : les directions d'établissements, le personnel participant, les artistes intervenants. Il contribue à vérifier l'hypothèse selon laquelle le projet culturel est porteur d'enjeux et de représentations diverses. Enfin, il rend compte de la nature des interactions entre personnel et artistes.

Parce qu'il est porteur d'attentes diverses, le projet culturel ne fait pas toujours consensus. Plusieurs phénomènes d'ordre organisationnel ou individuel freinent parfois son développement et l'adhésion des salariés. Ils feront l'objet d'un second chapitre.

Enfin, un troisième chapitre se consacre aux déplacements opérés par le projet culturel et le dispositif de l'atelier pendant et suite à leur mise en place. Il permet d'entrevoir les effets de ce dispositif de médiation culturelle dans la durée.

Dans cette seconde partie, notre principal corpus se compose des entretiens menés auprès des différents acteurs des institutions hospitalières étudiées. Nous invitons le lecteur à se reporter à l'annexe 5 pour pendre connaissance de la méthodologie d'enquête établit.

Chapitre I

Formes et représentations du projet culturel dans l'hôpital psychiatrique :

La question à l'origine de ce chapitre est la suivante : quelles formes prend le projet culturel dans l'hôpital et quels enjeux représente-t-il pour les professionnels ? Autrement dit, comment le projet dans sa globalité et parfois plus spécifiquement l'atelier culturel, sont-ils perçus par les différents acteurs ?

Pour répondre à ce questionnement, le premier point a trait aux discours portés et à la forme de l'inscription du projet culturel dans le projet d'établissement, sur nos deux terrains d'étude. Dans un second point, nous interrogeons les motifs de participation du personnel.

Dans un troisième, nous mettons en tension le discours des artistes sur leurs interventions et le regard porté par le chercheur au travers de l'analyse de projets artistiques rédigés par des intervenants. Le point de vue de l'artiste ne nous intéresse pas pour l'apport qu'il en retire dans sa démarche professionnelle. Nous souhaitons mettre l'accent sur la nature de l'intervention artistique. Nous postulons que dans ce cadre, elle est repensée, redéfinie.

Enfin, la mise en place d'un projet culturel à l'hôpital ne se fait pas sans collaboration. Se pose alors la question de l'interaction entre le personnel et les artistes. Il s'agira d'interroger les rapports entre ces deux groupes et le positionnement de chacun.

1. Discours et analyse de l'inscription du projet culturel dans le projet d'établissement :

Les projets issus du programme « Culture à l'hôpital » possèdent certaines caractéristiques marquant une évolution avec ce qui était fait avant la mise en place de la convention nationale. Nous avons relevé deux axes principaux, l'un rapporté par les personnes interrogées, notamment les responsables hospitaliers et l'autre issu de l'analyse que nous avons réalisé sur l'inscription des projets culturels au sein des projets d'établissements.

1.1 L'enjeu explicite : participer au programme « Culture à l'hôpital » confère au projet culturel une dimension institutionnelle et durable :

1.1.1 Un public plus large qui devient acteur du projet :

Plusieurs points permettent de distinguer les projets culturels menés avant la mise en place de la convention d'avec ceux menés postérieurement. Le premier tient à la participation des acteurs et à la « reconnaissance » institutionnelle accordée aux projets culturels. Avant la convention, le public visé par ces actions culturelles n'était composé que de patients hospitalisés. Ils étaient maintenus dans un rôle passif, dans la simple réception de l'œuvre.

Aujourd'hui, après l'analyse de la convention nationale « Culture à l'hôpital » et le suivi de divers projets, nous pouvons attester qu'il n'existe pas un mais des publics potentiels et que leur implication dans le projet culturel est de plus en plus manifeste ; ils en deviennent des constituants à part entière.

Le public actuel se compose de diverses catégories, qui à travers le projet culturel, peuvent multiplier et diversifier la nature de leurs interactions. La première et principale composante reste celle des patients. S'en suit le personnel hospitalier (toute catégorie confondue, mais avec une prédominance des soignants) qui se voit de plus en plus mobilisé dans la réalisation des projets culturels. Avec la poursuite du mouvement d'ouverture de l'hôpital sur la ville, on compte sur une nouvelle composante: le public extérieur. Bien que minoritaire dans les faits, il se compose de citoyens lambda, de la famille et des proches des personnes hospitalisées. Cette prise en compte d'un plus large public n'est pas le seul fait des

terrains étudiés, il s'agit d'une orientation générale des projets culturels développés en hôpital psychiatrique et inscrits dans le programme « Culture à l'hôpital ».

Les projets menés avant convention se sont développés sur une échelle interne ; peu connus ils ne concernaient souvent que quelques services et une certaine catégorie de patients. Aujourd'hui, le projet culturel mené dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » s'adresse à la majorité des patients, aussi bien ceux en secteurs ouverts qu'en secteurs fermés. Le groupe constitué n'est pas clos, des allers et venues se font constamment avec les patients, bien qu'il existe un noyau dur. Il y a ceux qui ont terminé leur période d'hospitalisation, ceux qui sont en crise et dont l'état ne permet plus leur participation et ceux, nouveaux arrivants ou nouvellement intéressés par les ateliers proposés.

1.1.2 Des financements plus importants :

Le deuxième point qui permet de distinguer les actions menées avant et après convention est l'aspect budgétaire. Pour exemple, à la Fondation Bon Sauveur d'Alby, les premières actions culturelles menées avec l'association *Stop Art* étaient entièrement financées sur les fonds privés de l'institution, ce qui explique en partie le côté modéré de l'aide débloquée par la direction. Aujourd'hui, les financements accordés par la DRAC et l'ARH permettent à l'hôpital de développer des projets plus importants, davantage inscrits dans la durée et pouvant acquérir une certaine légitimité auprès des instances décisionnelles de l'établissement et du personnel. Ils apportent également une certaine sérénité chez les concepteurs du projet.

> « *La différence se situe au niveau de la place que lui accordait l'établissement. C'est-à-dire que précédemment nous étions dans une opération cautionnée par l'établissement, mais qui n'impliquait aucun acteur de l'hôpital de façon directe. Ensuite c'est le budget également, puisque c'était un petit budget. Aujourd'hui avec la convention on est dans une tout autre dimension, dans le sens ou l'on est sur un projet institutionnalisé et concerté avec une garantie de reconnaissance des artistes que l'on fait intervenir et une véritable implication de l'artiste sur du long terme avec un travail de collaboration et de réflexion commune. On est vraiment dans quelque chose de très élaboré, de pensé en lien avec certains objectifs du projet d'établissement. C'est un projet qui est beaucoup plus inscrit dans une politique d'établissement qu'une action isolée.*[66] »

[66] Entretien n°14 : responsable culturel- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Le projet culturel s'est progressivement institutionnalisé, engageant une réflexion commune au sein de la Fondation. Il est pensé en complémentarité avec le projet d'établissement. Avant la participation de l'établissement au programme « Culture à l'hôpital », les projets culturels développés se résumaient à quelques actions isolées et peu reconnues. Une certaine légitimité des projets semble s'être amorcée (non sans certaines difficultés) puisque depuis 2006, le projet culturel est inscrit dans le projet d'établissement. Néanmoins, il s'agit là d'une reconnaissance institutionnelle. Il n'est pas dit que dans les faits il en soit ainsi au niveau des acteurs, notamment des soignants, c'est ce que nous verrons dans la suite de cette recherche.

1.1.3 Une inscription du projet culturel dans la durée :

Les projets précédents avaient une inscription dans le temps limitée, relevant davantage de l'action ponctuelle que du véritable projet culturel. Il y avait une absence de régularité établie dans l'offre artistique, donc pas de repères possible pour les patients. Ces derniers, tout comme le personnel, restaient souvent dans un rôle de réception de l'œuvre. Les créations communes permettant un travail de groupe et les interactions entre acteurs étaient plutôt rares. Depuis la convention, la création des projets est davantage structurée, planifiée, lui conférant une assise organisationnelle au sein de la structure.
Cependant, au-delà de ces discours rapportés, l'analyse de l'inscription du projet culturel dans le projet d'établissement témoigne de son usage, par les établissements, en tant que véritable « outil » de communication.

1.2 L'enjeu implicite : le projet culturel au service de la communication :

1.2.1 À la Fondation Bon Sauveur d'Alby :

À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, le projet culturel est inscrit dans le projet d'établissement depuis 2006. Il bénéficie ainsi du soutien officiel de toutes les instances en place. Cependant, la mention qui en est faite suscite certaines interrogations, voire contradictions avec les objectifs de la convention nationale « Culture à l'hôpital ».

Bien qu'il s'agisse d'une reconnaissance, la place accordée au projet culturel dans le projet d'établissement reste minime. Là n'est pourtant pas le plus important. Ce qui a surtout

retenu notre attention est l'inscription du projet culturel à l'intérieur même du projet de soins[67].

Ce dernier se décompose en dix domaines définis comme étant prioritaires : soins psychiques, soins somatiques, gestion du médicament, prévention des risques liés aux activités de soins, prévention des risques sanitaires, qualité des soins, éducation à la santé, sociothérapie, pédagogie/formation, management et organisation des unités de soins.
Nous avons reproduit l'extrait[68] qui nous concerne pour cette recherche :

Domaines	**Objectifs**	**Actions concertées avec :**
Sociothérapie	- Favoriser l'approche corporelle et occupationnelle par l'intermédiaire de l'activité sportive. - Ouvrir l'hôpital sur l'environnement culturel et social.	- Educateur sportif (gymnase-piscine) - Comité culturel

De prime abord, l'idée de la culture comme élément constitutif du soin, car participant d'une prise en charge plus globale du patient est défendable et non antinomique avec les objectifs annoncés dans la convention nationale. Néanmoins, il y a césure dans la classification accordée par la Fondation, qui place le projet culturel dans la catégorie « projets sociaux- thérapeutiques ». Or, rappelons ce passage en préambule de la convention nationale « Culture à l'hôpital » :

> « La culture peut jouer un rôle essentiel dans cette évolution. En dehors de tout objectif thérapeutique**,** elle participe à l'amélioration de l'environnement des personnes et contribue à favoriser la relation de l'hôpital avec l'extérieur.[69]»

Nous ne reviendrons pas ici sur l'important débat autour de la question de l'art thérapie dans les projets culturels menés en hôpital psychiatrique ; néanmoins, nous pressentons déjà les limites que ces difficultés de distinctions peuvent poser.

[67] « Le projet de soin a pour ambition d'accompagner les axes stratégiques du projet médical en conformité avec les orientations des différents projets associés : projet social, projet qualité » Extrait du projet d'établissement 2006-2010 de la Fondation Bon Sauveur d'Alby (p.83)
[68] Extrait du projet de soins de la Fondation Bon Sauveur d'Alby, issu du projet d'établissement 2006-2010.
[69] Extrait de la convention nationale « Culture à l'hôpital », ministère de la Culture et de la Communication, ministère de la Santé, 1999.

À l'instar de ce qu'à relevé Florine Siganos (2007) dans ses recherches sur l'action culturelle en prison, les directions d'hôpitaux ne semblent pas encore faire de distinctions réelles entre activités « culturelles » et activités « socioculturelles ».

De plus, bien que cela ne soit pas formalisé dans le projet d'établissement, le projet culturel est mobilisé par l'établissement en tant qu'outil de communication, essentiellement externe :

> « *Ça permet des liens, de la communication entre des personnes qui ne se rencontrent jamais, à la fois des professionnels, mais aussi un public extérieur qui ne viendra probablement jamais à l'hôpital psychiatrique. Ça permet de modifier aussi l'image de la psychiatrie et de la folie sur l'extérieur.*[70]»

Voyons maintenant ce qu'il en est sur notre second terrain d'étude, l'hôpital de Montfavet.

1.2.2 À l'hôpital de Montfavet :

Ici, le projet d'établissement se compose de quatre parties : I- Le projet de prise en charge des patients dans lequel on trouve le projet médical et le projet de soins, II- Le projet social, III- Le projet de gestion, IV-Une étude de faisabilité.
Le projet culturel est mentionné dans la troisième partie (projet de gestion) dans l'item « politique de communication ». Contrairement à la Fondation Bon Sauveur d'Alby où le projet culturel apparaît comme faisant partie des prérogatives soignantes, l'hôpital de Montfavet présente le projet culturel comme faisant partie de ses logiques managériales.
Les actions culturelles sont mobilisées comme élément permettant de faire évoluer l'image asilaire dont est encore fortement connotée l'institution :

> « L'image de l'établissement, et plus largement de la psychiatrie, dans le public est très influencée par son histoire : celle de l'asile des aliénés de Montdevergues est encore prégnante auprès de la population anciennement établie dans la région. Il est donc nécessaire de faire évoluer cette image pour dédramatiser l'accès aux soins en psychiatrie, notamment des hospitalisations, et faciliter le recours à ceux-ci lorsqu'il s'avère nécessaire.
> Il résulte de ce constat des actions pour améliorer l'image de l'établissement :

[70] Entretien n°14 : responsable culturel- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

en le faisant mieux connaître et en l'insérant mieux dans son environnement à travers l'organisation de manifestations culturelles : expositions des ateliers d'art, représentations théâtrales, participation aux manifestations nationales comme Lire en Fête, Fête de la Musique ou Journées du Patrimoine, journées portes ouvertes, organisation de journées d'études ou congrès

- en faisant de l'hôpital un lieu culturel repéré et identifié, ouvert à tous, qui accueille toutes sortes d'évènements culturels : concerts, expositions et notamment dans l'espace muséal qui va ouvrir fin 2008.
- en favorisant les relations avec la presse locale de façon à rendre familière l'image de l'établissement dans la vie locale.[71]»

À travers ces deux exemples, nous venons de mettre à jour, une requalification voire une « dérive » certaine faite sur les objectifs premiers de la convention nationale. Ce phénomène est annonciateur de déplacements, sur lesquels nous reviendrons par la suite. Néanmoins, nous pouvons souligner que cette tendance s'inscrit pleinement dans les nouveaux objectifs fixés par la seconde convention signée dans la région PACA :

> « L'Agence régionale de l'hospitalisation et la Direction régionale des affaires culturelles souhaitent développer les initiatives "Culture à l'hôpital" afin […] d'améliorer l'image des établissements de soins.[72]»

Nous venons de le voir, le projet culturel est désormais reconnu d'un point de vue institutionnel. Les directions en ont même fait un élément à part entière de la politique communicationnelle de leur établissement. Mais qu'en est-il du côté des salariés, quelles sont les raisons qui les poussent à participer au projet culturel ?

2. Les motifs de participation avancés par les soignants:

2.1 Curiosité et intérêt culturel :

Le projet culturel est loin de faire l'objet d'un consensus, il divise le personnel hospitalier. Il y a les indifférents, les réfractaires et ceux qui sont ouverts à toute initiative culturelle. Ceux sont ces derniers qui s'y investissent. Aux vues de la faible mobilisation du personnel dans les ateliers culturels, nous pourrions être tentés de croire, que cette dernière est

[71] Document interne, extrait du projet d'établissement de l'hôpital de Montfavet, p.95.
[72] Extrait de la convention « Culture à l'hôpital » 2003-2006, signée entre l'Agence régionale de l'hospitalisation et la Direction régionale des affaires culturelles de la région PACA. Se reporter à l'annexe 4.

liée à une sensibilité culturelle développée, que le projet permettrait d'affirmer ou de concrétiser. Néanmoins, la situation est plus hétérogène qu'elle n'y parait. Plusieurs cas de figure expliquent la participation de certains soignants aux ateliers.

Le premier cas, celui que nous avons pu observer le plus fréquemment relève de la curiosité. Le personnel hospitalier méconnaissant le programme « Culture à l'hôpital » est majoritaire. Nombreux sont ceux qui ont souhaité pousser les portes des ateliers pour observer de plus près ce dont il s'agit :

> « *Alors la première participation elle s'est faite tout simplement parce que je suis d'un naturel curieux. Du coup j'y suis allé, j'ai été séduit par la démarche.*[73] »

Il en est de même pour le personnel d'encadrement. Les différentes catégories professionnelles partagent cette envie de savoir ce qu'il se passe dans l'atelier culturel. Pour exemple, voici le récit d'un cadre de la Fondation Bon Sauveur d'Alby :

> « *Et bien on a eu une invitation qui a été envoyée à tous les cadres, tous les médecins, tout l'encadrement. On nous a proposé de se retrouver tel jour à tel endroit et donc là j'y suis allée effectivement [...] Mais bon je ne savais pas pourquoi j'y allais au départ, mais j'ai trouvé ça très riche au niveau de l'expérience (...) Mais il y avait des patients aussi, on était mélangé […] Ça m'a vraiment bougé au niveau de l'émotion, comment tout le monde a joué le jeu même les patients pourtant ce ne sont pas les plus faciles à cadrer. Et c'était, il y avait quelque chose de fort au niveau de ce moment-là. Mais je ne sais pas pourquoi j'y allé au départ, je me disais pour voir ce qu'il s'y passé.*[74] »

Cette curiosité n'est pas sans lien avec la volonté de voir autre chose, de rompre un peu le quotidien hospitalier, ce que l'on a l'habitude d'y rencontrer en tant que professionnel. Ce n'est pas tant le projet en tant que projet culturel qui attire les soignants, mais la nouveauté qu'il représente dans le cadre de l'hôpital psychiatrique où tout est fortement institué. L'assouvissement d'un sentiment de curiosité, de découverte d'une nouveauté, restent donc les motivations premières de participation du personnel aux ateliers culturels du programme « Culture à l'hôpital ».

Toutefois, elles sont à mettre en résonance avec l'intérêt personnel de nombreux soignants envers une discipline artistique particulière (théâtre, peinture…)

[73] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.
[74] Entretien n° 26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

. Qu'est-ce qui a motivé votre participation à ce projet ?

« *Moi j'aime le théâtre, je faisais du théâtre amateur donc voilà. J'étais plutôt attiré par ça que par d'autres activités artistiques et puis je sentais que ça pouvait être éminemment thérapeutique.*[75] »

« *Lorsque l'on a commencé à travailler ce projet de théâtre, on a pris contact avec Mises en Scène, donc une compagnie qui existe sur Avignon que je connais depuis une quinzaine d'années, depuis très longtemps, mais je l'ai connu dans un cadre autre que professionnel. J'ai toujours été très intéressée par ce qu'ils faisaient dans le cadre de la culture, de l'ouverture culturelle, dans la possibilité d'amener la culture dans des endroits difficiles d'accès en fait, tels certains quartiers, les prisons, les hôpitaux. Ils m'ont donné l'envie de travailler avec eux depuis très longtemps.*[76] »

Certains ont déjà eu une pratique artistique et quelques-uns ont eux-mêmes animé ou mis en place des ateliers de création artistique au sein de leurs unités. Ils ont dans l'ensemble soit un passé artistique (ou un fort intérêt) dans leur vie privée, dans une moindre mesure dans leur vie professionnelle et parfois dans les deux :

« *Ce qui a motivé ma participation ça a été le hasard ; le hasard total au niveau professionnel et puis la curiosité. Aussi le fait d'avoir travaillé en pédopsychiatrie dans des ateliers médiatisés, j'avais découvert certaines choses. J'avais une théorie en arrivant en psychiatrie adulte, je me disais que tous étaient bien abîmés par la maladie, bien désocialisés, bien largués par les familles, tout ça. Un jour un patient m'a fait une réflexion et il m'a dit : "Quand on est malade on n'est plus rien". Ce "plus rien" j'ai trouvé ça terrible, et ça m'a beaucoup interpellée, en me renvoyant à ma propre vie [...] Et donc je me suis dit, ce patient qui me disait n'être plus rien, et bien c'était faux, chaque individu à quelque chose de bon en lui, quelque chose qu'il n'a pas exploité, qu'il n'a pas su mettre en avant. Alors, je suis partie de cette idée-là et un jour j'ai proposé à des patients de créer un atelier qui s'appellerait "Maison je". Je de "je", de je suis acteur, je suis moi, j'existe. On a pris plein de petits objets, je leur ai demandé d'apporter ce qu'ils avaient envie, n'importe quoi. On a tout mis sur une table et puis je leur ai dit : " Vous voyez tout ça ce n'est rien, personne n'en veut, ça part dans une poubelle, personne ne le regarde, et bien nous, on va le regarder autrement et de tout ça on va en faire quelque chose." Je leur ai fait faire des tableaux avec tout ça.*[77] »

Pour d'autres soignants, au-delà de la curiosité et de l'intérêt culturel, c'est le poste qu'ils occupent qui les conduit à devenir référent du projet culturel, au niveau de leur service.

[75] Entretien n°23 : infirmière- hôpital de Montfavet.
[76] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.
[77] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

2.2 Disponibilité :

2.2.1 Une disponibilité liée au poste occupé :

Il faut rappeler que dans les établissements hospitaliers, le personnel ne travaille pas à jours et heures fixes (hormis les administratifs). Dans les services, les équipes « tournent » chaque semaine et travaillent du matin, du soir ou de nuit. Autrement dit, il est rare d'occuper le même poste, le même jour, d'une semaine sur l'autre, ce qui rend compliqué l'accompagnement des patients aux ateliers culturels. Afin de leur fixer certains repères et d'avoir un suivi régulier, lorsqu'il n'y a pas de personnel volontaire, cette tâche est de préférence confiée aux personnes occupant un poste fixe tous les jours de la semaine. Dans ce contexte, la participation ne résulte pas d'un choix. On peut dire qu'à la base, elle est « contrainte » par les spécificités de l'organisation des services hospitaliers :

> « *Ce qui a motivé c'est que moi je travaille à la journée, je ne fais pas les postes, je suis là de huit heures du matin à seize heures de l'après-midi donc en fait c'était plus facile pour moi de me rendre disponible et ça permet d'avoir un suivi quand même.*[78] »

> « *En vérité au départ je n'ai pas eu le choix. On cherchait quelqu'un qui soit assez disponible. Après je me suis investie dans le projet parce que c'était quelque chose qui m'a beaucoup intéressé.*[79] »

2.2.2. Le remplacement d'un collège absent :

Un autre cas de figure que nous avons rencontré concerne des soignants qui participent aux projets culturels de manière ponctuelle, sans s'y impliquer réellement. Il s'agit de salariés remplaçant leur collègue malade ou en congés dans l'accompagnement des patients:

> . Qu'est-ce qui a motivé votre participation au projet culturel ?
> « *L'absence de ma collègue.*[80] »

Leur implication est de fait limitée, car il n'est souvent pas possible de mobiliser deux soignants en même temps pour un nombre limité de patients. Bien que leur investissement

[78] Entretien n° 28 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[79] Entretien n°16 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[80] Entretien n°17 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

soit minime, il a le mérite d'exister et de permettre la continuité du projet lors des absences de la personne référent, et par là même, de sensibiliser de fait, d'autres membres du personnel. Nous tenons à souligner ce point, car nous avons plus fréquemment rencontré des situations où aucun autre salarié ne pouvait ou ne souhaitait prendre le relais, de ce fait les patients n'ont pas pu assister à certaines séances.

Nous pouvons néanmoins retenir que, quel qu'ait été le motif à l'origine de la participation des soignants, ils se sont tous investis progressivement et de leur plein gré dans le projet culturel.
Cette implication est aussi à mettre en lien avec les préoccupations soignantes.

2.3 Participer d'une meilleure prise en charge des patients :

2.3.1 L'atelier culturel comme « prescription soignante » :

Dans certains cas, bien que cela n'entre pas dans les closes du dispositif « Culture à l'hôpital » il est fait appel au médecin de service pour obtenir une prescription de participation à l'attention de certains patients, jugés comme étant des « cas extrêmes ». De nouveau, nous pouvons attester du « détournement » fait de la convention nationale.

Ici en l'occurrence, le procédé est le même que celui mobilisé dans le cadre des ateliers d'art-thérapie. Ainsi, lorsque le personnel estime que la participation d'un patient à l'atelier culturel pourrait avoir un apport bénéfique, il en fait la demande au médecin. Ce recours concerne principalement les patients jugés difficiles, manifestant une absence totale de désir et de motivation, hospitalisés la plupart du temps en service fermé :

> « *Le problème c'est qu'ici c'est un service fermé, contenant, on a beaucoup de patients en placement donc soit ce sont des gens en placement et ils ne restent pas longtemps parce que le placement va être levé très vite. Ils ne peuvent pas être intégrés à ce type de projet parce que dès qu'ils sont aptes, cliniquement aptes ils sortent, ils rentrent chez eux. Soit ce sont des patients qui sont là à l'année parce qu'ils ont commis des actes gravissimes, voire assassinés des gens, ils ne sortiront probablement jamais et ce sont ces personnes-là que l'on peut injecter sur ce genre de projet.*[81] »

[81] Entretien n°26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Plus généralement, la participation des patients au projet culturel est libre. Elle fait cependant l'objet d'une discussion avec le médecin ou le psychiatre. Les soignants effectuent une présélection dans l'information communiquée aux patients, tous ne sont pas incités à participer :

> « *On cherche des patients qui ont de grandes difficultés, des troubles psychotiques en général pour la plupart, qui ont du mal à aborder le dedans, le dehors, les limites autour de ça et pourtant ce sont des repères qui sont nécessaires pour une éventuelle autonomisation à venir. Nous, on l'utilise comme ça, en tout cas ici dans l'unité.*[82] »

On peut donc dire que dans les faits, au même titre que les ateliers thérapeutiques, le projet culturel fait l'objet d'une prescription, intégrant ainsi le cadre de soins proposé au patient. Plusieurs paramètres entrent dans le choix des participants à mobiliser : la pathologie, son stade, ainsi que la durée d'hospitalisation. Les services fermés ont particulièrement tendance à ne proposer l'atelier culturel qu'aux patients hospitalisés en longue durée.
Lorsque des retours sur les ateliers ont lieu avec le reste de l'équipe soignante et le médecin, ils peuvent conduire à réorienter la prise en charge du patient :

> « *La plupart des patients viennent complètement libres avec un accord avec la prise en charge médicale, c'est-à-dire que le médecin est quand même un peu impliqué, on lui en parle quand même. Quand on propose à quelqu'un de venir sur l'atelier de théâtre, bien souvent on en discute en équipe, en disant voilà, on a peut-être cette possibilité que l'on n'a pas essayée avec cette personne, on en débat et on essaye de voir comment le patient pourrait être intéressé. Ensuite on le présente au patient on dit que l'on s'en est préoccupé du moins et que du coup on a cette proposition à lui faire. Sur l'atelier théâtre il y a une prise en charge qui est plus de l'ordre de la prescription médicale et qui est on va dire une sorte d'injonction thérapeutique, mais ça ça dépend-on va dire de la pathologie ou de la phase de la maladie dans laquelle peut être le patient.*[83] »

2.3.2 <u>La culture comme modalité de soin à part entière</u> :

Le projet culturel, au même titre que toute autre activité menée dans le service (jeux, sport, sortie…) est exploité par le personnel dans la prise en charge quotidienne des patients. Au regard des hospitaliers, il a un réel potentiel soignant, non négligeable. La norme que nous

[82] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.
[83] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

avons pu dégager de cette recherche tend à démontrer que la culture est mobilisée en tant qu'élément à part entière du dispositif de soin.

Ce qui se déroule dans les ateliers culturels est toujours mis en rapport avec le ressenti et les souffrances des patients. L'équipe soignante ne s'intéresse pas au projet culturel en particulier ni au point de vue que peut en avoir le patient. Elle s'intéresse à ce qu'il révèle des potentialités expressives et émotionnelles des patients. Le projet culturel sert de point de départ pour aider le patient à mettre en mots ces difficultés. Il est envisagé comme complément au travail effectué par le personnel, notamment dans l'aide à la socialisation.
La création peut aussi se révéler comme un indicateur de l'état de santé du patient :

> « *C'est leur personnalité qui ressort là-dedans, leur personnalité au moment où ils viennent. Il y a certaines personnes, selon les jours, elles ne feront pas du tout le même dessin. Par exemple Lucie la dernière fois elle était en train de nous faire des traits très épais, très noirs, ça représentait bien l'état mental dans lequel elle était ce jour-là. Suite à ça elle a été hospitalisée, donc ça veut bien dire que ça n'allait pas. Dès qu'ils font quelque chose, on a très vite vu si ça va ou si ça ne va pas. La matière, ça permet d'exprimer des choses que peut-être ils ne pourraient pas exprimer en parole. C'est vraiment flagrant, leur état se voit de suite sur les productions qu'ils font. Ça a toujours été, les activités permettent d'exprimer des choses qu'ils ne sont pas capables d'exprimer verbalement.*[84] »

La majorité des soignants (impliqués dans le projet) voit dans la pratique artistique une modalité possible du soin. Elle serait propice à l'expression du patient et permettrait même de l'avis de quelques-uns de limiter les surcharges médicamenteuses :

> « *Après je pense que la culture c'est une façon de soigner, par la musique, par le dessin, par la poterie, ça sera une autre façon de prendre en charge le malade, on sortira du traitement, des piqûres, voilà.*[85] »

Dans certains cas, on peut carrément parler d'un détournement du projet culturel par les soignants au profit du soin. Nous avons rencontré des services, plus précisément des hôpitaux de jour qui reconnaissent utiliser le dispositif du programme « Culture à l'hôpital » pour développer leurs propres projets, d'ordre thérapeutique ou sociothérapeutique :

> . Connaissez-vous le programme « Culture à l'hôpital » ?
> « *Les connaissances que j'en ai sont tout à fait basiques puisque par choix je n'ai pas souhaité m'imprégner de tout le projet. J'ai quelque part utilisé, ou mangé un gâteau qui m'était offert, sans chercher comment le gâteau avait été préparé parce*

[84] Entretien n°16 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[85] Entretien n°32 : aide médico psychologique- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

que maintenant j'avance dans l'âge je n'ai pas envie de me prendre la tête avec des choses qui parfois sont difficiles.[86] »

Le dispositif est avantageux, car il représente une autre possibilité d'obtention de financement pour les projets. Ces situations sont fortement liées au contenu même du projet culturel et à l'implication en amont donnée aux équipes soignantes. Il n'en reste pas moins que l'action culturelle est considérée par bon nombre de professionnels comme un élément du soin :

« *D'abord, ils ne peuvent pas être déconnectés de la période de soins puisque pour moi c'est un soin à part entière.*[87] »

« *Ça fait partie de l'accompagnement d'un travail de découverte de soi. Ça fait partie intégrante du soin.*[88] »

L'exploitation de nos entretiens nous conduit à partager les constats posés par Gilles Herreros, à savoir « le glissement possible de l'exercice du soin à prendre soin » par le biais du projet culturel. L'élargissement de la conception du soin avec notamment le développement de la prise en compte du relationnel devrait participer au dépassement du conflit sur l'usage thérapeutique de la culture[89].

Au regard du personnel, le projet est exploitable aussi bien dans sa dimension culturelle que dans sa possible dimension soignante. Il est mobilisé dans le soin essentiellement à travers ses caractéristiques socialisantes.
Si tous les soignants ne partagent pas l'idée que l'art en soi est quelque chose de thérapeutique, ils conviennent tous que le projet culturel est un outil supplémentaire possible pour entrer en communication avec les patients:

« *Moi je trouve que ça nous permet avec les patients de pouvoir échanger avec d'autres supports.*[90] »

Le projet culturel devient prétexte à la discussion avec le patient. En reprenant postérieurement le déroulement des séances en atelier, le personnel s'en saisit pour entrer en

[86] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[87] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[88] Entretien n°17 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[89] Gilles Herreros. 2008. Extrait de son intervention lors du forum régional « Culture, Hôpital et territoires » qui s'est déroulée le mardi 13 mai à l'université Lumière Lyon 2. Disponible en intégralité en ligne : www://podcast.univ-lyon2.fr/groups/culturehopitaletterritoires/webblog (consulté le 26/05/09).
[90] Entretien n°28 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

communication avec les patients. Comme il nous l'a été rapporté à diverses reprises, le projet culturel représente un support de plus pour les aborder.
Le personnel prend l'atelier culturel ou les sorties organisées, comme base de discussion. Il reprend les thèmes qui y sont abordés (par exemple l'identité) et ouvre la conversation avec le patient.
Au-delà d'une mise à profit dans le soin, le projet culturel est également perçu par le personnel hospitalier, comme un élément pouvant alléger le poids lié au temps relatif à l'hospitalisation.

2.3.3 Le projet culturel envisagé en tant qu'activité occupationnelle :

Bien que la vocation des projets culturels (dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital »), nous l'avons vu, ne soit pas d'être une activité occupationnelle, ils sont pourtant mobilisés dans ce sens par certains services. Les cas rencontrés ne sont pas significatifs, mais méritent néanmoins d'être rapportés, car les activités proposées aux patients font partie du travail de prise en charge accompli par le personnel hospitalier. Pour exemple, cette réponse formulée à la question sur les raisons de non-participation des patients d'un service au projet :

> « *Et bien la raison particulière c'est que l'infirmier qui s'en occupait est parti, ça vient d'être repris, restructuré, et puis en fait il y a aussi le fait que l'on a changé de médecin. Avant on avait des médecins qui sollicitaient les patients pour participer à ces ateliers et maintenant la sollicitation elle n'y est plus ni même la prescription. Ceux qui y vont sont ceux qui viennent nous voir en nous disant qu'ils s'ennuient et veulent savoir s'il n'y a pas d'activités.*[91] »

Au regard des professionnels, le projet culturel peut aussi être pensé comme élément permettant de repenser les représentations sociales liées aux malades et à l'univers de la psychiatrie. Ils rejoignent par là, les discours portés par l'établissement lorsqu'il souhaite modifier son image auprès du grand public.

2.4 Volonté de modifier le regard sur la maladie mentale et l'hôpital psychiatrique :

Le personnel hospitalier perçoit l'action culturelle comme un élément susceptible de faire évoluer les mentalités, le regard, et donc intrinsèquement les représentations sociales sur

[91] Entretien n°29 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

la maladie mentale, les personnes qui en sont atteintes et le lieu qui les accueille, à savoir l'hôpital psychiatrique :

> . Que pensez-vous de l'ouverture de ces projets à l'ensemble de la communauté hospitalière et à l'extérieur (patients- soignants- personnel administratif- famille des patients) ? Cela peut-il changer des choses ? À quel niveau ?
> « *Ça ne peut que changer la vue de certaines personnes sur la psychiatrie. C'est vrai que la psychiatrie c'est quand même quelque chose qui est particulier et qui fait souvent peur aux gens. Ça ne peut qu'être bénéfique puisque ça fait voir la psychiatrie sous un autre angle.*[92] »
>
> « *Je veux croire que ça a une fonction de dédramatisation, quelque chose qui serait moins inconnu, qui ferait moins peur.*[93] »

L'action culturelle a un caractère non élitiste, s'adressant à toutes les catégories sociales, dans les différents lieux constitutifs de la cité. On lui voue souvent des qualités fédératives.

Dans le cadre de l'hôpital psychiatrique, nous avons relevé un certain consensus autour des effets qui peuvent lui être attribués. La culture apparaît de plus en plus comme une excellente opportunité d'ouverture sur l'extérieur :

> « *Je dirais que ça peut amener l'image de ce qu'il y a dedans, ce qu'il y a dehors, je parle de l'intra et de l'extra. La culture est un phénomène universel donc qui ne touche pas qu'une catégorie de personnes, ça touche patients et non patients donc en ce sens là c'est intéressant.*[94] »

Nous retrouvons également ce phénomène auprès des salariés qui ne participent pas au projet culturel. Bien qu'ils ne soient pas directement impliqués, les membres du personnel ont conscience du potentiel que peut avoir la culture dans l'évolution de la représentation du secteur psychiatrique :

> « *Ça peut changer le regard sur les gens que l'on voit. Notamment, c'est vrai que dans les médias c'est toujours le schizophrène, la schizophrénie, l'autre jour j'étais choquée aux infos : "Le schizophrène, le schizophrène."Mais le schizophrène il a un nom il a un prénom, il a une identité, c'est un individu, c'est quelqu'un avant tout quoi. Montrer que même si l'on a une maladie on peut être comme tout le monde et être un peu artiste dans sa tête même si l'on est schizophrène. Et c'est vrai que ça va peut-être contribuer à changer le regard des gens sur la pathologie mentale.*[95] »

[92] Entretien n°16 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[93] Entretien n°26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[94] Entretien n°17 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[95] Entretien n°29 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

« *Oui je pense que ça peut changer des choses, déjà l'image du Bon Sauveur, l'image de la psychiatrie. C'est encore tabou le Bon Sauveur. Je pense que de faire venir les gens ça pourra améliorer, faire changer cette image de l'enfermement de la psychiatrie et de la folie.*[96] »

Nous retiendrons donc que l'idée de la culture comme élément pouvant ouvrir l'hôpital et modifier les représentations sociales dont il est l'objet, occupe une dimension très importante auprès du personnel des établissements hospitaliers.
Dans une moindre mesure, d'autres soignants envisagent davantage la culture à l'hôpital comme un élément pour développer du lien social que comme un élément visant à démystifier la psychiatrie :

« *C'est plutôt pour créer des liens que pour démontrer quelque chose.*[97] »

Enfin, parmi les motifs de participation relevés chez les professionnels, nous avons également décelé la volonté, par le biais du projet culturel, de pouvoir compléter et perfectionner leur formation professionnelle en lui apportant une dimension nouvelle.

2.5 Compléter sa formation professionnelle:

2.5.1 À la FERME du Vinatier, des ateliers artistiques et culturels à destination du personnel :

Proposés par l'hôpital du Vinatier en tant que formation, des ateliers de sensibilisation et de pratique artistique sont ouverts au personnel de l'établissement. Ces ateliers sont dirigés par les mêmes artistes intervenant auprès des patients, mais les deux catégories ne sont pas confondues.
Pour les salariés participant aux projets culturels proposés dans le cadre de la formation continue, nous nous sommes interrogés sur les motivations de leur implication et sur ce qu'ils pouvaient en retirer à titre personnel, mais aussi professionnel en comparaison au personnel participant avec les patients à titre d'accompagnateur.

Parmi les intervenants, la compagnie des Trois Huit a organisé diverses formations de théâtre à destination des soignants. Prenant comme point de départ un thème particulier tel que la figure maternelle et l'école, les personnels sont amenés au fil des séances à travailler

[96] Entretien n°31 : assistante sociale- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[97] Entretien n°6 : infirmière- hôpital du Vinatier.

sur la concentration, l'échange, l'imaginaire. Autant de notions qui, loin d'être anodines, peuvent être mises à profit dans l'activité professionnelle quotidienne ou dans les ateliers que certains d'entre eux animent pour leurs patients. L'une des particularités de ces ateliers est qu'ils ont abouti à une présentation publique conjointement avec celle des patients en juin 2005.

Ainsi, bien que les ateliers se soient développés séparément entre le groupe des patients et celui des soignants, ils ont été réunis pour une représentation commune de leurs travaux. Alors face à la création, les groupes se confondent pour ne laisser place qu'au jeu (de l'acteur).

Pour la saison 2005-2006, les ateliers ont été reconduits, mais cette fois avec une thématique différente (l'adolescence), en lien direct avec l'exposition annuelle présentée à la FERME « *Devenir- adolescences exposées* ».

La compagnie Christiane Blaise est intervenue auprès des professionnels hospitaliers tout au long de la saison 2003-2004 en leur proposant un perfectionnement corporel passant par une révision des connaissances du mouvement afin de parvenir à se transformer (corporellement parlant). Cette initiation à la danse contemporaine leur a permis d'évoluer (même temporairement) dans un espace de liberté, tout en sollicitant leur créativité et en améliorant leur déplacement dans l'espace. Ces nouvelles habiletés acquises ou simplement redécouvertes peuvent être réutilisées ou sollicitées dans leur cadre professionnel.

Prendre du plaisir, améliorer sa tenue corporelle, acquérir une meilleure technique de respiration, tels sont les bénéfices que les personnels participant à la formation d'art vocal ont pu retirer. Présente dès 2001 cette formation dirigée par les Solistes de Lyon a connu un vif succès. Toutefois succès ne signifie pas toujours pérennité du projet, ainsi afin de ne pas tomber dans l'occupationnel et pour donner du renouveau à ce partenariat, la FERME a décidé en 2005 de proposer trois groupes d'art vocal orientés selon les niveaux et les désirs des participants (un groupe de découverte et d'initiation, un groupe de perfectionnement et un autre axé sur les jeux vocaux à destination des personnels animant ou souhaitant animer un atelier dans leur service). Ce dernier point nous interroge sur un risque éventuel à vouloir former des soignants pour faire un travail normalement assuré par les artistes.

La création est ici ramenée à quelque chose de l'ordre du thérapeutique, la culture est alors considérée comme constitutive du soin :

« *Je me sers de la mise en scène comme lien thérapeutique avec les patients. J'ai pour projet de développer un atelier à visée thérapeutique, à travers des jeux de rôles pour mettre en lumière les problématiques des patients, leur histoire. On est dans l'expression de soi dans un groupe.*[98] »

« *Je suis partie prenante et je défends cette idée de prise en charge à travers les ateliers créatifs. Pour moi créatif c'est quelque chose de thérapeutique.*[99] »

On voit bien que le regard porté par le personnel sur ces projets culturels diffère des intentions initiales du programme « Culture à l'hôpital ». Le personnel impliqué dans les ateliers recherche quasi systématiquement la valeur soignante que peut comporter le projet culturel. Parmi les soignants ayant suivi les ateliers destinés au personnel, beaucoup sont ceux qui ont légitimé leur motivation par la volonté d'acquisition de techniques qui soient réexploitables dans leur domaine professionnel, dans leur travail quotidien auprès des patients.

Notre terrain, l'hôpital, n'est pas le seul lieu où des salariés participent à un projet culturel dans le cadre de leur formation professionnelle, des situations similaires ont lieu auprès du personnel des établissements pénitentiaires. Il est dès lors intéressant d'en interroger les motivations afin de disposer d'éléments de comparaison.

2.5.2 Des constats similaires chez les professionnels en milieu pénitentiaire :

Dans certains SPIP, comme celui de Lyon par exemple, les travailleurs sociaux ont la possibilité de suivre une formation de médiation culturelle. Une réflexion a été engagée autour de la formation des personnels intervenants dans ces projets autant du côté du ministère de la Culture que de celui de la Justice.

Pour les salariés du ministère de la Justice, intervenants dans les établissements pénitentiaires, une formation annuelle intégrée à la formation initiale a été mise en place.
La connaissance des projets culturels est présentée comme nécessaire, car inscrite dans les politiques d'insertion mises en place par le ministère. Des stages thématiques regroupant les divers professionnels sont organisés. Les quelques tentatives menées auparavant ont donné des résultats positifs montrant l'implication du personnel. Par exemple, un stage organisé à l'École Nationale d'Administration pénitentiaire a suscité, grâce à l'impulsion du personnel,

[98] Entretien n°8 : psychomotricienne- hôpital du Vinatier.
[99] Entretien n°5 : aide soignant- hôpital du Vinatier.

l'ouverture d'une enquête sur le territoire national concernant les bibliothèques des établissements pénitentiaires et leur impact.

Néanmoins, ce constat doit être relativisé eu égard à l'étude menée en 2004 sur les bibliothèques des établissements pénitentiaires. Les auteurs, Claudine Lieber et Dominique Chavigny, attestent dans leur rapport, d'un manque certain de connaissances par les surveillants pénitentiaires des actions culturelles au cours de leur formation. Les personnels interrogés ont déclaré n'avoir reçu aucune sensibilisation quant à la question culturelle lors de leur passage à l'ENAP (Lieber, Chavigny, 2005 : 41).

Il apparaît que les formations menées auprès des professionnels du milieu pénitentiaire ont un effet limité. Étant donné que la sensibilisation à ces projets est proportionnelle au temps de formation, certaines catégories ne bénéficient pas d'assez d'informations et d'éléments de compréhension autour des enjeux de l'action culturelle. De ce fait, une fois en poste, ils ne peuvent pas s'en faire le relais, entraînant ainsi des difficultés dans le déroulement des projets. Dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital », pour les soignants a émergé la fonction de référent culturel, mais il n'existe pas d'équivalent pour les surveillants de prison.

En revanche, les personnes de l'encadrement sont sensibilisées, considérées comme des vecteurs d'impulsion auprès des surveillants pour ce type d'actions, ce qui n'est pas encore le cas dans les établissements hospitaliers. Des représentants des SPIP ayant déjà réalisé des projets viennent raconter leurs expériences et les différentes étapes qui les constituent.

En milieu pénitentiaire, le travail de formation des professionnels autour de la question culturelle a cependant été renforcé en 2006 avec la signature de la convention pluriannuelle d'objectifs 2007-2009 passait entre le ministère de la Culture et de la Communication (DDAI) et l'ENAP. L'objectif de cette convention était double. Il s'agissait dans un premier temps de multiplier la sensibilisation des futurs professionnels du milieu pénitentiaire autour des projets culturels. Le deuxième était consacré au développement de leur formation et de leurs pratiques artistiques.

L'ENAP a la charge de la formation de l'ensemble du personnel du milieu pénitentiaire : surveillants, personnel d'insertion et de probation, personnel technique, personnel administratif, personnel de direction. Cette convention prévoit de rendre visible le

rôle de l'action culturelle dans les prisons. La thématique culturelle est inscrite dans les contenus pédagogiques dispensés par l'ENAP auprès de tous les corps de métier de la fonction pénitentiaire. Une sensibilisation générale est donc faite en amont puisque ces cours sont dispensés à des élèves et stagiaires, futurs professionnels du milieu pénitentiaire. Ils sont présents aussi bien dans les formations initiales que dans les formations continues.

La formation aux projets culturels est complétée par une possibilité d'accès et de développement aux pratiques artistiques, avec la mise en place d'ateliers spécifiques et une multiplication d'échanges avec les artistes professionnels. Pour la DDAI, le personnel pénitentiaire est aussi envisagé en tant que public potentiel, pouvant participer au développement de la fréquentation des lieux culturels.

Au-delà du renforcement des formations et des ateliers de pratique autour de la culture, cette convention marque la volonté d'engagement d'un processus de réflexion chez ces professionnels de demain. Les futurs conseillers de probation et les futurs directeurs (en particulier) sont encouragés à réaliser des mémoires en lien avec la thématique culturelle. Il est aussi souhaité que la politique culturelle instituée puisse amener les élèves à se questionner sur leurs pratiques tant sur le plan personnel que professionnel :

> « La politique culturelle de l'ENAP a pour objectif d'apporter par la variété des champs culturels proposés, une multiplicité des expériences ouvrant la réflexion des personnels sur leur identité, leurs pratiques professionnelles et la prise en charge des personnes placées sous main de justice » (Convention Pluriannuelle d' objectifs 2007-2008).

On retrouve ici, comme dans les actions culturelles menées dans les quartiers, ce souci d'engager chez les participants un processus réflexif sur leurs propres pratiques. Mais le protocole d'accord Culture/Justice va au-delà puisqu'il s'intéresse aussi directement aux professionnels du secteur.

Il ne s'agit plus d'une simple réflexion sur des pratiques artistiques et culturelles, ce qui reste de l'ordre de l'individuel, mais d'une réflexion plus large sur la mise en application et la manière de penser des pratiques professionnelles. À l'aune de ces formations, la volonté est de permettre aux professionnels de s'approprier le projet culturel afin qu'ils puissent engager un processus réflexif autour de leurs pratiques (individuelles et collectives, artistiques et professionnelles.)

Enfin, en comparant nos résultats avec diverses études menées dans les établissements pénitentiaires ainsi que dans les quartiers, nous avons constaté que les professionnels de ces différents secteurs n'avaient qu'une connaissance partielle des projets culturels. La mise en place de formation s'est donc révélée comme indispensable pour y remédier.

Nous venons de voir le point de vue du personnel hospitalier sur le projet culturel, désormais nous allons questionner celui des artistes intervenants.

3. Regards sur les modalités de l'intervention artistique :

Pour traiter des modalités de l'intervention artistique en hôpital psychiatrique, nous mobilisons trois niveaux de discours. Le premier, celui rapporté par les artistes au cours de nos entretiens permet de dresser les caractéristiques de ces interventions telles qu'elles sont perçues par leurs auteurs.
Le second partant d'un corpus livré par les artistes (présentation de projets) est d'ordre analytique, révélateur de tensions entre le discours rapporté et la mobilisation concrète qui en est faite lors des ateliers. Il permet par ailleurs de questionner la modification apparente du sens donné à l'intervention artistique (troisième niveau de discours.)

3.1 Transmission artistique auprès des publics empêchés:

3.1.1 Intervenir auprès des personnes exclues :

Parmi les artistes que nous avons rencontrés, plusieurs interviennent ou sont intervenus dans des ateliers menés auprès de personnes considérées comme faisant parties des exclus (prisons, quartiers difficiles). Nous avons profité de l'expérience multiple de ces professionnels pour les interroger sur leurs conceptions et pratiques de ces différents ateliers. Notre objectif était double : comprendre à la fois les similitudes regroupant ces interventions, et les spécificités de l'intervention en hôpital psychiatrique.

La démarche de l'artiste diffère en fonction du type de public auquel il s'adresse. Bien qu'il s'agisse à chaque fois de personnes considérées comme exclues (rmistes, jeunes en difficulté, personnes incarcérées, personnes hospitalisées), l'approche n'est pas la même et implique l'intervenant dans un travail différent. Les mises en pratique sont constamment adaptées, c'est ce que nous allons voir à travers quelques exemples.

→ *En prison*:

Nous avons rencontré plusieurs artistes intervenant en milieu carcéral autour de la pratique théâtrale. Nous allons développer cet exemple pour comprendre en quoi ces ateliers sont distincts de ceux menés avec les patients de l'hôpital de Montfavet (étant donné qu'il s'agit des mêmes intervenants).

En prison, un changement des rôles s'opère au niveau des artistes. Ils ne sont pas là pour diriger un atelier au sens propre du terme, ils sont là pour proposer et jouer des mises en scène en interaction avec d'autres personnes (les détenus), ce qui est plus proche de l'activité traditionnelle d'un comédien.

La forme d'intervention appliquée dans l'atelier est appelée le théâtre-forum. Il s'agit pour les comédiens de jouer des saynètes qui se terminent généralement mal et de proposer au public d'en changer la fin en montant sur scène. C'est alors qu'un changement des rôles s'opère ; le comédien devient spectateur et le détenu acteur :

> « *Certaines personnes du public font des propositions et on leur dit : "Alors viens sur scène, prends la place du comédien et dis-le à sa place." Et là-dessus c'est un débat en direct, c'est-à-dire que le comédien prend la place du spectateur.*[100] »

Ces ateliers sont souvent menés avec des personnes proches de la sortie et (ou) préparant leur réinsertion. Le choix des saynètes par les artistes n'est jamais anodin, il est adapté au public en question. Il traite de problèmes fréquemment rencontrés par les personnes incarcérées, tels que l'appréhension liée à la réinsertion, l'alcoolisme, etc. Certaines d'entre elles revêtent parfois un caractère de prévention. C'est le cas, par exemple, d'un atelier où la mise en scène des comédiens relatait la sortie d'un détenu qui s'était mal passée. Ce dernier avait fait confiance à un codétenu et s'était retrouvé à la rue lors de sa sortie. Une fois la saynète jouée par les comédiens, les participants ont été invités à proposer une autre fin, qui soit plus avantageuse pour le détenu.

[100] Entretien n°22 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

Chez les artistes, l'intervention en milieu carcéral représente une possibilité d'échanges de pratiques et d'émotions. Avec les détenus, ils réalisent un travail artistique et créatif commun. Nous rejoignons ici le travail de Florine Siganos (2002) et nous verrons par la suite que son constat est également applicable aux artistes intervenant en milieu hospitalier:

> « Ceux que l'on nomme des intervenants culturels ont tous pour points communs de travailler dans les lieux où la culture n'a a priori pas sa place, dans les "institutions totales" et avec des populations exclues. Le but de ces intervenants est de provoquer les conditions d'une expérience esthétique partagée. Souvent, le sens de leur démarche permet de dépasser les ambiguïtés du terme "culture" qui désigne à la fois un champ d'intervention et un système d'appartenance » (Siganos, 2002 : 58).

Nous retrouverons ce désir de partage d'une expérience artistique chez les intervenants en hôpital psychiatrique. Le projet culturel en milieu carcéral tout comme à l'hôpital psychiatrique n'est pas prédéfini dans sa globalité, il s'adapte, se construit, se modifie en fonction des demandes et des besoins des participants.

→ *À hôpital général* :

L'hôpital général a pour vocation première l'analyse du corps, la guérison. À l'hôpital psychiatrique, on est plus dans une analyse sur l'humain, sur l'individu avec ses tensions et ses affects. Le travail accompli par les professionnels est davantage un travail de l'ordre de l'accompagnement, de la réinsertion que de la guérison. Les exigences, procédures et attentes sont différentes dans les deux milieux et influent directement sur la prestation des artistes comme sur le déroulement de leurs ateliers.
Il existe beaucoup moins d'ateliers dans les hôpitaux généraux, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il y ait moins d'action culturelle. Les interventions ponctuelles d'artistes sont privilégiées. La première explication reste la durée d'hospitalisation qui en moyenne s'avère beaucoup moins élevée qu'à l'hôpital psychiatrique.

Les artistes interviennent souvent en binôme, passant de chambre en chambre dans les services. Généralement, il n'existe pas d'espace défini pour l'action culturelle, ce sont les artistes qui pénètrent dans l'intimité des chambres pour aller à la rencontre des patients, non pas sans en avoir discuté préalablement avec les soignants. Ils sont là pour amener un peu de rêve et d'imaginaire à des patients souvent immobilisés dans leur lit :

. Et est-ce que vous le faites dans la même démarche, avec le même objectif que lorsque vous intervenez à l'hôpital psychiatrique ?

« *Non ce n'est pas du tout pareil. À l'hôpital général la première fois que je l'ai fait ça m'a fait très peur. Ce n'est pas du tout pareil, là en plus on entre dans l'intimité des gens en entrant dans leur chambre.*[101] »

Les conditions spatiales et la proximité avec le patient rendent ces interventions plus délicates pour les artistes ; c'est pourquoi certaines disciplines artistiques sont plus sollicitées que d'autres dans les hôpitaux généraux, c'est notamment le cas du théâtre, de la musique et des clowns. Si nous prenons l'exemple du théâtre, l'artiste tient un rôle de comédien, il vient en représentation :

« *À l'hôpital général, on passe de chambre en chambre et on va voir souvent les malades qui sont souvent alités. On ne les fait pas participer, ce n'est pas un atelier de théâtre. Nous là on intervient en tant que comédien, c'est-à-dire que l'on arrive avec une trame, des impros et l'on rentre dans les chambres avec une impro par exemple. Par exemple, on dit : "Excusez-moi vous n'auriez pas vu passer un oiseau bleu ? Parce que vous savez quand on voit passer l'oiseau bleu, le bonheur n'est pas loin." Et là on enchaîne là dessus, voilà c'est un exemple de ce que l'on a fait. Donc là on est vraiment comédien, tandis qu'en hôpital psy je suis animateur- théâtre. C'est-à-dire que j'aide les autres à jouer tandis qu'à l'hôpital général c'est moi qui joue.*[102] »

Pour ce qui est des rapports entretenus avec les équipes soignantes, ils sont moins importants qu'à l'hôpital psychiatrique. Il existe plusieurs explications à cela dont l'importance du personnel en place ainsi que leur non-démobilisation au moment des interventions des artistes. Étant donné que la prestation artistique a lieu au sein du service, les soignants n'ont pas à interrompre leur travail pour accompagner les patients, du coup il y a moins de contacts établis avec les artistes.

Nous pouvons retenir que dans ces différents milieux (prison, hôpital général), les modalités d'intervention sont différentes dans leurs formes (liées aux lieux et aux publics) ; néanmoins, l'esprit d'intervention des artistes reste le même, partager une expérience artistique en travaillant autour de thématiques relatives à la population rencontrée. C'est aussi le cas dans les interventions en hôpital psychiatrique, sauf que ces dernières ont certaines particularités que nous allons définir.

[101] Entretien n°24 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[102] Entretien n°22 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

3.1.2 Les spécificités de l'intervention en hôpital psychiatrique :

→ *Une connaissance limitée du programme « Culture à l'hôpital »* :

Hormis les artistes intégrés depuis plusieurs années dans le programme « Culture à l'hôpital », peu sont ceux qui le connaissent réellement. Les artistes qui interviennent dans ce cadre ne savent que partiellement de quoi il relève :

> . Avez-vous des connaissances sur le programme « Culture à l'hôpital » ?
> « *Pas globalement, mais j'en ai entendu parler, je sais qu'il y a aussi du théâtre.*[103] »

> « *Culture à l'hôpital c'est une manifestation très très large. Pour moi c'est très concret, c'est une manifestation, une structure qui me permet de travailler en milieu psychiatrique.*[104] »

Cette non-connaissance du programme est plus particulièrement marquée lorsqu'il s'agit d'artistes intervenant au nom d'une association ou d'un regroupement d'artistes. Les éléments connus du dispositif se limitent pour l'essentiel à la citation des autres projets culturels menés dans l'établissement d'intervention. Le programme national apparaît comme un support pour le milieu artistique, un moyen de travailler dans le milieu fermé que représente la psychiatrie :

> . Est-ce que vous connaissez le programme « Culture à l'hôpital »?
> « *Non.*[105] »

> . Est-ce que vous connaissez le programme « Culture à l'hôpital » ?
> « *Pas trop en fait.*[106] »

→ *La transmission, l'objectif pédagogique* :

La particularité première de l'intervention d'artistes en hôpital psychiatrique est la transmission qu'ils réalisent auprès des patients et du personnel. Ils n'interviennent pas (ou peu) dans le cadre d'une démonstration qu'elle soit picturale, théâtrale, acoustique… mais pour initier des individus à une pratique artistique. L'objectif pédagogique est fortement présent. Ils donnent des conseils techniques aux patients, par exemple sur la manière de

[103] Entretien n°20 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[104] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[105] Entretien n°22 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[106] Entretien n°24 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

réaliser un tracé ou un volume général dans un atelier d'arts plastiques. La transmission artistique passe aussi parfois par une forme d'éducation artistique, l'apprentissage d'une technique étant alors l'occasion de connaître les procédés pratiqués dans d'autres courants artistiques.

L'artiste reste toujours dans le conseil, sans contraindre ni forcer les patients. Il leur fait part de son point de vue en tant que professionnel, mais respecte les propositions. L'artiste opère en permanence dans une posture de proposition, au final le libre choix est laissé au patient. L'interaction entre artiste et patient est importante dans le rapport à la pratique artistique. Le dialogue institué peut permettre à l'artiste de faire des propositions artistiques prenant en compte l'histoire des patients. Pour illustrer ce propos, nous relaterons l'exemple relevé à la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Au cours d'un atelier d'arts plastiques, l'artiste est en discussion avec un patient qui lui explique que son héros préféré est le comédien Arnold Schwarzeneger. Voyant que le patient n'éprouve pas un grand intérêt pour les modèles qu'il lui a précédemment suggérés, il lui propose de se dessiner lui-même sous la forme de son héros. Nous sommes là dans de la proposition personnelle, individualisée, ce qui apparaît comme étant constitutif de l'intervention artistique en établissement psychiatrique. L'artiste se place en position d'écoute et d'adaptation constante.

Il accompagne les patients dans leur cheminement artistique. Ce qu'il transmet de son savoir peut servir aux patients au cours de l'atelier tout comme cela peut leur servir dans le long terme : apprendre à être à l'écoute des autres, à se positionner dans un groupe, découvrir son propre potentiel :

> « *Là effectivement ce sont des publics qui sont hospitalisés avec une particularité en plus à l'hôpital psychiatrique, c'est que là en plus on a une transmission. Puisque c'est un atelier on leur transmet notre savoir pour qu'eux puissent sur scène, ou dans la vie, c'est à eux de voir, pouvoir se repérer individuellement c'est-à-dire où je suis ? Pourquoi ? Parce que nous, on les sollicite parce que l'on a besoin d'eux. Où je suis ? Au milieu de qui je suis ? C'est-à-dire que je fais partie d'un groupe. Et si je n'étais pas là ce groupe serait différent forcément. Donc intérêt de savoir où je suis et qu'est ce que je fais là où je suis ? C'est-à-dire repérer aussi ce que l'on sait faire, repérer aussi ce que l'on ne sait pas faire et imaginer que l'on puisse se surprendre, apprendre que l'on savait faire des choses alors qu'on l'ignorait.*[107] »

Cette transmission est particulière autant dans le travail de l'artiste que dans le cadre de l'hôpital psychiatrique.

[107] Entretien n°19 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

→ *La nécessité d'une création collective* :

Contrairement à ce qu'il se passe pour l'artiste à l'extérieur (dans les lieux de création standards), à l'hôpital, le projet artistique n'est plus pensé en tant que simple objet, mais pour et par des personnes. L'élaboration préalable n'est pas possible dans sa globalité, l'œuvre se conçoit dans et à travers l'évolution du groupe. La création se fait donc in situ, il apparaît même difficile qu'il en soit autrement :

> « *Je bâtis ce que je veux faire en fonction de ce que me proposent les gens. En fait, je guide à partir des propositions, j'ai zéro plan préalable, je ne sais absolument pas ce que je vais faire. Par contre dès que j'ai la possibilité de saisir quelque chose et de rentrer en mouvement avec la ou les personnes et d'agir et de les guider, je le fais. Je peux les amener quelque part, mais à partir de quelque chose qui vient d'eux.*[108] »

> « *Le personnel est d'abord mon assistant, car c'est moi qui conçois le projet, qui le réalise, c'est la logique artistique. D'abord, je ne réalise pas une œuvre comme dans mon atelier à moi, qui est un objet, mais j'ai affaire à des gens. Ce projet est taillé sur mesure pour des gens et je considère les assistants non pas comme des assistants, mais comme des participants à la création. Dans ce contexte-là, notre travail sur l'identité, ce qui est pétillant, qui stimule c'est qu'on ne connaît pas le résultat, je n'ai même pas une ébauche au début. C'est vraiment en quelque sorte une création collective.*[109] »

Toutes les personnes présentes dans les ateliers sont considérées par les artistes comme des participants à la création. Lorsque l'artiste évoque le travail accompli en atelier on constate une récurrence de l'emploi du « nous » (les patients et l'artiste), au détriment du « je » (habituellement utilisé par l'artiste) ou du « vous » (souvent employé pour s'adresser aux patients). L'emploi constant de ce « nous » permet aussi aux patients de prendre conscience de la dimension collective du travail qu'ils accomplissent au sein de l'atelier culturel :

> « Le rôle de l'artiste n'est pas de s'occuper des patients ou d'enseigner le dessin, mais de collaborer avec eux.[110] »

Les thèmes abordés ne sont pas le fait du hasard. Ils concernent autant que possible les différents acteurs. En témoigne par exemple, le choix fait par l'artiste Jürgen Schilling de

---

[108] Entretien n° 2 : artiste intervenant- hôpital du Vinatier.
[109] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[110] Extrait de la présentation du projet *L'Étoffe des Songes* par l'artiste Jürgen Schilling- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

travailler sur l'œuvre *La Tempête* de Williams Skaespeare. La notion abordée est celle de l'identité, elle permet ainsi à chaque protagoniste d'y trouver un intérêt.

La création collective proposée par les artistes, l'est avant tout, dans le but de redynamiser les patients. À l'hôpital psychiatrique, ils constituent un public très présent, mais avec peu d'énergie. Face à cette « inertie » il y a chez les artistes une volonté de les (re)dynamiser. Ils s'attachent à faire prendre conscience aux patients de leur potentiel. L'objectif est de leur redonner envie de faire des choses, de s'impliquer dans un projet et de (re)nouer pourquoi pas avec une pratique artistique.
Apporter une énergie nouvelle aux personnes hospitalisées participe d'un désir des artistes de faire accéder les patients à une certaine forme de bien-être.

Intéressons-nous maintenant à la manière dont les artistes présentent les projets culturels qu'ils mènent. Comme nous l'avions fait pour le programme «Culture à l'hôpital » avec l'analyse des discours sur le programme puis leurs mises en tension avec l'analyse de la convention elle-même, nous allons ici réitérer ce double niveau de discours.
Nous venons de rapporter le discours des artistes quant au sens qu'ils confèrent à leur intervention, nous allons maintenant analyser cette dernière au travers de l'analyse critique de documents produits par des intervenants.

3.2 Le « glissement » de l'intervention artistique : vers une mission « citoyenne » ?

3.2.1 Étude de cas, analyse de deux projets artistiques :

Pour mieux rendre compte de l'intervention artistique sur notre terrain, nous avons analysé la présentation de deux projets du point de vue des intervenants. Nous avons retenu deux projets s'adressant à des catégories de publics diverses. Le premier a été mené à la Fondation Bon Sauveur d'Alby et le second à l'hôpital de Montfavet.

L'exemple de l'Étoffe des Songes à la Fondation Bon Sauveur d'Alby :

L'étoffe des songes[111].

Description, résumé et orientation

Un projet artistique en milieu psychiatrique.

L'étoffe des songes est un projet artistique en milieu psychiatrique (La Fondation du Bon Sauveur d'Alby), soutenu par une structure d'art contemporain (Le LAIT). Un projet artistique, par définition, prévoit une initiation, voire une participation d'un groupe choisi, à la création d'une œuvre. Il y a deux cas de figure possibles : 1.l'artiste montre (rend transparent) le cheminement d'une création in situ (par exemple, le travail de Paul Armand Gette à La Villette avec de jeunes chômeurs à l'initiative de l'APSV [Association de Prévention du Site de la Villette]), ou 2. le groupe lui-même devient source d'inspiration (par exemple, le travail de Guy Limone en résidence dans un quartier sensible, au Centre d'art contemporain de Castres).

Les particularités du milieu psychiatrique exigent **une réorientation de l'idée d'un projet de création**. Celui-ci se trouve confronté à un groupe hétéroclite dont le dénominateur commun est le trouble psychique, donc un groupe peu réceptif. En outre, il se trouve face aux attentes de la part des éducateurs souhaitant une intervention de caractère thérapeutique. La disposition psychique du groupe de travail se formant de patients stabilisés, adultes et adolescents du CHS en hospitalisation complète et du jour, ne permet pas à un artiste de présenter son œuvre en guise d'initiation. Dans ce cas, celle-ci doit naître des circonstances, à travers le passage et l'exposition à une situation spécifique. De l'expérience résultent deux types d'œuvre : 1. L'ensemble des travaux reflétant l'entreprise, 2. Une œuvre personnelle à l'issue de l'expérience.

L'étoffe des songes ('La Tempête' de Shakespeare) permet par l'intermédiaire de l'histoire et des caractères de la pièce d'aborder une réalité difficile, voire menaçante pour les patients. À travers la pratique du portrait des personnages de 'La Tempête' dans les ateliers, le dessin devient à la fois un instrument d'appréhension (pédagogique, et même thérapeutique) et un outil de réflexion pour le dessinateur et l'artiste. Ainsi, les dessins des patients qui résultent du travail en atelier contiennent une ambivalence qui se compose du contenu de la pièce et de leur perception particulière de la réalité. C'est alors cette 'matière enrichie' qui deviendra le sujet d'une réflexion ou d'une création artistique avec l'originalité que **les patients sont en même temps auteur et sujet.** Dans ce cas, la 'matière' du projet **L'étoffe des songes**, 'La Tempête' de Shakespeare, ne répond pas seulement à la complexité des exigences, mais permet une radicalisation de la démarche.

Il est à souligner qu'il ne s'agit nullement d'une interprétation de 'La Tempête' par les patients, car ils ne détiennent pas l'histoire, ils ne la connaissent qu'en fragments. Ici, le rôle de l'artiste prend l'allure d'un dramaturge et d'un metteur en scène qui proposent aux acteurs une matière ('La Tempête'). Contrairement à la pratique théâtrale, il ne dirige pas les acteurs selon ses idées, mais il observe leur façon de traiter cette matière afin d'en extraire une réflexion sous forme d'œuvre. On peut avancer qu'il s'agit là d'une application de l'idée de la **sculpture sociale** de Joseph Beuys, car l'artiste met son savoir à la disposition d'une vision de personnes dont il 'sent' qu'elles sont porteuses d'idées par rapport au sujet. Le défi de cette création consiste à être d'intelligence avec une expression particulière et à donner une forme à la vision qui en résulte.

Afin de rendre transparent l'enjeu de ce travail, deux expositions sont envisagées : La première au mois de décembre au Bon Sauveur d'Alby exposant un choix de dessins des patients de

[111] Présentation du projet par l'artiste Jürgen Schilling.

l'établissement qui montrent 'l'étoffe de leurs rêves' et la deuxième en avril 2007 aux Moulins de l'Albigeois montrant l'idée que l'artiste s'est faite de l'étoffe des rêves des patients.

L'organisation du projet.
Le terrain et les conditions du travail envisagé ont demandé dès le début une organisation particulière afin de rendre abordable la complexité du texte de Shakespeare. En amont il en résulte un travail de dramaturge, qui, comme au théâtre, retraduit et révise la pièce en prévision d'une mise en image qui dégage les caractères et leurs rapports, ainsi que la base sur laquelle ils évoluent. Le succès d'une transmission se base en un premier temps sur la disponibilité de la matière ('La Tempête') afin de pouvoir répondre immédiatement à une question ou une demande ou encore de raconter une partie de l'histoire en fonction du modèle choisi par le patient.

Au début de chaque séance, l'artiste propose des *modèles*, des dessins avec des portraits des personnages de la pièce. En un premier temps, il fournit à travers ce médium des expressions de ces personnages dans des situations précises. Point important : les portraits s'inspirent de photos de journaux. Cette référence permet de ramener une pièce historique vers l'actualité et, plus proche encore, vers le vécu du dessinateur lui-même. En s'appropriant le modèle proposé, il en fait son instrument d'expression et ouvre le dialogue avec l'artiste, voire avec le groupe et plus.

Le rôle du *modèle*.
Dans le cadre du projet *L'étoffe des songes/ La Tempête au Bon Sauveur*, le travail à partir d'un modèle montre trois fonctions : celle d'un **catalyseur**, celle d'un **outil de narration** et celle d'un **moyen d'enquête**.

En tant que **catalyseur**, dessin individuellement adapté aux capacités des patients les incitant à une reprise qui, loin d'être une copie, permet de se glisser dans la matière, dans le sujet et donc la psychologie des personnages. De fait, le modèle repris devient le reflet de celui qui l'accepte. En s'appropriant un *caractère* le patient s'y reflète, s'enclenche alors une 'réflexion' dans le sens propre du terme. Au cours des séances se produit ainsi une réverbération (pour rester dans l'image) entre le dessinateur et le sujet à travers un filtre (l'effet de distanciation de l'histoire) qui permet d'aborder en douceur les préoccupations des patients sans provoquer des heurts (Il en découle un effet thérapeutique qui joue un rôle clef dans le projet, voir plus loin).

Le *modèle* pratiqué de cette manière devient en même temps un **outil de narration**. Chaque séance commence par la présentation d'une vingtaine de portraits situés par l'intervenant dans le contexte de l'histoire qui prend ainsi peu à peu son sens… Le **sens** s'établit alors sur deux niveaux : 1 . les rapports des personnages définis par la pièce ; 2. le visage que donnent les patients aux caractères. Ce sens se manifeste à la fois sur le plan de l'expression faciale du caractère et sur le plan de l'expression graphique, les particularités du trait, du style de réalisation. Comme cela a déjà été évoqué plus haut, il s'agit donc moins d'une interprétation de 'La Tempête' (qui en découle), mais d'une **révision**. Le projet en cours peut être décrit comme une **transformation successive** de l'histoire : déjà après trois séances, l'atelier a engendré un regard d'une grande originalité en reconsidérant l'histoire qui se passe sur l'île de Prospéro, à travers les yeux de sa fille Miranda (Voir plus loin dans le texte).
Du côté de l'intervenant, cette révision a en même temps le caractère d'une **enquête**, car de toute évidence les réalisations le renseignent sur le regard particulier des participants, non seulement sur la pièce, mais surtout sur **la perception des relations humaines** tout court : ainsi émergent les données d'une œuvre. (…)

Précisions sur le travail dans l'atelier
Considérer l'ébauche de portraits comme une 'petite activité' serait une erreur, car les dessins ne sont

que forme apparente d'un procédé interactif en profondeur.

Ce n'est pas la qualité du dessin par rapport à des normes interrogeables (perspective et anatomie correcte par exemple) qui est en avant-plan, mais **l'expression individuelle du dessinateur** qui, seule, sert de critère. L'exigence se fixe alors par rapport à la concentration et la volonté de mettre au point un objectif que le patient s'est fixé lui-même. Une des premières préoccupations est donc de stimuler cette **envie d'expression** et d'inciter le suivi, maintenir l'élan créatif. Un exemple : si un modèle représentant Miranda portant la notion 'serein' a été choisi, il faut éviter à tout prix que le patient se débarrasse vite fait de la tâche, et l'encourager à retrouver cette 'sérénité ' en dessinant… Après une première ébauche, il est de mise d'attirer l'attention du dessinateur sur le petit trait qui change tout, seule forme de correction acceptable dans le cadre d'un tel atelier. Nous révisons le dessin afin de travailler en profondeur l'expression personnelle. Dans ce but je propose à chaque séance de nouveaux modèles individuellement adaptés, modèles puisés dans la réserve des travaux exécutés pendant les séances précédentes. S'établit alors **un recyclage** de dessins, recyclage qui devient une ouverture, **un échange**, un échange approfondi dans la discussion par rapport aux personnages de la pièce.

Le caractère de l'atelier.
Le cadre du projet, la tâche, la commande déterminent le caractère de l'atelier. Le rôle de l'artiste n'est pas de s'occuper des patients ou d'enseigner le dessin, mais de collaborer avec eux. Il a un intérêt dans leur production et cela change complètement la donne : l'idée de la 'sculpture sociale' se réalise sous forme d'un échange.

L'atelier 'L'étoffe des songes' n'est en aucun cas un atelier occupationnel ! Cette affirmation se définit dans deux sens : à l'égard de l'extérieur (institution psychiatrique, structure de l'art contemporain, un public potentiel) et à l'égard des participants. Les patients ne viennent pas pour 'passer un moment', mais pour travailler sur une matière ('La Tempête') et leur vision particulière peut soulever des aspects d'un intérêt général.
*Le caractère du travail sur 'La Tempête' peut être décrit comme un glissement progressif d'un texte complexe vers le dégagement de notions liées à la spécificité du groupe. Ces notions dégagées reconduisent à l'histoire et vont donner un **caractère objectif** à l'ensemble du travail, présenté lors de l'exposition au Bon Sauveur. Cette qualification de la production se justifie par le sérieux de l'engagement des patients : l'interprétation d'une pièce montrant des gens en pleine tempête révisée par des gens 'ayant traversé des tempêtes'.*

Remarques sur l'aspect thérapeutique.
Si la ligne conductrice du projet est de caractère artistique, un effet thérapeutique en découle indubitablement. Schématiquement on peut en évoquer trois : la reconnaissance, la discipline et l'autoreflexion. **Reconnaissance** : l'objectif envisagé, la révision de 'La Tempête' en prévision d'une exposition, implique les participants à une entreprise d'un intérêt général. **Discipline** : la tâche demande un engagement personnel par rapport à une mise au point de la révision de la pièce. **Autoréflexion** : Le travail engagé sur leur propre expression à travers le dessin ne peut être sans conséquence sur l'idée qu'ils ont sur eux-mêmes (Selbstverständnis).

En dépit de la nosologie et de la psychopathologie des 'cas', les ressources créatives sont présentes et activables d'une manière ou d'une autre, c'est le point de départ de tout projet artistique en milieu psychiatrique. Les problèmes individuels restent sous-jacents, mais peuvent être transférés sur un plan différent en procédant par 'une activité qui fait 'plaisir' (Viviane, Chantal). Aboutir à cet '**état d'apaisement**' (formulé par plusieurs éducateurs présents et participants) veut dire donner des moyens d'une expression, donc d'orientation et de réflexion. La révision de 'La Tempête' devient ainsi un instrument de **réflexion souple** et en douceur pour les participants de l'atelier.

Le déroulement productif de l'atelier est impensable sans l'implication entière des infirmières, C … en première ligne. Le projet bénéficie d'un engagement sans retenu de leur part. Leur participation à l'activité redéfinit d'ailleurs de manière positive les rapports entre le personnel soignant et les patients.

→ *Une importante prise en compte du sujet* :

Dès les premières lignes, l'artiste met l'accent sur la place qui peut être accordée au groupe dans la réalisation de l'œuvre. C'est à ses yeux ce qui fait la spécificité d'un tel projet : « les patients sont en même temps auteur et sujet ». On retrouve ici l'idée développée par Jean Caune relative à l'importance du sujet dans la construction de l'acte de médiation. Cela nous renvoie par ailleurs à ce que nous soulevions comme étant l'un des particularismes du dispositif de l'atelier culturel, à savoir le fait que l'acte créatif importe plus que l'œuvre elle-même ; l'importance devant être accordée au rapport qui se construit entre le patient et son modèle. Le rôle de l'artiste consiste alors à guider les participants afin de leur permettre de développer leur expression individuelle. Ainsi, l'artiste définit son implication comme une proposition faite aux participants. Il est là pour éveiller un désir d'expression parfois nié ou refoulé.

La technique de travail qu'il propose en atelier est celle du modèle. La présentation qu'il fait du projet laisse transparaître sa volonté de voir les patients se les approprier. Le choix du travail autour de modèles relève d'un objectif autre que technique. Il reflète chez l'artiste la volonté d'entraîner les patients dans une réflexion, permise par l'identification à travers les modèles proposés. L'occasion est alors donnée d'aborder sereinement l'histoire et les ressentis des patients. Ce point nous interroge quant aux motivations réelles de l'intervention de l'artiste, cette prise en compte de l'environnement sensible, voire psychologique, des participants n'apparaît pas comme relevant du travail artistique tel qu'il est entendu dans son sens commun. Ce point sous tend l'idée d'un déplacement, d'un « glissement » de la nature de l'intervention artistique. Nous verrons par la suite, si ce constat se retrouve chez d'autres intervenants.

Dans cette présentation de projet, d'autres points apparaissent comme n'étant pas du ressort d'un artiste. Nous faisons notamment allusion au résultat thérapeutique qui est explicitement abordé. Il est néanmoins présenté comme étant une attente de la part du personnel hospitalier, il est alors possible de penser que cet élément est mobilisé par l'artiste

pour participer de la légitimation de son travail auprès des professionnels de l'hôpital. Mais la référence va au-delà puisque dans la progression de son texte, l'artiste annonce lui-même des effets thérapeutiques, il en définit trois : reconnaissance, discipline, autoréflexion. Certains aspects convergent avec nos remarques quant aux effets observables chez les patients, notamment le premier ; par contre, nous émettons plus de réserves sur les deux autres. Le terme de « discipline » ne nous paraît pas être le plus approprié, en effet à notre sens l'engagement personnel n'est pas signe de « discipline », il est plutôt un élément participant du processus de construction identitaire. Le dernier point abordé par l'auteur comme élément thérapeutique est l'autoréflexion. Certes, elle est indéniable, mais il ne semble pas y avoir eu d'enquête susceptible d'attester de son rendu dans le temps. Nous nous demandons donc si l'autoréflexion permise par la pratique artistique dans l'atelier culturel n'est pas limitée à ce temps chez les patients et eu égard à leurs pathologies. Étant donné que les modifications observables de leurs comportements le sont dans le temps nous émettons la même hypothèse concernant les effets de ce travail autoréflexif, qui au final n'est pas réellement « autoréflexif » puisque qu'amorcé par la pratique artistique et les interactions avec l'artiste.

Cependant, cette considération de l'œuvre d'art comme « élément » thérapeutique n'est pas un phénomène nouveau, d'autres artistes l'ont déjà revendiqué :

> « Les artistes intègrent parfois cette fonction thérapeutique comme une donnée fondamentale de leur recherche et, pour lui accorder plus de poids, n'hésites pas à l'expliciter dans les textes. Une telle détermination est repérable dans maints travaux ou démarches d'artistes qui, tout au cours de décennies de ce siècle, d'Henry Matisse à Joseph Beuys, de Fernand Léger à Lygia Clark, ont contribué à affermir la notion de l'art comme liant social ou comme restructurant pour l'individu, ou, souvent, les deux à la fois. » (Davila, Fréchuret, 1999).

→ *La co-construction de l'œuvre :*

Toujours est-il que le regard porté par les patients sur leurs productions devient par la suite matière à conception pour l'artiste. Le projet est continuellement réadapté en fonction des patients, et de la perception qu'ils renvoient à l'artiste des œuvres qui leurs sont présentées. Ce qui a pour résultat une double influence : celle de l'artiste auprès des patients qui amorce leur pratique artistique et en retour celle des patients auprès de l'artiste qui par la réception qu'ils font des œuvres nourrissent la réflexion artistique de l'intervenant.

Enfin, le projet artistique n'apparaît réalisable que par l'investissement de certains membres du personnel soignant. L'artiste le souligne en rappelant que leur présence participe d'une redéfinition de leurs rapports avec les patients. Le personnel soignant investi dans les projets culturels fait l'objet d'une réelle reconnaissance de la part des artistes. Elle leur permet entre autres de relativiser et de pallier le manque de soutien du corps hospitalier.

Intéressons-nous maintenant à un autre projet culturel, afin d'observer dans l'analyse du texte produit par l'artiste, la présence de similitudes dans le regard qu'il porte sur sa pratique en hôpital psychiatrique. Nous avons choisi un projet s'adressant à un public différent (adolescents) sur notre second terrain d'étude (hôpital de Montfavet) et faisant appel à une autre technique artistique (la bande dessinée).

L'exemple de l'atelier BD à Mérignargues (hôpital de Montfavet)

ATELIER BD à Mérignargues[112]
Centre Hospitalier de Montfavet - Inter secteur nord de Pédopsychiatrie
Pôle adolescent Hôpital de Jour

ANNÉE 2006-2007

Octobre– Novembre – Décembre 2006

Après six séances avec un groupe de cinq à dix adolescents, la situation s'établit progressivement dans une relation de confiance très encourageante.

Les différences entre chaque personne sont au cœur de la problématique de ce genre d'atelier, car il est difficile d'être disponible pour chacun et pour tous en même temps. Mais il présente aussi de nombreux aspects positifs : groupe actif, convivialité, émulation.
Chacun, en fonction de ses capacités, demande une attention particulière et de ce fait, la gestion d'un groupe s'avère très complexe quand on cherche, naturellement, à éviter toute exclusion, même provisoire.
Par exemple, entre M. et J. (garçon et fille de16 ans), intéressés par la même maison à dessiner (objet miniature apporté pour une séance), le suivi a été très différent : l'un parlait avec difficulté, redoutant l'échec, alors que l'autre ne demandait qu'à s'exprimer.

Propositions / observations

[112] Présentation d'un compte rendu de projet par l'artiste Dominique Rousseau.

Après avoir abordé les bases du dessin et le principe de l'acquisition visuelle d'un objet (personnages, animaux, maisons), par l'analyse et la transposition d'un volume sur le papier, nous passons au rapport entre les mots et les images, le texte et le dessin.
Nous partons d'objets usuels à caractère symbolique, comme une chaise, un escalier, une porte, afin de questionner notre mémoire et mettre à l'ouvrage notre imagination.

Méthode

Pour commencer, chacun doit esquisser sa chaise de mémoire. Le premier dessin est spontané ; ensuite, chacun doit utiliser la technique, acquise ensemble, pour construire un deuxième dessin. On pose le volume, les axes, puis on développe le détail.

Ensuite, chaque participant doit exprimer ce que le mot évoque pour lui : une sensation, un autre mot, une phrase, un souvenir, une anecdote. De ce fait, la question de l'engagement personnel dans l'écriture est posée.
Le résultat est édifiant, preuve que l'on trouve toujours les mots pour raconter un souvenir personnel.
Même M., déjà cité, fatigué par l'effort fourni, a rédigé un texte rapide, vivant et expressif.

Vers un scénario

Le processus étant engagé, nous pouvons entrer dans l'apprentissage du scénario. Des années de travail personnel et l'animation de nombreux ateliers d'écriture m'ont permis de mettre au point des outils pédagogiques qui permettent d'initier un groupe à la création et la mise en place d'une histoire sous forme de scénario. Avec ces adolescents en souffrance, d'atelier en atelier, nous y sommes parvenus et cela, je tiens à le souligner, grâce à la participation active du personnel hospitalier. Sans l'implication des infirmières et éducateurs présents qui ont cru au projet et l'ont défendu jusqu'au bout, rien n'aurait pu se faire.
Tous les éléments de construction de l'histoire, personnages, situations, lieux, actions, sont définis et nous donnent l'occasion de soulever beaucoup de questions de vie en société et, bien sûr, celles qui concernent ces jeunes directement.
La composition du groupe a aussi évolué au fil des rendez-vous, le nombre de visites en Hôpital de Jour étant variable. C'est ainsi qu'une nouvelle venue apparaît aux ateliers du mercredi au bout de quelques mois : une adolescente qui, de par sa personnalité, a complètement orienté le projet. Pourtant, son comportement asocial et tyrannique permettait de douter qu'elle puisse participer à cette construction commune : autour d'elle, tout le service de pédopsychiatrie est malmené ! L'opportunité pour cette jeune fille, issue de Quartiers difficiles, de témoigner d'un mal de vivre et d'un sentiment de fatalité que vivent tous ceux qu'elle connaît, s'avère heureusement plus importante pour elle que de générer une fois de plus sa propre exclusion. La gestion du groupe n'en est pas plus aisée pour autant, car son écrasante participation, forcément, ne favorise pas celle des plus introvertis. L'inverse pourtant se produit et l'on voit s'affirmer des adolescents plus timides. L'histoire est en route et malgré la houle, parfois même la tempête, on ne peut pas s'arrêter en si bon chemin !

Une histoire dessinée

La mise en scène d'une histoire sous forme de Bande Dessinée et donc sa visualisation dans l'enchaînement de cases n'est pas facile à concevoir. Mais la chose est possible en partageant avec ces adolescents les réflexions qui s'imposent dans ces moments de création. Et, au fur et à mesure de notre avancée, à chaque problème de représentation soulevé, une proposition d'image leur est

faite.
La Bande Dessinée étant l'écriture d'une mise en scène, la notion de 'point de vue', en termes de visualisation, est alors au centre de nos préoccupations, après avoir été au centre de la construction narrative, en termes d'engagement nécessaire.

Ouvrage

L'ampleur de l'entreprise ne nous a pas permis de mettre en images toutes les scènes définies dans le scénario, ce n'était d'ailleurs pas le but ni l'enjeu principal, mais ces jeunes ont pu faire l'expérience d'une enrichissante construction de groupe, en prenant un peu de recul vis à vis de leurs souffrances.

Les planches réalisées témoignent du travail que représente cette démarche.
Une réussite, donc, soldée par la publication de cet ouvrage qui montre et explique les différentes étapes du projet.

Dominique Rousseau, intervenant

L'artiste, Dominique Rousseau propose ici le « bilan » d'une année de travail auprès des adolescents du centre de jour de Mérignargues. Il s'appuie sur cette expérience pour présenter le nouveau projet concernant la réalisation d'une bande dessinée. La restitution de ce premier travail rend compte d'éléments qui viennent conforter l'analyse discursive de nos entretiens menés auprès des artistes.

L'inscription de sa présence dans la durée auprès des patients a permis d'élaborer avec eux une relation de confiance. Nous retrouvons là un discours similaire à celui des soignants qui ont beaucoup insisté sur la nécessité de l'instauration de ce type de relations au cours des ateliers culturels.

L'artiste évoque certaines difficultés dont la plus importante reste celle de la gestion du groupe et la possibilité de se rendre disponible pour chacun des patients. L'essentiel des artistes rencontrés s'est vu confronté à ce type de situation. Certains ont même mis des stratégies en place pour y remédier, comme l'intervention en binôme à la Compagnie Mises en Scène.
La notion d'expérience groupale reste essentielle au regard de l'artiste dans son intervention. Là aussi, elle n'est rendue possible que par l'implication du personnel. Bien qu'il s'agisse toujours d'un travail de groupe, ce texte nous permet de prendre davantage conscience de

l'attention qui peut être accordée à l'expression individuelle dans ce type de projets. Le dispositif de l'atelier permet un engagement personnel pour chaque participant en lui donnant l'opportunité d'exprimer ce que chaque mot évoque pour lui. Chaque patient est sollicité pour laisser libre cours à son propre point de vue sur les thématiques abordées.

Le dernier élément sur lequel nous souhaiterions porter l'attention est celui du travail réflexif amorcé par la pratique artistique. Nous avions déjà relevé ce point dans le texte précédent de l'artiste Jürgen Schilling. L'analyse de nos entretiens et de ces deux textes conforte l'importance qui lui est accordée dans le projet culturel. Ici, le sujet traité dans le scénario permet d'aborder des questions de société et donc, la vie des patients eux-mêmes. La pratique est mise en lien direct avec les problématiques contemporaines et le vécu des gens auxquels elle s'adresse, ici en l'occurrence des patients. Cela n'est pas sans renforcer ce que nous soulevions dès le début de cette recherche quant à la fonction sociale allouée à l'action culturelle. Ce constat nous pousse à défendre l'idée selon laquelle, l'intervention artistique en hôpital psychiatrique s'oriente de plus en plus vers une forme d'engagement citoyen.

3.2.2 L'artiste investit d'une mission citoyenne :

→ *L'artiste comme « passeur » :*

L'artiste ne se place pas en concurrence avec les professionnels du soin et n'empiète pas sur des territoires déjà institués. C'est ce qui permet à l'intervention artistique de fonctionner et d'être acceptée, tolérée, par la communauté hospitalière. L'artiste apporte quelque chose qui jusqu'alors n'était pas présent dans l'hôpital. Il sert de médiateur entre la pratique artistique et le groupe :

> « *C'est un avantage je trouve, je n'impose pas, nous n'imposons pas. Je ne piétine pas sur le terrain des autres en quelque sorte, car quand le projet est terminé je m'en vais. Et donc, je crois que ça donne littéralement de l'espace, une véritable communication entre un projet artistique et un artiste.*[113] »

> « *C'est-à-dire que ce que l'on amène n'est pas amené, on ne remplace personne, on va simplement habiter un espace qui ne l'était pas. On contribue à humaniser l'hôpital parce que les efforts que font les soignants ils sont énormes justement pour apporter de l'humanité. Nous en amenant cette part de rêve, cette part de l'invitation*

[113] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

au voyage on contribue justement à mettre en valeur cette humanité qui est là. On contribue à la valoriser.[114] »

Le positionnement général adopté par les artistes satisfait pleinement le personnel participant aux ateliers, qui y voit notamment un maintien de leurs compétences respectives. L'artiste à travers son atelier permet d'établir un lien différent entre le personnel et les patients. Il intervient comme « passeur ».

Marie Christine Pouchelle a travaillé sur cette notion de passeur dans ses études menées en hôpitaux généraux. Elle dresse une liste des différentes professions qui, par le rapport qu'elles entretiennent avec les patients, peuvent être considérées comme des passeurs. Contrairement au personnel soignant, il s'agit souvent d'un personnel ayant un statut considéré comme secondaire dans le fonctionnement de l'institution tels que coiffeuse, secrétaire médicale, agent de la cafétéria… La description qui en est faite par l'auteure nous rappelle la place occupée par l'artiste :

> « Ils sont aussi ceux par qui les malades peuvent commencer à renouer avec eux-mêmes en même temps qu'avec autrui, à retrouver leurs points de repère, à se reconstruire. À s'engager donc plus avant dans la guérison initiée par les soignants » (Pouchelle, 2003 :57).

L'artiste relève du passeur entre l'individu et l'acte de création :

> . Pour vous quel est l'objectif premier de ces ateliers ?
> « *Pour moi en tant qu'intervenant c'est de les redynamiser, de leur redonner envie de faire des choses et de sortir un peu de cette inertie dans laquelle ils sont par l'outil théâtral, par des échauffements, par des jeux, par des impros. Leur permettre de retoucher à cet aspect vivant qu'est la création leur permettre de créer des choses, de créer des personnages. C'est un mouvement vers l'extérieur ça, la création est un mouvement vers l'extérieur. En fait mon but dans cet atelier-là c'est de leur permettre de ne plus être enfermé, mais leur permettre de s'exprimer, et de valoriser un peu leur expression à leur niveau.*[115] »

Au-delà de ce rôle de « passeur » nous avons relevé, à travers nos entretiens et l'analyse des deux ateliers présentés précédemment, que l'artiste intervenant en hôpital psychiatrique avait tendance à sortir de son rôle et à s'investir d'une mission sociale, citoyenne.

[114] Entretien n°19 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[115] Entretien n°22 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

Il est apparu que les artistes se retrouvent face à ce public par choix ou par réponse à une sollicitation. Il n'y a pas de hasard ou de côté « imposé » comme nous avons pu le constater chez une faible partie du personnel hospitalier. L'intervention des professionnels du champ artistique, dans les hôpitaux psychiatriques ; relève d'un véritable choix ; on est parfois même à la limite d'une forme d' « engagement » comme cela peut être le cas dans des interventions en prison ou dans les quartiers difficiles.

→ *La volonté de faire un travail « utile »* :

Les intervenants ont majoritairement témoigné de la volonté de faire un travail « utile ». À l'hôpital, les artistes ont conscience du bien-être auquel peut participer la pratique artistique pour des individus malades. Sans prétendre avoir une quelconque compétence médicale, ils se rejoignent autour d'un désir commun, celui d'apporter de l'aide à des personnes en souffrance. Ils envisagent la création comme un mouvement vers l'extérieur, permettant aux patients de sortir, ne serait-ce que symboliquement de leur hospitalisation :

> « *Pour moi c'est un boulot utile, sans être psychologue ni thérapeute, ça leur permet de se réaffirmer, de se redynamiser et d'avoir une meilleure image d'eux, en quelque sorte se reaimer. Par l'expression théâtrale, ça leur permet de se dire : "ah ben tiens je suis capable de faire ça".*[116] »

> « *L'objectif aussi c'est si je peux apporter du bonheur aux gens, si on peut leur faire du bien par n'importe quel moyen que ce soit. Si pendant ces deux heures-là ils peuvent oublier un peu leurs soucis, leurs problèmes et tout ça, c'est déjà un grand pas.*[117] »

Ce constat se retrouve auprès des artistes intervenant dans les quartiers sensibles. Il semble que la catégorie de public, à savoir les publics empêchés soit déterminante dans l'attitude et le glissement de l'intervention chez les artistes :

> .Voyez-vous des parallèles ou des divergences entre cette expérience-là et celle que vous menez à l'hôpital ?
> « *Alors la démarche non, l'esprit oui, mais la démarche est forcément différente. Là-bas j'avais affaire à des adultes dans des cas complètement différents, j'avais même des réfugiés Tchétchènes, des Russes. C'était aussi un travail de psychologue finalement, d'autant plus que le poste de psychologue avait été supprimé, ils me*

[116] Entretien n°22 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[117] Entretien n°24 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

prenaient souvent pour le psychologue. Mais c'était aussi leur permettre d'écrire, de faire du courrier.[118] »

Au-delà, il y a une véritable réflexion de la part de l'artiste sur l'enjeu de la présence des soignants, dans la suite de leurs interactions avec les patients. Une partie d'entre eux considère que l'opportunité donnée aux soignants de voir leurs patients dans des situations inhabituelles peut compléter l'élaboration du bilan des prises en charge individuelles :

« *Moi, une frustration que je ressens depuis plusieurs années c'est celle du manque de coopération avec le corps médical, avec les psychologues. Je trouve justement que ce que l'on fait ici aujourd'hui c'est loin d'être un atelier occupationnel, nous abordons des questions essentielles (…) Il y a des choses qui remontent à la surface et qui sont très peu communiquées et qui pourraient être abordées autrement, pas forcément dans une logique psychologique, mais par rapport à un problème général posé, celui de la confusion de l'esprit. C'est dommage que des choses comme ça, malgré nos efforts, ne soient pas soulevées par des médecins.*[119] »

Ici nous voyons bien que nous dépassons le cadre traditionnel de l'intervention artistique. Même si c'est de manière indirecte, certains artistes tendent à s'impliquer dans ce qui théoriquement relève du strict domaine soignant.

L'hôpital psychiatrique représente pour eux une possibilité de travailler auprès d'un public d'exclus, laissé en marge. C'est aussi une opportunité pour défendre leur conception de la société en apportant « leur aide » à un public spécifique.

On voit ici que la place occupée par l'artiste dépasse largement le cadre de sa fonction traditionnelle et s'en éloigne même. Nous avons par ailleurs constaté une attitude similaire chez les artistes intervenants auprès de publics empêchés.

Un exemple nous a été rapporté par un artiste intervenu dans un centre d'hébergement pour personnes en difficultés où il tenait un rôle de formateur. Lors d'un atelier, il nous a révélé être parvenu à lever les tensions qui empêchaient la personne de trouver un emploi :

« *Le rôle du formateur était de trouver les moyens d'aider les gens en difficulté, en remettant à niveau l'expression écrite et éventuellement orale et en incluant aussi l'apprentissage du dessin. Enfin, c'était un travail particulier où je faisais lire, j'ai même essayé le théâtre pour aider quelqu'un à débloquer une situation qui l'empêchait de trouver un travail. Il avait une attitude quasi systématique avec l'employeur qui bloquait la situation dès le début. Moi j'ai utilisé le jeu de rôles qui a*

[118] Entretien n°20 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[119] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

vraiment donné un résultat frappant et précis, il a trouvé du boulot une semaine après.[120] »

Les cas qui viennent d'être évoqués posent la question du rôle de l'artiste dans ce type d'intervention. Bien que la fonction créative soit au cœur du dispositif, elle semble là aussi n'occuper qu'une place secondaire. Comme nous avions soulevé le risque de voir des soignants occuper un rôle qui n'était pas le leur (celui d'artiste), nous pouvons ici poser la même problématique. L'intervention artistique ne risque-t-elle pas d'être dénaturée ? En souhaitant aider des personnes en souffrance, les artistes mettent la pratique artistique à profit pour aider la personne en difficulté. Est-ce là vraiment son rôle ? Il n'est pas dit que ce positionnement rallie la majorité.

De plus, en reconnaissant la fonction thérapeutique des ateliers qu'ils mènent, l'intervenant outrepasse sa position d'artiste. En abordant les préoccupations des patients, à travers notamment les thématiques proposées, il se place indirectement comme faisant fonction de psychologue, bien que la plupart d'entre eux s'en défendent ne semblant pas en prendre conscience.

Ce constat nous amène de nouveau à mettre en lumière l'usage social qui est fait de l'action culturelle et le déplacement de cadres que celle-ci institue.

Après avoir défini le rôle tenu par l'artiste au sein du projet culturel, il convient désormais de s'interroger sur la nature de ses relations avec le personnel participant.

4. Les relations personnel-artistes :

4.1 Représentations de l'artiste intervenant par le personnel hospitalier[121] :

4.1.1 Un regard différent porté sur le patient :

Le personnel hospitalier apprécie la présence des artistes. Leur extériorité à l'établissement ainsi qu'à la profession soignante apparaît comme un avantage aux dires des soignants. Elle permet de poser un regard autre sur le patient. Il peut alors être apprécié en tant que simple individu et non pas en tant que malade. Tout comme les artistes ne souhaitent

[120] Entretien n°20 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[121] Nous faisons référence ici au personnel hospitalier impliqué dans les projets culturels.

pas être au courant de la pathologie des patients qu'ils accueillent dans leur atelier, le personnel hospitalier maintient et approuve cette distance. Elle permet de respecter le rôle de chacun et de ne pas empiéter sur les territoires respectifs des parties en présence :

> « *Les comédiens ne connaissent pas les pathologies des gens que l'on amène et nous, c'est ce côté-là qui nous intéresse (...) Nous, ce que l'on veut maintenir c'est que chacun ait son rôle. Les comédiens ont leur rôle, ils sont comédiens c'est leur métier et nous, on est infirmiers et l'on ne veut pas mélanger les deux. C'est-à-dire qu'on n'est pas infirmier-comédien ou comédien-infirmier, on n'a pas envie de travailler comme ça. Donc nous, ce qui nous intéresse dans la différenciation des rôles c'est que déjà les comédiens en ne connaissant pas l'histoire, la pathologie, voient la personne comme personne humaine tout simplement et pas comme une personne malade. Parce que même si nous aussi on considère nos patients comme des personnes humaines avec leur valeur, on est de toute façon au courant de leur histoire et le patient sait que l'on est au courant de leur histoire et forcément la relation elle ne sera pas aussi naturelle, ce ne sera pas la même chose en fait.*[122] »

Les pathologies des patients ne sont donc pas connues par les artistes, mais les symptômes sont parfois visibles. Le travail qu'ils accomplissent en atelier permet de les révéler autrement que comme simple trace d'une quelconque déficience :

> « *Le bégaiement de Félix, ils l'ont exploité dans un montage que l'on a fait, c'était magnifique. Donc de ces symptômes qui peuvent rendre les gens laids et inquiétants et bizarres et tout, ils en font des choses poétiques, belles et ça modifie forcément notre regard sur les patients.*[123] »

De plus, le savoir-faire dont ils sont porteurs contribue à mettre à l'aise aussi bien les patients que le personnel :

> « *Ils ont quand même un savoir-faire qui permet de mettre à l'aise les patients et le personnel. La personnalité de l'artiste fait beaucoup dans le projet.*[124] »

4.1.2 <u>Une impulsion</u> :

La venue de l'artiste à l'hôpital est perçue comme quelque chose de bénéfique, mais de transitoire. Le personnel insiste sur l'impulsion que son intervention peut donner aux différents acteurs, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Au niveau interne, elle

[122] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.
[123] Entretien n°23 : infirmière- hôpital de Montfavet.
[124] Entretien n°16 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

peut permettre de dynamiser ou d'amorcer d'autres projets culturels, c'est d'ailleurs ce que nous verrons dans la suite de cette recherche :

> « *Il y a aussi des choses qui se passent à l'intérieur de l'hôpital, c'est bien pour l'impulsion. Par contre par rapport à ma vision personnelle, c'est bien pour l'impulsion, mais si ça doit se pérenniser il faut que ça se passe à l'extérieur de l'hôpital.*[125] »

Pour les patients, le personnel envisage la venue de l'artiste comme un « détonateur » potentiel pouvant leur donner envie d'entreprendre des choses, de sortir à l'extérieur. La pérennité des projets culturels est envisagée comme quelque chose qui se doit d'être développé extra muros :

> .Que pensez-vous de la venue d'artistes professionnels dans les hôpitaux ?
> « *C'est important, mais si ça permet aussi que les gens aillent vers eux à l'extérieur. Il faut que ça aille dans les deux sens. Ce qui est important aussi c'est de les faire sortir vers l'extérieur, que ça serve de détonateur pour sortir de l'hôpital.*[126] »

En questionnant les deux catégories d'acteurs (personnel et artistes) sur les modalités de leurs échanges, nous avons pu faire émerger un autre constat. Malgré la « bonne entente » affichée et le soutien des uns à l'égard des autres, il ressort que le dialogue entre ces deux groupes répond à des enjeux spécifiques et n'est pas nécessairement très développé.

4.2 Un dialogue de nécessité :

4.2.1 Modalités des échanges soignants-artistes :

Les soignants référents du projet culturel rencontrent préalablement l'artiste intervenant pour échanger sur la nature et les dispositions des ateliers. On peut dire qu'ils entretiennent des relations complémentaires. Ils sont dans l'échange tout au long du projet, mais ce dernier peut prendre des formes très variées.

Sans déroger au secret professionnel et à l'éthique du milieu médical, une transmission minimale est nécessaire pour que les deux univers puissent s'apprivoiser (hôpital et art). Ils doivent coopérer au profit de l'action culturelle menée. Les pathologies des patients ne sont

[125] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.
[126] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.

pas évoquées en présence de l'artiste, néanmoins leur état, notamment en période de difficultés, peut leur être signifié afin qu'il en soit tenu compte au cours des ateliers.

Les artistes rencontrés ont unanimement insisté sur l'aspect fondamental de la présence de soignants au cours de leurs ateliers. Bien qu'ils restent peu nombreux, il s'agit de personnes très engagées :

> « *Dans le cas de Corinne et de Valérie, il y a un échange nécessaire, car il faut que je transmette les idées, les trajectoires de ce travail artistique. Je ne le garde pas en secret pour moi. Évidemment, je les sollicite, évidemment je les inclus. Il y a sept ou huit ans, à Castres on avait instauré des formations pour le personnel concerné par mes interventions. Il s'agissait d'initiation à l'art et à l'art contemporain. Ça ici on n'a pas les moyens pour faire pareil. Là il y a un décalage à combler par rapport à moi ; je débarque dans un milieu hospitalier que je ne connais pas et j'ai besoin de leurs informations, d'une mise en situation. C'est un échange très important, la création n'est que pensable sur ces bases-là. La base d'être en connivence avec les patients parce que pour moi c'est aussi un engagement. Si les patients et le personnel n'adhèrent pas à l'idée et si je suis incapable de les faire se plonger sur les questions évoquées, dans la matière proposée et dans les mises en situation proposées, si je n'arrive pas à ça pour moi c'est foutu il n'y a pas d'œuvres.*[127] »

La collaboration entre les deux groupes (personnel- artistes) résulte d'une demande commune, jugée indispensable. Bien que les propositions d'échanges soient plus importantes du côté des artistes, les soignants ne sont pas en reste.

→ *Des échanges pour prévenir tout « risque »* :

Les informations que le personnel apporte à la connaissance des artistes permettent d'éviter l'émergence de situations conflictuelles au cours des ateliers. En voici quelques exemples, rapportés par un artiste menant un atelier théâtre à l'hôpital de Montfavet :

> « *Ils ont une place importante. Cet atelier il existe par la volonté de tous ceux qui y participent y compris les patients bien sûr, mais il est organisé par les artistes et les soignants. Je trouve que ce binôme-là, ce binôme de principe puisque ça représente quand même pas mal de monde, il est fondamental. C'est-à-dire que nous, on a besoin des soignants et les soignants ont besoin de nous. On se fait quelquefois des retours qui sont instructifs par rapport à la situation du patient. On a eu fait des conneries bien sûr, je me rappelle d'une connerie que j'avais faite sur une impro où chacun avait choisi un accessoire et il y en a un qui avait choisi une valise. Il devait rentrer dans le carré donc, face public, poser son accessoire et dire une phrase incontestable et choisir une humeur. Alors ce garçon il est entré avec sa petite valise il l'a posée et*

[127] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

il a dit : « Toutes les femmes sont des putes. » Pour lui c'était incontestable, et puis il a commencé à expliquer par rapport à sa mère, etc. Alors je lui ai dit : « Stop, là on est en dehors de la consigne et donc tu vas le refaire avec ton humeur, apparemment tu es en colère, tu vas recentrer, tu vas redire ta phrase incontestable, tu vas reprendre ton accessoire et tu ressors avec ta même humeur. » Alors, il le refait, il redit sa phrase et puis ressort et claque la porte. Ca c'est la consigne qu'il y a, mais le problème c'est que nous, on est parti et il a continué à dire ça, alors il courait dans les couloirs en voulant tuer Lady Dy et il hurlait : " Il n'y a que Pascal qui me comprend." Et Pascal c'est moi, voilà. Et donc là-dessus j'en ai parlé avec les soignants en leur disant : "Et bien comment on fait pour essayer de vous faire passer des nuits plus simples et à lui aussi d'ailleurs ?" (...)Donc pour vous dire que les soignants sont quand même extrêmement importants. Ils sont aussi extrêmement importants pour la dynamique du groupe parce qu'eux, ils sont ravis. Ce métier d'infirmier psychiatrique ou de psychologue, c'est un métier qui est très difficile, ils sont confrontés quand même à des situations humaines d'urgence.[128] »

Au regard des artistes, la présence de soignants dans les ateliers apparaît tellement indispensable qu'elle peut parfois être rendue obligatoire. Sur l'un de nos terrains, nous avons rencontré un groupe d'artistes qui exige la présence de soignants au sein de ses ateliers. Cette requête n'a pas porté atteinte à la motivation de ceux qui y participent. Leur implication est tout aussi importante que dans les ateliers où leur présence reste libre.

Les motivations à l'origine de cette demande sont diverses. Il s'agit d'abord, pour le directeur de la Compagnie, de sensibiliser davantage le personnel à ce qu'il se passe dans les ateliers, tout en évitant que le personnel ne les considère comme des ateliers occupationnels faisant du « gardiennage » de patients.

4.2.2 Un dialogue limité :

Les soignants envisagent la venue des artistes comme quelque chose qui doit être bien préparé ; essentiellement pour éviter de tomber dans quelque chose qui soit de l'ordre de l'occupationnel :

.Que pensez-vous de la venue d'artistes professionnels dans les hôpitaux ?

« *Moi je pense que ça doit être préparé. Je pense qu'à un moment donné il faut que l'on se retrouve pour se dire comment on va utiliser les temps que l'on pose autour de ça. Je ne veux pas que ça bascule dans l'occupationnel.*[129] »

[128] Entretien n°19 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[129] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

Des réflexions en amont sont nécessaires, cependant les échanges avec les artistes restent plutôt limités tout au long du projet. En effet, bien que nous ayons rencontré des cas de figure assez divers, un modèle apparaît dominant : le peu de retours avec les équipes soignantes :

> .Y a-t-il un suivi de vos actions, est-ce que vous en discutez par la suite avec les équipes soignantes ? Est-ce que l'on vous demande des retours sur ce qui s'est passé dans l'atelier ?
> « *Avec les soignants on n'échange pas.*[130] »

Les artistes évoquent une certaine frustration face au manque de coopération avec le corps médical. Ils estiment que le matériel produit dans l'atelier pourrait leur servir dans la prise en charge de leurs patients comme nous l'avons déjà souligné, mais aussi d'un point de vue personnel, en les aidant à se distancier par rapport à leur fonction soignante.

Les échanges entre artistes et personnel soignants sont limités, voire quasi inexistants lorsque l'atelier se déroule à l'extérieur du service et que le personnel ne fait qu'accompagner (physiquement) et venir rechercher les patients. Il apparaît qu'il se soucie peu de ce qu'il se passe au sein de l'atelier culturel :

> .Y a-t-il une demande de retour des séances d'ateliers faite par les équipes soignantes ?
> Quel est le suivi ?
> « *Non malheureusement pas, pourtant j'aurais plein de choses à dire. Les infirmiers qui viennent ils sont tous sympathiques, mais la plupart assez désintéressés.*[131] »

Lorsque l'atelier se tient à l'extérieur, les échanges peuvent néanmoins être importants, mais seulement avec le personnel participant aux ateliers. Il n'y a pas de retour direct des artistes vis-à-vis des équipes soignantes. Ce sont les personnes présentes qui font le choix ou non de faire une restitution au sein de leur service, au cours des transmissions[132] par exemple. Ces échanges doivent donc être relativisés, car comme nous le verrons, tous les soignants ne sont pas partie prenante pour partager les comptes rendus de séances avec leurs collègues.

---

[130] Entretien n°22 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[131] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[132] Ce que nous nommons « les transmissions » correspond aux temps de relève entre deux équipes soignantes. C'est un moment d'échanges sur l'évolution des patients à prendre en charge pour l'équipe qui prend son poste.

Une autre limite peut être repérée, les échanges quotidiens des deux groupes apparaissent liés à des formalités organisationnelles. Nous pensons notamment aux ateliers nécessitant l'intervention alternée de plusieurs artistes. Dans ces cas, les informations partagées permettent à tous les participants (intervenants et personnel) de se tenir au courant de l'évolution du projet au cours des séances. Les interactions relèvent plus d'une nécessité que d'un choix, ou d'une volonté affirmée de partage :

> .Y a-t-il une demande de retour des séances d'ateliers faite par les équipes soignantes ?
> Quel est le suivi ?
> « *Constamment on a des aller- retour d'informations, parce qu'on en a besoin en fait. On communique énormément, on ne communique pas qu'au moment de l'atelier. On s'appelle très souvent, on se tient au courant, on a un cahier sur lequel on note tous les exercices que l'on fait, on note comment la séance s'est passée, les soignants peuvent consulter ce cahier, écrire sur ce cahier. C'est un organe de communication, car comme l'on est une équipe de huit intervenants artistiques et qu'on fonctionne en binôme, il faut que le binôme sache comment on s'organise avant.*[133] »

Le suivi par les équipes soignantes apparaît meilleur lorsque l'atelier se déroule dans un cadre plus strict, au sein du service par exemple.

Présents à proximité, les soignants sont, bon gré mal gré, plus informés de tout ce qu'il s'y déroule. Le territoire de l'atelier étant aussi celui du soin (le service), cela facilite son appropriation par les équipes soignantes, qui de ce fait se sentent plus concernées et éprouvent moins de réticence à s'y intéresser.

Conclusion :

Nous pouvons retenir de ce chapitre divers éléments, déjà annonciateurs d'autres modifications au sein de l'institution hospitalière.

Pour la direction des établissements hospitaliers, il y a un réel désir de mettre le projet culturel au service de la communication institutionnelle. Pour que le personnel hospitalier se sente intéressé il est nécessaire qu'il puisse repérer dans le projet, une dimension en lien avec sa profession et (ou) le projet de soins qu'il propose aux patients. Par ailleurs, les rapports qu'ils

[133] Entretien n°19 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

entretiennent avec les intervenants, bien que présentés sous l'angle bienveillant de la complémentarité, apparaissent davantage comme une nécessité parmi d'autres.

Concernant les artistes, les modalités de leurs interventions attestent d'une modification de leur nature, des sens qui leurs sont portés. Elles apparaissent comme le résultat d'une réappropriation de l'offre du projet culturel, éclairée par un regard artistique. Cela nous mène à penser qu'il en sera de même pour les professionnels de santé ; autrement dit, leur réappropriation du projet culturel devrait de ce fait être porteuse de déplacements.
Mais avant ça, de nombreux éléments viennent encore limiter le développement des projets culturels dans les hôpitaux psychiatriques. Il convient donc de s'y pencher et de les mettre à jour.

Chapitre II

Les limites à l'implantation d'un projet culturel

Bien que les projets culturels aient tendance à se multiplier et à être reconnus par l'institution hospitalière, certaines difficultés persistent et se posent comme frein à leur développement. Il convient alors de s'interroger sur la nature de ces limites. Sont-elles liées à l'organisation hospitalière, aux modalités de mise en application du programme ou à une réticence des professionnels de santé ?

Les études menées précédemment n'ont pas particulièrement abordé ce questionnement, c'est ce que se propose de faire ce chapitre. Pour première explication, nous avons relevé la dimension financière, qui reste importante dans le climat actuel de restrictions budgétaires. L'allocation d'un budget culturel n'est pas toujours comprise et la réception du projet par les équipes soignantes peut se révéler source de conflits. Mais pensant que cette explication n'était pas suffisante, nous avons prolongé notre terrain de recherche en décidant d'interroger des personnes ne participant pas au projet culturel.

Dès lors, les perturbations organisationnelles et personnelles que peuvent générer un projet culturel sont aussi apparues comme un « obstacle » à son développement. Il arrive même qu'il entre en concurrence avec les projets de service.

Enfin, un autre niveau est apparu comme limite potentielle au développement des projets culturels, il s'agit de la persistance des procédés rituels dans l'institution hospitalière. Parce que le projet risque de les bouleverser et de redéfinir les contours territoriaux, il peut représenter une menace et à ce titre être laissé volontairement à la marge.

1. Des financements limités et un manque d'adhésion du personnel :

1.1 Les financements :

Il arrive que des difficultés d'ordre budgétaire contraignent certains projets culturels. En effet, les financements accordés par la DRAC et l'ARH n'ont pas eu que des effets positifs. C'est parfois le phénomène inverse qui se produit. Certaines directions, comptant outre mesure sur ce financement extérieur, ont tendance à ne définir aucun budget précis. Les chargés de communication (ceux tenant la fonction de responsable culturel) avancent sans réelle visibilité dans leurs propositions, contraints qu'ils sont de n'effectuer que des demandes ponctuelles :

> « *Et puis le gros souci moi je pense que c'est le fait que l'on n'ait même pas de budget alloué, ça nous bloque pour beaucoup de choses. On n'a aucune projection sur l'année, ce n'est pas comme si l'on pouvait se faire une programmation culturelle, car on ne sait pas. C'est un petit peu au petit bonheur la chance et au bon vouloir des services éco et logistiques. Là ce n'est pas vraiment évident, peut-être qu'avec le nouveau directeur ça va changer, je ne sais pas, espérons. Du moins à chaque fois que les personnes nous contactaient pour monter des projets, j'en parlais au directeur et il était plutôt d'accord, généralement si c'était des choses offertes gracieusement c'était très bien, maintenant quand il fallait rémunérer l'artiste ou quoi, là ça posait beaucoup plus de soucis.*[134] »

Les questions financières entraînent également des difficultés dans les interactions entre les membres du personnel. Les cadres, représentant la direction à l'échelle de leur service, peuvent poser des refus à des demandes de financements. Des problèmes d'incompréhension apparaissent alors ou se renforcent. Les cadres sont davantage perçus par le personnel comme des managers, des gestionnaires, que comme des soignants. Généralement, ils répondent favorablement aux demandes concernant des aides logistiques (prêt de véhicule, mise à disposition de locaux…) néanmoins, pour les demandes de moyens financiers les réponses sont plus fermées :

> « *Ensuite au niveau de l'institution quand la chose elle est organisée au niveau de la prise en charge et qu'elle a du sens dans le soin on a quand même l'institution qui appuie. C'est-à-dire que nous par exemple on a besoin d'avoir des véhicules pour se rendre à l'activité, on réserve des véhicules pour ça, on n'a jamais eu de soucis (…) Après c'est sûr qu'au niveau de l'organisation c'est plus simple que ça se passe à*

[134] Entretien n°18 : responsable culturel- hôpital de Montfavet.

l'intérieur de l'hôpital, ma foi à une époque où les coûts sont tirés au maximum ça peut avoir du sens (…). C'est un peu ça le discours de l'institution, c'est-à-dire que les réunions où l'on se retrouve infirmiers, soignants face à des cadres supérieurs on se rend compte que c'est une scène. Finalement, c'est une scène où nous, l'on parle de travail et en fait le seul retour que l'on a, les seules choses que l'on nous renvoie c'est : Oui, mais l'institution elle n'a pas ci, elle n'a pas ça etc.[135] »

Le manque de soutien et d'implication dans les projets culturels n'est pas circonscrit qu'au personnel d'encadrement, les salariés sont aussi faiblement mobilisés. Le montage et la gestion des projets culturels restent encore trop dépendants de quelques personnes ; si bien que lorsque l'une d'elles n'est plus présente (départ, maladie…) le projet peut être remis en question. C'est ce qui s'est produit en 2008 à l'hôpital de Montfavet. Après le départ de la responsable culturelle, le montage d'un atelier réservé aux soignants n'a pas pu être concrétisé. Mais les difficultés financières ne sont pas le seul frein évoqué par les personnes interrogées.

1.2 Un manque de légitimité du projet auprès des professionnels :

1.2.1 L'effet limité du projet culturel en tant qu'outil de communication interne :

Le projet culturel dans l'hôpital est envisagé en tant qu'outil de communication, nous l'avons vu précédemment. Cependant, selon les acteurs, il représente une ressource différente. Pour la direction il est pensé en tant qu'outil managérial et vecteur de cohésion institutionnelle. Ce constat a par ailleurs déjà été relevé par Jacques Poisat dans ses recherches relatives au patrimoine hospitalier (2008). Pour les salariés, le projet culturel est davantage envisagé d'un point de vue symbolique, élément constitutif d'identité collective.

À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, le projet, son évolution, sont présentés à travers les outils de communication institutionnels (le journal interne/ parution trimestrielle). Au-delà de l'information, il y a une volonté de sensibilisation du personnel. Des articles de fond sont rédigés par la chargée de communication. Ils sont proposés, à but pédagogique, pour amener le lectorat (les salariés) à réfléchir sur ce qu'est et ce que représente la culture à l'hôpital. On y traite de la place, des enjeux et du développement des projets. La direction s'implique de manière de plus en plus prégnante. Le projet culturel est évoqué dans le discours de vœux prononcé par le directeur en début d'année.

[135] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

Malgré la multiplication d'actions visant à l'inscrire pleinement dans les objectifs institutionnels, on ne peut pas dire que le projet culturel soit fédérateur. À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, bien qu'inscrit dans le projet d'établissement le projet culturel est peu suivi par le personnel d'encadrement. Ceci pose un problème majeur puisqu'il est censé faire le relais et motiver les équipes de soignants. Le projet n'est présenté que pour partie (quelques actions), par la chargée de communication. Cette présentation a lieu au cours de réunions réservées aux cadres et lorsque la durée de la séance le permet. Autrement dit, dans la pratique, le projet culturel loin d'apparaître comme une priorité est relégué au second plan, derrière les prérogatives soignantes. Sa considération par les professionnels de terrain (cadres de service) n'est pas à la hauteur de la reconnaissance qui lui est faite via son inscription dans le projet d'établissement.

Pour ce qui est de l'usage du projet culturel en tant qu'outil de communication externe, il est l'objet de tensions au sein de l'établissement hospitalier. Il résulte pour l'essentiel d'une volonté de la direction, envisagé comme outil potentiel permettant de faire connaître autrement la psychiatrie et l'hôpital. Il est l'un des rares moyens permettant de faire rentrer des gens de l'extérieur, sans qu'ils aient un lien direct avec l'établissement.

Le risque de cette pratique lorsqu'elle est exercée abusivement, est de faire basculer le projet culturel dans une forme « d'instrumentalisation », au profit de la valorisation de l'établissement. Parmi le personnel qui s'y oppose, on dénonce dans le projet, le côté « vitrine » recherché par la direction de l'institution. La tenue des ateliers au sein de l'hôpital, conforte la comparaison établie avec la métaphore de la « vitrine » institutionnelle :

> « *Ça reste dans l'hôpital, c'est dans la matrice, c'est un peu la vitrine. Ça peut être la vitrine du Bon Sauveur parce que c'est assez tentaculaire toutes les ouvertures que se veut le Bon Sauveur. Il y a beaucoup de phénomènes vitrine au B-S, après le contenu il se perd de vue s'il y en a eu un au départ. Ici presque tout se fait en intra, à l'intérieur même des services.*[136] »

Au final, le projet culturel qui est censé être un vecteur de cohésion institutionnelle peut également produire l'effet inverse et être l'objet de tensions entre salariés.

[136] Entretien n°17 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

1.2.2 Un accueil mitigé du projet culturel au sein des services :

→ *Peu de retour sur les ateliers au sein du service :*

La participation des patients au projet culturel ne donne pas systématiquement lieu à un retour au sein de l'équipe soignante. Lorsque c'est le cas, il se fait lors des temps de relève ou en réunion par le personnel accompagnant (généralement un ou deux salariés). Plutôt brefs, ces retours dépendent du temps restant disponible lors des relèves.

Il existe peu de différences avec les retours faits dans le cadre d'ateliers thérapeutiques. Le personnel ne reprend que ce qui sort de l'ordinaire, notamment lorsque des sorties sont organisées à l'extérieur de l'hôpital ou que le patient a fait preuve d'un comportement particulier. Tout ce qui peut participer d'une meilleure prise en charge du patient est rapporté :

> « *Après bon le retour il se fait par exemple si l'on sort, on nous demande davantage, mais après le dessin (...) pas tant que ça. L'autre fois on est parti au musée Toulouse Lautrec, c'est que là on en a plus parlé, ce qui sort un peu de l'ordinaire en fait, ce qui sort de la routine.*[137] »

Dans les cas où des retours en réunion n'ont pas lieu ; il y a tout de même une « trace » de la participation du patient aux ateliers. Le personnel accompagnant peut le noter dans le dossier informatique du patient. Tous les membres de l'équipe soignante y ont accès et en sont donc informés :

> « *Et bien si vous voulez sur Cortex moi je note que je les ai accompagnés donc je mets une petite note. Donc forcément tout le monde le lit puisque l'on lit tout ce qui est marqué dessus.*[138] »

L'accueil de ces retours par l'équipe soignante est très mitigé et varie énormément d'un service à l'autre. Il y a le cas de figure où le service est porteur du projet, donc en demande d'informations et le cas opposé ou le personnel fait preuve d'une grande réticence. Le personnel impliqué dans le projet est alors regardé suspicieusement, comme voulant échapper aux tâches soignantes incombant à la profession :

[137] Entretien n°28 : infirmière Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[138] Entretien n°28 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

« *Le projet n'est pas trop accepté, c'est plutôt : "Vous allez vous amuser pendant que d'autres travaillent". C'est délicat. Je me donne les moyens de le faire.*[139] »

Des clivages se créent et les relations entre personnels peuvent devenir conflictuelles. Pour certains soignants, les projets culturels paraissent futiles, récréatifs, voire même dérangeants ; ce qui complique la tâche des soignants engagés dans ces projets. À titre d'exemple, nous reprendrons l'expérience de cette infirmière de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. La fermeture de son service d'origine l'a contrainte à changer d'unité au moment même où elle était référent du projet culturel. Il nous a semblé intéressant de comparer les deux accueils qu'elle a reçus dans ces différents services :

. Y a-t-il des retours (écrits ou discussions) faits avec l'équipe autour du comportement du patient durant les différentes phases du projet culturel ?

« *À ma grande joie, depuis que je suis à l'hôpital de jour B oui. Ce n'est pas l'équipe, ni le médecin, ni le surveillant qui me questionne, c'est que je persiste, je dis certaines choses, je parle beaucoup de ce projet, de ce que les patients ont fait, de l'évolution. Là il y a un écho très positif de la part de l'équipe. Une équipe qui écoute vraiment ce que je dis, ce que je rapporte des patients, c'est génial. Le médecin m'invite à prendre d'autres patients. Là je peux faire un parallèle avec le service où j'étais avant où là il ne fallait surtout pas que j'en parle. J'emmerdais le monde avec ça, ils pensaient que je me faisais mousser. Le médecin était totalement désintéressé, les surveillants n'en parlons pas et les collègues n'en parlons pas. Alors que là, il y a un accueil très favorable. Les retours se font oralement.*[140] »

. Est-ce que vous avez des échanges au sein de l'équipe sur la participation de vos patients à ces projets culturels ?

« *Disons que les temps d'échanges entre nous sont très courts et très limités et sur ça on n'en a pas.*[141] »

Les mêmes difficultés ont d'ailleurs été relevées dans les actions culturelles menées en établissement pénitentiaire. En effet, dans les prisons comme dans les hôpitaux, face à un manque de moyens humains, il est difficile pour le personnel d'accepter la démobilisation de l'un d'entre eux pour l'accompagnement des patients lors des ateliers :

« Il n'est pas simple de faire reconnaître une pratique culturelle en prison, sans doute parce que dans les milieux où les contraintes disciplinaires pèsent très lourd, il serait si simple de livrer, en plus de la télévision, un consommable de plus, une "occupation" de plus. Or, l'action culturelle "n'occupe pas". Il arrive même qu'elle dérange et déplace. Il est difficile de faire cohabiter un univers surordonné avec des

[139] Entretien n°8 : psychomotricienne- hôpital du Vinatier.
[140] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[141] Entretien n°33 : éducateur spécialisé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

pratiques, non de désordre, mais de déplacement (des personnes entrent, des détenus se rassemblent, la parole et les idées circulent) » (Jane Sautiere, SPIP, FILL, 2004 : 65).

→ *Un refus d'implication :*

À côté des difficultés d'accueil du projet chez certaines équipes soignantes, c'est la difficulté d'implication qui est la plus marquante. Des personnes font de la résistance en invoquant leur statut professionnel. Elles se refusent à sortir de leur rôle strict de soignant. Imaginer confier leurs patients à une personne étrangère au soin, l'artiste, représente pour certaines quelque chose de non envisageable.

D'autres ne s'impliquent pas par peur ou par appréhension. Elles craignent entre autres d'être mises en difficulté devant leurs patients et de perdre en crédibilité.

→ *Peu de collègues pour assurer la relève sur les ateliers :*

Le personnel participant au projet culturel rencontre beaucoup de difficultés pour trouver des collègues qui acceptent d'assurer la relève, ne serait-ce que temporairement, lors de leurs congés par exemple :

> « *En fait là il y a dans mon service une jeune infirmière qui commence à venir, que ça ne gêne pas, enfin je comprends que ça puisse gêner de faire des impros et tout ça. Mais jusque-là rien, moi j'aurais souhaité quand je suis en congés ou quand je ne suis pas là que quelqu'un prenne la relève et c'est très difficile. Les gens ils n'osent pas y aller, les soignants parce qu'ils ont peur d'être mis en difficulté devant les patients, enfin vous voyez c'est compliqué.*[142] »

Le personnel impliqué dans le projet culturel dénonce aussi la faible implication des médecins dans ces projets. Ils en sont souvent les grands absents. Le peu qui le sont, s'impliquent essentiellement en proposant au personnel de prendre d'autres patients en atelier.

Au-delà des difficultés au sein même d'une unité, certains services ne sont pas réceptifs aux propositions d'actions culturelles, car ils ne se sentent pas concernés par les projets proposés. Ce constat pose la question des processus de sensibilisation mis en place auprès des professionnels. Il apparaît que le personnel associe les actions culturelles à une certaine typologie de patients, en excluant les autres sans savoir que d'autres formes d'actions

[142] Entretien n°23 : infirmière- hôpital de Montfavet.

culturelles sont possibles. Nous rejoignons là, le constat relevé lors de l'étude menée sur la lecture à l'hôpital (Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.2 007).

La sectorisation marque également une distinction importante dans la participation aux projets culturels. Les hôpitaux de jour qui accueillent les patients de manière plus régulière avec un suivi inscrit dans la durée apparaissent donc plus propices au développement d'activités culturelles :

> « *En intra il semble y avoir plus de difficultés, il semble que ça bloque, c'est le côté centralisé. Le nombre de lits, le personnel a baissé et les gens sont gardés au minimum dans les hôpitaux juste pendant la période de crise et c'est donc difficile de faire quelque chose de créatif ou des ateliers suivis avec des personnes qui restent peu de temps et qui sont en crise.*[143] »

Les difficultés contextuelles et organisationnelles ralentissent l'instauration d'un lien de confiance vis-à-vis des patients. Sans ce dernier, il est délicat de parvenir à les mobiliser et à les impliquer dans un projet :

> « *Avec la politique actuelle de réduction du temps d'hospitalisation, il est plus difficile d'organiser des ateliers. Avant quand les gens restaient plus longtemps on pouvait entrer en lien, établir une certaine confiance, qu'ils sachent que l'on va tenir parole, après il peut y avoir un échange.*[144] »

2. Des motivations d'ordre organisationnel aux motivations d'ordre personnel :

Afin de saisir plus en détail quels pouvaient être les freins à l'implication des salariés dans le projet culturel, il apparaissait nécessaire de comprendre les motivations des personnes qui ne participaient pas au projet culturel. Nous avons donc entrepris, une troisième phase d'entretiens auprès du personnel non participant. Nous avons souhaité diversifier les catégories professionnelles afin de mettre en confrontation les éléments relevés. Pour des raisons de temps et d'accessibilité, cette enquête n'a été menée que sur un seul établissement, la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Les résultats suivants mériteraient donc d'être confirmés

[143] Entretien n°6 : infirmière- hôpital du Vinatier.
[144] Entretien n°10 : aide-soignant- hôpital du Vinatier.

par des enquêtes similaires sur d'autres hôpitaux. Pour cette troisième phase d'enquête nous avons eu recours au questionnaire[145].

Les réponses données dans le questionnaire, quant au motif de refus pour un entretien, nous ont déjà permis de voir quelles étaient les tendances qui se dégageaient.
L'explication qui est revenue de manière récurrente est celle de l'absence de temps, c'est d'ailleurs le type de réponse à laquelle nous nous attendions. Parallèlement, d'autres réponses nous ont orientées vers de nouveaux constats.

2.1 Le projet culturel n'est pas perçu comme une modalité de la fonction professionnelle :

L'absence de lien direct avec le travail du salarié apparaît comme un premier frein, tout comme l'implication dans d'autres actions, ce qui nous laisse présager de la mise en concurrence des projets culturels avec les projets de service, et enfin tout simplement le manque d'intérêt ou la non-connaissance du sujet. Voici quelques exemples de réponses qui nous ont été formulées :

- *« Pas le temps. »*
- *« Peu intéressé. »*
- *« Pas de connaissances sur le sujet. »*
- *« Pas suffisamment d'implication, pas assez de lien avec mon travail et peut être pas suffisamment d'intérêt. »*
- *« Plus concerné par le monde des sourds et sa culture. »*
- *« Engagée dans d'autres actions », « Je n'ai pas suffisamment de connaissances dans ce domaine.*[146] »

[145] Dans cette recherche l'utilisation du questionnaire a été détournée. Il n'a pas été l'objet d'une récolte de données quantitatives, mais un moyen d'entrée en contact avec un public difficilement accessible. Sa présentation devait être suffisamment large pour que chaque salarié puisse se sentir concerné (pour le modèle nous invitions le lecteur à se reporter à l'annexe 13).
La passation du questionnaire s'est faite par voie officielle. La direction de l'établissement (Fondation Bon Sauveur d'Alby), souhaitant poursuivre sa réflexion sur l'enjeu de l'action culturelle dans son établissement, s'est associée à nous dans cette démarche. Le questionnaire a été distribué à tout le personnel (soit un total de 1100 salariés), joint à leur bulletin de salaire. Le délai de retour a été fixé à 15 jours, prenant compte du roulement des équipes et des éventuels arrêts maladies. Nous avons obtenu 71 réponses (35 négatives et 36 positives acceptant de nous accorder un entretien). Sur les 36 réponses positives obtenues, nous avons obtenu 20 réponses provenant de personnes n'ayant jamais participé à une action culturelle et seulement 5 qui déclarent ne pas avoir connaissance de projets culturels menés dans leur établissement. En raison de la durée limitée de cette phase d'entretien (une semaine en janvier 2009), des horaires et disponibilités du personnel, cette phase d'entretiens complémentaire s'est limitée à 10 interviews.
[146] Série d'extraits de réponses, formulées dans le questionnaire diffusé auprès du personnel hospitalier de la Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Contrairement à ce que nous pressentions au lancement du questionnaire (en raison notamment des difficultés actuelles du contexte hospitalier), nous n'avons pas eu de réponses hostiles. Seules deux remarques peuvent apparaître comme contraignantes :

> « *J'estime qu'il y d'autres priorités.*[147] »

> « *Il y a assez de travail dans mon service, je n'ai pas de temps à vous consacrer. L'argent que vous utilisez pourrait servir à des choses plus importantes.*[148] »

Notre constat est confirmé par les recherches en cours menées par Gilles Herreros. Depuis 2006, ce chercheur mène un travail d'observation afin d'apprécier ce qui se produit lorsque des actions culturelles sont menées dans des hôpitaux. Il analyse le déroulement et le comportement des acteurs (personnel et patients) au cours de manifestations culturelles se déroulant dans les hôpitaux. L'objectif principal étant de proposer une série d'indicateurs permettant « d'évaluer » les effets de ce type d'actions.
Nous arrivons au même constat, à savoir qu'il existe moins de réticence qu'auparavant envers les projets culturels, et que l'on tend plutôt désormais à assister à une certaine forme d'indifférence[149] de la part des acteurs hospitaliers.

Force est de constater que malgré cette absence d'implication, le projet culturel n'est plus l'objet de réactions hostiles, il est accepté par la communauté hospitalière. Reste à savoir pourquoi il ne parvient pas à mobiliser davantage de monde.

Des différences ont émergé, dans les facteurs mobilisés par les divers acteurs pour exprimer leur positionnement. Par ailleurs, certaines positions sont apparues comme transversales à l'ensemble des catégories (cadres, administratifs et personnel non médical). Parmi ces derniers, nous retiendrons le détachement, voire le désintérêt exprimé par les salariés face au projet culturel. Lorsqu'ils estiment que le projet n'est pas adapté aux patients de leur service, ils considèrent qu'il n'est pas nécessaire pour eux de s'y intéresser. L'une des explications qui nous ont été fournies synthétise relativement bien l'ensemble des cas de figure rencontrés. Il s'agit d'une assistante sociale, pourtant ses réflexions sont les mêmes que celles des soignants :

---

[147] Extrait de réponse du questionnaire- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[148] Extrait de réponse du questionnaire- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[149] Gilles Herreros, intervention lors du séminaire « Culture, hôpital et territoires » qui s'est tenu le 13 mai 2008, à voir en intégralité en ligne : www://podcast.univ-lyon2.fr/groups/culturehopitaletterritoires/webblog (consulté le 26/05/09).

« *Parce que je ne me sens pas concerné en fait, je n'ai pas le temps, je ne suis pas disponible.*[150] »

D'autres motivations rassemblent l'ensemble des catégories professionnelles, dont l'absence de sollicitation par exemple. Malgré une communication conséquente, les personnes si elles ne sont pas contactées directement estiment ne pas avoir été sollicitées.

D'autres reconnaissent se cantonner aux activités et projets déjà développés au sein de leur service :

« *Et bien l'on ne m'a jamais sollicité pour ça. Après nous ici on est quand même structuré, on a beaucoup d'activités et donc souvent je suis pris par mes activités elles-mêmes.*[151] »

Ce point nous éclaire sur le double rôle que peut jouer le quotidien hospitalier dans le développement des projets culturels. Nous avons vu qu'en définitive il favorise le projet culturel, car ce dernier permet de le scinder, d'y apporter une coupure, d'en casser le rythme. Le quotidien est souvent évoqué comme quelque chose de lourd et de pesant tant pour le personnel que pour les patients. Néanmoins, certaines réponses telles que : « On est pris dans le quotidien, on ne peut pas être partout » rendent compte du côté « enfermant » que peut avoir le quotidien hospitalier. Dans une certaine mesure, il favorise l'instauration d'une « routine » qui se révèle rassurante. Les soignants rencontrent parfois des difficultés à s'en détacher.

→ *L'inadaptabilité du projet aux patients :*

Une autre limite se pose lorsque le projet culturel est orienté vers certaines catégories de patients. Bien que cette tendance s'inverse progressivement, elle représente encore une contrainte. On pourrait croire, de ce fait, que les projets culturels proposés à l'ensemble de l'établissement reçoivent un meilleur accueil, mais point n'est le cas.

En 2008, dans le cadre de la manifestation culturelle *Lire en Fête* (inscrite dans le projet culturel), le comité culturel de la Fondation Bon Sauveur d'Alby a sollicité l'ensemble des unités, invitant les patients à composer des poèmes. Ils ont ensuite été exposés dans l'hôpital, bien qu'une minorité de services ait répondu à l'appel. Parmi ceux qui l'ont fait, certains ont

[150] Entretien n°31 : assistante sociale- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[151] Entretien n°33 : éducateur spécialisé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

exprimé du regret face à l'absence de retours sur les compositions de leurs patients. La réalisation d'un poème représente un investissement pour les patients. Parmi eux, une partie était en attente d'un retour, quel qu'il soit. Les soignants ont donc eu à gérer certaines déceptions.

Au-delà, l'absence de participation au projet culturel est également apparue comme une contrainte et non nécessairement comme un choix.

→ *Le projet culturel, facteur d'exclusion ?*

Les salariés sont plus sensibilisés et s'impliquent davantage lorsqu'un ou plusieurs patients de leur service participent ou ont participé au projet culturel. Les administratifs et agents techniques se sentent encore moins concernés par la question. À leurs yeux, le projet culturel reste du ressort du personnel ayant une fonction soignante. Les autorisations d'absence apparaissent plus difficiles à obtenir pour le personnel administratif. Dans son quotidien, il n'est pas amené à avoir de rapports avec les patients ni avec les activités qui peuvent leur être proposées :

> .Y a-t-il des raisons particulières qui font que vous ne participez pas à ces projets culturels ?
> « *Bon déjà moi je pense que nous, l'on ne peut pas s'absenter par rapport à notre profession en étant administratif. Je pense que l'on est un petit peu une catégorie qui est à part de la fonction soignante, des soignants. On ne nous a jamais sollicités, ni demandé, ni autorisé à nous absenter ou à participer à un atelier ou a un groupe de travail ou à quelque chose par rapport à la culture à l'hôpital.*[152] »

Cela nous amène à parler d'une forme d'exclusion générée par le projet culturel. Au-delà du personnel technique et administratif, une autre catégorie professionnelle est très peu représentée, les agents hospitaliers. Ils participent pourtant de la vie quotidienne des services. Ils assurent entre autres, le nettoyage des chambres, la restauration. Néanmoins, ils ne sont pas habilités à réaliser quoi que ce soit avec les patients, comme les accompagner à un atelier par exemple :

> « *Ce n'est pas ma fonction donc je n'ai pas le droit d'empiéter sur la fonction d'animateur, c'est vraiment une fonction attitrée aux personnes qui ne font que ça que*

[152] Entretien n°30 : agent administratif- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

ce soit à la cuisine, à l'ergo ou à la vannerie. Il y a des activités qui sont propres à certaines personnes.[153] »

« *Moi je ne me lance pas dans ce projet puisque je reste à ma place d'agent de restauration (...) En fait moi je reste à ma place, même si des fois j'aimerais déborder, un petit peu, ça serait certainement mal perçu, donc je m'en tiens à mon poste même si des fois j'aimerais bien élargir un peu.*[154] »

Nous voyons bien qu'il ne s'agit pas là d'une non-participation par manque d'intérêt. Les hiérarchies professionnelles sont très fortes et instituées. Elles limitent considérablement la participation du personnel non soignant aux projets culturels. Ce constat nous rappelle celui relevé par Gilles Herreros sur la présence de « marquages de pratique » au sein des unités (Herreros in Direction régionale des affaires culturelles Rhône Alpes et Agence régionale de l'hospitalisation Rhône Alpes, 2001).

En plus de limiter la participation des salariés aux projets culturels, dans le quotidien ces « marquages de pratique » sont générateurs de tensions dans les coopérations. Le projet culturel parce qu'il bouscule les fonctionnements établis peut aussi être laissé volontairement en marge, notamment par les cadres infirmiers.

2.2 Des contraintes liées à la gestion du service et à l'évaluation :

Au niveau des cadres, les explications évoquées sont multiples. La première repose sur les difficultés que représente le détachement de personnel dans un service. Nous verrons qu'elle est aussi reprise par le personnel.

« *Ca veut dire que l'on doit en permanence avoir un ou deux soignants avec eux, ça veut dire qu'il faut que j'arrive à détacher du personnel pendant deux heures voir une journée, donc au niveau de l'organisation c'est très très difficile*.[155] »

On dénote dans l'évocation de cette contrainte par les cadres, une certaine forme de revendication. Le chercheur est parfois pris à témoin de l'absence de moyens alloués aux services, notamment en matière de personnel.

Les cadres ne souhaitent pas proposer et mettre en place dans leur service un projet, qui pour des raisons organisationnelles ne serait pas tenable dans le temps. Les faibles durées

[153] Entretien n°27 : agent hospitalier- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[154] Entretien n°34 : agent de restauration- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[155] Entretien n°26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

d'hospitalisation des patients sont aussi évoquées comme obstacle à leur inscription dans le projet culturel.

Un autre motif, plus spécifique à cette catégorie professionnelle, relève de la difficulté d'évaluation de ces projets. Dans un univers professionnel marqué par les demandes de productivité et d'accréditation, l'impossibilité de quantifier les effets d'un projet est vécue par les cadres comme une réelle frustration. L'absence d'indicateur ne permet pas d'évaluer concrètement les effets sur le patient. Bien que des améliorations puissent être constatées, elles ne peuvent pas être validées d'un point de vue clinique. Le projet culturel apparaît comme un projet difficilement défendable, secondaire du moment où il n'est pas possible d'avoir un retour effectif sur les implications engagées au niveau du service :

> « *Par contre moi, ce qui me manque c'est que je ne sais pas, je n'ai pas d'indicateur, je ne peux pas évaluer l'effet sur le patient, ça, je ne sais pas. Je peux dire que le patient est prêt à un moment, que l'on n'a pas besoin d'aller le stimuler ou le lui rappeler. Donc déjà je me dis que s'il a mémorisé, s'il est prêt déjà ça a une valeur pour lui, mais d'un point de vue clinique, d'un point de vue de sa pathologie mentale je ne sais pas. J'imagine que ça doit avoir un effet, mais je ne peux pas le mesurer, je ne peux pas dire qu'il soit mieux, je ne peux pas dire qu'il soit plus mal.*[156]»

Un autre frein relevé à l'implication des cadres dans le projet culturel est son absence d'appropriation en amont. Ils regrettent que le projet ne soit pas pensé et construit avant, en collaboration avec l'équipe soignante. Il est déjà difficile de mener un projet de service (Basse, 2003). Lorsqu'il s'agit d'un projet « extérieur » ce qui est le cas du projet culturel, puisqu'il émane de l'institution et non du service de soins, la tâche s'avère encore plus complexe. La viabilité du projet culturel est partie liée à l'investissement de l'ensemble de l'équipe soignante, chose qui est parfois problématique, voire impossible.

Le regret de la non appropriation du projet est aussi lié aux modalités de prise en charge relatives à certaines pathologies, comme nous l'explique ce cadre d'une unité pour adolescents autistes :

> « *Tous les enfants psychotiques ou autistes que l'on a, ce sont des gamins en grande difficulté et que l'on ne peut pas trop perturber. Ils sont habitués à fonctionner d'une certaine façon, le moindre changement peut les faire clacher. Le problème est qu'ils sont angoissés et qu'ils ne comprennent plus, on leur enlève leurs repères et ils ne s'y retrouvent pas donc pour nous c'est un petit peu difficile. Si ce genre de projet pouvait*

[156] Entretien n°26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

être travaillé en lien avec le secteur des enfants, déjà ça marcherait et ça pourrait être porteur. Parce que nous, tout ce qui est mis en place doit être travaillé bien avant.[157] »

Nous rappelons que l'implication des cadres dans le projet culturel reste très limitée, ce qui s'avère problématique compte tenu du rôle de « relais » qu'ils sont censés tenir auprès du personnel.

« *Tant que les cadres ne seront pas imprégnés d'un projet, les infirmiers ne pourront pas l'être et de fait les patients ne pourront pas accéder à ce projet-là.*[158] »

Ils acceptent la participation de certains de leurs patients au projet culturel, mais n'interviennent que rarement dans la désignation du personnel accompagnant. Ils laissent les équipes choisir du moment que le bon fonctionnement du service est maintenu.

Parallèlement à toutes ces contraintes organisationnelles, des motivations d'ordre personnel sont apparues comme limitant l'investissement dans les projets culturels.

2.3 Le refus de s'impliquer davantage pour l'institution, une volonté de protection:

2.3.1 Maintenir la distance entre temps personnel et temps professionnel :

Comme nous venons de le voir, les motivations premières défendues par les cadres face à leur non-participation gravitent essentiellement autour du fonctionnement du service. En les poussant davantage dans la réflexion au cours de nos entretiens, nous avons constaté que des motivations d'ordre personnel étaient aussi présentes. Participer à un projet culturel nécessite une implication et une disponibilité que certains reconnaissent ne pas avoir, ou ne pas souhaiter vouloir prendre.
Nous avons relevé des comportements similaires dans la catégorie des soignants.

.Y a t'il des raisons particulières qui font que vous ne participez pas au projet culturel ?
« *Ben disons que ça déborderait trop après sur mon temps personnel. La réalité fait que nous sommes sur un poste où le travail est astreignant et donner du temps à l'établissement m'est difficile. J'essaye de couper avec l'établissement.*[159] »

[157] Entretien n°35 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[158] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[159] Entretien n°34 : agent de restauration- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Les salariés ne souhaitent pas déborder sur leur temps personnel. Estimant en faire suffisamment, ils associent souvent l'implication dans un projet culturel à un temps donné à l'institution, chose qu'ils se refusent de faire. Une fois de plus, nous constatons que la dimension institutionnelle du projet culturel n'en facilite pas pour autant l'appropriation par les membres du personnel.

Du côté du personnel soignant, nous avons retrouvé le classique discours, du manque de temps, de la surcharge de travail, de la non-disponibilité. Mais au-delà, la réflexion amorcée par le biais des entretiens a contribué à l'émergence de problématiques que nous n'avions pas soupçonnées. La principale relève du questionnement induit par le projet culturel. Comme l'a noté une infirmière interrogée, le projet culturel « ça questionne terriblement ». Or, les salariés qui font déjà face à des situations difficiles n'ont pas nécessairement envie de se questionner davantage, voire d'assister à une remise en question de leurs pratiques professionnelles.

Ces constats peuvent pour partie s'expliquer, par la persistance de l'attitude de « protection », véhiculée au sein du corps des soignants.

2.3.2 De la distance comme outil de protection :

Le soignant en psychiatrie est confronté de manière récurrente à la souffrance psychique des patients qu'il entend soigner. Il est souvent nécessaire pour lui de s'imposer une relative mise à distance vis-à-vis des patients. Elle lui permet de ne pas être trop affecté personnellement, tout en se maintenant en capacité, d'assurer son rôle de soignant. Certains n'éprouvent pas de difficultés, mais pour d'autres, la volonté de se préserver passe parfois par une mise à l'écart relationnelle (consciente ou inconsciente). Ainsi, la concentration sur la partie technique du travail, bien que souvent liée aux contraintes organisationnelles peut aussi être choisie par le soignant comme moyen de défense, de détachement émotionnel, de « distanciation affective », en réponse aux situations de souffrance auxquelles il est confronté (Cosnier, 1993). On comprend dès lors, que parce qu'il risque de modifier cette distanciation, le projet culturel est volontairement laissé de côté.

Traditionnellement, au sein des unités, on se retrouve face à des relations de type conventionnel, codé, des « relations de service » (Cosnier, 1993). La finalité en est l'amélioration de la qualité des soins. C'est elle qui légitime la nature des interactions dans le

service. Le personnel y tient une certaine « face » pour reprendre un terme goffmanien (Goffman, 1974b). Le maintien de la face permet à chacun de se conforter sur son territoire, en mettant en oeuvre toute une série de rituels. La « face » du patient quant à elle est compromise, puisqu'elle est dépendante du soignant.

D'autres disciplines ont abordé cette question, notamment l'anthropologie. Edward T. Hall au cours de ses observations a abordé la question de la régulation de la distance chez les animaux[160] (1971). Les animaux maintiennent une certaine distance avec les espèces différentes. Si ces distances ne sont pas maintenues, cela génère une modification du comportement chez l'animal. Ces diverses observations ont permis à l'auteur de mettre en évidence l'importance de l'espace sur le comportement.

Plus récemment, Marie-Christine Pouchelle, par une approche marquée autour de l'anthropologie de l'émotion, du ressenti des personnels, aborde la question de l'humanisation des hôpitaux. Elle évoque la distance établie par les soignants pour se protéger et parvenir à continuer d'accomplir leurs actes. En médecine générale, la technicité permet de mettre de côté ou du moins entre parenthèses la subjectivité, d'où une frontière établie entre soignants et soignés (Pouchelle, 2003). L'émotion parait parfois littéralement refoulée, et ce, pour des raisons de protection, mais également d'obligations professionnelles :

> « En effet la conscience des implications émotionnelles ou douloureuses de leur propre geste thérapeutique ou de leur comportement semble bien parfois suspendue chez les soignants, par obligation professionnelle. Cette suspension de la perception de ce que vit l'autre, cette rupture avec autrui (on appelle ça "se protéger"), résulte aussi d'un conformisme de groupe particulièrement marqué dans les rangs infirmiers, et dont il est difficile pour un individu de se démarquer puisque ce genre de mimétisme fait partie d'un apprentissage collectif où les vertus d'obéissance et de contrôle de soi sont privilégiées » (Pouchelle, 2003 : 66).

Il n'est pas demandé, évidemment, au personnel soignant d'être dénué de sentiments, mais ce comportement très implicite fait partie des rituels à l'œuvre. Ils garantissent un sentiment d'appartenance et une reconnaissance identitaire pour le personnel. La participation à un projet culturel représente le risque d'une mise à mal de cette ritualisation, c'est pourquoi certains professionnels hospitaliers s'y refusent encore. Il est aussi parfois perçu comme une mise en concurrence face aux projets de service.

[160] Ces études comparatives menées sur les animaux sont transposables aux humains.

En effet, en plus de ces contraintes générales, que l'on retrouve dans l'ensemble des projets culturels menés dans les hôpitaux, nous nous sommes donc interrogés sur les limites existantes à l'échelle du service, pressentant que la réception du projet culturel par l'équipe soignante est déterminante.

3. Projet culturel versus projet de service ?

3.1 Le projet de service comme élément identificatoire du corps soignant :

Pour mieux saisir l'importance des projets de service dans l'institution hospitalière, un nouveau détour s'impose sur les travaux de Patrick Basse.

Le projet de service est générateur de « concurrences symbolique » (Basse, 2003). Comme nous le dit l'auteur : « Pour un certain nombre d'acteurs, notamment des infirmières surveillantes, la production du projet de soins infirmiers a participé d'une conquête de légitimité. Le projet de soins infirmiers a été un objet symbolique de l'action collective » (Basse, 2003: 369). Patrick Basse parle du service comme d'un « espace d'identification » pour le personnel. Le sentiment d'appartenance est plus lié à un service qu'à l'institution elle-même.

Le projet de service a ce caractère de travail collectif que n'a pas le projet culturel. Le projet culturel, lui, n'est pas conçu dans l'unité de soins. Il n'est pas produit dans « l'espace privé » que peut représenter le service, mais dans « l'espace public » c'est-à-dire à l'échelle institutionnelle. Ces définitions sont données au regard de la conception des différents espaces par le personnel, au sein de l'institution hospitalière. Pour qu'un projet soit viable, il apparaît indispensable que les acteurs puissent se l'approprier à leur échelle plutôt qu'à l'échelle institutionnelle.

3.2 Mise en comparaison d'un projet de service avec un projet culturel :

Nous allons maintenant analyser un projet culturel, mené en tant que projet de service, c'est-à-dire en dehors du programme « Culture à l'hôpital ». Cela devrait permettre d'identifier quelles sont les principales distinctions ou similitudes entre ces deux catégories de

projets. Nous présentons d'abord le projet tel qu'il est inscrit dans le service (document interne). Nous en reprendrons ensuite l'analyse et la comparaison avec le projet culturel.

PROJET BIBLIOTHEQUE

Référent : X

Quand : Le vendredi de 10h30 à 11h45

Lieu : Petit salon de la bibliothèque de la Fondation

Nombre de résidents : 3

I – OBJECTIFS GENERAUX :

● Permettre aux résidents de sortir de la structure même si nous restons dans l'hôpital. Aller à la bibliothèque, c'est changer de lieu et mettre une distance vis-à-vis des lieux de la vie quotidienne. C'est aussi leur faire bénéficier d'un cadre exceptionnel où le personnel nous réserve un accueil bienveillant.
● Permettre aux résidents de se réinvestir dans la lecture afin de retrouver le goût de lire et du plaisir que l'on peut en retirer. La lecture offre la possibilité de s'évader par la pensée, de voyager en rêves, d'ouvrir une fenêtre sur un ailleurs.
● Canaliser l'attention, mobiliser la concentration et développer la capacité d'écoute.
● Améliorer l'expression verbale, développer le vocabulaire, les capacités de langage expressif et la mémoire.
● Susciter des émotions (joie, peur, tristesse, surprise...) à travers une lecture vivante, animée d'une intonation marquée, empruntée au conteur et sur lesquelles nous poserons des mots.
Favoriser la socialisation en acceptant d'attendre son tour pour lire et en apprenant à s'écouter.
Encourager les échanges et l'expression de chacun par le partage de ce qui a été lu.

II – DEROULEMENT :

L'accueil des résidents par les bibliothécaires est un temps essentiel et privilégié où nous nous saluons et prenons des nouvelles de l'autre.
La séance de lecture se déroulera en deux étapes sur une durée de 40 minutes.
Dans un premier temps, les résidents choisiront ensemble le livre pour aller ensuite s'installer dans de confortables fauteuils où chacun lira à tour de rôle.
Dans un second temps, je tenterais de faire partager ce qui aura été lu à l'aide de questions.

III – MOYENS (matériel) :

Livres : romans, contes, recueils de poèmes, quotidiens de presse, récits historiques...

IV – EVALUATION :

Les observations concernant le déroulement de l'activité seront notées sur le dossier et permettront lors des synthèses de réévaluer le projet de vie individualisé de chacun des résidents

Il s'agit du « projet Bibliothèque » mené par la maison d'accueil spécialisée (MAS) de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Ce projet de service permet aux patients d'assister et de participer à des lectures qui se tiennent à la bibliothèque de l'établissement. Le projet est mené par une seule personne, une aide médico psychologique (A.M.P) qui en est par ailleurs l'instigatrice et l'intervenante. Il ne concerne que trois patients, ce qui est plus faible que la participation au projet culturel, mais plus important au niveau des patients d'une même unité.

Sur le plan organisationnel, la principale distinction est liée à la fréquence des séances. Ici, elles sont de l'ordre d'une fois par semaine à hauteur d'une heure trente contre deux heures toutes les deux semaines pour le projet culturel. Ce décalage est lié, pour partie, à l'impossibilité de rémunérer un artiste pour des interventions hebdomadaires. Pour le projet Bibliothèque, les interventions sont comprises dans le temps de travail des salariés.

Intéressons-nous maintenant aux objectifs définis dans ce projet de service. La possibilité donnée aux patients de sortir de leur service est l'élément déclencheur à la mise en place du projet. Elle doit favoriser une mise à distance avec leur quotidien. Nous retrouvons également comme dans le projet culturel, l'intérêt de générer chez les patients une prise de plaisir en leur donnant l'occasion de s'évader. La volonté de susciter chez eux des émotions est importante. Le projet de service, tout comme le projet culturel, doit favoriser la socialisation des patients, notamment à travers le travail de groupe. Chacun doit accepter les contraintes afférentes au travail collectif, en attendant par exemple son tour pour prendre la parole.

D'autres objectifs sont plus techniques, en lien direct avec les préoccupations soignantes. C'est la principale distinction observable avec le projet culturel. On y trouve un travail sur l'attention, la concentration, l'écoute, l'expression verbale. Ce projet de service, comme beaucoup d'autres, ne nécessite pas d'apports de moyens spécifiques, d'ordre

financier notamment. Dans ce cas, il y a une exploitation des ressources mises à disposition par l'hôpital : la documentation fournie et le lieu de la bibliothèque.

L'autre caractéristique distinctive entre les deux catégories est la présence obligatoire dans le projet de service et dans sa réalisation, d'une partie évaluative. Le projet de service est totalement intégré et reconnu dans le travail de prise en charge du patient, tel que défini dans la quatrième partie de l'extrait précédemment cité.

Cependant, les entretiens menés ont permis de rendre compte que les projets de services ne sont pas nécessairement portés par l'ensemble de l'équipe soignante. Ce projet Bibliothèque est accepté par l'unité, mais la personne référent rencontre des difficultés, du même ordre que celles rencontrées dans le projet « Culture à l'hôpital ». Elle a du mal à trouver des personnes assurant la relève lors de ses absences. Le lancement du projet s'est fait de manière progressive, le référent du projet a dû convaincre ses collègues, qui compte tenu de la pathologie de leurs patients, s'avéraient plutôt sceptiques quant à la réussite et au bien-fondé de ce projet de service :

> . Et est-ce qu'il y a une autre personne dans le service qui travaille avec vous ?
> « *Non voilà, je n'ai pas trouvé, il n'y a pas de relais. C'est un petit peu dommage, quand je suis absente l'activité ne se fait pas. Moi je suis à mi-temps donc c'est pour ça que je peux un peu plus me détacher aussi que mes collègues. C'est vrai que j'ai cette possibilité aussi de pouvoir me libérer, mais après il n'y a pas de relais.* »
> . Et est-ce que vous faites des retours à l'équipe soignante de ces ateliers que vous faites avec les patients ? Est-ce que l'on vous demande ?
> « *Il n'y en a pas forcément, non, il n'y a pas d'intérêt. Moi je le retranscris sur le dossier des résidents, mais après non, il n'y a pas d'intérêt particulier.*[161] »

Bien qu'ils apparaissent comme étant parfois en concurrence, projet culturel et projet de service rencontrent les mêmes difficultés dans leur mise en application.

Néanmoins, ils ne sont pas toujours mis en confrontation. À l'hôpital de Montfavet, nous avons constaté l'inscription d'un atelier théâtre (relevant du programme « Culture à l'hôpital », dans le projet de l'unité. Mis en visibilité, il permet aux patients de se tenir au courant des séances. C'est un système pratique, notamment pour les nouveaux venus lorsque le personnel ne les a pas ou n'a pas eu le temps de les tenir informés.

[161] Entretien n°32 : aide médico psychologique- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Nous venons de voir que le projet de service peut faire l'objet d'une appropriation symbolique par le personnel hospitalier, tandis que le projet culturel se révèle comme un élément de mise en tension de la ritualisation à l'œuvre, dans les services de soins.

4. Perturbation de la ritualisation et appropriation territoriale :

Les rapports qu'entretiennent les personnels hospitaliers avec les patients sont en partie prédéfinis par le rôle associé à leur statut professionnel. Une certaine hétérogénéité est observable. Dans les services hospitaliers classiques, nous pouvons retenir quatre catégories distinctes : les agents hospitaliers, les aides soignants, les infirmiers et les médecins. Nous reprendrons ici ces catégories, en concentrant notre attention sur celles entretenant le plus d'interactions avec les patients, à savoir les aides soignants et les infirmiers. Les catégories plus élevées hiérarchiquement, comme celle des médecins ont des relations d'ordre plus techniques avec les personnes hospitalisées. Les autres au contraire, de par leur responsabilité plus réduite envers les patients, peuvent développer envers eux des relations plus informelles.

Dans le contexte présent (augmentation de la technicité et de la productivité), le soignant est contraint de tenir une double position au sein de l'hôpital. En réponse aux attentes organisationnelles, il se doit d'être productif. On pourrait penser que l'hôpital psychiatrique par son action plus prononcée sur le plan relationnel que strictement technique échappe à ce constat, mais il n'en est rien. L'accomplissement d'actes (tels que reconnus dans le cadre du plan T2A[162]) ne représente pas une charge de travail majeure en psychiatrie, néanmoins l'exigence de la qualité et l'augmentation des tâches administratives, notamment au niveau infirmier laissent peu de place au développement de relations interpersonnelles avec les patients. Le projet culturel peut être un moyen pour développer ces interactions ; mais cela signifie par la même qu'il peut participer d'un bousculement de la ritualisation établie.

[162] « La tarification à l'activité ou T2A est un nouveau mode de financement des hôpitaux en France. Avant, ils bénéficiaient d'un budget global sans rapport avec le nombre d'actes effectués dans leurs murs. Depuis la mise en place de la T2A en 2005, chaque séjour d'un patient est rentré dans une base de donnée informatique et chiffrée précisément en fonction des actes pratiqués pendant le séjour et des diagnostics de maladie. » Définition issue de Doctissimo : dictionnaire médical en ligne : www://dictionnaire.doctissimo.fr/definition-t2a.htm (consulté le 07/112/09).

4.1 Le projet culturel comme perturbateur de la ritualisation instituée :

Nous allons voir comment le projet culturel bouscule le caractère ritualisé de l'institution hospitalière. Pour cela, nous pouvons de nouveau prendre appui sur les travaux de Marie Christine Pouchelle. L'auteure a mené des observations dans des hôpitaux publics spécialisés en actes chirurgicaux. Bien que ce terrain soit différent de l'hôpital psychiatrique, certains des faits relevés par cette anthropologue y apparaissent comme transposables. Son étude, menée essentiellement dans des services de réanimation, rassemble des lieux qui, à l'instar de l'hôpital psychiatrique, sont souvent vécus par les patients comme des lieux concentrationnaires. L'auteure analyse les pratiques professionnelles qui s'y tiennent comme des formes de rites initiatiques tels qu'on peut les trouver dans les sociétés traditionnelles. Cette ritualisation est aussi présente dans les hôpitaux psychiatriques, non pas tant dans les actes que dans le comportement des individus. Pour définir ce que nous entendons par rite, nous reprendrons la définition qu'en donne Marie-Christine Pouchelle. Nous la compléterons par celle que propose Pascal Lardellier :

> « Par ritualisation, j'entends le développement de comportements stéréotypés et répétitifs destinés à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse informe des profanes » (Pouchelle, 2003 : 7).

> « Fondamentalement, il permet aux individus d'appartenir : à des communautés, à des institutions, à des sociétés fonctionnant sur des logiques de classes, de corps, d'affinités électives » (Lardellier, 2003 :13).

Marie-Christine Pouchelle, dans sa conceptualisation de la ritualisation, s'appuie sur les travaux de Roberto Lionetti (1988) qui définissent l'hospitalisation dans sa globalité comme un ensemble cérémoniel. Nous allons voir que le projet culturel peut être considéré comme une réelle perturbation dans les processus établis et ritualisés qui norment le fonctionnement hospitalier.

Pascal Lardellier quant à lui démontre comment les processus de ritualisation permettent de contrôler les « turbulences interstitielles ». Il envisage le rituel comme un contenant pour les communautés. Par les normes qu'il impose, il permet de canaliser toute forme potentielle de désordres et assure un certain équilibre.

Par ailleurs, la ritualisation à l'œuvre dans les services de soins participe du conditionnement des rites d'interaction, dans leur sens goffmanien. Les attitudes et comportements des acteurs (personnel et soignants) répondent aux codes institués par le contexte de l'unité et de l'hospitalisation.

La présence de rites participe de la difficile perméabilité des institutions hospitalières face au changement, et donc au projet culturel. Ce dernier perturbe la ritualisation des services hospitaliers et provoque un glissement des territoires.

4.2 Un déplacement de territoires (physique et symbolique) :

4.2.1 Le projet culturel, un territoire à investir communément :

L'hôpital est constitué de plusieurs communautés qui entrent parfois en conflit. Si nous reprenons la classification donnée par Marie-Christine Pouchelle, il en existe différentes. En premier lieu, nous pouvons retenir les communautés territoriales qui distinguent les services, puis les communautés professionnelles (médecins, infirmiers, as, personnel administratif…) ainsi que les communautés affectives au sein même des services (Pouchelle, 2003).

Les territoires respectifs des acteurs sont bien délimités dans le contexte du service. Par contre dans celui du projet culturel, ils sont bousculés, se croisent et parfois se confondent. Ici, nous entendons le territoire d'après la définition qui en est donnée par Marie-Christine Pouchelle :

> « La notion de territoire recouvre des aspects complexes (cf Goffman 1973), mais, au sens éthologique, c'est un espace géographique propre à une personne ou un groupe, caractérisé par des limites, plus ou moins fixes, et par la qualité d'intrus appliquée à celui qui les franchit » (Pouchelle, 2003 : 179).

Le territoire des soignants est délimité par plusieurs espaces : salle de soins, salle de pause et salle de réunion. Si l'on devait rapprocher l'atelier culturel d'un des espaces du service de

soins, ce serait celui du couloir. Madeleine Kattan-Farrhat[163] le considère comme l'espace public par excellence de l'unité de soins :

> « C'est là que se tissent les réseaux entre les personnes qui forment le soubassement de la vie quotidienne dans l'unité. Il semble aussi que ce soit un lieu de détente, aussi bien pour les malades que pour les soignants. C'est là que s'expriment des sentiments qu'il ne serait pas possible d'exprimer ailleurs. Le couloir est un espace peu investi professionnellement, mais il assure une fonction homéostatique fondamentale dans la vie de l'unité » (Kattan-Farrhat in Cosnier, Grosjean, Lacoste, 1993 :193).

Cette notion de territoire est à mettre en lien direct avec celle d'identité :

> « L'univers hospitalier nous apparaît comme fortement marqué par la question des identités. Elles sont au coin de toutes les lèvres et sont sans cesse mobilisées. Par exemple, chaque établissement revendique une image, un style, particuliers évoquant la "culture des lieux". Chaque catégorie de professionnels affiche son attachement à son statut, entendant distinguer résolument celui-ci de ceux des catégories voisines. Chaque position statutaire se voit déclinée en une multitude de spécialités qui constituent autant de nouvelles frontières identitaires spécifiques. Chacun tient à marquer spatialement (son service) ou bien encore temporellement son territoire (son équipe d'affectation) (…) Ce souci de l'appartenance, dont on pourrait dire qu'il est légitime parce qu'il correspond à une quête d'identité, finit principalement par engendrer des frontières, des clivages et, bien évidemment, là où existent des frontières, se trouvent forcément des "gardes frontière", tous plus jaloux les uns que les autres du territoire dont ils ont la charge. » (Herrreros, 2007).

Dans le projet culturel, il n'y a plus cette répartition normée du territoire, on assiste plutôt à un partage du territoire. Entendu dans son caractère géographique, le projet culturel est un territoire nouveau à investir au sein de l'hôpital.

Les lieux attribués pour la tenue des ateliers diffèrent d'un établissement à l'autre. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un espace au sein de l'institution, dans un service. Face au manque de locaux, il arrive même que ce soit les salles réservées aux ateliers thérapeutiques qui soient mobilisées. Cela n'est pas sans poser certains problèmes.

Les personnes chargées du projet culturel acceptent souvent, à regret, ces conditions. Organiser les séances dans le lieu qui sert aux ateliers thérapeutiques, ne permet pas toujours aux patients d'établir une distinction entre ces deux activités. Lorsque l'atelier a lieu à l'intérieur même du service, la difficulté est d'autant plus renforcée. Le service est associé

[163] Madeleine Kattan-Farrhat. 1993. « Territoires et scénarios de rencontres dans une unité de soins » in *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins.* Cosnier (J), Grosjean (M) et Lacoste (M) sous (sous la direction de.) Lyon : ARCI, Presses universitaires de Lyon- Collection Ethnologie et Psychologie des communications, pp.179-197.

aux soins et au traitement, il n'est pas aisé pour la personne hospitalisée de parvenir à s'en détacher.

Le personnel insiste sur la nécessité du déroulement des ateliers à l'extérieur du service. On perçoit une volonté de s'éloigner des services de soins pour se détacher du côté thérapeutique et inscrire pleinement le projet culturel dans une fonction artistique. Bien que la tendance soit à la généralisation de ce cas de figure, cette nécessité de « détachement » du service, invoqué par le personnel, n'est pas toujours comprise par les services économiques. Les deux groupes fonctionnent dans des logiques différentes d'où bien souvent un certain manque de compréhension.

Un lieu fixe est défini pour l'atelier, mais cela n'empêche pas le déroulement de séances ou d'actions culturelles dans d'autres espaces. À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, l'artiste a réalisé certaines de ses interventions, à l'auditorium, dans la cafétéria, dans les cours de services fermés. Ce procédé permet d'investir plus globalement l'institution en l'appréhendant différemment. L'hôpital dans sa globalité devient la scène du projet culturel. L'occupation de divers lieux dans l'établissement permet de dynamiser les ateliers et de multiplier l'impact possible auprès de tous les salariés.

L'idéal reste l'atelier qui se déroule à l'extérieur de l'hôpital et si possible à l'intérieur de la ville. C'est le choix qu'ont fait les soignants référents du projet théâtre à l'hôpital de Montfavet :

> « *Nous en plus maintenant on a la chance que l'atelier qui est proposé dans l'unité puisse se passer à l'extérieur de l'hôpital, ce qui n'était pas le cas il y a trois mois en arrière. Le fait que ça se passe à l'extérieur, du retour des patients c'est un plus aussi et puis pour nous c'est vachement moins morbide (...) Du moment où l'on arrive à sortir de l'hôpital, on arrive à mobiliser des choses que l'on ne mobilise pas sur place. Il y a ce côté magique de l'extérieur qui rien que d'aller à l'extérieur, de dire que l'on y va, de commencer à y aller, déjà ça change quelque chose*.[164] »

À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, le récent partenariat passé avec le musée Toulouse Lautrec a permis d'y organiser certaines séances. Le projet culturel ne se limite pas au cadre de l'hôpital psychiatrique. Opérateur de déplacements à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, il peut aussi être déplacé.

[164] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

La séparation physique entre les deux territoires (l'hôpital et le projet) participe de l'abolition de la distance hiérarchique qui existe dans les services entre soignants et soignés. On peut dès lors parler du projet culturel comme d'un territoire neutre, à investir communément par les différentes parties en présence (patients, soignants, artistes).

4.2.2 Le projet culturel comme territoire symbolique pour le soignant :

Le projet culturel notamment par le biais du dispositif de l'atelier représente un nouvel espace de reconnaissance identitaire pour le personnel.

La théorie du processus identitaire relationnel a été développée dans les travaux de Renaud Sainsaulieu. Ce dernier définit l'identité comme « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes, construisant des acteurs du système social d'entreprise » (Sainsaulieu cité par Dubar, 1998 :119).
Le travail est donc le lieu où se développent des expériences relationnelles qui peuvent être conduites par un désir de reconnaissance. Cette théorie développée par Renaud Sainsaulieu nous permet de mieux saisir l'enjeu que peut avoir pour le personnel la participation à un projet culturel. Sortis du contexte traditionnel des rapports de pouvoir avec leur chef de service, leurs collègues, l'implication dans le projet culturel peut être vécue comme une réussite, une reconnaissance professionnelle. Cette dernière est alors faite à titre personnel et non plus au nom de l'équipe comme c'est souvent le cas.

Cette réalité bien que rarement explicitée, tend à expliquer le phénomène selon lequel le personnel impliqué dans ces ateliers a du mal à déléguer, et lorsque c'est le cas, se sent parfois dépossédé. Ce constat pose d'ailleurs un dilemme, une antinomie observable dans le processus discursif du personnel. Nombreux sont ceux qui déplorent l'absence d'implication du reste de l'équipe dans le projet ou un certain manque de soutien, cependant peu d'entre eux apparaissent prêts à laisser leur place à un collègue. La présence de nouvelles personnes est parfois même considérée comme « dérangeante ».
Le détachement peut être difficile pour le personnel participant, car le projet symbolise un espace autre, différent du service, un espace dans lequel les rapports sont « redistribués ». Une reconnaissance personnelle et (ou) professionnelle y est rendue possible.

En effet, l'implication dans le projet culturel se révèle comme l'affirmation d'un territoire pour certains soignants. Il est l'occasion de se démarquer par rapport au reste de l'équipe et de s'impliquer différemment auprès des patients. Il existe une certaine « possession » vis-à-vis du projet culturel. Une certaine forme de « dépendance » au projet culturel se crée. Ils ont conscience que ce comportement n'est pas adéquat et qu'il est préférable d'avoir d'autres salariés qui se sentent impliqués dans le projet. Toutefois, un lien affectif s'établit souvent et le projet culturel est évoqué par les soignants qui en sont porteurs, comme leur « bébé ».

> « *C'est difficile de laisser la place aux autres. On a tellement été porteur de ce projet que c'est un peu notre bébé, même si l'on sait que ce n'est pas bien. Moi par exemple je n'y vais pas cet après-midi, ça m'emmerde mais on a des nouveaux collègues dans le service et c'est vachement important aussi qu'ils puissent y aller (...) C'est une bouée de sauvetage, ça donne un sens à mon travail. Le travail en psychiatrie c'est aussi là où l'on crée des liens avec l'extérieur, dans le plaisir si possible. Il est important d'introduire la culture pour les aider à aller mieux. Je me dis que le jour où ce ne sera plus possible moi j'arrête mon boulot. Je sais qu'il n'y aurait plus d'intérêt à faire ce boulot enfermé entre quatre murs, il n'y aurait plus de sens.*[165] »

L'affect développé par les soignants autour du projet est conséquent. Il devient le territoire d'affirmation d'une identité. Le soignant de par sa participation au projet culturel, s'affirme en tant qu'individu au sein du groupe constitué par l'équipe soignante.

Comme nous venons de le voir, le projet culturel peut faire l'objet d'une appropriation personnelle ; la forme la plus extrême réside dans le refus de communiquer (pour partie) au reste de l'équipe soignante, sur le déroulement des ateliers. Sous couvert de ne pas vouloir « trahir » la confiance acquise auprès des patients dans ces moments, des soignants occultent volontairement certaines informations relatives au comportement des patients, lors de leur restitution auprès des collègues de l'unité. Il arrive aussi que l'information sur les séances ne soit pas laissée à l'équipe en l'absence de la personne référent :

> « *Ce sont des échanges que je ne fais jamais en présence de soignants qui ne participent pas au projet. Je considère que je n'ai pas à livrer comme ça certaines choses qui sont de la vie des patients et de leur intimité aussi. Bien sûr qu'en réunion il m'arrive d'en parler quand même […]*
> *Après cette séance Sandrine m'est tombée dans les bras, a énormément pleurée et c'est quelque chose que l'on a partagé et que je n'ai pas ramené en réunion. Alors en*

[165] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.

réunion j'ai ramené le fait qu'elle avait pu dépasser toutes ces choses-là, mais pas ce moment de pleurs et de joie.[166] »

Ce cas de figure reste assez minoritaire, le plus souvent, le personnel impliqué a conscience de l'apport que peut avoir la restitution des séances en atelier dans la compréhension et la prise en charge future du patient :

« *Je pense que si l'on gardait les choses pour nous et que l'on ne communiquait pas aux autres, ce ne serait pas bienveillant. Parce que finalement nous, on a l'info, on l'a vécue avec lui, on l'a vu se détacher de certaines choses et eux, ils sont comme nous pris dans les difficultés du quotidien.*[167] »

Au regard du reste de l'équipe, le projet culturel apparaît comme un territoire marqué, relatif à un ou deux individus. Ce constat participe de la limitation de l'implication du personnel, certains ne souhaitent pas être intrusifs au regard du travail mené par leurs collègues :

« *Il y a aussi le pour et le contre. C'est-à-dire que c'est aussi fermé, moi je parle juste de l'atelier. C'est un soignant qui y va, c'est toujours le même et ça ne permet pas aux autres de pouvoir intervenir. C'est mon petit quoi, tu vois ? C'est une ouverture plus large, mais c'est aussi une fermeture par rapport à ça. […]*
. Avez-vous des échanges avec les patients liés à ces actions culturelles ?
- *Relativement peu, c'est succinct. Je ne suis pas partie de ce projet donc personnellement ce serait comme de l'intrusion par rapport à la collègue qui mène cet atelier. J'ai l'impression que c'est son bébé et donc tu ne vas pas piquer le bébé de celle qui vient d'enfanter. Effectivement moi je me mets un frein. Mais aussi ne connaissant pas les tenants et les aboutissants, je ne veux pas mettre les pieds dans le plat envers les patients, les induire en erreur.*[168] »

Conclusion :

Nous retiendrons que l'usage du projet culturel comme outil de communication institutionnelle peut représenter une limite pour certains salariés qui y dénonce un côté « vitrine ». Pour d'autres c'est le refus d'accorder davantage de temps à l'institution qui légitime leur non-implication. Par ailleurs, pour bon nombre d'entre eux il reste difficile

[166] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[167] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.
[168] Entretien n°17 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

d'établir un lien direct entre le projet culturel et leur travail soignant. Le projet culturel reste perçu comme quelque chose d'extérieur, d'étranger aux préoccupations quotidiennes, on ne se sent pas vraiment concerné. Toutefois lorsque c'est le cas, il entraîne des difficultés dans l'organisation des services et l'absence de résultats concrètement objectivables pose aussi problème. Il arrive qu'il soit mis en tension avec les projets de service, et cela, bien que l'on puisse constater des difficultés similaires dans leur mise en application. Enfin, le projet culturel perturbe les traditionnels rapports de pouvoirs établis, il est réapproprié par certains comme nouveau territoire symbolique. Ce qui suscite l'élaboration de nouvelles frontières, expliquant par ailleurs la réticence de certains soignants à s'impliquer davantage dans un projet culturel.

Néanmoins, le projet culturel est opérateur de déplacements pour l'ensemble de la communauté hospitalière.

Chapitre III

Les déplacements opérés dans l'hôpital par le projet culturel et le dispositif de l'atelier

Malgré les limites qui viennent d'être évoquées, le projet culturel et le dispositif de l'atelier n'en restent pas moins opérateurs de déplacements dans l'établissement hospitalier.
Mais à quel niveau ces déplacements se manifestent-ils, qu'elles en sont les « traces » ? Concernent-ils l'organisation dans sa globalité ou des catégories d'individus ?
Pour répondre à ce questionnement, ce chapitre s'organise autour de trois axes. Le premier a trait aux modifications relevées au sein de l'institution hospitalière d'un point de vue organisationnel. Il rend compte au sein des services, de réadaptations internes, liées à la participation au projet culturel.
Un deuxième axe aborde les modifications repérées au niveau des différents participants (usagers puis soignants). Pour les patients, on constate des bénéfices tant sur le plan social qu'identitaire, quant aux soignants on assiste à un véritable changement de « faces ».
Enfin, un troisième axe rend compte des marques laissées par le projet culturel, au-delà de son déroulement. Il s'agit de voir si les déplacements observés perdurent ou si d'autres traces du projet culturel sont perceptibles dans l'établissement hospitalier, et auprès des individus qui le pratiquent. Si tel est le cas, nous pourrons ainsi rendre compte d'une continuité de la médiation culturelle opérant au travers du dispositif de l'atelier culturel.

1. Les modifications au sein de l'institution hospitalière :

1.1 Des réorganisations internes dans les services de soins :

1.1.1 L'organisation logistique pour les ateliers :

Le projet culturel entraîne une série plus ou moins importante de « perturbations-réorganisations » au sein des services. Pour le personnel référent, cela représente une charge de travail supplémentaire, notamment lorsque l'atelier se déroule à l'extérieur de l'établissement. Il faut assurer toute la partie logistique. Cela va de l'établissement d'ordres de mission, à la demande de prêt de minibus auprès des services économiques pour assurer le déplacement.
Pour les services fermés, les contraintes sont encore plus « pesantes ». Des certificats doivent être établis pour obtenir l'autorisation de sortie des patients hospitalisés sous contrainte. Les délais sont assez longs, plusieurs semaines en moyenne, ce qui nécessite que l'organisation soit pensée bien en amont.

Pour les salariés accompagnant, les réorganisations ne sont pas que d'ordre professionnel, elles peuvent aussi être d'ordre privé. Certains n'hésitent pas à revenir sur leurs congés ou sur leur RTT[169] pour pouvoir assister aux ateliers :

> « *Je pense mon boulot comme un véritable engagement militant. C'est vrai que quand tu es engagé dans ce genre d'ateliers et bien tu as envie d'y être, c'est pour ça que des fois j'y vais sur mes congés, parce que j'ai envie d'être là, de pouvoir observer.*[170] »

Au- delà, c'est l'ensemble du service qui doit s'adapter au projet culturel.

1.1.2 Assurer la préparation des patients pour l'atelier :

La participation d'un service au projet culturel nécessite l'implication de l'équipe, y compris des non-participants, en amont des ateliers. Elle occupe un rôle de motivation puis d'encadrement des patients.

---

[169] Suite au passage de 39h à 35 heures de travail, les hôpitaux pour maintenir un horaire supérieur accorde des jours de RTT (Réduction du temps de travail) à leurs salariés pour compenser.
[170] Entretien n°23 : infirmière- hôpital de Montfavet.

L'information sur les ateliers culturels est relayée auprès des patients par le personnel hospitalier. Tenir les patients au courant des diverses activités à leur disposition fait partie des actions menées par le personnel ; elles restent néanmoins peu appliquées. Nous avons pu remarquer qu'un nombre conséquent de salariés ne prend pas la peine de porter attention à ce type d'informations. Ce n'est pourtant pas faute de communication de la part de l'institution.

Au-delà de la simple transmission d'informations, le personnel agit en tant que prescripteur, en sollicitant ou (et) en encourageant ou pas les patients à prendre part aux séances en ateliers. Le plus grand travail accompli en amont par les équipes soignantes est la motivation faite auprès des patients. Bien que les patients prennent plaisir à participer aux ateliers, de réelles difficultés se posent pour les amener sur le lieu, lorsque celui-ci se situe à l'extérieur. Les patients ont du mal à quitter leur service qui représente pour eux un territoire sécurisé. Ils peuvent aussi oublier le jour où se tient l'atelier ou bien ne pas avoir la motivation nécessaire au moment voulu. L'équipe soignante prépare psychologiquement les patients en leur rappelant la tenue de l'atelier, la veille ou le jour même :

> « *C'est-à-dire que les patients viennent, ils n'ont pas tous de prescription, il n'y en a que deux qui ont une prescription. La difficulté pour ceux-là c'est justement de les amener à l'atelier puisque ce sont des gens qui souffrent de ne pas avoir de désir, de motivation, qui sont dépressifs. Donc nous le matin on commence à les préparer en leur disant que l'après-midi il y a théâtre et puis on les amène à l'atelier. Des fois c'est très dur, le fait de leur faire quitter l'unité, c'est ce moment-là, ce passage-là qui est difficile. Et ensuite une fois qu'ils sont sur le lieu, qu'ils sont en contact avec les comédiens tout se passe bien.*[171] »

Les difficultés les plus grandes se rencontrent lorsque l'atelier a lieu l'après-midi, suite au déjeuner. Il s'agit alors de les stimuler voire même de les « pister » pour éviter qu'ils ne partent en sieste et refusent de se lever à l'heure dite. La stimulation quotidienne des patients par l'équipe est un élément essentiel à leur participation. Si elle n'est pas assurée, la participation des patients au projet culturel est compromise.

Par exemple, à la Fondation Bon Sauveur d'Alby, nous avons relevé une situation où la sollicitation des patients était extérieure au service (c'est-à-dire qu'elle n'était pas assurée par l'équipe soignante). Ce cas est particulier et mérite que nous nous y arrêtions un instant. Il s'explique par la conjonction de plusieurs paramètres. Deux patients participant à l'atelier culturel ont été déplacés dans un autre service. Suite à ce transfert, ils ne se sont plus présentés aux séances de l'atelier. La personne en charge de l'accueil des patients ce jour-là, a

[171] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.

donc contacté les services en question pour les en informer. Étant donné qu'aucun autre patient de ces dits services ne participait au projet, Corinne (infirmière) a dû, pendant plusieurs mois, téléphoner dans ces unités pour rappeler la participation de ces patients au projet. La mobilité des équipes a fait qu'elle n'a jamais obtenu la même personne. Nombreux sont ses interlocuteurs qui se sont montrés étonné, n'ayant pas été informés. Selon les services, les ateliers culturels ne font pas l'objet d'une communication, ne serait-ce qu'autour de la participation de leurs patients.

> « *C'est quand même assez difficile. Les gens ne s'y intéressent pas parce qu'ils n'ont pas le temps ou parce qu'ils n'ont pas envie. Quand on téléphone dans certains services ils tombent vraiment des nues, ils se demandent qu'est ce que c'est et pourquoi, en quoi ça consiste, qu'est ce que ça représente et qu'est ce qu'on y fait. C'est un peu dommageable puisque la communication est faite, mais elle ne passe pas toujours apparemment.*[172] »

Une fois que l'atelier a lieu, les réorganisations se poursuivent au sein du service pour l'équipe qui reste en place et n'accompagne pas les patients.

1.1.3 Pallier la diminution d'effectif le temps de l'atelier :

L'absence de salariés lors des ateliers augmente la charge de travail pour l'équipe en place puisqu'une ou plusieurs personnes sont démobilisées. Les plannings se voient aussi modifiés ou les heures de travail décalées afin de permettre aux personnes référents d'assurer le suivi des séances. Dans certains services, lors des jours consacrés au projet culturel, les autres activités proposées dans l'unité sont mises de côté :

> « *Parfois on est en difficulté en nombre, on est parfois obligé de bidouiller, de grignoter sur un repos ou de décaler des horaires pour pouvoir assurer ça. Pour que ça tienne la route et que ce soit pérennisé, ça nécessite de toute façon qu'il y ait un engagement des soignants.*[173] »

1.1.4 Quand le projet culturel investit le service :

Une fois les séances d'atelier terminées, l'incidence sur le service peut se poursuivre par le biais d'une réexploitation par les soignants des situations vécues. On peut parler d'un

[172] Entretien n°16 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[173] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

détournement a posteriori du dispositif de l'atelier culturel, ce qui n'est pas sans nous faire penser aux réflexions menées par André Berten :

> « Le dispositif échappant maintes fois à celui qui l'a fait naître, est alors détourné, utilisé pour des usages imprévus, remanié pour servir à résoudre tel ou tel problème » (Berten, 1999 : 35).

En effet, il arrive que le personnel (participant) reprenne en actes, dans le service, une partie des situations vécues en atelier. C'est précisément le cas pour les ateliers de pratique théâtrale. Les soignants utilisent le jeu de rôles, notamment au cours des entretiens infirmiers, ils intervertissent les places pour parvenir à débloquer des situations communicationnelles difficiles.

Les expériences menées dans le cadre du projet culturel sont vecteurs de dynamisme dans le service. Des situations vécues sont parfois reprises et détournées. Prenons l'exemple d'un atelier théâtre qui s'est tenu à l'hôpital de Montfavet. Une séance a été organisée autour d'un travail sur les percussions corporelles. Durant les jours qui ont suivi l'atelier, ces percussions ont été reprises pour assurer le réveil des patients dans le service. Ceux qui n'ont pas participé à l'atelier en ont aussi profité puisque le mouvement s'est étendu à l'ensemble de l'unité. Le projet culturel permet ainsi de revisiter le quotidien hospitalier. Il favorise également la rupture avec une certaine forme de routine :

> « *Nous des fois c'est un complément en fait, ça casse un peu le rythme habituel, ça apporte de la nouveauté, donc à ce moment-là on utilise ça.*[174] »

Nous venons de voir que le projet culturel bouscule l'organisation du service de soins. En dehors, il a aussi un impact sur les interactions entre les salariés.

1.2 Les rencontres avec d'autres salariés :

L'accompagnement des patients aux ateliers, par le personnel référent, est l'occasion d'une rencontre avec d'autres salariés. Des échanges informels ont lieu, essentiellement au cours des séances. À l'extérieur, ces échanges sont maintenus lors de rencontres dans l'établissement. Le projet culturel contribue à créer des relations entre salariés d'unités différentes. Quand elles sont développées, c'est un moyen pour les soignants de travailler en

[174] Entretien n°33 : éducateur spécialisé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

lien avec des collègues d'autres services. En effet, bien que nous ayons dépassé le fonctionnement autarcique du temps de l'institution asilaire, les services de l'hôpital psychiatrique fonctionnent encore de façon relativement fermée, tournés sur eux même. Le personnel connu et côtoyé se restreint essentiellement à l'unité d'exercice.

L'établissement de ces interactions participe de la mise en place de projets communs, nous les développerons par la suite. Les salariés peuvent aussi se rencontrer en dehors de leur temps de travail pour travailler ensemble autour du projet culturel :

> . Avez-vous observé une modification des relations entre soignants (salariés) et soignés ou entre salariés entre eux ?
> « *Entre les soignants oui parce que du coup on parle d'autre chose. C'est-à-dire que là on est sur une transversalité qui va à convaincre par exemple des psychiatres de nous soutenir, à aller aux réunions du Comité hospitalier pour obtenir une enveloppe exceptionnelle parce qu'on a besoin de faire un stage et que l'on n'a pas assez de sous, de se faire voir comme le vilain petit canard ou comme la personne qui se bouge. Et donc pour les soignants c'est dynamique et c'est épuisant en même temps. Mais c'est dynamique parce que du coup au niveau de l'identité ils s'affirment, ils confirment une identité et cette identité est amenée en particulier par l'atelier théâtre. Donc entre les soignants il y a cet opportunisme de rencontres à l'extérieur de l'établissement et à l'extérieur du temps de travail pour monter des dossiers, pour réfléchir à une situation, pour dire comment convaincre celui-là qui en a besoin de venir au théâtre, et tout ça ce sont des discussions qu'ils ont entre eux et justement ça fait évoluer les rapports entre les uns et les autres*.[175] »

Les possibilités de rencontre entre salariés, instiguées par le projet culturel, restent quand même modérées eu égard au faible taux de participation et à la présence prédominante d'une seule catégorie professionnelle. Les relations nouées entre professionnels ne concernent pour l'essentiel que la catégorie des infirmiers (ceux qui ont la responsabilité quotidienne des patients). Les cadres ne sont pas présents.

Nous retiendrons également que les rencontres entre salariés sont beaucoup plus importantes lorsque des sorties sont organisées à l'extérieur dans le cadre du projet culturel. Des personnes non impliquées habituellement dans le projet sont présentes. On peut alors y voir, de la part du personnel hospitalier, un intérêt pour toute action qui se déroule à l'extérieur de l'établissement. Le leitmotiv apparaît plus comme étant celui de la sortie que la valeur culturelle de l'action organisée.

[175] Entretien n°19 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

Intéressons-nous maintenant aux modifications qu'engendre le projet culturel et plus spécifiquement le dispositif de l'atelier auprès des différents acteurs.

2. Les modifications chez les différents acteurs :

Pour une approche qui se veut globale, traitant des enjeux au niveau de l'institution hospitalière, on pourrait reprocher à la recherche de ne pas aborder le point de vue de la famille des personnes hospitalisées. Dès le départ, cette question s'est posée à nous. Néanmoins, pour des raisons pratiques et afin de rester sur une échelle institutionnelle nous avons fait le choix de ne pas l'aborder[176].

Concernant les patients, dès le début de notre recherche, la possibilité de les interroger s'est heurtée à un véritable obstacle. Pour des raisons pratiques (demandes d'autorisation), déontologiques et de fiabilité (nombre de personnes en établissement psychiatrique sont soumises à des traitements pouvant altérer leurs propos et leurs capacités réflexives), nous avons pris le parti de ne pas les interroger. Cependant, ils restent au cœur de l'action culturelle, de ce fait l'impact du projet culturel et de l'atelier à leur niveau sera traité, au travers de la parole des équipes soignantes et des artistes interrogés. Préalablement, nous avions déjà rencontré des contraintes et des refus en raison de la fragilité présumée de certains patients, il n'apparaissait donc pas judicieux d'un point de vue pragmatique et scientifique d'intégrer les discours des patients dans notre corpus.

2.1 Des apports identitaires et sociaux pour les patients :

2.1.1 Partager une « expérience esthétique » avec un groupe :

Les patients prennent du plaisir à participer à l'atelier culturel. Ce plaisir revêt un sens particulier dans ce contexte, car lors d'une hospitalisation, il fait généralement partie des choses peu fréquentes, voire absentes. L'hospitalisation, notamment en psychiatrie, est plutôt

[176] Certes, quelques familles, notamment par le biais d'associations, sont impliquées dans la vie institutionnelle des établissements de soins. Cependant, leur implication revêt une portée autre et parce qu'elles ne pratiquent l'institution que de manière temporaire (en comparaison du personnel ou des personnes hospitalisées) nous les avons délibérément écartées.

synonyme de souffrance et d'angoisse, les personnes sont dans un état psychologique fragile. La pratique artistique permet au patient de développer un sentiment positif, de bien être, un sentiment de plaisir. Ce qui s'y déroule nous parait correspondre à une « expérience esthétique » telle que l'a défini Jean Caune :

> « Par expérience esthétique, j'envisagerai les occasions qui engagent la personne dans une relation sensible avec les autres et qui, de ce fait, lui permettent de se construire. Le temps de l'expérience esthétique est celui où la personne éprouve un temps de plaisir, d'implication et de reconnaissance identitaire. Et c'est dans une relation qui engage les sens que se construit le rapport avec le groupe et le sentiment d'appartenance à une communauté. C'est alors que se réalise la métamorphose du sensible en symbolique et que le phénomène culturel permet la rencontre entre un évènement singulier qui concerne la personne et une signification qui fait sens pour tous ceux qui en vivent l'expérience » (Caune, 2006 b : 17).

Cette prise de plaisir qui caractérise l'expérience esthétique a également été rapportée dans le champ de la philosophie par les travaux Jean-Marie Schaeffer (2000). Prenant appui sur un texte de Stendhal dans lequel il évoque ses premiers « plaisirs musicaux », le philosophe a dressé une liste des éléments constitutifs de l'expérience esthétique. La notion de plaisir y occupe une place centrale. La conduite esthétique en tant qu'expérience cognitive participe d'une autre relation au monde et c'est dans l'espace de l'atelier qu'elle peut se matérialiser et être vécue par les personnes hospitalisées. L'atelier culturel est le lieu de l'expérience esthétique, ce qui s'y vit et les attitudes adoptées face à l'objet importent davantage que l'objet lui-même.

La prise de plaisir lors de l'atelier culturel engendre un autre sentiment, celui de désir. L'attente entre chaque séance (en moyenne deux semaines) accentue chez les patients leur envie de participer. Nombreux sont ceux qui demandent aux soignants de leur service, à quel moment aura lieu la prochaine séance :

> « *Quand je discute avec les patients que j'accompagne, quand on parle après ils me disent : "C'est quand qu'on y revient ?" On sent qu'il y a du désir chez eux et c'est quand même long d'attendre. Au-delà de la production, il y a une certaine frénésie à se retrouver, une certaine joie à retrouver tout ce groupe, ce plaisir, cet échange, les parties de rire, les émotions partagées.*[177] »

[177] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Il arrive même que les patients se fassent prescripteurs de l'atelier, de manière inconsciente, de par les échanges qu'ils entretiennent sur leur participation avec les autres personnes hospitalisées :

> « *Ils en parlent quand quelqu'un les questionne, quand un autre patient les questionne et leur demande qu'est ce que c'est ? Là certains patients leur disent que c'est génial, qu'ils devraient venir, qu'on rigole bien.*[178] »

Le plaisir apparaît conditionné par d'autres paramètres que celui de la pratique culturelle. En effet, ce plaisir paraît intrinsèquement lié à la notion de groupe.
Dans l'atelier culturel, le groupe est caractérisé par une certaine souplesse et hétérogénéité. Nous n'avons jamais pu observer qu'il soit le même du début à la fin d'un projet. Les entrées ou sorties d'hospitalisation entraînent un flux au sein du groupe, avec lequel il est nécessaire de composer en permanence.

De prime abord, l'on pourrait penser que cette ouverture constante nuit à l'harmonisation du groupe et au projet culturel, mais il n'en est rien. Cette fluidité « imposée » est plutôt un élément constructif pour l'ensemble des participants. Les va-et-vient ne sont pas si importants en terme quantitatif. Il existe dans tous les groupes constitués, un « noyau dur », rassemblant souvent des patients suivis sur la durée, en hôpital de jour. Ce noyau est important, car il assure une certaine stabilité au groupe et permet aux patients de développer leurs repères. Nous avons pu observer quelques intégrations de patients en cours de projet, elles se sont toujours bien déroulées. Le noyau n'est pas exclusif, comme si chacun avait préalablement accepté de partager son groupe avec de nouvelles venues.

Cette souplesse est rendue possible par la finalité de l'atelier. Il n'a pas pour vocation (dans la majorité des cas) d'aboutir à une représentation publique. L'œuvre produite se construit par une collaboration inscrite sur la durée du projet, entre patients, artistes et soignants. L'absence de certaines personnes à quelques séances n'est donc pas préjudiciable à la création initiée dans l'atelier. Même en ne participant qu'une seule fois, un patient peut apporter sa contribution à l'œuvre. Il est cependant évident que les effets sur l'individu ne seront pas les mêmes que ceux évoqués ici, qui eux concernent, rappelons-le, les patients inscrits durablement dans le projet culturel.

La réduction du groupe peut même, dans certains cas, s'avérer bénéfique. Elle permet une intégration plus facile d'individus aux personnalités plus fragiles ou connaissant des

[178] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

difficultés d'intégration dès qu'ils se retrouvent en nombre. En voici un témoignage recueilli auprès d'un artiste intervenant à l'hôpital de Montfavet :

> « *Mais dans ce temps où ils ont eu le choix et où j'ai eu très peu de jeunes, ça a été très bénéfique aussi. En l'occurrence, l'un d'entre eux est un jeune qui a été très mal traité très jeune, enfermé dans un placard, enfin vous imaginez les difficultés qu'il avait pour s'exprimer. Il a bien participé et ces quelques ateliers où l'on était peu et bien ça a permis non seulement d'établir une confiance et puis il a pu à la fois écrire, dessiner tout en traduisant les consignes au mieux. Ça lui a permis justement quand le groupe s'est agrandi, d'être là alors que c'était quasiment impossible auparavant.*[179] »

Le groupe constitué par l'atelier culturel rend possible un partage des émotions. Elles sont vécues simultanément par les différents acteurs du groupe. Ce constat se retrouve dans les ateliers culturels menés en faveur des personnes handicapées sensorielles (Réhault, 2005). L'importance n'est pas tant la nature qu'elles prennent, mais le fait qu'elles puissent exister et être exprimées dans cet espace.

L'atelier culturel est générateur de dynamisme et impulse une coconstruction de l'œuvre. Il permet au patient de prendre conscience de son individualité et de la positionner au sein d'un groupe.

Le groupe et sa dynamique sont totalement pris en compte par les artistes dans l'élaboration de leur travail au cours des ateliers. Les artistes soulignent son importance et la conscience qui en est acquise progressivement par les patients :

> « *Dans l'exercice des prises de vue, ils se réfèrent à eux, c'est comme dans une pièce de théâtre, ou une chorégraphie. Leurs habitudes, leur posture ne sont jamais un hasard, ils se positionnent aussi par rapport au groupe. Quand ils ont posé pour la photographie, c'est là aussi que les choses se révèlent et deviennent conscientes, c'est plus qu'un jeu de rôles ou le témoignage d'une situation x ou y. Il y a un positionnement par rapport à soi, par rapport aux autres, mais aussi par rapport à un lieu.*[180] »

[179] Entretien n°20 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[180] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

2.1.2 L'atelier culturel comme moyen d'expression et en dehors « symbolique » :

→ *La pratique artistique comme nouveau moyen de communication* :

L'atelier culturel est un espace où est rendue possible une autre forme de communication pour les patients. Cette expression apparaît libre, car se déroulant en dehors du cadre du service, elle n'est pas soumise au regard de l'équipe soignante.
Les observations auxquelles se livrent les soignants vis-à-vis des patients au cours des ateliers culturels attestent d'une modification du comportement de ces derniers, dans cet espace. Le personnel décrit une forme d'excitation de leur part, un goût d'oser et de s'exposer. Des patients, qui sont plutôt désorganisés dans le service, vont se montrer adaptés lorsqu'ils sont à l'atelier. Certains dont l'agitation est pourtant récurrente parviennent à se « poser » le temps de l'atelier. L'effet de groupe et de participation à une production collective semble y être pour beaucoup.

La matière (peinture, sculpture) ou la pratique artistique en elle-même (théâtre par exemple) représentent pour les patients, une possibilité d'extérioriser ce qu'ils sont dans l'impossibilité d'exprimer verbalement, en raison de leur pathologie.
Certains patients dont la communication est quasi nulle ne s'expriment que lors de l'atelier :

> « *Parmi les patients, certains évoluent très vite. Celui-ci par exemple le seul endroit où il parle c'est le théâtre comme s'il se donnait le droit d'exister en étant ailleurs. Quand ils sont dehors, c'est une possibilité d'expression.*[181] »

> « *Il y a même une autiste qui visiblement a parlé pour la première fois.*[182] »

La pratique artistique en atelier reste pour eux une possibilité nouvelle et différente pour s'exprimer.

→ *L'atelier versus les maux* :

D'autres patients, ayant par exemple des handicaps physiques assez lourds tels que le bégaiement, parviennent à les surmonter progressivement au cours des ateliers. Ces évolutions témoignent de l' « aisance » acquise par les patients dans cet espace. Elles rendent aussi

[181] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.
[182] Entretien n°2 : artiste intervenant- hôpital du Vinatier.

compte de la confiance qui s'est instaurée vis-à-vis des autres acteurs, permettant ainsi le dépassement de certains blocages personnels :

> « *Après il y a des personnes psychotiques qui ont des progrès plus discrets comme Félix. Ce garçon il est arrivé au début de l'atelier lorsqu'il devait se présenter ça donnait : je je je je ma etc. Et là il fait des pirouettes sur la scène il arrive à faire une phrase entière sans quasiment bégayer c'est génial quoi.*[183] »

Cela n'est pas sans nous rappeler les travaux menés par Edward T. Hall sur la proxémie. L'auteur nous rappelle que le sentiment de l'espace (ici en l'occurrence l'atelier) est lié au sentiment du Moi. Cela explique, que certains éléments de la personnalité puissent se voir inhibés ou stimulés par l'environnement (1966). Autrement dit, l'espace de l'atelier culturel est susceptible d'avoir une incidence directe sur un ou plusieurs traits de la personnalité des participants.

Au-delà du handicap, c'est parfois la douleur physique qui peut être surmontée lors du temps de l'atelier. Nous pouvons retenir l'exemple d'un patient de l'hôpital de Montfavet qui se plaint constamment d'importantes douleurs au niveau du ventre. Lorsqu'il participe à l'atelier, la douleur disparaît. Cet exemple permet de souligner l'importance du contexte dans le ressenti et la manière dont les choses sont vécues par les participants.

L'en-dehors symbolique représenté par l'atelier culturel devient un en dehors vécu physiquement par les patients. Ils ressentent un mieux-être en participant à ces ateliers. Certains, très agités dans les services, font preuve de calme et d'intégration lors des séances avec l'artiste. Ils peuvent rester plusieurs heures assis, en étant concentrés et en dessinant (pour les ateliers d'arts plastiques par exemple), chose qui se révèle souvent impossible au sein des unités de soins :

> « *Celui qui est le plus difficile, Daniel qui d'habitude n'arrive pas à rester en place, il reste quand même deux heures avec nous.*[184] »

L'atelier culturel nous venons de le voir, constitue un nouvel espace potentiel d'expression pour le patient. Cette prise de distance par rapport à sa personne, pourra lui servir par la suite, dans sa vie à l'extérieur de l'hôpital. Les modalités de communication acquises ne sont pas limitées au temps de l'atelier, mais peuvent constituer des éléments de

[183] Entretien n°23 : infirmière- hôpital de Montfavet.
[184] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

base, dans le développement de la vie sociale des patients. Il y a donc une continuité dans la médiation culturelle qui opère au sein des ateliers culturels.

Certains patients qui ne sont plus hospitalisés reviennent à l'atelier. Les points de vue sur la continuité de la participation des patients ayant terminé leur hospitalisation restent plutôt mitigés. Le personnel soignant participant y voit quelque chose de « positif », permettant de garder un lien avec le patient. Les autres rappellent que l'objectif de la sectorisation est de faire sortir les patients de l'hôpital et non pas de les y faire revenir.
Bien que les patients dans cette situation soient peu nombreux, il ressort que le maintien de leur implication dans le projet résulte d'une réelle volonté de leur part. L'atelier continue de représenter pour eux un espace potentiel d'expression libre.

→ *Une pratique artistique limitée au temps de l'atelier :*

On ne peut pas pour autant dire que l'atelier culturel à l'hôpital participe de l'amorce d'une pratique artistique. Cependant, il apparaît que c'est le cas avec les projets culturels menés dans les quartiers sensibles. La pratique artistique liée au projet culturel est la marque d'un effet durable du projet culturel. Apparemment, le phénomène n'est attribuable qu'aux interventions dans les quartiers, une continuité de la pratique artistique dans le cadre individuel a été observée lors d'une étude menée en 2002 (Revue Recherche Sociale). Les entretiens réalisés auprès des anciens participants et de leur famille ont permis de révéler qu'une majorité de personnes (enfants lors de l'atelier) ont poursuivi une pratique artistique (dessin ou peinture) dans le cadre privé, à leur domicile, et ce, plusieurs années après l'arrêt du projet culturel (Revue Recherche Sociale, 2 002).
Nous retiendrons particulièrement ce point, car d'après les études menées dans d'autres lieux tels que les prisons ou les hôpitaux, il apparaît que les actions culturelles dans les quartiers soient les seules dans lesquelles une continuité de la pratique artistique soit observable. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas souhaité traiter de ce point dans notre recherche, qui en plus des difficultés méthodologiques ne s'annonçait pas comme particulièrement représentatif.

→ *Une rupture du quotidien* :

L'atelier culturel représente une « parenthèse » dans le temps d'hospitalisation du patient. Nous ne faisons pas référence ici à quelque chose qui serait de l'ordre de l'occupationnel. Le temps passé avec l'artiste est un temps à part, comme « suspendu » ; il s'agit d'un « en dehors » dans l'hospitalisation. Le patient est momentanément détaché de ses tensions et des angoisses liées à son traitement. L'atelier culturel influe sur l'état d'esprit du patient. Pendant quelques heures, il a l'opportunité de ne plus agir en tant que malade, mais en tant que citoyen. Il est alors plus réceptif à ce qui l'entoure, aux autres, au groupe et aux soignants présents.

De nouvelles modalités communicationnelles sont alors permises, basées sur un rapport d'égalité ; patients- soignant- artiste, plutôt que sur un rapport duel de patient-soignant.

L'atelier culturel reste néanmoins un en-dehors « symbolique » puisqu'il a lieu, dans la plupart des cas, à l'intérieur de l'institution hospitalière.
Herveline Réhault dans son travail sur la culture et le handicap l'explique du point de vue de la pratique artistique (2005). Pour elle, ce n'est pas tant la présence de l'artiste (en tant que personne extérieure à l'institution) que la pratique artistique elle-même qui favorise l'intégration sociale des patients en leur permettant d'acquérir les codes essentiels de la vie en société. L'auteure parle de la pratique artistique comme espace de socialisation, dans ce cas, la confusion est possible avec les ateliers menés dans le cadre d'activités à visée thérapeutique. Nous nous situons différemment. Dans notre étude, c'est l'atelier culturel qui est espace de socialisation, la pratique artistique n'en est qu'un élément.
L'analyse et la comparaison d'ateliers internes et externes à l'institution, comme c'est le cas à l'hôpital de Montfavet avec l'atelier théâtre (dans les locaux de la Compagnie Mises en Scène), nous ont permis d'avancer sur cette question. L'hypothèse selon laquelle c'est le cadre extérieur (au dehors de l'hôpital) qui permet à l'atelier d'avoir de tels effets auprès de ces participants est invalidée. En effet, nous avons pu faire des observations similaires sur nos deux terrains d'étude, avec des ateliers menés dans l'institution et des ateliers menés hors institution.

Au-delà de l'apport qu'il procure aux patients en terme communicationnels, l'atelier culturel est également espace de (re)construction de l'individu.

2.1.3 La participation à l'atelier comme forme de resocialisation :

→ *Un travail de narcissisation :*

L'implication des patients dans l'atelier culturel participe pour eux d'un « travail » de narcissisation et de resocialisation. Il contribue à une valorisation de soi, souvent indispensable pour préparer la sortie de l'hôpital, lorsque celle-ci est rendue possible. Pour certains patients, la reconnaissance extérieure est très importante, car beaucoup d'entre eux sont très marginalisés y compris au sein de leur quartier.

Ce que nous nommons « travail » ne doit pas être entendu dans son sens premier. Le personnel soignant le qualifie ainsi, mais en réalité, il est plutôt rare que le patient ait conscience de ce qu'il est en train d'accomplir. En effet, pour eux, ces projets sont perçus comme occupationnels. Cet aspect est favorisé par la différence qui existe avec les ateliers menés dans un objectif thérapeutique. Pour les ateliers relevant du programme « Culture à l'hôpital » il n'y a pas de cadre strict, comme en art thérapie. Les patients ont de ce fait une appréhension réduite et redoutent moins d'être jugés ou analysés :

> « *On est ici avec des patients qui ont été rejetés de plein d'endroits, qui ont été mis en échec dans plein de prises en charge différentes qui sont ici parce qu'ils ont été considérés à un moment donné disons comme pseudo indésirable et qui du coup au niveau du narcissisme ils sont souvent un peu bas. Ils n'ont pas toujours une haute estime d'eux-mêmes et le théâtre c'est d'abord un moyen pour les aider à se renarcissiser, à se prouver à eux-mêmes qu'ils sont capables et à nous de les valoriser lorsque l'on sent qu'ils font un effort. Parce que ce n'est pas simple du tout, on sent pour certains que parfois ils sont dans un travail et en fait ils sont censés pour arriver à la sortie d'ici, s'inscrire dans un travail, et en fait dans l'atelier ils s'inscrivent dans un travail, mais en oubliant un peu que c'est un travail.*[185] »

La pratique artistique aide le patient à prendre conscience de sa personne, en tant qu'individu. En psychiatrie, beaucoup de personnes hospitalisées ont une grande appréhension d'elles-mêmes. Les ateliers leurs permettent d'accepter leur propre image. Ils se révèlent parfois comme de véritables « déclencheurs ».

[185] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

En effet, les situations où les blocages d'ordre physique et (ou) psychologique peuvent être dépassés ne sont pas rares. Nous pouvons retenir à titre d'exemple, le cas d'une patiente de la Fondation Bon Sauveur d'Alby qui, depuis de nombreuses années, suite à une importante prise de poids, n'acceptait plus la vue de son corps. Le dernier projet culturel mené s'est en partie construit autour d'un travail photographique. Pour l'occasion, les patients ont servi de modèles, en adoptant la posture de personnages issus d'une œuvre travaillée en atelier. Sur la sollicitation de l'artiste, Sandrine (patiente) a accepté d'apparaître sur les prises de vue. Anciennement passionnée par la photographie, sa prise de poids l'en avait totalement éloignée. Sa participation lui a permis de surmonter son blocage, en se réappropriant sa propre image. Le bénéfice s'est poursuivi au-delà puisque la patiente a elle-même formulé le souhait de reparticiper à des prises de vue. Cette expérience aura de même été l'occasion de la faire renouer avec une pratique artistique.

La valorisation narcissique passe également par la reconnaissance que peuvent éprouver les patients, suite à leur investissement dans l'atelier. Elle est différente de celle qui est perçue dans le service et qui émane quasi exclusivement du personnel soignant. Dans l'atelier culturel, cette valorisation prend une dimension plus importante. Elle se voit renforcée par celle portée par les autres patients et (ou) par l'artiste :

> . Que pensez-vous de la venue d'artistes professionnels dans les hôpitaux ?
> « *Ce que j'en pense ? Et bien je vais dire une phrase de Benoît, qu'il m'a dit lorsque je lui ai demandé pourquoi c'était si important pour lui ces ateliers avec Jürgen : "C'est bien parce qu'avec lui on est comme tout le monde et il nous regarde normalement." Ils sont normaux. Le fait d'avoir un artiste connu et bien c'est un regard qui n'est pas un regard de soignant. Et puis c'est un honneur, comme me disait Benoît, peindre et dessiner avec un artiste. Je crois que pour tous les patients c'est ça, c'est un honneur, car si peu de gens les regardent. Et lui (l'artiste) les regarde et leur dit j'ai besoin de vous*.[186] »

La narcissisation est essentielle dans la prise de confiance en soi que doit acquérir le patient en vue de réussir sa réintégration future dans la société. L'atelier culturel devient un moyen possible pour faire évoluer le regard que le patient porte sur lui. Il lui permet de prendre conscience de son potentiel.

[186] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

→ *L'atelier comme espace d'action pour la (re)construction identitaire* :

Le travail de l'École de Chicago et notamment celui d'Erving Goffman a permis de comprendre combien l'identité était liée aux interactions quotidiennes que nous avons avec autrui. Les cadres sociaux y jouent aussi un rôle important : chaque individu a une « identité sociale » et une « identité personnelle ».

Dans ses travaux menés autour de la notion d'identité, Jean-Claude Kaufmann quant à lui explique comment dans un contexte et à un moment donné elle peut permettre à l'individu de se créer un univers symbolique. Par la valorisation, elle permet de produire une certaine estime de soi, élément indispensable à l'action (2004). Elle participe de la construction identitaire.

> « Sans les affects associés, les images seules ne peuvent rien. C'est pourquoi l'univers des affects, des sensations et des émotions est central dans le processus identitaire. De même qu'il ne faut pas séparer identité et action, il ne faut pas séparer identité et affects (ni affects et action). Identité, affects et action s'inscrivent dans un mouvement à trois pôles intimement combinés » (Kaufmann, 2004 :179).

Les émotions ressenties par le patient lors de l'atelier culturel contribuent à la formalisation de son identité. Sa participation au projet culturel peut aussi être appréhendée comme acte de socialisation. Depuis les travaux de Georges Herbert Mead : *Self, Mind and Society* (1934) ; le rôle de la société dans la construction de l'identité sociale a été démontré. Elle se développe entre autres par l'interaction et la communication avec les autres. Cette théorie correspond à celle de l'agir communicationnel développée par Jürgen Habermas (1987) et rend compte de son rôle fondamental dans la construction de l'identité individuelle. Georges Herbert Mead a défendu la thèse, que nous reprenons ici, selon laquelle la formation de l'identité sociale passe par une complémentarité entre socialisation et individualisation (affirmation du « je » dans le groupe) (Dubar, 2000 : 97). C'est exactement ce qu'il se produit au sein de l'atelier culturel.

En outre, le champ de la philosophie participe de la compréhension du rôle tenu par l'atelier culturel, dans la construction de l'individu en tant que sujet. Les travaux de John

Dewey[187] (2010) mettent en évidence l'apport de l'expérience sensible dans la construction de la personne en tant que sujet. Ainsi, parce qu'il favorise l'expérience esthétique, l'atelier culturel peut être considéré comme un élément constitutif dans la construction du Moi.

Dans une approche plus communicationnelle, rappelons que la médiation culturelle participe de la construction identitaire du sujet, qui dans un rapport social devient acteur de sa propre expérience (Caune, 1999).

Les travaux de Bernard Lamizet ont aussi permis de mettre en évidence la fonction de lien social tenue par la médiation culturelle. Constitutive de notre identité, elle l'est aussi de la construction ou du renforcement de notre sentiment d'appartenance (1999).

La socialisation est aussi permise par le caractère « ouvert » de l'atelier culturel. Rappelons au passage que le quotidien dans un service de psychiatrie (notamment les services fermés) est peu propice aux rencontres interpersonnelles, bien qu'elles soient jugées comme indispensables à la réussite de leur (re)intégration.

L'atelier culturel, en tant qu'espace ouvert aux patients de divers secteurs, est par sa nature même un lieu propice et privilégié de socialisation au sein de l'hôpital psychiatrique. La rencontre d'autres patients, lors des séances ou de sorties culturelles, reproduit les conditions des échanges liés à la vie en société :

> « *Ce qui est important aussi c'est que c'est des patients de plusieurs services qui se côtoient, c'est pareil comme nous avec le personnel, ça permet aussi des échanges entre patients, en faisant des choses ensemble.*[188] »

Les soignants envisagent le maintien de l'activité culturelle au-delà du temps d'hospitalisation. D'après eux, son inscription dans la durée pourrait participer de la réintégration des patients dans leur quartier :

> « *Au niveau de l'expression, c'est quelque chose qui peut servir au quotidien pour les patients tout en étant ludique et sympathique. Ça peut leur servir pour la vie de*

[187] John Dewey fait partie des fondateurs du courant de la pragmatique, aux côtés de Charles S. Pierce et de William James. Dans ce courant, la notion d'expérience est centrale, abordée en tant que processus de transformation. La théorie prônée par les défenseurs de ce courant nous intéresse car elle pose l'expérience comme opératrice d'une double transformation, à la fois de l'objet mais aussi du (des) sujets. C'est spécifiquement ce dont nous pouvons rendre compte dans l'espace de l'atelier culturel.

[188] Entretien n°28 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

tous les jours, être capable de, c'est possible, c'est faisable (...) Ça leur permet de sortir du service et de se resocialiser.[189] »

Pour les patients, c'est l'opportunité de nouer des contacts ou de simples échanges avec d'autres citoyens. Les relations avec le personnel de l'hôpital évoluent également.
Ce bénéfice a par ailleurs été relevé dans d'autres études relatives aux publics empêchés.

2.1.4 Des bénéfices similaires dans les programmes en direction des publics empêchés :

L'une des premières études rendant compte des effets socialisants du projet culturel est celle menée par Jean-Michel Montfort et Hugues De Varine. Dès 1995, leurs travaux dans les quartiers en difficulté ont permis d'esquisser les enjeux essentiels de ce type d'interventions. Les auteurs les ont organisés autour de quatre axes, que nous reprenons ici:
- L'action culturelle est un moyen d'expression et de valorisation pour des publics considérés comme étant en marge. Elle permet de restituer une certaine dignité aux minorités en leur permettant de s'exprimer par le biais artistique et culturel.
- La culture peut être un élément ou un déclencheur favorisant un processus de réinsertion sociale. La participation à une action collective[190] peut permettre de développer la sociabilité de l'individu et participer de (sa) son (ré) intégration dans le tissu social.
- Au-delà de la valorisation des individus qui y participent, le projet culturel contribue à revaloriser l'image d'un territoire, du quartier en le réintégrant dans le tissu urbain.
- Enfin, l'action culturelle permet aux individus l'apprentissage de compétences culturelles (Montfort, De Varine, 1995).
Ces points apparaissent comme récurrents dans la majorité des projets culturels menés en faveur des publics empêchés, qu'il s'agisse des quartiers, des hôpitaux ou des prisons.

Nous pouvons par exemple constater que les trois premiers points révélés par cette étude sont transposables aux enjeux de la culture dans les hôpitaux psychiatriques. Les minorités étant, dans ce cas, les malades mentaux. En effet, la question de la réinsertion sociale se pose aussi pour eux, qui sont fréquemment en rupture avec leur famille et le milieu professionnel.
Concernant l'image du quartier, elle est ici transposable à l'hôpital psychiatrique, connoté négativement. L'image véhiculée par les médias en ce qui concerne les quartiers difficiles ou

[189] Entretien n°10 : aide-soignant- hôpital du Vinatier.
[190] L'action culturelle prend ici souvent la forme de l'atelier culturel.

bien les hôpitaux psychiatriques est majoritairement stigmatisante. Elle participe d'une représentation négative de ces lieux et de leurs populations. Les actions culturelles développées dans les quartiers difficiles ou dans les hôpitaux ont pour objectif commun de donner une nouvelle image de ces territoires, permettant leur prise en compte dans la cité et la reconnaissance de leur population.

Sur l'année 2001, un travail de réflexion a été mené par des professionnels de terrain (travailleurs sociaux dans les quartiers difficiles). Il en ressort qu'une véritable prise en compte du rapport à l'identité est posée par ces actions culturelles. Cette notion recouvre divers questionnements essentiels tels que la place de l'individu dans son quartier, dans son groupe, dans son rapport à la cité. L'action culturelle est envisagée comme élément (re)constitutif d'une identité à la fois individuelle et collective.

Les modifications opérées par ces projets culturels ne sont pas limitées aux habitants et à leur quartier, elles englobent une dimension générale et sociétale. Les effets sont perceptibles tant au niveau des individus, de leurs interactions, de l'emploi, du rapport du quartier avec la ville, que de l'individuel au collectif. À travers une expérience individuelle et collective, c'est aussi pour l'habitant une opportunité de positiver le regard qu'il porte sur lui. On retrouve le constat dressé quelques années auparavant par Bruno Colin, à savoir l'importance de ces projets culturels chez les individus pour leur valorisation. Leur participation leur donne accès à une certaine ouverture, les socialise :

> « Modifiant les relations entre les différents acteurs locaux, en agissant sur les microsystèmes socio-économiques que constituent les quartiers et sur leurs interactions avec la ville, l'action culturelle peut déclencher des transformations dans les intériorités des personnes et les organisations humaines (…) L'action culturelle provoque en quelque sorte une réaction en chaîne, en ricochet, qui s'étend du centre à la périphérie, du plus intime de l'individu à son rapport au monde, de l'individu au groupe, du groupe à la cité… Tous ces effets s'entrecroisent et se superposent » (Colin, 1998 : 167).

Dans les projets menés en direction des publics empêchés, la culture est mise à l'honneur comme « faisant fonction » de lien social. Pour définir l'enjeu porté par la culture dans les projets destinés aux personnes incarcérées, on peut se référer aux travaux de Florine Siganos (2007).

En prenant appui sur les travaux de Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991), l'auteure énumère les trois fonctions reconnues à la culture dans ces projets culturels mettant en avant sa fonction sociale. Ces trois fonctions sont :

« - une vision inspirée de la culture comme liberté individuelle ;
- une vision domestique de la culture comme moyen de réconciliation avec soi ;
- une vision civique de la culture comme moyen d'intégration au collectif. »
(Siganos, 2007 : 10).

Florine Siganos relève l'usage qui est fait dans ces projets culturels de la culture au bénéfice de l'action sociale.

Dans ses entretiens menés auprès d'intervenants dans les prisons et au Centre d'accueil et de soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre, l'auteure rend compte de la transformation sociale que peut opérer la culture auprès de ces populations d'exclus, notamment par la multitude de liens qu'elle est susceptible de créer (Siganos, 2002).

> « Si la culture interroge l'exclusion et l'insertion sociale, c'est parce qu'elle est conçue de plus en plus comme moyen de résoudre les problèmes sociaux, comme outil re-tissant du lien là où n'y en a plus, re-construisant des identités là où elles sont fragmentées, valorisant les personnes là où elles sont stigmatisées » (Siganos, 2002 : 58-60).

Le projet culturel se place parfois en opposition du cadre organisationnel et institutionnel de la prison ou de l'hôpital. Il permet de ce fait de pallier les effets néfastes de l'incarcération ou de l'hospitalisation, compte tenu de la logique culturelle qu'il présuppose. L'expérience carcérale et hospitalière n'est pas à proprement parler un travail de resocialisation.Le projet culturel intervient comme une possibilité pour développer du relationnel, restaurer des sens perdus et susciter l'expression.

Cette dimension sociale et identitaire du projet culturel transparaît de nouveau clairement, et ce, dans l'ensemble des actions culturelles menées en direction des publics empêchés.

Voyons maintenant ce qu'il en est du côté du personnel soignant intervenant dans le projet culturel.

2.2 Une modification des rôles et des « faces » des soignants » :

2.2.1 Les rôles tenus dans l'atelier :

Les recherches déjà menées sur le rôle tenu par le personnel hospitalier dans les projets culturels se sont concentrées essentiellement sur leur statut de spectateur :

> « La culture dans ce contexte agit tel un élément venu de l'extérieur, s'ajoutant à la rigidité de l'institution. Parce qu'elle déforme et redéfinit dans son action les limites du lieu investi et du temps imparti, la culture permet à une forme de désinstitution de voir le jour. La culture intervient en ce sens comme la possibilité d'une reconstruction de l'espace et du temps au sein d'une institution cloisonnée, et permet ainsi de décloisonner les individus présents. Nous comprenons ici le décloisonnement comme la possibilité pour les sujets présents de sortir de leurs rôles respectifs par l'intermédiaire d'un changement des comportements. La surprise créée par l'évènement d'un spectacle de danse par exemple permet aux masques symboliques de tomber. On n'attend plus du soignant qu'il soigne et on ne voie plus le patient comme un malade. Parce qu'il étonne et apporte avec lui autre chose, l'évènement culturel crée un lieu nouveau de rencontre dans un lieu jusqu'alors conditionné par des conduites et des règles. Chaque individu est, dans ce cadre, spectateur avant toute chose » (Grappin, 2008 :78).

Nous partageons la première idée de l'auteure selon laquelle la culture permet de redéfinir à la fois le temps et l'espace dans l'établissement hospitalier. Cependant, notre propos est plus nuancé. Selon nous la culture ne « s'ajoute pas » elle s'insère, se glisse dans des brèches latentes ou déjà présentes, permettant justement de faire face et d'atténuer cette « rigidité » institutionnelle.

L'action culturelle entraîne un changement dans les comportements, dans les interactions, mais ne modifie pas la nature des rôles des différents acteurs en présence. Le rôle établi, conventionnel, devient secondaire néanmoins un soignant reste avant tout soignant, et un patient reste un malade qui doit être pris en charge. Les rôles ne sont plus figés, mais sont démultipliés, le personnel devient aussi spectateur et acteur tout comme le patient.

Cependant, nous ne pensons pas comme le souligne Florence Grappin, que l'individu soit avant tout spectateur. Ce rôle induit un comportement plutôt passif, axé sur la réception d'une œuvre, ce qui est plutôt le cas lors d'activités socioculturelles. Pour les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital », l'individu est avant tout acteur, et c'est cette création commune qui selon nous, permet une multiplicité des rôles à l'œuvre et par là même une modification de la nature des interactions.

→ *Assurer l'encadrement tout en participant* :

Les premières participations des soignants à l'atelier sont vécues de prime abord comme quelque chose d'assez déstabilisant. La principale difficulté est celle du choix de la position à adopter. Un ajustement du rôle s'opère :

> « *Moi au départ je ne savais pas s'il y avait un rôle défini dans ce groupe pour le personnel soignant. Ma position a été de m'asseoir autour de la table comme tout le monde et d'être au même niveau que les autres. Pour moi, c'était normal de faire partie intégrante de ce qui se passait, d'accepter la feuille que l'on m'a proposée et de dessiner. Je ne vois pas la position de se mettre à l'extérieur. On n'a pas à être là pour regarder, on n'a pas à être là en tant qu'observateur, on fait partie intégrante de l'atelier. Si on veut s'immiscer dedans, si on veut comprendre le fonctionnement il faut être dans le fonctionnement. C'était une découverte aussi, de sa propre potentialité.*[191] »

> « *Au début j'avais tendance à me mettre au fond, c'est compliqué d'être là sans trop être là, il faut trouver la bonne distance. Je fais partie du groupe, mais je ne veux pas prendre la place des patients. Si l'on prend trop de place dans l'espace, il y a peut-être des patients qui n'y arriveront pas.*[192] »

Le soignant doit être « là », c'est-à-dire s'intégrer au groupe, sans trop être « là » afin de ne pas déranger, de laisser aux patients la place nécessaire pour s'exprimer. Malgré ces questionnements de départ, tous les soignants rencontrés ont évoqué le désir de se positionner comme les patients, c'est-à-dire en tant que participant. Pour comprendre ce qui se joue dans l'atelier, il leur est nécessaire d'intégrer son fonctionnement. La position qui consiste à rester dans l'observation parait totalement inappropriée. Elle est évoquée comme un frein à l'expression des patients. Au sein des services, ils se montrent souvent mal à l'aise lorsqu'ils se sentent observés.

Dans le quotidien des séances, les soignants sont avant tout participants, mais assurent aussi un certain encadrement. Ils sont là « au cas où », en cas de débordement par exemple. Ces situations restent rares, un seul exemple nous a été rapporté. Lors d'un atelier d'arts plastiques auprès de jeunes adolescents, l'un d'entre eux, pris d'une crise de violence (physique et verbale) a dû être exclu du groupe par les soignants. Il s'agissait d'une personne dans une situation de détresse importante, son comportement était gênant au sein même du

[191] Entretien n°17 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[192] Entretien n°3 : infirmière- hôpital du Vinatier.

service. Pour les patients en service fermés et en HO, les soignants tiennent aussi un rôle dit sécuritaire, leur présence est rendue obligatoire par le préfet qui dans le cas contraire ne pourrait fournir d'autorisation de sortie pour que le patient assiste à l'atelier.
Il est plus fréquent que les soignants interviennent plutôt pour prévenir un débordement.

Plus généralement, les soignants assurent le bon fonctionnement de l'atelier. Si un patient a besoin d'un accompagnement particulier, ils savent se rendre disponibles. Ils aident les patients à positiver ce qu'ils accomplissent au cours de l'atelier, ils les accompagnent dans leur démarche artistique. Ils se positionnent dans un travail d'aide et de restauration de la personne comme ils peuvent le faire au sein de leurs unités :

> . Quelles actions précises menez-vous au sein de l'atelier (de manière pratique au-delà de la position adoptée) ?
> « *Moi mon action est de la restauration et de l'aide. Je vais être dans une aide où lorsqu'ils disent : "Je n'y arrive pas, je vais aller fumer". Je vais être là pour leur dire : "Écoutez attendez, vous pourrez fumer tout à l'heure où rappelez-vous comment c'était à la première séance et ce que vous pouvez faire aujourd'hui." En fait je vais les restaurer positivement. Mon action est de toujours leur faire ressortir ce qu'il y a de bien. Ce qui n'est pas bien je ne vais pas le voir. Il me dit : "Ce n'est pas bien", mais ça, je ne vais pas l'entendre. Je l'entends, intellectuellement je l'entends, mais je ne vais pas le laisser sur "c'est pas bien ce que j'ai fait aujourd'hui". Je vais lui chercher, l'aider à trouver ce qui est bien.*[193] »

Bien que participant, les soignants n'en gardent pas moins un œil discret d'observateur, tout d'abord pour vérifier le bon déroulement de la séance auprès de tous les patients, mais aussi dans certains cas pour repérer les bénéfices thérapeutiques :

> « *Alors nous, on participe, tout le monde participe. Nous les soignants on participe aussi, c'est-à-dire qu'il n'est pas question qu'il y ait des observateurs. La différence c'est que nous, on repère, malheureusement on n'est pas suffisamment nombreux. Ce qu'on fait en fait, c'est que connaissant l'histoire du patient, ses symptômes, sa maladie, on repère les effets thérapeutiques que va induire ce qui se passe dans la situation théâtrale.*[194] »

→ *Impulser une dynamique de groupe* :

Les soignants sont aussi porteurs de dynamisme. Par leur présence, ils contrebalancent le renfermement et la retenue de nombreux patients. Ils apportent une certaine énergie et

[193] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[194] Entretien n°21 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

permettent une émulation propice au travail de groupe. Les artistes soulignent l'importance qu'ils ont dans la dynamique de l'atelier, ils servent souvent de « déclencheurs » auprès des patients. Prenons l'exemple de l'atelier théâtre, lorsque les consignes sont données les patients ont souvent du mal à démarrer. Les soignants, sans empiéter sur leur espace, prennent de temps en temps l'initiative de commencer, lorsque cela s'avère nécessaire, puis ils passent le relais aux patients. Une fois la dynamique lancée, ces derniers interviennent avec plus d'aisance.

2.2.2 Les changements de « faces[195] » :

→ *« Présentation de soi » et ajustement des faces* :

L'espace de l'atelier culturel opère un déplacement (symbolique) des rôles chez les interactants, le plus manifeste s'observe du côté du personnel hospitalier. Nous allons identifier les diverses modalités par lesquelles ce déplacement se formalise.
Tout d'abord dans la « présentation de soi » pour reprendre un terme hérité d'Erving Goffman, on assiste à une abolition visuelle et « mentale » de la distinction soignant-soigné entretenue dans le service. Les caractéristiques identificatoires telles que la blouse blanche de l'infirmier sont absentes de manière quasi systématique. Le personnel participant aux ateliers culturels le fait dans sa tenue civile, tout comme le patient et l'artiste.
Les modifications observables ne se limitent pas aux tenues vestimentaires. Un ajustement s'opère, entraînant un changement partiel ou plus complet de la face adoptée par le soignant. Il participe d'un rééquilibre du rapport de face entre soignants et soignés tel que nous l'avons défini précédemment.

→ *Se mettre à l'égal du patient* :

L'atelier culturel permet au personnel de mettre « en retenue » son statut de soignant. Cet espace est le lieu possible du dépassement des codes hiérarchiques et relationnels institués dans l'hôpital. À l'instar du patient qui y prend une expression plus libre, le personnel rompt avec son image strictement soignante. Ce positionnement n'apparaît pourtant pas comme quelque chose de réfléchi, mais plutôt comme un comportement spontané, en lien direct avec

[195] Le terme de « face » est mobilisé dans son sens Goffmanien tel que définit précédemment p.12.

l'espace de l'atelier. On relève chez les soignants une volonté unanime de se mettre « à l'égal » du patient c'est-à-dire en tant qu'individu qui par sa présence, son implication et ses échanges avec le groupe contribue à la création d'une œuvre.

> « *La première et deuxième séance j'étais fort mal à l'aise. Je me demandais qu'est ce que j'allais faire, je ne savais pas. Je ne connaissais pas Jürgen (l'artiste) et puis il faut d'abord commencer à s'apprivoiser. Et puis je ne connaissais pas les patients. Jürgen m'a donné un papier et un dessin et puis voilà, je me suis mise là-dedans. J'ai pris une place, bon c'est un peu un leurre, mais que j'ai voulu égale à celle des patients. Bien sûr je dis que c'est un leurre, car je sais que je suis soignante, mais je me suis mise à dessiner comme eux, parce que je trouve qu'il n'y a rien de plus juste que de se mettre en égal, pour pouvoir voir comment il est difficile de se mettre en action, d'exprimer des choses, d'être content de ce que l'on a fait. (...). J'ai pris une place d'égal aux patients et un garçon qui s'appelle Benoît m'a dit bien après : "C'est génial parce que vous êtes comme nous". Et ça, je trouve que c'est assez extraordinaire d'avoir pu gagner cette place-là. Là place que j'ai prise, ce n'est pas vrai, ce n'est pas moi qui ai trouvé une place, c'est eux qui me l'ont donné. Ils m'ont entendu avec mes joies avec mes difficultés, et moi j'étais témoin aussi de leurs difficultés et de leurs joies. Là la pudeur du soignant, l'obligation du soignant, qui se doit d'avoir cette façade, d'être au top de tout, et bien on est en fait que des humains.*[196] »

La volonté des soignants d'occuper au sein de l'atelier une place égale à celle de leurs patients les conduits à mettre de côté leur « face » de soignant, bien que leur rôle et responsabilités soient toujours présents. Ils prennent plaisir à « abolir », à mettre en suspend la distance avec leurs patients :

> « *Je suis quand même pris dans mon rôle de soignant au quotidien alors que sur le temps culturel je m'autorise de sortir de ce rôle soignant et d'être au même titre qu'eux là, pour un atelier basé sur le théâtre et où finalement je ne me positionne pas en tant que soignant même si j'ai toujours ce côté où je vais un peu observer des choses parce que maintenant ça fait un peu partie de moi […] Je pense que c'est quand même important de casser la barrière de la distance sur ces ateliers.*[197] »

> « *J'interviens peu en tant que soignante, il faut vraiment que quelqu'un ait une crise pour que j'intervienne en tant que soignante. Sinon bien sûr que j'observe ce qui se passe, mais je suis au même niveau, je suis apprentie élève. J'observe les consignes des acteurs, ce sont eux qui sont maîtres du jeu, vous voyez ? Moi je n'interviens vraiment que si effectivement il y en a un qui fait une grosse crise et encore. Il faut faire que ce soit un clash mais ce n'est jamais arrivé. Sinon, je les laisse complètement faire, je ne suis pas l'infirmière.*[198] »

---

[196] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[197] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.
[198] Entretien n°23 : infirmière- hôpital de Montfavet.

« *Tout cet échange qui est là, quelque part ils ne sont plus patients, nous ne sommes plus soignants.*[199] »

→ *Démystifier la fonction soignante au regard des patients :*

La participation des soignants, en présence des patients, traduit une volonté de « démystification » de leur rôle ; qui elle-même rend plus facile le développement des interactions entre les deux catégories. Le personnel acquiert une certaine « accessibilité » au regard des patients, car ils participent à l'atelier sur une échelle commune, celle des acteurs :

« *Je pense que c'est important pour eux de comprendre que le soignant, derrière sa blouse, derrière son identité de soignant, il est un individu comme les autres […] Du coup le fait de nous voir au même niveau qu'eux à un moment donné, et finalement nous, on rappelle que ce n'est pas que dans l'atelier théâtre que l'on est au même niveau, c'est dans plein de temps sauf que comme eux qui ont d'autres activités nous, on a notre travail qui fait que l'on a des responsabilités et que l'on essaye de les aider à quelque chose. Ça ne veut pas dire que nous même on n'est pas en difficulté dans notre vie, que l'on n'a pas des choses qui nous sont difficiles à surmonter, que l'on est comme eux faillibles, du coup d'un certain côté ça les rassure. À la fois ils sont censés avoir confiance dans le soignant qui doit avoir les épaules fortes pour les épauler quand ils en auront besoin, à la fois le fait de ne voir que ce côté-là ça nous déshumanise à leurs yeux. Et l'extrême pourrait être qu'eux ne nous voient pas comme des humains et que nous, on ne les voie pas comme des humains. Et c'est des extrêmes qui peuvent se passer dans la tête de soignants que j'ai déjà rencontrés. Du coup là ça fait un double truc, on s'humanise ensemble.*[200] »

→ *Une disponibilité totale envers les patients :*

Les interactions personnelles sont peu visibles dans les services, cependant elles trouvent dans l'espace de l'atelier culturel une « scène » appropriée. Elles sont en partie permises par la disponibilité totale dont fait preuve le personnel lors de ces séances. En effet, aucun facteur extérieur, aucune formalité liée au fonctionnement du service ne peut venir troubler l'implication et la présence du personnel auprès des patients. L'atelier culturel apparaît comme le seul espace dans l'établissement hospitalier où les soignants puissent se rendre totalement présent pour leurs patients.

Les changements de face opérés entraînent une modification des relations entre les acteurs au cours des ateliers. Une certaine proximité, entendue dans son sens relationnel, se développe. Les soignants ne sont plus soumis à l'activité du service, aux contraintes soignantes et

[199] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[200] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

horaires, ils passent en mode « disponible » auprès des patients et la nature de leurs interactions s'en ressent. Les acteurs ne sont pas en situation de soins, le rappel des règles de l'organisation hospitalière n'est plus présent explicitement ce qui permet de modifier les rapports soignant-soigné.

> . En parlant de ces relations que vous entretenez avec les patients, sont-elles les mêmes dans l'atelier que dans le service ou diffèrent-elles ?
> « *On est beaucoup plus proches déjà et on est plus présent. On est présent rien qu'à eux le temps de l'atelier, on est avec eux, seulement avec eux, on n'est pas là dans l'unité où l'on est débordé par le travail où ils sont d'un côté et nous dans le bureau. Dans l'unité pour avoir un moment avec eux il faut vraiment qu'on le veuille, qu'on le choisisse, on n'a pas cette proximité que l'on a au moment d'un atelier.*[201] »

Les relations entre les deux groupes ne sont pas du même ordre dans le service et dans l'atelier culturel. Il existe même d'autres situations où le changement de « face » est encore plus affirmé.

2.3 Lorsque le personnel hospitalier devient « concepteur de projet », l'exemple d'un appel à projet interne à l'hôpital du Vinatier :

Au-delà des changements de rôle et de faces des soignants qui viennent d'être évoqués, lors de notre prospection à l'hôpital du Vinatier, nous avons pu constater, à travers la mise en place d'un appel à projet interne un « glissement » de fonction du personnel hospitalier dans le domaine culturel. Le caractère expérimental et l'originalité de cette action dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital », nous ont conduit à l'intégrer dans la présente recherche.

2.3.1 Modalités de mise en œuvre de l'appel à projet interne :

Face au nombre déjà conséquent de projets soutenus par la FERME et en réponse à une demande de la part de certains soignants, en 2006 est mis en place un appel à projet interne sur proposition de la Direction des Ressources Humaines (DRH), dans le cadre de la convention « Culture à l'hôpital » 2006-2008. Cet appel à projet interne intitulé *Éclat d'arts* est une première dans l'histoire du programme « Culture à l'hôpital ». Il est présenté en tant

[201] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.

que déclinaison de l'appel à projet régional. Au même titre que dans ce dernier, une série d'objectifs est établie en préambule, dont voici la liste :

> « 1.Inciter les unités de soins à développer des partenariats avec des structures culturelles pour la mise en œuvre de projets artistiques favorisant l'expression des personnes malades et leur ouverture sur le monde social.
> 2. Favoriser les logiques de coopération entre les différentes structures culturelles, sanitaires et médico-sociales d'un même territoire afin de faciliter la cohérence de la trajectoire de la personne malade.
> 3. Créer les conditions d'une meilleure coopération entre professionnels et avec les usagers, grâce aux interventions et aux œuvres artistiques et culturelles, participant d'une prise en charge plus globale du patient[202]. »

Cinq unités ont répondu à cet appel et les cinq projets ont été soutenus. Comme les projets de la FERME, ils se déroulent sur une saison. Les unités ayant répondu à l'appel à projet sont représentatives de l'ensemble de la population des patients (enfants, adolescents et adultes). Il n'en reste pas moins, qu'il s'agit principalement d'unités, ayant déjà une certaine sensibilité culturelle ou ayant déjà collaboré à des actions avec la FERME. Les unités en question se trouvent toutes dans des services ouverts, aucun secteur fermé n'a répondu à l'appel à projet.

2.3.2 Un transfert de compétences culturelles, de la FERME aux services de soins :

L'un des objectifs de cet appel à projet est de transférer progressivement une partie des moyens et des compétences de la FERME vers les unités de soins. L'institution hospitalière est toujours en forte mutation, ces expériences nouvelles devraient permettre à chacun de rester acteur de l'établissement au cours de ses transformations. Dans ce cadre, la FERME joue un rôle d'ingénierie culturelle : elle coordonne les projets, vient en aide aux unités.
Ainsi, l'on peut dire que l'on assiste à un renversement des rôles. Jusque-là c'est la FERME qui était l'unique opérateur des projets culturels du Vinatier alors que maintenant elle ne sera qu'un simple partenaire des services, leur assurant un rôle de consultance et d'assistance. Les services passent du statut de partenaire à celui d'acteur principal, gestionnaire de projets culturels. Leur investissement est traduit par une plus grande liberté décisionnelle et une participation plus active dans les projets.

L'implication de l'équipe soignante dans le rapport de l'accès à la culture prend une dimension nouvelle. L'identité professionnelle de certains se trouve modifiée (au moins de

[202] Document interne de la FERME du Vinatier, *Dossier de candidature « Culture et Hôpital », Appel à projet interne*, 2006.

manière temporaire), et élargie d'une nouvelle fonction aux caractères multiples. Les compétences de l'équipe sont engagées dans la réussite et le développement du projet puisqu'ils en deviennent les concepteurs. Dans leur expérience précédente à travers le programme « Culture à l'hôpital », les soignants étaient spectateurs ou au mieux acteurs au sein d'une création, ici ils endossent le rôle de concepteurs de projets. Mais comment interpréter la gestion d'un projet culturel par une équipe soignante ? Peut-on considérer ce cas comme un « dépassement de fonction » dans le sens positif du terme ? Cette situation nous interroge sur la nature de cet engagement pour les professionnels hospitaliers. Quelles sont leurs motivations ? Sont-elles similaires à celles relevées dans les autres projets culturels du programme « Culture à l'hôpital » ? Peut-on appréhender l'implication du personnel dans un projet culturel comme une échappatoire face à une réalité professionnelle difficile? Si tel est le cas cela reviendrait à « laisser glisser » l'action artistique vers de l'occupationnel, dénaturant ainsi les fondements propres de l'offre culturelle proposée par le programme « Culture à l'hôpital ». Le doute peut s'installer si l'on n'est pas a même de percevoir les intentions premières de chaque soignant investi dans le projet ; c'est ce que nous avons tenté de mettre à jour, avec l'analyse des cinq projets proposés, complétée par une série d'entretiens auprès de quelques soignants impliqués.

2.3.3. Les motivations des services à devenir concepteur de projet :

Une partie des raisons évoquées par les professionnels recoupe celles établies précédemment (intérêt financier, utilisation thérapeutique), alors que d'autres apparaissent comme étant spécifiques à la nature de l'appel à projet.

→ *Un intérêt financier* :

Au cours de nos entretiens, nous avons pu observer que le partenariat passé par un service avec la FERME avait parfois, pour le personnel en question, un intérêt strictement budgétaire. Autrement dit, par le biais de la FERME, il s'agit d'obtenir des financements qui n'ont pas été accordés pour mener un projet culturel. Bien que cette position ne soit pas apparue comme dominante, il nous a semblé nécessaire de la souligner :

« *Il est vrai aussi que l'on a besoin d'argent, ce projet-là si on avait eu de l'argent par le biais de la sociothérapie on ne serait pas passé par la FERME, ni par l'hôpital. J'ai un peu l'impression que l'on est parti du faire-valoir de la FERME.*[203] »

« *Notre problème est surtout financier. Le problème dans les Centres de Jour est que l'on a un budget sociothérapeutique pas énorme, mais qu'il y a beaucoup d'activités. C'était plus une histoire de budget que d'engagement auprès de la FERME.*[204] »

Malgré ce point qui peut paraître réducteur, le lancement de cet appel à projet interne permet aux services d'améliorer ou même de créer entre eux une réelle communication par une multiplicité d'échanges liés au projet culturel.

→ *Lorsque le projet culturel sert une problématique thérapeutique* :

Nous avons relevé certaines incohérences dans les appels à projet rédigés par les services de soins. La définition des rôles n'est pas des plus explicite et se pose parfois en opposition aux fondements du programme « Culture à l'hôpital ». Par exemple dans l'un des projets, sur la place tenue par les infirmières, il est dit : « Le rôle **thérapeutique**[205] leur incombe ». Or, l'appel à projet est ouvert à l'ensemble des domaines artistiques, néanmoins il est bien précisé que les ateliers d'art thérapie et les projets d'animation internes ne rentrent pas dans l'appel à projet. Cet exemple rend compte du fait que certains services, voire l'institution elle-même utilisent (peut-être de manière inconsciente) la convention régionale pour financer des projets thérapeutiques institutionnels. Alors l'appel à projet révèle-t-il une ambition thérapeutique affichée ou assiste-t-on à une confusion des termes employés ? Il semblerait que le qualificatif de « thérapeutique » soit mobilisé pour légitimer l'action culturelle auprès des soignants.

Après lecture des diverses propositions de projets, cela semble indéniable. Certaines présentent les objectifs de l'équipe soignante comme « justificatifs theorico-clinique ». Prenons pour appui la convention du Centre de Jour Ampère avec la Compagnie « La fille du pêcheur » : « ***L'objectif thérapeutique*** *est à la fois à visée individuelle, permettant une revalorisation de l'image de soi, en passant par une mobilisation du corps et des sens, à la fois à visée groupale, par une mise en commun des personnes, par le jeu du regard de l'Autre.* » Le Centre de Jour des Verchères parle même « d'ateliers thérapeutiques

[203] Entretien n°6 : infirmière- hôpital du Vinatier.
[204] Entretien n°5 : infirmière- hôpital du Vinatier.
[205] Les éléments notifiés en gras ne sont pas l'objet du chercheur. Ils sont reproduits tels qu'ils ont été relevés dans l'analyse des documents.

d'expression plastique » dans la présentation de leur projet. Autre exemple avec le Centre de Jour Jean XXIII : « *Nos objectifs sont toujours d'allier la prise en charge thérapeutique des patients par la libération de l'expression vocale de chacun et une meilleure insertion sociale dans le quartier en allant à la MJC de Laennec.* »

De même, la participation des patients à un projet culturel est censée être libre (c'est d'ailleurs le premier élément qui le distingue d'un atelier à but thérapeutique), or dans certains projets soutenus, leur présence résulte d'une prescription médicale. Nous rappelons au passage que ce constat n'est pas limité à l'appel à projet interne, mais concerne comme nous l'avons souligné, divers projets menés dans le cadre de la convention nationale « Culture à l'hôpital ».

→ *L'aboutissement du projet en représentation publique, et la prise en compte de la famille comme public, éléments de distinction avec les autres projets « Culture à l'hôpital »* :

Parmi les propositions établies dans le cadre de cet appel à projet interne, la question de l'exposition publique prend une place centrale. La monstration de l'objet artistique devient l'objectif visé, moteur de l'expérience. Il s'agit d'amener chacun à dépasser la question du regard en tant que jugement, en se rendant visible.

Autre constat spécifique à ce projet, l'environnement proche des patients est de plus en plus concerné par ce type d'actions, famille et amis sont conviés à venir s'impliquer dans les projets avec par exemple leur présence lors des visites organisées dans les musées. Même si leur investissement est léger (quantitativement), leur prise en compte récente témoigne d'une avancée réelle dans le développement de ces actions culturelles. Leur participation devra donc être prise en compte prochainement dans le développement des projets de ce programme, car si leur présence se développe force est de penser qu'elle entraînera des modifications ou des ajustements dans la proposition des futurs projets.

La famille des patients est considérée comme un public potentiel voire premier, auquel les représentations publiques des patients seraient destinées, comme en témoigne l'expérience du Centre de Jour Jean XXIII qui a envoyé ses invitations auprès des familles et amis des patients qui se produisaient. Cette démarche, témoignage d'ouverture et d'un désir de rendre lisible l'action culturelle menée en secteur hospitalier, ne risque-t-elle pas pour autant d'être réductrice ? En effet, le fait de cibler la famille comme public est légitime, tous les groupes amateurs le font, néanmoins ne s'arrêter qu'aux personnes qui connaissent les patients parait assez limité. Comment faire évoluer les mentalités, si ce sont toujours des habitués, des proches, qui sont témoins ? Sachant de plus que leur point de vue sur la représentation ne peut

être que d'ordre subjectif étant donné les rapports (familiaux et (ou) affectifs) qui les lient aux acteurs. Il paraît donc essentiel d'élargir les publics visés, afin de ne pas reproduire la catégorisation dont certains patients sont encore victimes.

Nous venons de voir quels étaient les déplacements opérés par l'atelier sur le temps du projet culturel, intéressons-nous maintenant à ce qu'il se passe après. Une fois le projet terminé en reste-t-il des « traces » ?

3. Les « traces » laissées par le projet culturel et l'atelier dans l'institution hospitalière :

Nous avons vu précédemment que la participation des soignants et des patients sur un même atelier favorise une expérience de partage des émotions. Dans la durée, cette expérience vécue permet l'élaboration d'une mise en confiance entre les deux groupes. Nous avons de même relevé que les patients lors de l'atelier avaient l'opportunité de démystifier le rôle des soignants, et bien dans la durée nous allons voir que c'est du côté du personnel et des artistes que l'on observe une modification des représentations sociales.

3.1 Une mise en confiance réciproque :

Suite à l'atelier, des échanges ont lieu entre personnel et patients. Néanmoins, ces échanges ne se font pas autour de l'objet culturel. La pratique artistique sert de support à la discussion. Les soignants abordent l'atelier soit au sortir des séances lorsque celles-ci se déroulent à l'extérieur, laissant un certain temps sur le chemin du retour, soit au cours de la semaine, dans le service. Il s'agit toujours d'interactions informelles autour de la vie du patient, de ses ressentis.

Le contexte du service, qui régi la nature des interactions entre les différents acteurs, n'est pas reproduit dans l'espace de l'atelier. L'analyse du dispositif permet de conforter l'idée selon laquelle le contexte participe fortement de la détermination de la nature des interactions. Il ressort de nos analyses qu'au sein de l'unité les relations entre personnel et

soignants ne sont pas profondément changées au sortir de leur participation aux ateliers culturels. Le cadre institutionnel reste trop présent et la fonction soignante trop contraignante. Mais comme nous l'avons déjà notifié, là ne sont pas les seules explications. Nous retiendrons cependant que le poids du cadre pourrait néanmoins être contrebalancé par la reconstitution d'un espace similaire à celui de l'atelier culturel, c'est d'ailleurs ce que recherchent certains soignants. Nous pensons ici au travail d'Erving Goffman, qui tend à démontrer qu'une scène ne dépend pas que d'un contexte donné, mais peut être reproduite dans d'autres situations :

> « Dans une pièce, les personnages sont dans un monde où ils vont et viennent, où ils flânent, s'arrêtent, bavardent de tout et de rien et repartent. Le dramaturge leur insuffle une existence qu'ils mèneront avec un certain style. Tout cela aboutit au mystère de la création théâtrale, à l'impression aussi forte que dans la vie quotidienne d'avoir devant soi des personnages dotés de vraies qualités, même si elles peuvent paraître surprenantes. Et si la scène théâtrale est capable de produire de tels effets, pourquoi n'en irait-il pas de même dans les scènes de la vie quotidienne ?
> À nouveau s'impose à nous le caractère récursif du cadrage. Nos ressources existent nécessairement avant et après une scène donnée. Et, tout comme on a là quelque chose de réel, notre conviction de cela est réelle et à son tour quelque chose de réel » (Goffman, 1974 a : 292).

Nous retiendrons toutefois que quelques aspects de la relation soignant-soigné sont modifiés au sortir de cette expérience. Le personnel évoque souvent la mise en confiance des patients à leur égard. Elle a pu émerger dans l'espace de l'atelier culturel et perdure au-delà :

> . Est-ce que cette modification des relations perdure, dans la durée, au-delà des séances en atelier ?
> « *Bien sûr, parce qu'il se passe des choses, il se passe des choses au niveau relationnel, il y a une espèce de confiance, de connaissance, on se connaît davantage, on partage des émotions que l'on ne partagerait pas autre part que dans le théâtre, dans les mises en situation. Et ça, c'est des choses qui permettent à nous en tant que soignant, qui induisent plus de confiance, une continuité plus vraie avec le malade.*[206] »

Les patients ont moins de mal ou d'appréhensions à solliciter les soignants avec lesquels ils ont participé à l'atelier culturel. Ils sont aussi plus ouverts aux propositions qui leurs sont faites et montrent davantage d'intérêt aux ateliers proposés au sein de leur service. Le partage d'émotions communes favorise une mise en confiance qui permet de tisser des liens qui s'inscrivent dans la durée :

[206] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.

. Les relations que vous avez avec les patients sont-elles les mêmes que dans le service ou diffèrent-elles lors des actions culturelles ?

« *Elles sont différentes et je dirais qu'elles ont tissé des liens. Là aussi je me méfie, car en psychiatrie on est censé ne pas avoir trop de liens avec les patients, mais moi je suis désolée, ces ateliers ont vraiment tissé des liens. Je me rends compte que les patients me sollicitent, viennent maintenant à des choses que je fais, parce qu'il y a art culture, parce qu'il y a une connaissance et parce qu'il y a une confiance. Quand je parle de connaissance, je parle de connaissance de l'un et de l'autre (…). Il y a quelque chose de l'ordre du ressenti et puis il y a quelque chose d'une intimité partagée. Quand je parle d'intimité, c'est de l'ordre des émotions partagées, de choses qui ont été dites.*[207] »

3.2 Une modification des représentations sociales chez les professionnels :

3.2.1 Des soignants dont le regard change :

Pour les soignants, c'est dans le regard qu'ils portent sur leurs patients que la modification paraît la plus manifeste. Un rapport s'instaure qui est plus dans l'humanité que dans le rapport strictement professionnel. Par exemple :

« *J'ai reconnu, j'ai vu ce qu'avait fait l'un de nos patients et c'est vrai que j'ai été étonné. C'était construit, c'était élaboré le dessin alors que je vous dis c'est un monsieur qui est complètement isolé socialement. Il est très en retrait dans le service, il est beaucoup dans sa chambre. Même au niveau du contact avec l'équipe, c'est très très sobre. Et là j'ai été étonné qu'il puisse rendre un travail aussi élaboré parce que je me suis dit qu'il avait pu regarder et que même si l'on n'a pas l'impression qu'il est dans le service il doit voir plein de choses et sentir plein de choses.*[208] »

« *Moi j'aime bien que les patients aillent aux ateliers médiatisés, déjà ça nous ouvre un autre regard sur eux avec le retour que l'on en a et puis ça leur ouvre aussi autre chose.*[209] »

. Pourriez-vous m'en dire un peu plus, en quoi cela modifie-t-il le regard que vous portez sur les patients ?

« *Vous voyez, je vois bien chez les collègues, moi ça m'arrive aussi, une espèce d'agacement de ces corps qui se balancent, de ces bouches un peu ouvertes qui donnent un air un peu hagard. Des fois c'est violent, tu n'en peux plus de voir ça, tu as des mots aussi qui sont glissants, ce n'est pas rare que j'entende : "Ah elle a l'air gogol". Ce n'est pas tenable d'entendre ça. Et ça revu par le théâtre, remis en scène et bien tout d'un coup ce n'est plus laid. Ça aide à accueillir, à mettre à distance.*[210] »

---

[207] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[208] Entretien n°26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[209] Entretien n°29 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.
[210] Entretien n°23 : infirmière- hôpital de Montfavet.

Au sortir de l'atelier, c'est donc dans les représentations sociales que se manifestent les « effets » du projet culturel. Bien que chacun retrouve sa fonction stricte (soignant et patient) exigée par le cadre de l'hôpital, il n'en reste pas moins qu'un « déplacement » du regard s'est opéré. Notre constat complète celui soulevé par Gilles Herreros : « C'est le regard de l'autre qui bouge.[211] » Ainsi l'inscription de la médiation culturelle dans la durée, se fait entre autres, au travers d'une modification des représentations sociales.

→ *Se rassurer sur le potentiel des patients :*

Au-delà, le projet culturel contribue à rassurer l'équipe soignante sur les possibilités de certains patients. Ce qui par la suite, lui permet d'avoir moins d'hésitation. Le fait de voir que les patients ont des ressources mobilisables, favorise dans la prise en charge, la sollicitation des soignants à leur égard. Ils portent un point de vue différent sur les patients :

> « *Ce qui s'y passe sert après dans le quotidien et peut changer aussi le regard, ne pas oublier que l'on est des gens d'égal à égal finalement (...) Ce genre d'expériences autour de la culture, de la médiation culturelle ça permet de remettre bien les choses en place, de se dire effectivement que l'on est semblable. Et parfois avec des patients avec qui ça peut être dur parce qu'ils se négligent, parce qu'ils font des choses, ça peut être un tremplin pour rebondir après dans la relation et dans ce que l'on peut mettre en place.*[212] »

→ *D'une conscience institutionnelle vers une conscience sociale :*

Certains effets relevés chez le personnel sont les mêmes que ceux relevés chez les patients. La pratique artistique pratiquée au sein de l'atelier permet au personnel soignant de prendre conscience de son potentiel. Elle participe de l'acquisition ou plus fréquemment du développement d'une certaine assurance, valorisante sur le plan identitaire.

La création apparaît pour ces professionnels du soin comme un mouvement possible vers l'extérieur. Le personnel hospitalier, de par ses diverses fonctions, est dans un certain sens « contraint », comme le patient, à n'évoluer en permanence que dans l'enceinte de l'hôpital. Le parallèle peut paraître audacieux, mais nous paraît légitime. Bien que ces professions soient souvent pratiquées par choix, voire vocation, cela n'empêche pas, chez les

[211] Gilles Herreos in Hôpital, Culture et Territoires, *op.cit.*2008.
[212] Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

professionnels, la présence (souvent évoquée lors de nos entretiens) d'un sentiment d'étouffement et de routine qui semble peser lourd sur leurs pratiques quotidiennes.

La création permise par l'atelier culturel permet donc au personnel d'être dans un extérieur du soi (le soi de soignant), de créer une rupture temporaire avec l'univers hospitalier autour duquel il gravite au quotidien :

> « Du point de vue des formateurs comme de celui des stagiaires, ces temps de rencontre autour du chant, de la danse et du théâtre révèlent des personnels éprouvés par la difficulté de leur métier. Ils constituent donc avant toute chose, des espaces de ressourcement où le corps de chacun est écouté à la fois pour sa lassitude et dans sa capacité d'expressivité. De plus, la pratique artistique dans chacune de ces disciplines conduit les infirmiers à y puiser, à partir de leur propre expérience, des savoirs faire qui sont susceptibles d'être réinvestis, auprès des patients, dans le cadre d'animations de groupes d'expression. Il appartient à l'institution de préserver, pour ceux dont la mission est de prendre soin des autres, des espaces et des temps où l'on peut prendre soin d'eux.[213] »

La participation commune avec les patients permet aux soignants de prendre en compte leurs propres difficultés et leurs propres limites. Ils prennent conscience de la retenue à laquelle les contraint leur profession dans le quotidien et combien il peut être difficile de la dépasser :

> « *Personne ne juge personne, ça, c'est très bien. On se rend compte que les plus nuls c'est souvent nous, les soignants. On est très cartésiens, on a du mal à se lâcher*.[214] »

Une certaine prise de distance est rendue possible dans le temps de l'atelier. Elle apporte un certain bien-être au personnel qui peut ainsi évacuer les tensions liées à sa profession.

La participation du personnel à l'atelier culturel lui permet dans un temps donné de mettre de côté son rôle professionnel au profit de son rôle de citoyen. Pour rendre compte de ce phénomène, nous nous appuyons sur une définition de la notion de conscience formulée par Bernard Lamizet :

> « La conscience institutionnelle a une dimension politique : elle est celle de l'appartenance et elle fonde la citoyenneté de celui qui en est porteur. La conscience sociale est d'un autre ordre, parce qu'elle se situe dans la logique du rapport aux autres acteurs de l'espace public et de la sociabilité : elle consiste dans la mise en œuvre, par le sujet d'une stratégie d'échanges et de communication par laquelle il reconnaît son

[213] *Le petit journal de la FERME*, « Des uns et des Autres », n°8, janvier 2005.
[214] Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.

inscription dans un rapport de sociabilité de solidarité, de connaissance mutuelle, aux autres » (1999 : 330).

Dans les pratiques culturelles les deux consciences sont perceptibles est mise en présence. La participation des soignants aux ateliers provoque un « glissement » de leur conscience institutionnelle vers leur conscience sociale, qui elle, nous parait plus représentative de la citoyenneté.

Pour les artistes, les « traces » s'observent du côté de la modification des représentations sociales.

3.2.2 Des artistes qui démystifient la psychiatrie :

Le travail de l'artiste auprès des patients lui permet de faire évoluer ses représentations sociales autour de la psychiatrie et de la maladie mentale. Au sortir de cette expérience, les craintes qu'il avait avant son intervention ont été dissipées. Les artistes posent un regard nouveau sur les patients, en les considérant comme de simples citoyens. Le projet culturel leur permet de découvrir, de se familiariser un peu avec l'hôpital psychiatrique, ce qui participe par là même de sa « démystification » :

> « *Moi mes craintes que je pouvais avoir au début sur l'hôpital psychiatrique sont totalement parties. Pour moi c'est des êtres humains, je ne vois pas leur pathologie du tout, d'ailleurs je ne veux pas savoir, je veux les voir avec un œil neuf.*[215] »

> « *C'est vachement intéressant, enrichissant, j'ai appris plein de trucs avec ces gens-là. Notamment avec les handicapés tu te dis au début que ce n'est pas des êtres humains, mais si.*[216] »

Les artistes prennent conscience de ce que représente la maladie mentale. Ils ont tendance à relativiser en considérant qu'elle fait partie des choses de la vie. La représentation qu'ils en ont perd son caractère « effrayant ». L'hôpital psychiatrique fait à leurs yeux partie intégrante de la société et tout le monde peut un jour ou l'autre s'y retrouver confronté.

> « *Parallèles, je suis très fier de cette création-là parce qu'à travers ce diaporama on a pu voir la fragilité des frontières, chacun à son paquet et l'on peut tous virer de l'autre côté du mur. Ça je trouve que c'est une question très intéressante, car on a*

[215] Entretien n°22 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.
[216] Entretien n°24 : artiste intervenant- hôpital de Montfavet.

évoqué, on a peut-être développé des stratégies où l'état d'être patient est peut-être plus normal qu'on ne le croit.[217] »

Notre constat est renforcé par d'autres études menées dans le cadre des programmes en faveur des publics empêches.

Les représentations sociales, tant sur les hôpitaux psychiatriques comme nous l'avons vu avec les travaux d'Erving Goffman que comme l'a démontré Denis Jodelet (1989), ou bien sur les prisons ou les quartiers sensibles restent relativement stigmatisantes et n'évoluent que faiblement.

Cependant, qu'il s'agisse d'artistes ou de professionnels de terrain (personnel pénitentiaire, hospitalier ou travailleurs sociaux), les procédés d'évaluation mis en place ces dernières années ont permis de rendre compte de modifications concernant notamment leurs représentations sur les individus auprès desquels ils interviennent.

Ces constats portent essentiellement sur le caractère enrichissant de la réciprocité des échanges entretenus. Le changement du regard des uns porté sur les autres est assez révélateur. Par exemple, pour les travailleurs sociaux ayant eu l'occasion de découvrir le profil créatif de certains habitants, ceci a entraîné une amélioration dans leurs relations avec ces derniers (Revue Recherche Sociale, 2 002).

D'autres professionnels ayant participé à ces projets culturels ont su réinvestir cette expérience dans leurs pratiques professionnelles :

> « Des institutrices, par exemple, qui ont suivi au Havre une formation en danse et exploité cette forme d'expression avec leurs élèves grâce à l'intervention de chorégraphes, dressent un bilan des évolutions produites sur les comportements des enfants, et sur la qualité de leurs relations avec les élèves et même leurs parents » (Colin, 1998 : 52).

Au-delà d'une modification des représentations sociales, les « marques » du projet culturel dans la durée se formalisent à travers l'émergence de nouveaux projets, pensés dans sa continuité.

[217] Entretien n°15 : artiste intervenant- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

3.3 L'émergence de nouveaux projets portés par le personnel hospitalier :

3.3.1 Organisation d'une exposition dans un hôpital de jour :

Le projet culturel mené à la Fondation Bon Sauveur d'Alby sur l'année 2007-2008 a donné lieu à une exposition dans les espaces d'accueil de l'institution. Dans la poursuite de cette démarche et afin de rendre visible tout ce qui avait pu être produit tout au long du projet, une infirmière référent a pris l'initiative d'organiser une exposition temporaire au sein de son unité.

> . Pourriez-vous me raconter l'expérience de l'exposition que vous avez organisée à l'hôpital de jour A ?
> « *L'idée a germé parce qu'il y a eu l'exposition sur l'hôpital (projet culture à l'hôpital). L'idée m'est venue puisque nous avions choisi avec Corinne et Jürgen un certain nombre de dessins pour l'exposition de l'hôpital. Bien sûr il fallait sélectionner certains dessins et nous avons essayé de mettre des dessins de tous les patients qui ont participé durant ces longs mois. Du coup, ça a été l'occasion pour nous de regarder tous les dessins des patients. Moi j'ai été impressionnée, je n'avais pas pris conscience de la quantité de dessins qui a été produite. Et puis tous, ils ont quelque chose à dire. C'est là que j'ai demandé aux patients s'ils aimeraient que l'on fasse quelque chose avec tout ça. Je leur ai dit que l'on exposerait tous les dessins, de tous les patients de A. Nous avions invité tous les gens de l'hôpital qui voudraient venir et leur famille. Bien sûr il a fallu que je demande des autorisations, j'en ai parlé à mon surveillant qui devait s'en occuper, voyant qu'il ne le faisait pas j'ai pris les choses en mains et je m'en suis occupée. On a mis beaucoup de temps, beaucoup de passion dans la préparation de cette exposition. Il y a eu très peu de monde, l'exposition s'est déroulée sur dix jours. Mr le Directeur a envoyé un mot d'excuse directement aux patients pour dire qu'il ne pourrait pas être présent, et ça, c'était très important pour eux, c'est bien que la direction leur ait répondu. Parce que le surveillant-chef n'est pas venu est venu le président de la CME, mais je pense que c'est sa fonction qui a fait qu'il est venu. Quelques personnes sont venues, de l'hôpital de jour B, ponctuellement quelques patients, mais il n'y a pas eu d'écho. Mais ça ne fait rien, car pour les patients, ceux qui sont venus sont venus et ça, c'est bien.*[218] »

Cette expérience est un effet direct du projet culturel. Il agit comme un véritable levier dans les propositions d'actions culturelles. Les exemples peuvent d'ailleurs être multipliés.

Au centre hospitalier de Montfavet, le personnel référent du projet théâtre, avec l'aide des artistes intervenants, a réalisé un petit montage vidéo. Il a fait l'objet d'un visionnage dans le théâtre de l'institution, où patients, personnel et famille ont été conviés. Bien que là non plus les personnes présentes n'aient pas été très nombreuses, les retours sont positifs.

[218] Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Le projet culturel au-delà des liens créés à l'intérieur de l'institution favorise le travail du personnel avec des associations extérieures. Un projet culturel peut être l'occasion d'une rencontre entre bénévoles et personnel. L'hôpital de Montfavet par exemple travaille désormais en lien avec l'association *Cultures du cœur*[219]. Elle met à disposition des places gratuites à destination de patients pour leur permettre d'assister à des représentations culturelles dans les villes voisines.

Le projet culturel amorce chez le personnel un processus réflexif. Il l'entraîne à regarder ce qui est fait ailleurs au niveau culturel, dans les autres établissements hospitaliers. Par exemple, intéressés par la mise en place d'une revue de presse, les référents d'un service de l'hôpital de Montfavet ont initié des contacts avec d'autres établissements hospitaliers. Même si le résultat n'est pas toujours à la hauteur des espérances, l'initiative a le mérite d'amorcer des échanges culturels et professionnels entre institutions hospitalières.
Nous retiendrons que le projet culturel impulse un certain dynamisme au sein des unités déjà impliquées.

3.3.2 Mise en place d'un atelier *Masques* dans une unité fermée :

À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, le projet culturel a permis le développement d'un projet interservices mené en collaboration avec les ateliers de thérapies médiatisées. Il s'agit d'une proposition faite par le cadre d'un service à l'artiste et aux deux infirmiers du pôle des thérapies médiatisées. Cette collaboration étroite a permis la création d'un atelier *Masques* au sein du service Saint-Jean. Il s'agit de l'une des deux unités d'admission fermée de l'établissement. Elle accueille des patients considérés comme particulièrement difficiles ou dont la pathologie est dans sa phase extrême. Toutes les personnes hospitalisées dans ce service sont contenues, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas le droit (sauf avis contraire) et ne peuvent pas (système de sécurité) quitter l'unité de soins.

[219] *Cultures du Cœur* est une association de loi 1901. Créé en 1998 par des professionnels du domaine de la culture et de l'emploi, elle prône l'accès à la culture comme facteur d'intégration sociale. L'association se définit ainsi : « Cultures du Cœur a pour vocation de recréer du lien social là où il est fragilisé, promouvoir l'insertion et la citoyenneté, renforcer les rapports humains (notamment au sein des populations jeunes et des familles ». L'association s'adresse à tous les publics exclus de la culture. Elle est présente sur le territoire à l'échelle nationale dans une trentaine de départements. Pour plus d'informations, consulter le lien : http://culturesducoeur.org/forsite/presentation/vocation.html(consulté le 16/06/09.)

Le projet culturel mené par l'artiste Jürgen Schilling s'intitule *l'Étoffe des Songes*. Dans ce cadre, l'artiste a « passé commande » auprès du pôle des thérapies médiatisées, pour la réalisation de masques, indispensable à la réalisation de l'œuvre.

La mise en place de cet atelier *Masques* au sein de l'unité a fait l'objet d'une inscription dans le projet de service. Nous allons voir comment il a été influencé par le projet culturel. Nous nous demandons également si dans la mesure où la culture a été partie prenante dans sa conception on peut toujours parler d'un projet thérapeutique. Se pourrait-il que cette expérience représente une forme hybride de projet culturel ?

Voyons le projet tel qu'il a été formulé dans l'unité[220] :

Atelier Masques

Précurseur d'un **atelier d'expression créatrice polyvalent**

Unité de soins St Jean

1 Les référents

- Les infirmiers du pôle des thérapies médiatisées : Isabelle Canovas et Bernard Cuq. En favorisant la participation d'un infirmier de l'unité de soins St Jean.

2 Les objectifs

- Faire bénéficier les patients hospitalisés dans une unité fermée d'admission des compétences des professionnels du pôle des thérapies médiatisées.
- voir objectifs de la fiche action « médiation de groupe/unités de soins »

3 Le cadre de l'activité

- Lieu : La salle d'activité de l'unité de soins.
- Fréquence : une fois par semaine, le mercredi.
- Durée : de 14h à 16h.
- Nombre de participants : minium 2, maximum 8.
- Budget : celui du pôle des thérapies médiatisées.
- Matériel : les petites fournitures peuvent rester sur place dans une armoire fermant à clef.
- Archivage des œuvres : quelques œuvres réalisées sont laissées sur place et exposées le temps de l'existence de l'atelier masques dans la salle d'activité de l'unité de soins St jean.

[220] Document interne, projet de service de l'unité Saint-Jean, Fondation Bon Sauveur d'Alby. 2008.

Les masques restent la propriété de l'établissement jusqu'à l'exposition organisée par le comité culturel.

4 Les modalités de réalisation

L'atelier Masques s'inscrit dans l'évolution du projet « l'étoffe des songes », mis en place par le comité culturel.
A partir d'une « commande » de l'artiste Jûrgen Schilling, les patients sont invités à la réalisation de masques.
Toutes les étapes de la réalisation des masques peuvent être abordées même les plus artisanales, toutefois l'atelier privilégie la libre interprétation artistique (modelage et mise en peinture).

Le cadre thérapeutique s'inspire très largement de celui des ateliers d'expression créatrice tel qu'il est défini dans le « guide d'évaluation des besoins en soins infirmiers ».
Quelques différences existent cependant, elles portent sur :

- la nature ouverte de l'atelier,
- la destination des œuvres,
- une certaine part de directivité informationnelle puisqu'il s'agit d'une « commande ».

En ce qui concerne l'expression artistique la non directivité est de mise.

5 Les modalités de participation

L'atelier sera ouvert à l'ensemble des patients, sauf contre indication médicale et selon l'évaluation infirmière de l'état clinique du patient au moment de l'activité.

6 Les critères d'évaluation individuelle et les indicateurs

Voir :
- guide d'évaluation des besoins en soins infirmiers

Le projet culturel, pensé à une échelle institutionnelle, peut donc être réapproprié au niveau des services et entrer en résonance avec les préoccupations soignantes. Des entretiens réalisés avec le cadre du service et l'infirmière référent nous ont permis de saisir la place prise et accordée pour ce projet dans l'unité :

. Et cet atelier Masques, comment est-il écrit dans votre projet de service ?

« *On a écrit un projet par rapport à ça, il est intégré au projet de service, il est planifié. Il y a deux façons d'y participer, soit à la réunion du lundi quand on parle de chaque patient on se dit : "Tiens ce serait bien qu'il y aille". Donc à ce moment-là on le met sur une liste et on en parle à Mme X lorsqu'elle vient, ensuite elle passe dans le service et elle propose aux patients. Il est défini comme ça avec les référents, les objectifs, le lieu. C'est complètement inspiré quand même du projet culturel. Après on a donc un certain nombre de choses, donc comment ça se réalise et puis après on a*

des critères d'évaluation. Voilà donc ça fait partie du projet de service de notre unité.[221] »

Ce projet s'inscrit dans la continuité du projet culturel, et s'en inspire fortement. Pour reprendre les termes du cadre du service, « l'atelier *Masques* est une espèce de tentacule du projet culturel ». Il permet aussi de répondre aux contraintes organisationnelles inhérentes plus spécifiquement aux services fermés. Dans l'unité Saint Jean, seulement deux patients pouvaient participer aux séances menées par l'artiste. La mise en place de ce projet a été pensée dans un objectif de participation plus conséquente des patients. L'intervenant n'est plus l'artiste, mais l'infirmière responsable du pôle des thérapies médiatisées, ce qui donne au projet sa dimension thérapeutique. Le lieu n'est plus à l'extérieur, mais au sein même du service (dans la salle d'activités), ce qui limite considérablement les difficultés d'ordre organisationnel. La gestion interne du projet permet par là même de multiplier la tenue des séances, de l'ordre de deux heures une fois par semaine. L'inscription dans la continuité est plus importante que pour les deux patients participant au projet culturel (seulement deux séances par mois.) Le groupe constitué peut osciller entre deux et huit personnes en fonction du taux de remplissage de l'unité et de l'état des patients.

Plusieurs personnes sont référents du projet, les responsables du pôle des thérapies médiatisées ainsi qu'un infirmier de l'unité. L'objectif premier est de pouvoir travailler avec les patients la médiation de groupe. Dans ses modalités, le projet *Masques* s'inscrit dans la continuité du projet culturel *L'Étoffe des Songes.* Comme pour ce dernier les patients restent libres artistiquement, dans la mesure de la commande passée. Les soignants présents sont aussi acteurs et participent au même titre que les patients.

La principale distinction avec l'atelier mené par l'artiste provient du « cadre » mobilisé. Le terme de « cadre » est employé de façon récurrente par le personnel soignant. En ce qui nous concerne, comme nous l'avons précisé, nous entendons par « cadre » celui de l'hôpital psychiatrique. Au niveau de cet atelier, nous préférons parler d'espace ou de contexte.

L'atelier *Masques* institue un contexte thérapeutique en comparaison au projet *L'Étoffe des Songes* qui lui, institue un contexte d'ordre culturel. Pourtant, il n'en est pas la reproduction parfaite, il apparaît moins rigide. Certes, il contient une partie « évaluation », mais qui

[221] Entretien n°26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

visiblement est peu développée. Le projet *Masques* ne fait pas plus l'objet de retours avec l'équipe que le projet culturel. Toutefois, il ne peut pas être considéré à part entière comme un projet thérapeutique. Comme nous l'avons vu à la lecture du projet de service, des différences existent avec les ateliers d'expression créatrice menés dans un cadre thérapeutique. La plus conséquente concerne la nature de l'atelier.

Ce projet *Masques* marque l'émergence d'une nouvelle forme d'ateliers où culture et soins sont mis au même niveau, en complémentarité. Ce projet est à la frontière entre le projet thérapeutique et le projet culturel. Il contribue à l'inscription du service dans le projet culturel, dans sa dimension institutionnelle, mais participe également des préoccupations relatives à la prise en charge des patients dans l'unité.

Conclusion :

En définitive, nous retiendrons que le projet culturel et l'atelier ont une incidence réelle sur l'institution hospitalière et ceux qui la pratiquent, aussi bien dans leur déroulement qu'a posteriori. La participation d'un service au projet nécessite une redistribution des tâches dans l'unité de soins. Par la suite, les activités développées peuvent être reprises et détournées pour dynamiser le service. Pour les salariés, il s'agit d'un support supplémentaire pour nouer des relations et des échanges avec des collègues d'unités différentes.

Pour les patients, au-delà de rompre le quotidien de leur hospitalisation, leur participation favorise une reconnaissance identitaire, leur donnant la possibilité de s'exprimer et de communiquer différemment au travers du partage d'une expérience esthétique. Cependant, l'hypothèse selon laquelle la participation à l'atelier modifie durablement la pratique artistique est invalidée. Les effets observés relèvent davantage d'un processus de socialisation que de démocratisation culturelle.

Pour le personnel soignant, le temps de l'atelier culturel est celui du changement de « faces », l'espace au sein duquel « le masque tombe ». Les rapports sont redistribués, il ne s'agit plus de relations de pouvoirs. Dans la durée, lors de la reprise des « faces » respectives, perdure cependant l'acquisition d'une mise en confiance réciproque qui facilite échanges et modalités de prise en charge. Par ailleurs, les représentations sociales tant du côté des professionnels du soin que des artistes intervenant sont modifiées.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La recherche qui vient d'être présentée pose de nouveaux questionnements, en apportant certains éclairages, quant au sens donné à la médiation et à l'action culturelle en direction des publics empêchés. L'atelier culturel est un dispositif qui jusqu'alors a fait l'objet de peu d'analyses. Son étude, dans le cadre de l'hôpital psychiatrique, apporte des éléments quant aux réflexions menées dans le champ de la médiation culturelle et dans le champ hospitalier.

Avant de reprendre les principaux apports de ce travail, il convient d'observer quelle est l'évolution actuelle du programme « Culture à l'hôpital ».

Le programme « Culture à l'hôpital » aujourd'hui :
La convention « Culture et Santé » du 06 mai 2010 [222]

Comme nous l'avons fait précédemment, l'analyse qui suit se base à la fois sur une analyse des discours ministériels (Mme Roselyne Bachelot pour le ministère de la Santé et Mr Frédéric Mitterand pour le ministère de la Culture), ainsi que sur une analyse de contenu de la convention elle-même.

Le 06 mai 2010 a été signée la convention « Culture Santé » entre le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication. Elle s'est faite dans l'objectif de poursuivre la politique déjà instituée par la convention de 1999. Elle s'inscrit dans le cadre des réformes actuellement menées sur les territoires de santé. Établie pour une durée de trois ans, elle est renouvelable pour un délai maximum de trois ans.

Plusieurs paramètres rappellent, à nouveau, les conventions établies en direction d'autres publics empêchés. Par exemple, à l'instar de ce qui avait été fait dans le cadre du protocole Culture/Justice, la convention est élargie ; elle prend désormais en compte des établissements médico-sociaux. Par ailleurs, comme dans les programmes menés dans les quartiers sensibles, les ministères parlent de « politiques culturelles d'excellence ». La

[222] Se référer à l'annexe 14.

politique menée en direction des personnes hospitalisées continue donc à s'inscrire pleinement dans la politique culturelle menée en faveur des publics empêchés.

Plusieurs points présentés dans cette convention peuvent être considérés comme une avancée pour le développement de la « Culture à l'hôpital » :

. En application de l'article L.6114-3 du Code de la Santé publique, la ministre de la Santé annonce l'intégration d'un volet social et culturel dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». De nouveau le social et le culturel sont mis sur le même plan. L'accès à la culture est définit comme « vecteur crucial de valorisation personnelle et sociale ».

. Les deux ministères reconnaissent l'enjeu que peut représenter la culture dans l'amélioration de la prise en charge des personnes hospitalisées ainsi que dans leur guérison. Pour le ministère de la Culture cela n'est pas anodin, on peut dire que l'on assiste au dépassement du traditionnel discours sur l'objectif de démocratisation culturelle. On retiendra par ailleurs que désormais le ministère de la Santé nous apparaît davantage porteur de ce dispositif que ce que ne peut l'être le ministère de la Culture. C'est du moins ce qui transparaît à la lecture de cette nouvelle convention.

. Cette dernière prévoit l'intégration de nouveaux acteurs dans le domaine de la « Culture à l'hôpital ». Les conventions régionales, signées auparavant par les DRAC et les ARH, peuvent se voir élargies aux collectivités territoriales. De plus, une Fondation devrait être créée pour assurer la gestion du mécénat.

. On retiendra également, une volonté de mettre en visibilité le développement de cette politique, à travers entre autres, la création d'un site Internet dédié et la reprogrammation des Journées de la Culture à l'hôpital.

. Les actions conduites seront centralisées et évaluées via la mise en place d'un comité de suivi et d'évaluation interministériel. Les modalités n'en sont pas pour autant définies.

D'autres points en revanche nous sont apparus comme problématiques :

. Du côté du ministère de la Santé, les propos tenus trahissent le maintien d'une vision de l'action culturelle comme une activité « occupationnelle ». Roselyne Bachelot parle d'une « politique d'animation culturelle et artistique ».

. De même, elle présente la culture comme « un élément fort du management social ». Ce qui nous renvoie au constat déjà formulé dans cette recherche concernant la tendance des

directions d'établissements à exploiter le projet culturel au profit d'une valorisation institutionnelle.

. Par ailleurs, la convention mentionne qu'une réflexion devra être conduite sur « l'aménagement de lieux adaptés et équipés pour les activités artistiques et culturelles ». Au-delà aucune mesure n'est annoncée pour conduire à une application concrète. Nous pouvons donc craindre que la situation actuelle observée, à savoir le déroulement des ateliers dans les espaces traditionnellement voués aux activités socio thérapeutiques ne perdure.

L'ensemble de notre recherche permet d'ailleurs de mettre en visibilité la persistance d'un certain manque de cohésion, au sein de la politique culturelle menée en direction des publics empêchés.

Des disparités persistantes dans l'application de la politique culturelle en faveur des publics empêchés

Les analyses portant sur le contexte de la recherche (conventions « Culture à l'hôpital ») apportent un éclairage sur la politique culturelle menée en faveur des publics empêchés et sur son évolution. La poursuite actuelle de ce programme, mis en place en 1999, marque une volonté de continuité dans les actions entreprises auprès de ces publics. L'accès à la culture des personnes qui en sont les plus éloignées reste un enjeu majeur de la politique culturelle française. Pourtant, quelques incohérences peuvent être discutées quant à la mise en application du programme « Culture à l'hôpital ».

La gestion régionale de l'application de ce programme a certes permis de répondre à des préoccupations locales et territoriales, néanmoins elle a accentué les clivages entre les établissements hospitaliers. L'octroi de subventions quasi systématique sur les grands pôles hospitaliers en témoigne. De même, les différences dans les modalités d'aides allouées ne font qu'augmenter les disparités régionales. Dès lors, il pourrait être pertinent de repenser les modalités d'application de la convention nationale en veillant, tout en respectant les prérogatives locales, à ce qu'une certaine harmonisation soit faite dans les différentes régions.

L'appropriation locale des projets a une autre incidence, à savoir leur mise en place qui trop souvent encore relève de quelques individualités (personnel hospitalier) ou d'un parti pris affiché de la direction. Ce constat incite à penser que plus de coopération est nécessaire en amont, dans la constitution même des projets.

L'étude des différents projets énoncés dans cette recherche participe de la mise en évidence d'un réel décalage entre les discours officiels (programme national, conventions régionales) et leurs applications dans le secteur hospitalier. Sans prendre le caractère d'une évaluation, ce travail rend compte d'une forme de « détournement » du projet culturel par les différents acteurs. Il apparaît que pour parer au déplacement opérant suite à la médiation culturelle effective (matérialisée par le dispositif de l'atelier) dans l'enceinte hospitalière, les stratégies à l'œuvre se multiplient conduisant à une véritable réappropriation, participant le cas échéant d'une appropriation du dispositif par les acteurs impliqués. Cette appropriation témoigne par ailleurs, d'un désir de pallier les difficultés rencontrées dans l'univers hospitalier.

L'engagement culturel comme réponse au malaise de la profession hospitalière

L'action culturelle apparaît comme réponse potentielle à un certain malaise de la profession soignante. Nous l'avons vu à plusieurs reprises, elle permet à des salariés souvent éprouvés de prendre du recul et de repenser leurs pratiques professionnelles. Leur participation à des ateliers culturels, favorise une prise de conscience des barrières qu'ils peuvent s'auto imposer, en réponse à la ritualisation implicite qui règne dans leur environnement professionnel.

Pensé sur une durée définie, le projet culturel marque une « rupture » dans la pratique professionnelle, une parenthèse dans l'activité salariale. Le partage d'une expérience culturelle commune permet aux salariés de s'interroger sur la place qu'ils occupent, sur leur façon de se positionner vis-à-vis des personnes qu'ils entendent soigner. En définitive, leur volonté de se mettre (lors de l'action culturelle) à l'égal du patient peut être interprétée comme une forme d'insatisfaction voire même de dérangement face à l'attitude de « pouvoir » qu'ils alimentent (consciemment ou mécaniquement) au quotidien, vis-à-vis des patients. Au cours de ces « temps » culturels, le personnel relègue sa fonction strictement soignante pour laisser davantage place à son individualité.

Nous l'avons compris, l'intérêt de participation du personnel hospitalier au projet culturel n'est pas que d'ordre professionnel. Il manifeste un besoin latent de

reconnaissance[223], attitude qui bien que louable peut comporter certains risques. L'affect développé par le personnel hospitalier face au projet culturel, fait de ce dernier, un territoire symbolique à investir. Néanmoins, cet attachement au projet culturel peut entraîner certains clivages, des mises en concurrence avec d'autres salariés ou bien plus directement avec les projets de service. Ce constat ravive le questionnement sur l'implication des différents acteurs hospitaliers dans le projet culturel. Pour dépasser cette mise en confrontation, cette rivalité, pour pouvoir accéder à une véritable coopération, il est indispensable de trouver les moyens d'impliquer davantage les cadres et les praticiens dans ces projets. En effet, à l'instar de l'œuvre, pour être porteur le projet se doit d'être co-construit.

L'action culturelle : une « perturbation » des cadres institués

Le travail que nous avons mené sur les cadres participe d'une réflexion sur la sociologie des organisations. Ainsi que nous l'avons décrit, l'action culturelle produit des perturbations, plus ou moins visibles et dont la durée s'inscrit au-delà de l'éphémère. Elle traduit la porosité des cadres de l'institution hospitalière. Bien que la fréquence et la temporalité des ateliers soient restreintes eu égard à la longueur des journées d'hospitalisation, il n'en reste pas moins qu'elles nécessitent des réadaptations internes qui même partielles, conduisent à repenser l'organisation des services de soins concernés.

Pour rappel, l'accompagnement des patients sur les séances en atelier entraîne une surcharge de travail pour le personnel restant en service. L'incidence n'est pas limitée à la durée du projet culturel. Il n'est pas rare qu'il soit réapproprié par le personnel, dans des logiques de prises en charge ou bien même qu'il instigue une dynamique favorisant la mise en place d'autres projets, à caractère culturel, par le personnel soignant lui même.

Dès lors, un risque subsiste, celui de voir le projet culturel servir une problématique strictement soignante, ce qui du coup renverrait à dénaturer l'esprit même de l'atelier culturel, en le considérant non pas comme un élément participant de la prise en charge globale des patients mais comme simple élément d'une prise en charge médicale.

Au-delà de modifier les cadres établis, le projet culturel instigue via le dispositif de l'atelier, un nouveau cadre dans l'institution hospitalière. C'est alors qu'émerge, un autre « cadre d'expérience » tel que l'a défini Erving Goffman. Par ailleurs, il entraîne une

[223] Il ne s'agit pas seulement d'une reconnaissance à titre professionnel mais également d'une reconnaissance personnelle, en tant que citoyen.

modification des « faces » chez le personnel participant. Cette dernière participe de la démystification de leur rôle, confortant leur désir de se montrer sous un autre jour auprès des patients. L'expérience esthétique partagée modifie dans le temps de l'atelier, la nature de leurs interactions. On assiste à une mise en suspend des relations de pouvoir, l'atelier est alors une forme de transgression de l'ordre rituel de l'hôpital. Les interactions y sont basées sur l'échange d'individu à individu, ce qui confère à l'atelier la symbolique d'un espace citoyen.

Il n'en reste pas moins que tout comportement est régi par des codes. Ceux opérant dans l'hôpital sont persistants (parfois par nécessité) ; ce phénomène conduit le personnel à reprendre sa « face » de soignant au sortir des ateliers.

En reprenant les conventions de cadrage telles que les a établies Erving Goffman, la recherche conduit au constat selon lequel l'atelier culturel représente un « phénomène stupéfiant » pour le cadre de l'hôpital psychiatrique. Il met ce dernier en défaut en y générant un certain trouble, ce qui vient confirmer le constat déjà posé par Gilles Herreros (DRAC Rhône Alpes, ARH Rhône Alpes, 2001). Il peut y avoir problème lorsque les acteurs ont une perspective différente vis-à-vis de la répartition des cadres. Cela n'est pas le cas dans l'espace de l'atelier culturel, étant donné que patients comme soignants ont acquis la possibilité de se référer simultanément à différents cadres. En revanche, pour le personnel extérieur, cela peut poser problème, car le cadre modalisé que représente l'espace de l'atelier culturel n'est pas reconnu comme cadre social par l'ensemble de la communauté hospitalière. Il est porteur de règles qui peuvent aller à l'encontre du cadre primaire instigué par la structure psychiatrique. Afin de pallier entre autres, la difficulté d'implication du personnel hospitalier dans les projets culturels, il est indispensable de reconnaître et d'octroyer à l'atelier culturel le statut de cadre social à part entière dans l'établissement hospitalier.

Par la même nous avons mis en avant le fait qu'afin que le projet culturel intéresse le personnel hospitalier il est nécessaire qu'il réponde à certaines de ses attentes professionnelles. En effet, la présentation de l'atelier comme accès possible à la culture, démarche citoyenne envers des personnes hospitalisées ne semble pas suffire pour interpeller significativement les professionnels de santé. C'est selon nous du côté de la prise en charge globale que la dynamique pourrait être généralisée.

Repenser la prise en charge des personnes hospitalisées

Nous l'avons vu, dans le domaine hospitalier la prise en charge s'oriente de plus en plus vers une prise en considération du patient en tant qu'individu, citoyen, et non simplement sujet à qui il convient de prodiguer des soins. On parle désormais de « démocratisation sanitaire ». Ce travail réinterroge la prise en charge des personnes hospitalisées. Nombreux sont les rapports qui attestent d'un malaise et de limites sévères dans la prise en charge médicale des patients. Pour avancer sur cette question et dépasser de manière concrète le débat encore latent de la confrontation entre soins et culture, il conviendrait de les penser davantage en complémentarité. La prise en charge ne doit pas se limiter à une prise en charge médicale, elle doit contenir une dimension citoyenne pour laquelle l'action culturelle apparaît particulièrement appropriée.

En outre, dans un climat économique difficile, accompagné d'une réduction des lits et du personnel, nous avons constaté que la culture apparaît reléguée au second plan par bon nombre d'acteurs hospitaliers. Or si rien n'est fait pour faire évoluer ce constat, c'est la pérennité même de l'action culturelle qui sera remise en question. À plus ou moins court terme, nous pensons notamment aux établissements qui ne pourront plus bénéficier du dispositif « Culture à l'hôpital » (étant donné qu'il est dégressif), le risque est qu'une nouvelle fois, l'action culturelle apparaisse comme déplacée et soit laissée de côté, en marge.

Notre démonstration a rendu compte du rôle qu'un projet culturel pouvait prendre dans la prise en charge globale des personnes hospitalisées. Dès lors, sans accoler à l'action culturelle une fonction thérapeutique qui n'est pas la sienne, il convient de la reconnaître et de l'intégrer dans la prise en charge des patients.

Leur participation aux ateliers culturels s'avère particulièrement bénéfique. Au delà d'instaurer une rupture dans le temps d'hospitalisation, l'atelier par l'espace particulier qu'il constitue représente une autre modalité d'expression et de communication pour des personnes en souffrance. Par le développement du narcissisme auquel il participe, par la (re)construction identitaire qu'il favorise, il peut être considéré comme véritable espace de socialisation au sein de l'enceinte hospitalière.

Nonobstant, on ne peut pas considérer qu'il favorise réellement l'amorce d'une pratique artistique. L'enjeu se situe davantage dans la possibilité de partage d'une expérience

esthétique. L'action culturelle revêt une importante dimension citoyenne, favorisant le développement via la pratique artistique, la rencontre culturelle, l'expérience esthétique en groupe, autant de paramètres qui participent d'une prise en charge globale du patient telle que le personnel hospitalier entend la mener.

Néanmoins, comme nous l'avons démontré, la pérennité de l'action culturelle dans le champ hospitalier est conditionnée par la reconnaissance de son intérêt par le personnel. Pour cela faut-il encore que cet intérêt réponde à des besoins professionnels, ce qui ne sera permis qu'en reconnaissant et en intégrant de manière officielle et pragmatique l'action culturelle dans la prise charge des patients. Elle pourrait trouver place dans les missions de la Direction générale de l'offre de soins[224] (DGOS) dont l'un des objectifs principaux est de proposer une approche plus globale de la prise en charge en intégrant aussi bien la ville que l'hôpital.

Au-delà du champ hospitalier, notre recherche participe de la réflexion menée dans le champ de la médiation culturelle.

Réinterroger le statut et les missions de l'artiste

L'artiste est un élément indispensable à la réussite du dispositif de médiation culturelle. La recherche a confirmé la place centrale qu'il occupe au sein de l'atelier, son statut de « passeur » est confirmé tout en étant élargi.

La particularité de l'intervention artistique en hôpital psychiatrique est le caractère non défini du projet artistique. Il se formalise par la rencontre ; les échanges, le travail co-construit entre l'artiste et les participants. Transmettre par le biais de la pratique artistique des compétences[225] qui soient réexploitables dans la durée est l'un des objectifs principaux de ces artistes intervenant en psychiatrie ; et plus généralement de ceux intervenant auprès de publics empêchés. L'importance accordée au caractère collectif de la production artistique tend à déplacer au second plan le rendu final de la création, au profit de son processus d'élaboration.

On en revient à l'importance grandissante accordée à la coconstruction de l'œuvre. L'analyse de divers projets, complétée par les entretiens menés auprès des intéressés a révélé une attitude particulière chez ces artistes, ils apparaissent investis d'une « mission

[224] La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a été créée par décret du 15 mars 2010 au sein du ministère chargé de la santé, en remplacement de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).
[225] Le terme de « compétence » n'est pas à entendre dans son caractère technique.

citoyenne ». La pratique artistique, qu'ils permettent aux participants d'explorer au cours de leurs ateliers, est envisagée comme facteur de développement de l'expression individuelle. Cette minorité d'artistes est porteuse d'une tendance, qui nous le pensons, pourrait tendre à se généraliser, à savoir le fait de considérer ces interventions comme un travail « utile ». Le mythe de l'artiste solitaire, de la création pour soi, de l'œuvre pour l'œuvre apparaît de plus en plus désuet et obsolète. Visiblement, la création pour elle-même ne satisfait plus les artistes qui éprouvent le besoin de la partager, de lui donner davantage de sens. Cette tendance participe elle-même de la réflexion sur l'objet artistique et sur le champ de la médiation culturelle.

L'artiste d'art contemporain est reconnu pour sa spécificité à questionner les individus par le biais de ses créations. Or, l'intervention auprès des publics empêchés entraîne un « renversement » des rôles traditionnellement établis. La création commune, in situ avec ce public interroge l'artiste sur ses propres catégorisations, tout en favorisant une modification de ses représentations sociales à l'égard de ce dernier. Les questionnements liés à ces interactions conduisent inévitablement à réinterroger le statut accordé à l'objet culturel.

Repenser l'objet culturel davantage comme support que comme finalité

Comme cela a été souligné, les changements de « face » qui se produisent au cours de l'atelier ne sont effectifs que dans le temps de celui-ci. On pourrait en déduire que la médiation ne se produit que dans cet espace limité et n'est pas destinée à être poursuivie. Ce constat s'avère erroné. Nous l'avons démontré dans cette recherche, l'atelier culturel rend la médiation culturelle opérante au-delà de ce temps. A posteriori, c'est dans le regard posé, dans la confiance acquise auprès des patients (permettant par ailleurs davantage de possibilités dans la suite de la prise en charge) que se manifestent les « effets » de la médiation culturelle opérant via le dispositif de l'atelier culturel.

La mise en évidence de ce point a une portée plus générale permettant de repenser le rôle même de la médiation culturelle. L'objet culturel perd ainsi de son caractère sacralisé au profit de l'expérience. Il devient support et non finalité de la rencontre, de la coproduction conduisant à ce partage de l'expérience esthétique, qui elle-même devient point de départ d'une possible évolution des représentations sociales en direction des publics empêchés. Ce qui pourrait représenter un bouleversement dans la manière même d'envisager les finalités de

la médiation culturelle, jusqu'à alors essentiellement pensée en tant que processus permettant de faire le lien entre une oeuvre et un public.

Ce que nous avons démontré au travers de cette recherche élargit le champ potentiel de la médiation culturelle. En effet, par le dispositif de l'atelier culturel, elle n'est autre que la mise en relation d'entités diverses, participant et partageant une expérience esthétique non pas tant dans la finalité de comprendre ou d'appréhender l'objet culturel que de s'appréhender eux-mêmes, entre eux, et dans leur rapport au monde. Il faut donc accepter que la médiation culturelle soit pourvue d'effets socialisants. Le reconnaître n'est pas dénaturer l'action culturelle bien au contraire, mais élargir le champ possible de ses compétences.

L'atelier culturel, un dispositif reproductible dans différents cadres

L'atelier culturel est espace de communication rendant possible le partage d'une expérience esthétique. L'un des avantages de cette recherche, résulte dans le fait que les résultats livrés sur ce point peuvent être étendus, au-delà du cadre prospecté. La poursuite de la recherche pourrait se faire autour de cet axe.

Le dispositif est transposable aux actions menées auprès de publics empêchés ou dans des environnements au sein desquels, les contraintes encore pesantes sont susceptibles de nuire à la connaissance ou à la pratique culturelle ; nous faisons notamment référence aux quartiers sensibles, aux établissements pénitentiaires, aux maisons de retraite… La médiation culturelle peut donc opérer dans ces différents cadres au travers de la mise en place d'un atelier. Les effets relevés par la présence de ce dispositif sont reproductibles dès lors que certains paramètres sont respectés.

. L'atelier doit produire un espace autre au sein de l'institution dans laquelle il est mis en place, pour ce faire il est donc nécessaire qu'il soit géographiquement distinct des espaces de vie traditionnels au sein desquels les relations de pouvoir ont lieu. Il ne doit en aucun cas être un espace partagé avec les activités thérapeutiques ou sociothérapeutiques au risque comme nous l'avons démontré d'un manque de reconnaissance et de légitimité. Le cahier des charges relatif à la construction des nouveaux établissements hospitaliers devrait disposer d'une close stipulant l'obligation de conception d'un espace consacré à accueillir exclusivement des actions culturelles. Pour les établissements déjà en place, la fermeture de certains services,

souvent laissés à l'abandon pourrait donner l'occasion de repenser et réaménager leur espace pour y installer des ateliers culturels et autres manifestations artistiques.

. La présence de l'artiste est indispensable, tout comme sa non-appartenance aux différentes parties en présence. Son extériorité au milieu favorise une libre expression des participants et entraîne auprès d'eux certains changements de « faces ».

. L'atelier doit nécessairement prôner une forme participative et une co-construction de l'oeuvre. Le projet ne peut être défini qu'en cours d'expérience par l'apport de la réciprocité des échanges entre artistes, patients et personnel.

Ce dispositif permet de contre balancer la rigueur des cadres institutionnels trop pesants qui dictent encore ou formalisent parfois à outrance les rapports entre les différents acteurs.

Au-delà, pour assurer le développement et la pérennité de l'action culturelle dans les établissements hospitaliers il convient de repenser différents points dans l'élaboration des projets culturels.

. La parole des patients, leurs attentes devraient davantage être prises en considération. Pour cela, au sortir de leur hospitalisation il pourrait être intéressant de les questionner sur leur intérêt vis-à-vis de l'action culturelle au cours de leur séjour.

. Le personnel hospitalier (toutes catégories confondues) doit davantage être impliqué dans la constitution des projets culturels. Cela pourrait passer par l'inscription généralisée d'un volet culture dans les formations dispensées par l'IFSI (Institut de Formation en Soins infirmiers). C'est d'ailleurs ce que propose la nouvelle convention signée en mai 2010. Néanmoins, la place accordée à ces modules pédagogiques se doit d'être définie et suffisamment conséquente pour produire les résultats escomptés. Si tel n'est pas le cas, le risque est d'arriver au même constat que celui formulé par Claudine Lieber et Dominique Chavigny (2005), quant à la formation des professionnels du milieu pénitentiaire.

. L'artiste qui intervient doit continuer à prendre en compte le double public qu'il rencontre, à savoir les patients et le personnel. Étant donné que comme nous l'avons décrit, la venue des premiers est intrinsèquement liée aux choix des seconds, l'artiste doit préalablement s'adresser à eux en allant directement à leur rencontre. La présentation du projet artistique au sein des services, telle qu'elle se pratique déjà dans certains établissements doit être démultipliée et devenir incontournable.

. Les actions culturelles devraient être inscrites dans chaque projet d'établissement, distinctement du projet de soins pour ne pas risquer l'association projet artistique- projet

thérapeutique. Il doit néanmoins être reconnu comme participant de la prise en charge globale des patients, tout d'abord parce que c'est une réalité confirmée par cette recherche et secondement parce ce que c'est l'un des points essentiels qui pourrait rallier davantage de salariés à ces projets.

En conclusion, nous souhaitons élargir les perspectives de cette recherche en étudiant de nouveaux terrains au sein desquels l'atelier culturel est susceptible de déplacer les cadres instaurés, nous pensons notamment aux établissements pénitentiaires, aux quartiers sensibles…Nous souhaiterions également étudier plus en détails, les retombées de l'action culturelle menée pour les publics empêchés, non pas directement de ce point de vue mais plutôt de celui des personnes extérieures impliquées dans le projet, nous faisons référence aux travailleurs sociaux (quartiers) ou bien aux surveillants (établissements pénitentiaires).

BIBLIOGRAPHIE

ABDELLAOUI (Sid). 2008. « Face à l'inefficacité de la prison, la science et l'opinion publique finiront-elles par « vouloir » se rencontrer ? ». *Les cahiers de psychologie politique*, 13.

ADAM (Philippe) & HERZLICH (Claudine). 2005. *Sociologie de la maladie et de la médecine.* Paris : Armand Colin.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION RHÔNE-ALPES, REGION RHÔNE-ALPES ET DIRECTION DES AFFAIRES CULTURELLES. 2009. Aventures en terres hospitalières - Culture, hôpital et territoires 2000-2010. Publication en ligne : < http://www.hi-culture.fr/Aventures-en-terres-hospitalieres.htm. > [Page consultée le 10 août 2010.]

AMOUROUS (Charles), BLANC (Alain) (dir.). 2001. *Erving Goffman et les institutions totales.* Paris : Éd. L'Harmattan. (Collection Logiques Sociales.)

ARBORIO (Anne Marie), FOURNIER (Pierre). 2005. *L'observation participante***.** Paris : Armand Colin. [Collection sociologie 128, 2e édition refondue.]

ARENDT (Hannah). 1974. *La crise de la culture.* Paris : Gallimard. (Collection Folio Essai.) [Publication originale de 1954.]

ARSEC. 2004. *Culture et hôpital, des compétences, des projets de qualité.* Actes du Séminaire « Culture et Hôpital », au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, les 30 et 31 mars 2004, Paris. Publication en ligne : < http://http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/actes_seminaire.pdf. > [Page consultée le 10 août 2010.]

ASSOCIATION OPALE. 1996. « Rencontres artistiques et santé mentale ». *La Lettre Culture et Proximité,* 3, p. 27-42.

AURIAC (Franck), BRUNET (Roger) (coordination).1986. *Espaces, jeux et enjeux*. Paris : Fayard / Fondation Diderot.

BASSE (Patrick). 2003. *Cadre de santé, projet d'établissement et communications de travail à l'hôpital : De l'écriture des projets d'établissements aux modifications identitaires des cadres de santé.* Th. doct. : sciences de l'information et de la communication / sous la direction de Pierre Delcambre : université Lille 3.

BECKER (Howard S.). 2004. *Écrire les sciences sociales.* Paris : Éd. Economica. [Publication originale de 1986.]

BERA (Mathieu) et LAMY (Yvon). 2003. *Sociologie de la culture.* Paris : Armand Colin.

BERTEN (André). 1999. « Dispositif, médiation, créativité, petite généalogie ». *Hermès*, 25, p.33-45.

BEUSCART (Jean-Samuel) et PEERBAYE Ashveen. 2006. « Histoires de dispositifs ». *Terrains et travaux.* 2006/2, n°11,p.3-15.

BIANCHINI (Franco). 2001. « Accès à la culture, démocratie culturelle et citoyenneté ». Séminaire « Banlieues d'Europe » de l'Observatoire des politiques culturelles, 17 et 18 décembre 2001, à Strasbourg. Publication en ligne : < http://www.observatoire-culture.net/pdf/31-1BianchiniStrasb2FR.pdf. > [Page consultée le 2 décembre 2009.]

BICHAT (Jean-Marcel). 2004. *L'enseignement des disciplines artistiques à l'école.* Rapport du Conseil économique et social. Publication en ligne : < www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/doclon/0402104.PDF [Page consultée le 02 février 2008.]

BLANCHET (Alain) & GOTMAN (Anne). 1992. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien.* Paris : Nathan. (Collection sociologie 128.)

BOLTANSKI (Luc) & THÉVENOT (Laurent). 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur.* Paris : Gallimard.

BORDEAUX (Marie-Christine). 2008. « Un agir communicationnel propre à l'action culturelle : la médiation culturelle confrontée au phénomène de l'illetrisme ». *Culture et musées*, n°11, p.59-77.

BORDEAUX (Marie-Christine). 2008. « De la mise en scène de la médiation à la médiation comme scène : une action de sensibilisation à la danse contemporaine », in Cousin Saskia, Da Lage Emilie, Debruyne François ? Vandiedonck David (dir), *Le sens de l'usine.* Paris : Creaphis, p.99-106.

BOURRIAUD (Nicolas). 2006. *L'esthétique relationnelle.* Paris : Les presses du réel. (Collection documents sur l'art.)

BOUTINET (Jean-Pierre). 1990. *Anthropologie du projet.* Paris : Presses universitaires de France.

BUFFET (Marie Hélène). 2003. « Culture, actions culturelles et intégration en France des populations immigrées et de leurs enfants ». *Mots Pluriels*, 23.

CALMET (Marie). 2003. *Médiathèque, publics empêchés, publics éloignés : Les enjeux d'un projet de service spécifique.* Mémoire d'étude : diplôme de conservateur de Bibliothèque, École nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques (ENSSIB).

CANDITO (Nathalie) & PERRET (Stéphanie). 2005. « Exposition Empreintes[s] : Quand culture et hôpital s'apprivoisent ». *La lettre de l'OCIM,* 99, p.4-13.

CAUNE (Jean). 1999. *Pour une éthique de la médiation culturelle.* Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

CAUNE (Jean). 2000. « La médiation culturelle une construction du lien social ». *Enjeux de l'information et de la communication,* 1.

CAUNE (Jean). 2006a. *Culture et Communication : Convergences théoriques et lieux de médiation*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble. [2e édition révisée et mise à jour.]

CAUNE (Jean). 2006b. *La démocratisation culturelle : Une médiation à bout de souffle.* Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER. 1999. *Le Vinatier, un hôpital en travail.* Bron : Éd, la FERME du Vinatier.

CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER. 2001. *Question à la « révolution psychiatrique* ». Actes de colloque, cycle « Tumultes et silences de la psychiatrie ». Bron : Éd. la FERME du Vinatier.

CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER. 2001. *Tohu-bohu de l'inconscient : Paroles de psychiatres, regards d'anthropologues* ». Actes de colloque, cycle « Tumultes et silences de la psychiatrie ». Bron : Éd. la FERME du Vinatier.

CENTRE NATIONAL DE LA CINÉMATOGRAPHIE, DÉLÉGATION AU DÉVELOPPEMENT ET AUX AFFAIRES INTERNATIONALES DU MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. 2007. *Résultats de l'enquête « actions cinéma/audiovisuel en milieu hospitalier.* Publication en ligne : < http://www.cnc.fr/CNC_GALLERY_CONTENT/DOCUMENTS/publications/etudes/Resultats_hopital_definitifs1.pdf. > [Page consultée le 2 décembre 2009.]

CHAUMIER (Serge). 2008. « Le public, acteur de la production d'exposition ? Un modèle écartelé entre enthousiasme et réticences » in, Jacqueline Eidelmnan, Mélanie Roustan, Bernadette Godstein (dir), *La place des publics. De l'usage des études et recherches par les musées*, p.241-250.

CHU DE LILLE. 2004. *Architecture, Hôpital, Art contemporain.* Actes de colloque du CHRU de Lille, les 25 et 26 novembre 2004. Publication en ligne : < http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/colloque_lille.pdf. > [Page consultée le 2 décembre 2009.]

COLIN (Bruno). 1998. « Action culturelle dans les quartiers: Enjeux et méthodes ». *Culture et Proximité,* Hors Série.

COLLECTIF AFRATAPEM. 1990. *Les bases de l'enseignement en art thérapie.* Tours : Université de Tours publications.

COUPECHOUX (Patrick). 2006. *Un monde de fous : Comment notre société maltraite ses malades mentaux.* Paris : Éd. Seuil.

COSNIER (Jacques), GROSJEAN (Michèle), LACOSTE (Michèle) (dir.). 1993. *Soins et Communication : Approche interactionniste des relations de soins.* Lyon : Éd. ARCI / Presses Universitaires de Lyon. (Collection Éthologie et Psychologie des communications.)

COSTES (Mylène). 2008. « Quand art et culture interpellent les soignants », Avec, collection médicale réservée aux équipes soignantes en psychiatrie : forum Culture et soins, 17, décembre, pp. 9-11

CROZIER (Michel) & FRIEDBERG (Erhard). 1992. *L'acteur et le système.* Paris : Éd. Seuil. [Publication originale de 1977.]

CUCHE (Denys). 2004. *La notion de culture dans les sciences sociales.* Paris : Éd. La découverte. [3e édition.]

DACHEUX Eric. 2003. « Un nouveau regard sur l'espace public et la crise démocratique ». *Hermès,* n° 36, p.195-204.

DACHEUX Eric. 2007. « Une nouvelle approche de l' espace public ». *Recherches en communication »,* n° 28, p.11-26.

DAVALLON (Jean). 1999. *L'exposition à l'œuvre : Stratégies de communication et médiation symbolique.* Paris : Éd. L'Harmattan.

DAVALLON (Jean). 2004. « La médiation : La communication en procès ? ». *MEI,* « Médiation et Information », 19, p37-60.

DAVILA (Thierry) & FRECHURET (Maurice). 1999. *L'Art médecine***,** *catalogue d'exposition Musée Picasso, Antibes, 25 juin au 10 octobre 1999*. Paris : Éd. Réunion des musées nationaux.

DE LA BROISE (Patrice) et GROSJEAN (Sylvie). 2010. « Introduction ». *Etudes de communication :* normes et écritures de l'organisation, n° 34, p.2-10.

DE CERTEAU (Michel). 1990. *L'invention du quotidien, 1. arts de faire.* Saint-Amand : Gallimard. [Publication originale de 1980.]

DE MUNCK (Jean). 2000. *La Folie, l'art, l'institution***.** *Le Club Antonin Artaud a quarante ans*. Belgique : Éd. Unité d'Anthropologie et de sociologie.

DEWEY (John).2010. *L'art comme expérience.* Paris : Éd. Folio. (Collection Essais.) [Publication originale de 1934.]

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES CULTURELLES RHÔNE-ALPES, AGENCE RÉGIONALE DE L' HOSPITALISATION RHÔNE-ALPES. 2001. *Il suffit de passer le pont.* Bron : Éd. la FERME du Vinatier.

DJIAN (Jean Michel). 2005. *Politique culturelle : La fin d'un mythe.* Saint Amand : Gallimard. (Collection Folio Actuel.)

DOSSE (François). 2002. « L'art du détournement. Michel de Certeau entre stratégies et tactiques ». *Esprit,* mars-avril 2002, p.206-222.

DOSSE (François). 2002. « La rencontre tardive entre Ricoeur et Certeau » in Christian Delacroix, François Dosse, Patrick Garcia, Michel Grebitsch, *Michel de Certeau : les chemins d'histoire,* p. 159-175. Bruxelles : Complexe.

DUBAR (Claude) & TRIPIER (Pierre). 1998. *Sociologie des professions.* Paris : Armand Colin.

DUCERTE (Paulette). 2000. « Les représentations de la dévalorisation urbaine chez les professionnels de la politique de la ville. ». *Les annales de la recherche urbaine*, 88.

DUFRENE (Bernadette) et GELLEREAU (Michèle). 2001. « La médiation culturelle, métaphore ou concept ? Propositions et repères ». Actes du XIIe Congrès SFSIC, *Emergence et continuité dans les recherches en communication.* Paris.

DUFRENE (Bernadette) & GELLEREAU (Michèle). 2004a. « Qui sont les médiateurs culturels ? Statuts, rôles et constructions d'images ». *MEI,* « Médiation et Information », 19, p. 163-176.

DUFRENE (Bernadette) & GELLEREAU (Michèle). 2004b. « La médiation culturelle : Enjeux professionnels et politiques ». *Hermès,* « Les sciences de l'information et de la communication. Savoirs et Pouvoirs », 38.

DURKEIM (Émile). 1967. *De la division du travail social.* Paris : Presses Universitaires de France. [Publication originale de 1893.]

EHESP. 2008. « Démocratie sanitaire : Place et rôle des usagers ». Mémoire ENSP de Module interprofessionnel de santé publique, Groupe 29. Publication en ligne : < fulltext.bdsp.ehesp.fr > [Page consultée le janvier 2009.]

ES-SAFI (Latifa). 2001. « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant ». *Pensée Plurielle*, « Interculturel, médiation, transition… », 3.

FABIANI (Jean-Louis). 2006. *Beauté du Sud. La provence à l'épreuve des jugements de goût.* Paris : l'Harmattan.

FABIANI (Jean-Louis). « Lire en prisons : une enquête en chantier ». *Enquête n°1* : Les terrains de l'enquête, pp. 199-220. Publication en ligne : http://enquete.revues.org/document287.html > [Page consultée le 12 juin 2010.]

FAYN (Marie-Georges). 1995. *Humaniser les soins.* Paris : ESF Éditeur.

FILL (Fédération interrégionale du livre et de la lecture). 2005. *Culture en prison : Où en est-on ?* Actes des Rencontres nationales, Comédie de Valence, les 25 et 26avril 2005. Paris : FILL.

FILL (Fédération interrégionale du livre et de la lecture). 2007. *Quel rôle peut jouer la culture dans les peines alternatives à l'incarcération et les mesures d'aménagements de peine ?* Actes du séminaire sur l'action culturelle en direction des personnes placées sous main de justice, Paris : Cité des Sciences et de l'Industrie, le 09 février 2007. Publication en ligne :<

www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/justice.htm > [Page consultée le 03 mars 2009.]

FOUCAULT (Michel). 2003. *Naissance de la clinique.* Paris : Presses Universitaires de France. [Publication originale de 1963.]

FOUCAULT (Michel). 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique.* Paris : Gallimard.

FOUCAULT (Michel). 1975. *Surveiller et punir.* Paris : Gallimard.

FUMAROLI (Marc). 1992. *L'État culturel : Essai sur une religion moderne.* Paris : Éditions de Fallois.

GALLE (Raymond). 2003. *Un art du soin : Étude sur l'ouverture de centre d'art dans les hôpitaux psychiatriques.* Publication en ligne : < http://www.textes-psy.com/spip.php?article761. > [Page consultée le 23 avril 2009.]

GELLEREAU Michèle et LAUDATI Patrizia. 2008. « Introduction ». *Études de communication :* espace urbains, espaces publics, paroles et interprétations des habitants, p.7-14.

GOFFMAN (Erving). 1968. *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux.* Paris : Éd. Minuit.

GOFFMAN (Erving). 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne.2.Les relations en public.* Paris : Éd. Minuit.

GOFFMAN (Erving). 1974a. *Les cadres de l'expérience.* Paris : Éd. Minuit.

GOFFMAN (Erving). 1974b. *Les rites d'interaction.* Paris : Éd. Minuit.

GOFFMAN (Erving). 1975. *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éd. Minuit.

GONNET (Françoise) & LUCAS (Sylvie). 2004. *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail***.** Paris : Éd. Gestion des ressources humaines.

GOTTESDIENER (Hana) & VILATTE (Jean-Christophe) (dir.). 2006. « *Culture and Communication* ». Actes du *Proceedings of the 19th Congress of the International Association of Empirical Aesthetics*, Avignon, august 29-september 1.

GOUJON (Daniel) & POISAT (Jacques). 2003. « L'hôpital comme espace public ». *Hermès,* 36, p. 119- 126.

GRAPPIN (Florence). 2008. *Culture et hôpital : Enjeux et légitimité de l'action culturelle au sein de l'établissement de soins.* Mémoire de Master 2 : Philosophie/ sous la direction de Jean Yves Goffi : université Pierre Mendès France.

GUERRERI (Christine). 2001. *Des artistes à l'hôpital : Enjeux culturels d'une expérience esthétique.* Mémoire de DESS : Développement Culturel et Direction de Projet : université Lyon 2.

GUILLAUME-HOFNUNG (Michèle) (dir.). 2001. *Hôpital et Médiation.* Actes du colloque, Université Jean-Monnet, Saint Etienne, le 19 novembre 1999. Paris : Éd. L'Harmattan.

GUILLAUME-HOFNUNG (Michèle). 2007. *La médiation.* Paris : Presses universitaires de France. (Collection Que sais-je.) [Publication originale de 1995.]

GUILLON (Anita) & MATHIEU FRITZ (Alexandre). 2008. « Quand les patients hospitalisés (re)deviennent des personnes : La mise en place de journaux de bord dans un service de réanimation ». *Réseau,* 151, p. 92-137.

GUIOUX (Axel) & LASSERRE (Évelyne). 1998. De l'utopie au système d'action ou le dehors psychiatrique : L'exemple du Centre Hospitalier le Vinatier. Publication en ligne :< www.ch-le-vinatier.fr/ferme/documents/Delutopieausystemdaction.pdf > [Page consultée le 02 février 2006.]

GUIOUX (Axel) & LASSERRE (Évelyne). 1999. « L'expérience cubique : ethnologie au cœur d'un hôpital psychiatrique » in *Tohu-bohu de l'inconscient.* Lyon : Ed. la FERME du Vinatier.

HABERMAS (Jürgen). 1987. *Théorie de l'agir communicationnel.* Paris : Fayard.

HALL (Edward T.). 1971. *La dimension cachée.* Paris : Éd. Seuil. (Collection Points.) [Publication originale de 1966.]

HENNION (Antoine) & GRENIER (Line). 2000. « Sociology of Art : New Stakes in a Post-Critical Time », in SRQ, The International Handbook of Sociology. New-York: Sales A., p.341-355.

HENNION (Antoine). 2004. « Une sociologie des attachements. D'une sociologie de la culture à une pragmatique de l'amateur ». *Sociétés,* n° 85, p.9-24.

HERREROS (Gilles). 2004. *Les petites liaisons Culture-Hôpital, Variations sur le Vital*. Rapport de recherche IRCO, Université Lyon 2, CREA. Publication en ligne :< www.culture.gouv.fr/rhone-alpes/hopital/image/Rapport-herreros-2004.pdf > [Page consultée le 05 avril 2006.]

HERREROS (Gilles). 2007. « L'hôpital à l'épreuve des réformes ». *Socio-anthropologie,* « Santé et sociétés », 21, p.23-36.

HERREROS (Gilles). 2008. Intervention lors du séminaire « Culture, hôpital et territoires », Lyon, le 13 mai 2008. Publication en ligne : < http://podcast.univ-lyon2.fr/groups/culturehopitaletterritoires/webblog. > [Page consultée le 26 mai 2009.]

HERREROS (Gilles) et MILLY (Bruno). 2009. *Culture-Hôpital : De l'expérimentation à l'institutionnalisation.* Rapport de recherche, ARH, DRAC, Région Rhône-Alpes. Publication en ligne :< www.culture.gouv.fr/rhone-alpes/hopital/pdf/rapport-herreros-2009.pdf > [Page consultée le 16 avril 2010.]

HERZLICH (Claudine).1992. *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale.* Éditions EHESS.

HIRSCH (Emmanuel). 2002. *La révolution hospitalière : Une démocratie du soin.* Paris : Bayard.

HOSPITAL (Corinne). 2002. *L'enfant, l'hôpital et l'architecte.* Éd. L' Espérou.

JODELET (Denise). 1989 a. *Folies et représentations sociales.* Paris : Presses universitaires de France.

JODELET (Denise). 1989 b. « Représentations sociales : Un domaine en expansion » in *Les représentations sociales /* sous la direction de Denise Jodelet. Paris : Presses universitaires de France.

KAUFMANN (Jean Claude). 2004. *L'invention de soi : Une théorie de l'identité.* Sejer : Armand Colin. (Collection Individu et Société.)

KLEIN (Isabelle) & BRACKELAIRE (Jean-Luc). 1999. « Le dispositif : Une aide aux identités en crise ». *Hermès,* 25, p.67-81.

KYRNEA INTERNATIONAL . (2003). *Coups de projecteurs à l'hôpital, Bilan / Évaluation / Perspectives : Du cinéma en plein air dans les établissements de santé et résidences pour personnes âgées des rencontres, des débats sur cinéma, santé et société*. Paris : Éd. Association Kyrnéa International.

LAMIZET (Bernard). 1999. *La médiation culturelle.* Paris : Éd. L'Harmattan.

LAMIZET (Bernard). 2002. « L'esthétique institutionnelle : médiation esthétique de l'organisation et de l'appartenance ». *Recherches en communication* , n°17, p.61-75.

LARDELLIER (Pascal). 2003. *Théorie du lien rituel. Anthropologie et communication.* Paris : Éd. L'Harmattan.

LE MAREC (Joëlle). 2001. « Le public : définitions et représentations ». *Bulletin Bibliothèques de France,* n°2, t.46, p.50-55.

LIEBER (Claudine) & CHAVIGNY (Dominique). 2005. *Les bibliothèques des établissements pénitentiaires.* Rapport d'Étude. Publication en ligne : < www.culture.gouv.fr/culture/actualites/rapports/prisons/rapportprisons.pdf. > [Page consultée le 22 mai 2008.]

LIONETTI (Roberto). 1998. « Van Gennep au bloc opératoire ». *Cahiers de Sociologie Économique et culturelle,* n°10, p.110-127.

LOMBARD (Jean) & VANDEWALLE (Bernard). 2007. *Philosophie de l'hôpital.* Paris : Éd. L'Harmattan. (Collection Hippocrate et Platon.)

LUCAS (Jean Michel). 1999. « Réflexions sur les politiques de la culture, en France, et leurs rapports aux politiques territoriales. ». Communication lors du colloque « Territoire et Culture », à Buenos-Aires, le 22 novembre 1999.

MANNONI (Pierre). 1998. *Les représentations sociales***.** Paris : Presses universitaires de France.

MAUDET (Gwenaëlle). 2002. « La "démocratie sanitaire" : penser et construire l'usager ». *Lien Social et Politiques*, « La démocratisation du social », 48, p.95-102.

MEAD (Georges Herbert). 1934. *Mind, Self and Society*, Chicago : C.W Morris / University of Chicago Press.

MEUNIER (Dominique). 2007. « La médiation comme "lieu de relationnalité" : Essai d'opérationnalisation d'un concept ». *Questions de communication*, « Malades et maladies dans l'espace public », 11, p. 323-340.

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATON, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. 2001. *Premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital : La place de l'art et de la culture en milieu hospitalier : Conférences, débats, ateliers, spectacles.* Actes du colloque, Strasbourg, du 4 au 6 février 2001. Publication en ligne : < www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/actes-strasbourg.pdf. > [Page consultée le 21 septembre 2006.]

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATiON. 2002. Les politiques interministérielles, vecteur d'accès à la culture. Rapport d'activités, chapitre 17. Publication en ligne :< www.culture.gouv.fr/culture/actualites/rapport2002/Chap17.pdf > [Page consultée le 03 juin 2007.]

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATON. 2003. *Favoriser l'accès à la culture et la lutte contre les exclusions.* Rapport d'activités, chapitre 17. Publication en ligne : < www.culture.gouv.fr/culture/actualites/rapport2003/chapitre17.pdf> [Page consultée le 03 juin 2007.]

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATON. 2004. *L'accès à la culture et la lutte contre les exclusions.* Rapport d'activités, chapitre 18. Publication en ligne : < www.culture.gouv.fr/culture/actualites/rapport2004/chapitre18.pdf> [Page consultée le 03 juin 2007.]

MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. 2007. *La lecture à l'hôpital, bilan et perspectives.* Publication en ligne :< www.culture.gouv.fr/culture/dII/Rapportlecturehopital.pdf > [Page consultée le 12 mars 2009.]

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. 2009. *Programme d'action triennal du ministère de la Culture et de la Communication.* Publication en ligne : < www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/ville:triennal_ville.pdf. > [Page consultée le 19 février 2009.]

MOLINIER (Pascal), RATEAU (Patrick) & COHEN-SCALI (Valérie). 2002. *Les représentations sociales : Pratique des études de terrain*. Rennes : Presse Universitaires de Rennes. (Collection Didact psychologie sociale.)

MONTFORT (Jean-Michel) & DE VARINE (Hugues). 1995. *Ville, culture et développement. L'art de la manière.* Paris: Syros.

MOSCOVICI Serge. 1989. « Des représentations collectives aux représentations sociales : Éléments pour une histoire » in *Les représentations sociales /* sous la direction de Denis Jodelet. Paris : Presses universitaires de France.

MOULINIER (Pierre). 2005. *Les politiques publiques de la culture en France.* Paris : Presses Universitaires de France.[Publication originale de 1999, 3e édition mise à jour.]

OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre). 1995. « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. » *Enquête :* les terrains de l'enquête, n°1, p.71-109.

ORFALI (Kristina), WASSMER (C.). 1986. *La maladie, l'hôpital et le malade.* Paris : rapport de recherche Cadis/EHESS.

PARCHAPPE (Max). 1850. « Symptomatologie de la folie ». *Annales médico-psychologiques 2.*

PAUGAM (Serge). 2008. *Le Lien Social.* Paris : Presses universitaires de France. (Collection Que sais je ?)

PEETERS (Hugues) et CHARLIER (Philippe). 1999. « Contributions à une théorie du dispositif ». *Hermès :* le dispositif entre usage et concept », n° 25, p.15-23

PEGON (Juliette). 2006. *Le programme « Culture à l'hôpital » : Une pérennité à l'épreuve d'enjeux partagés.* Mémoire de Master 2 : Développement Culturel de la ville / sous la direction de Guy Martinière : université de la Rochelle, faculté de Lettres, Arts et Sciences Humaines.

PEIRY (Lucienne). 1997. *L'art brut.* Genève : Flammarion.

POIRRIER (Philippe). 2009. *L'État et la Culture en France au XXe siècle.* Paris : Éd. Librairie Générale Française. [Publication originale de 2000.]

POISAT (Jacques). 2008. « Le patrimoine hospitalier ; vecteur de construction de l'image de l'hôpital comme espace public ? » in *La promotion de la santé au travers des images véhiculées par les institutions sanitaires et sociales. Actes du colloque sur l'histoire de la protection sociale (Arles, 18/19 avril 2007) organisé dans le cadre du 132e Congrès national des sociétés historiques et scientifiques « Images et imagerie ».* Paris : Éd. Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.

POUCHELLE (Marie-Christine). 2003. *L'hôpital corps et âmes.* Paris : Seli Arslan.

PRINZHORN (Hans). 1923. *Expressions de la folie : dessins, sculptures d'asiles.* Paris : Aubin.

QUIVY (Raymond) & VAN CAMPENHOUDT (Luc). 2006. *Manuel de recherche en sciences sociales.* Paris : Dunod. [Publication originale de 1995, 3e édition entièrement revue et augmentée.]

RASSE (Paul). 2001. « La médiation scientifique et technique entre vulgarisation et espace public ». *Quaderni*, n° 46, hiver 2001-2002, p.73-93.

REHAULT (Herveline). 2005. *Culture et Handicap : La pratique artistique des personnes déficientes sensorielles : Enjeux et perspective. L'exemple du projet Kinesthesic.* Mémoire de Master : AESC mention « Métiers des Arts, de la Culture et du Patrimoine » / sous la direction de Serge Chaumier : université de Bourgogne, Faculté de Droit et de Science Politique.

REVUE RECHERCHE SOCIALE. 2002. *Action culturelle dans les quartiers : Les enjeux du renouvellement des modes d'intervention*, 164.

REJA (Marcel). 2000. *L'art chez fous, le dessin, la prose la poésie.* Paris : l'Harmattan. [Publication originale de 1907.]

ROELANDT (Jean-Luc). 2004. « Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale ». *RFAS*, 1-2004, p. 205-213.

ROMEAS (Nicolas). 2007. *Les hors-champs de l'art : Psychiatrie, prisons, quelles actions artistiques ?* Paris : Éd. Noÿs.

ROSSI (Illario). 1999. « Médiation culturelle et formation des professionnels de santé - De l'interculturalité à la co-disciplinarité ». *Sozial - und Präventivmedizin*, volume 44, n°6, p.288-294.

SABATIER (Colette) & DOUVILLE (Olivier) (dir.). *Cultures, Insertions et Santé.* Paris : Éd. L'Harmattan.

SAINSAULIEU (Renaud). 1977. *L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation.* Paris : Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

SALMET (Ariane). 2005. « Culture au pluriel ». *Culture et Recherche,* « démocratisation culturelle, diversité culturelle, cohésion sociale », p.18- 21.

SCHAEFFER (Jean-Marie). 2000. *Adieu à l'esthétique.* Paris : Presses universitaires de France. (Collection Essais du Collège international de philosophie.)

SEGAS (Karen). 2002. *L'Art à l'hôpital : Rupture et ouverture.* Mémoire de DESS : Psychologie des liens Sociaux et des relations interculturelles / sous la direction de Jean-Paul Durif-Varembont : université Lumière Lyon II, Institut de Psychologie.

SIGANOS (Florine). 2002. « L'action culturelle en milieu fermé : Plus qu'une approche d'insertion, une reconnaissance de l'individu et de sa place dans la société. ». *Revue Recherche Sociale,* « Action culturelle dans les quartiers : Les enjeux du renouvellement des modes d'intervention », 164, p.58-69.

SIGANOS (Florine). 2007. *L'action culturelle dans les prisons françaises : Formes et Enjeux.* Thèse de Doctorat de 3e cycle : Sociologie/ sous la direction de Jean Marc Leveratto : université de Metz-Paul Verlaine.

SIX (Jean- François). 1990. *Le temps des médiateurs.* Paris : Éd. Seuil.

TASSET (Gwenaëlle). *La démocratie sanitaire.* Mémoire : Institut d' Études Politiques / sous la direction de Delphine Espagno : université de Toulouse

TESTONI (Sébastien). 2000. *Hôpital et culture, des partenariats en Languedoc Roussillon.* Rapport rédigé par l'Agence de Coopération pour le Livre en Languedoc Roussillon. Sète : CLLR.

THEVOZ (Michel). 1980. *L'art brut.* Genève: Flammarion.

THONON (Marie). 2004. « Entretiens avec Jean Caune, Bernard Darars et Antoine Hennion ». *MEI* : Médiations et médiateurs, n°19, p. 11-34.

THURIOT (Fabrice). Non daté. *L'évaluation des politiques culturelles en France : Bilan et réflexions.* Publication en ligne : < www.seval.ch/documents/.../ExposeFabriceThuriot.pdf. > [Page consultée le 20 juin 2009.]

TRAUTMANN (Catherine). 1998. Installation du cercle des partenaires de la culture à l'hôpital. Allocution. Paris. Publication en ligne : <www.culture.gouv.fr/culture/actual/conferen/cercle.htm> [Page consultée le 03 juin 2007.]

URFALINO (Philippe).1997. « Quelles missions pour le ministère de la culture ? ». *Esprit,* janvier, p. 37-59.

WINKIN (Yves). 2001. *Anthropologie de la communication : De la théorie au terrain.* Paris : Éditions De Boeck et Larcier. (Collection Seuil.) [Première édition en 1996.]

Sources Internet :

ARH MIDI PYRENNÉES : www.arhmip.fr

ARH PACA : www.ars.paca.sante.fr

CULTURES DE COEUR: www.culturesducoeur.org

DICTIONNAIRE DE POLITIQUE : www.toupie.org/Dictionnaire/index.html

DRAC MIDI PYRENÉES : www.midi-pyrenees.pref.gouv.fr

DRAC PACA : www.paca.culture.gouv.fr

FERME DU VINATIER: www.ch-le-vinatier.fr/ferme

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION : www.culture.gouv.fr

MINISTÈRE DE LA JUSTICE : www.justice.gouv.fr

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS : www.sante-sports.gouv.fr

MUSÉE DE L'APHP : www.aphp.fr/site/histoire/histoire.htm

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE _____ **4**

LISTE DES ACRONYMES _____ **6**

INTRODUCTION GÉNÉRALE _____ **7**

● PREMIÈRE PARTIE
L'action culturelle dans le cadre hospitalier : liens, évolutions, tensions ___ 16

Chapitre I
Le programme « Culture à l'hôpital et son inscription dans la politique culturelle en faveur des « publics empêchés » _____ **17**
1. Histoire et enjeux de la présence artistique et culturelle en milieu hospitalier _____ 19
1.1 Histoire de l'art et de la culture l'hôpital _____ 19
1.2 L'art contemporain dans l'hôpital psychiatrique _____ 26
2. La prise en compte des publics empêchés dans la politique culturelle _____ 30
2.1 La poursuite d'un idéal de démocratisation culturelle _____ 31
2.2 La « qualité artistique », objet légitime au soutien des projets _____ 32
2.3 Des difficultés d'évaluation au bilan mitigé de la démocratisation culturelle _____ 35
3. Les programmes culturels en faveur des publics empêchés ou comment réduire la « fracture sociale » _____ 37
3.1 L'action culturelle dans les quartiers, un élément du « lien social » _____ 37
3.2 L'action culturelle dans les prisons, une aide à la réinsertion _____ 42
3.3 « Culture à l'hôpital », un programme pour réaffirmer la dimension citoyenne des établissements hospitaliers _____ 48
Conclusion _____ 60

Chapitre II
Les différentes formes de mise en application du programme « Culture à l'hôpital » ___ **62**
1. La convention nationale du 04 mai 1999, un cadre de référence _____ 63
2. Le «projet culturel », un enjeu contemporain pour l'hôpital _____ 65
2.1 Projet culturel et projet d'établissement _____ 65
2.2 L'institutionnalisation du projet culturel _____ 70
3 Les hôpitaux prospectés _____ 72
3.1 La FERME du Vinatier, terrain d'étude pour la construction de la problématique ____ 73
3.2 La Fondation Bon Sauveur d'Alby _____ 78
3.3 Le CHS de Montfavet _____ 82
4. Étude comparative de conventions régionales _____ 86
4.1 La convention « Culture à l'hôpital » en Midi-Pyrénées _____ 86
4.2 Les conventions « Culture à l'hôpital » en PACA _____ 93
Conclusion _____ 96

Chapitre III

L'atelier culturel comme dispositif de médiation culturelle dans l'hôpital psychiatrique 97
1. Apports théoriques autour du concept de médiation culturelle 98
1.1 Le concept de médiation culturelle dans la discipline des SIC 98
1.2 L'élément « tiers » dans l'acte de médiation 99
1.3 La prise en compte du sujet dans l'acte de médiation culturelle 101
2. Penser l'atelier culturel comme dispositif de médiation 103
2.1 L'atelier culturel, nouveau dispositif communicationnel dans l'hôpital 103
2.2 L'atelier culturel comme « espace » 105
Conclusion 108

Chapitre IV

Le cadre de l'hôpital psychiatrique 109
1. Les apports d'Erving Goffman 110
1.1 Le poids de l'institution dans les rôles et les interactions à l'hôpital psychiatrique 110
1.2 Une permanence de l'influence du cadre dans les rapports soignants-soignés 112
1.3 L'utilisation du concept Goffmanien de « cadre » 112
2. L'évolution de l'institution hospitalière et des rapports patient-personnel 115
2.1 L'hôpital d'une fonction d'assistance à une fonction médicale 115
2.2 Les bouleversements d'une réorganisation 119
2.3 Quelle place pour l'action culturelle ? 122
Conclusion 123

Conclusion de la première partie 125

● DEUXIÈME PARTIE :
Le projet culturel et l'atelier : quels effets pour l'institution hospitalière et ses acteurs ? 129

Introduction de la deuxième partie 130

Chapitre I

Formes et représentations du projet culturel dans l'hôpital psychiatrique 131
1. Discours et analyse de l'inscription du projet culturel dans le projet d'établissement 132
1.1 L'enjeu explicite : participer au programme « Culture à l'hôpital » confère au projet culturel une dimension institutionnelle et durable 132
1.2 L'enjeu implicite : le projet culturel au service de la communication 134
2. Les motifs de participation avancés par les soignants 137
2.1 Curiosité et intérêt culturel 137
2.2 Disponibilité 140
2.3 Participer d'une meilleure prise en charge des patients 141
2.4 Volonté de modifier le regard sur la maladie mentale et l'hôpital psychiatrique 145
2.5 Compléter sa formation professionnelle 147
3. Regards sur les modalités de l'intervention artistique 152
3.1 Transmission artistique auprès des publics empêchés 152

3.2 Le « glissement » de l'intervention artistique : vers une mission « citoyenne » 159
4. Les relations personnel-artistes 172
4.1 Représentations de l'artiste intervenant par le personnel hospitalier 172
4.2 Un dialogue de nécessité 174
Conclusion 178

Chapitre II
Les limites à l'implantation d'un projet culturel 180
1. Des financements limités et un manque d'adhésion du personnel 181
1.1 Les financements 181
1.2 Un manque de légitimité auprès des professionnels 182
2. Des motivations d'ordre organisationnel aux motivations d'ordre professionnel 187
2.1 Le projet culturel n'est pas perçu comme une modalité de la fonction professionnelle 188
2.2 Des contraintes liées à la gestion du service et à l'évaluation 192
2.3 Le refus de s'impliquer davantage pour l'institution, une volonté de protection 194
3. Projet culturel versus projet de service ? 197
3.1 Le projet de service comme élément identificatoire du corps soignant 197
3.2 Mise en comparaison d'un projet de service avec un projet culturel 197
4. Perturbation de la ritualisation et appropriation territoriale 201
4.1 Le projet culturel comme perturbateur de la ritualisation instituée 202
4.2 Un déplacement de territoires (physique et symbolique) 203
Conclusion 208

Chapitre III
Les déplacements opérés dans l'hôpital par le projet culturel et le dispositif de l'atelier 210
1. Les modifications au sein de l'institution hospitalière 211
1.1 Des réorganisations internes dans les services de soins 211
1.2 Les rencontres avec d'autres salariés 214
2. Les modifications chez les différents acteurs 216
2.1 Des apports identitaires et sociaux pour les patients 216
2.2 Une modification des rôles et des « faces » des soignants 231
2.3 Lorsque le personnel hospitalier devient « concepteur de projet » 237
3. Les « traces » laissées par le projet culturel et l'atelier dans l'institution hospitalière 242
3.1 Une mise en confiance réciproque 242
3.2 Une modification des représentations sociales chez les professionnels 244
3.3 L'émergence de nouveaux projets portés par le personnel hospitalier 249
Conclusion 254

CONCLUSION GÉNÉRALE 255

BIBLIOGRAPHIE 267

TABLE DES MATIÈRES 280

ANNEXES 283

ANNEXES

Liste des annexes

. Annexe 1 : Convention nationale « Culture à l'hôpital » du 04 mai 1999 _____ 285

. Annexe 2 : Convention entre la Direction régionale des Affaires Culturelles de Midi-Pyrénées et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées _____ 294

. Annexe 3 : Convention pour le développement de la Culture à l'hôpital entre la préfecture de la Région de Provence Alpes Côte d'Azur (Direction régionale des Affaires culturelles) et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur _____ 297

. Annexe 4 : Convention pour la promotion de la Culture à l'hôpital en Provence Alpes Côte d'Azur-Agence régionale de l'hospitalisation et Direction régionale des affaires culturelles Provence Alpes Côte d'Azur _____ 301

. Annexe 5 : Méthodologie de l'enquête par entretien _____ 306

. Annexe 6 : Grille d'entretien exploratoire salarié _____ 310

. Annexe 7 : Grille d'entretien exploratoire artiste _____ 311

. Annexe 8 : Grille d'entretien salarié participant au projet culturel (phase 2) _____ 312

. Annexe 9 : Grille d'entretien responsable culturel (phase 2) _____ 315

. Annexe 10 : Grille d'entretien artiste (phase 2) _____ 317

. Annexe 11 : Grille d'entretien salarié non participant (phase 3) _____ 319

. Annexe 12 : Grille d'analyse des entretiens _____ 320

. Annexe 13 : Questionnaire Fondation Bon Sauveur d'Alby (phase 3) _____ 323

. Annexe 14 : Signature de la convention « Culture et Santé » par le ministère de la Santé et des Sports et le Ministère de la Culture et de la Communication _____ 325

ANNEXE 1 : *Convention nationale « Culture à l'hôpital » du 04 mai 1999*

Convention signée le 4 mai 1999 entre
le Ministère de la culture et de la communication
et le Secrétariat d'Etat a la Santé et à l'Action sociale

Préambule
La nécessité de faire de l'hôpital un lieu plus humain, ouvert à la cité, est aujourd'hui reconnue comme une priorité par l'ensemble du secteur médical et hospitalier. Elle se traduit par des politiques nouvelles visant à améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes hospitalisées et de leur famille, et à assurer aux personnels soignants un cadre professionnel plus agréable.

La culture peut jouer un rôle essentiel dans cette évolution. En dehors de tout objectif thérapeutique, elle participe à l'amélioration de l'environnement des personnes et contribue à favoriser la relation de l'hôpital avec l'extérieur.

La mise en place de projets culturels dans les hôpitaux, l'intervention d'artistes auprès des malades, la mise à disposition d'oeuvres d'art ou de livres constituent autant d'éléments de nature à faire de l'hôpital un lieu où la culture est présente.

De la même façon le milieu culturel s'intéresse à l'hôpital car celui-ci réunit des publics potentiels de tous âges et de toutes origines sociales.
Un séjour prolongé à l'hôpital peut être l'occasion d'un contact privilégié avec la culture, d'une découverte de la création artistique, du patrimoine ou de la littérature, et, après l'hospitalisation, donne l'envie de fréquenter davantage les équipements culturels.

C'est pour favoriser le développement des activités culturelles dans les hôpitaux que les deux ministères concernés ont souhaité définir, dans la présente convention, les axes principaux de leur politique commune, afin d'aider les hôpitaux à se doter d'une véritable politique culturelle.

Définitions
Le terme " hôpital " fait référence à tout établissement de santé. Le terme " équipement culturel "fait référence à des lieux culturels sous tutelle de l'Etat ou/et des collectivités, proposant des programmes d'action et de diffusion culturelles : théâtres, bibliothèques, musées, centres et écoles d'art ou de musique, centres culturels, monuments historiques, etc.

Article 1
Jumelages entre hôpitaux et équipements culturels.
Afin de permettre à un équipement culturel proche d'un hôpital de proposer à celui-ci certaines de ses ressources, des jumelages pourront être mis en place.
Ces jumelages obéissent à trois critères :
- ils se déroulent sur une durée minimale d'un an, éventuellement renouvelable.

• ils favorisent des échanges entre l'hôpital et l'équipement culturel
• ils permettent l'organisation d'un atelier de pratique artistique auprès des malades d'un service, en lien avec des artistes professionnels et sous l'égide de l'équipement culturel.
Les jumelages peuvent obtenir une aide financière du ministère de la culture auprès des directions régionales des affaires culturelles (DRAC).

Ils peuvent également bénéficier de financements complémentaires du cercle des partenaires de la culture à l'hôpital mis en place conjointement par les deux ministères signataires du présent accord cadre.

Annexe n° 1 : définition des jumelages

Annexe n° 2 : modalités du Cercle des Partenaires

Article 2
Développement des bibliothèques dans les hôpitaux.
La lecture constitue l'axe culturel le plus couramment présent dans les hôpitaux, et le plus
pertinent dans la mesure où l'hospitalisation constitue pour beaucoup un moment privilégié
d'accès à la lecture. La présence de bibliothèques dans la plupart des hôpitaux, de même que
l'implication du secteur hospitalier dans l'opération " Le temps des livres " sont les signes de cet
intérêt.
La présente convention comporte, en annexe, un texte spécifique concernant le développement
et l'amélioration des bibliothèques dans les hôpitaux.

Annexe n°3 : développement des bibliothèques dans les hôpitaux.

Article 3
Responsables culturels dans les hôpitaux.
La coordination d'activités culturelles dans les hôpitaux nécessite souvent un personnel à la fois compétent et disponible, qui fait défaut dans la plupart des hôpitaux. Pourtant, toute politique culturelle volontariste nécessite d'être mise en place par un professionnel. Afin de répondre à cette question le présent accord entend favoriser la présence de responsables culturels dans les hôpitaux, le cas échéant auprès des chargés de la communication, en lien avec le milieu culturel professionnel local.
Pour ce faire, les financements proviendront d'une part des crédits de l'Etat (en particulier par le dispositif emplois-jeunes qui assure 80 % du coût salarial de chaque poste sur la base du salaire minimum), d'autre part par des recettes complémentaires provenant de l'hôpital lui-même et des collectivités locales.
Des formations adaptées seront mises en place à l'initiative du ministère de la culture et de la communication pour ces responsables culturels.
L'objectif de cent responsables culturels sur cinq ans est fixé par la présente convention.

Article 4
Conventions régionales
Afin de conforter les politiques culturelles des établissements hospitaliers au niveau régional, des conventions pourront être signées entre la DRAC et le ou les hôpitaux d'une ville ou, mieux, entre la DRAC et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ces conventions viseront à appliquer localement les différents articles de la présente convention.

Article 5
Evaluation
Le ministère de la culture et de la communication proposera annuellement au secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale, en fin d'année, un bilan des différentes actions auxquelles fait référence la présente convention.

Pour le ministère de la culture et de la communication,
La ministre
Catherine Trautmann

Pour le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale,
Le secrétaire d'Etat
Bernard Kouchner

Convention-cadre entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale.
Annexe 1

Le jumelages entre des équipements culturels et des hôpitaux d'une même région.
Les jumelages avec les hôpitaux illustrent la volonté du ministère de la culture et de la communication et du secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale de favoriser le développement de la culture en milieu hospitalier, et d'ouvrir le plus largement possible à tous les publics les équipements culturels. L'association de grandes entreprises au développement de cette action est organisée dans le cadre du " cercle des partenaires de la culture à l'hôpital ".

Ce programme favorise, **par le jumelage entre équipements culturels et hospitaliers d'une même région**, la rencontre entre deux milieux, artistique et médical, qui ont peu l'occasion de se côtoyer alors même qu'ils participent, chacun dans leur domaine et avec la même exigence, à la qualité de l'environnement des personnes.

Le principe du partenariat

Le jumelage entre un hôpital (ou le service d'un hôpital) et un équipement culturel (musée, théâtre, bibliothèque, conservatoire, etc...) **constitue une initiative de l'hôpital**. Il se construit en lien avec de la direction régionale des affaires culturelles (DRAC).

Selon l'âge des patients et la nature de leur pathologie, le jumelage mobilise tel ou tel équipement culturel, privilégie tel ou tel champ d'expression artistique.

Pour mériter le titre de " jumelage " et bénéficier ainsi d'un soutien logistique et financier, le partenariat entre l'hôpital et l'équipement culturel doit respecter **quatre critères :**

- Il doit favoriser **un échange**, une relation étroite entre les deux établissements : ceci implique un vrai programme artistique (expositions, débats, découvertes d'auteurs et de livres, spectacles ou lectures, concerts, films...), élaboré conjointement, chacun offrant son expérience et ses moyens.

C'est le rôle de la DRAC et du responsable de l'hôpital, en accord avec l'équipement culturel, de fixer les responsabilités réciproques, le calendrier et les modalités de mise en oeuvre.

- Il doit permettre l'implication, au sein de l'hôpital, des artistes de la région : s'agissant de programmes en faveur des personnes fragilisées, la qualité artistique des programmes doit être garantie tout en respectant les contraintes liées au contexte hospitalier. Là encore, la DRAC et l'équipement culturel proposent à l'hôpital des artistes susceptibles d'intervenir au sein du jumelage.

- Il doit se dérouler sur **une durée minimale d'une année**.

- Il doit faire l'objet d'un financement par la DRAC ou par l'équipement culturel, ou par les deux. Si la DRAC ne finance pas directement elle doit donner son accord sur le projet.

Le financement des jumelages

Le coût d'un jumelage comporte principalement la rémunération des artistes et la logistique de mise en oeuvre.
Trois sources de financement permettent sa réalisation :

- Une participation financière du ministère de la culture et de la communication

- Des participations des collectivités territoriales, des hôpitaux concernés, des institutions sociales locales

- Le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital : Le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale ont souhaité associer à ce programme un cercle d'entreprises et de fondations dont les contributions sont dédiées aux jumelages de leur choix.

Convention-cadre entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale.

Annexe 2

Le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital

Le Cercle regroupe :

- Le Ministère de la culture et de la communication (directions centrales et directions
régionales)
- Les entreprises et fondations suivantes :

La Fondation Air France
La Fondation Banques CIC pour le Livre
La Fondation Bayer-Santé
La Fondation Hachette
La Fondation France-Telecom
La Fondation Ronald McDonald
La Fondation Suez Lyonnaise des Eaux
L'Institut Electricité Santé Le
Laboratoire Glaxo-Wellcome
Lego-France
Sanofi

Ces entreprises et fondations ont, chacune, signé une convention sur trois ans avec le ministère de la culture par laquelle elles s'engagent à financer à hauteur d'une moyenne de 30 000 F plusieurs projets de jumelages (voir annexe n°1) entre équipements culturels et structures hospitalières. L'entreprise devient alors partenaire exclusif du jumelage sélectionné.

Le Cercle n'a pas de structure juridique et ne gère pas de fonds. Les sommes attribuées par les entreprises sont versées directement aux structures gestionnaires des jumelages.

Les entreprises choisissent les jumelages qui les intéressent en fonction de leurs axes d'intervention. Le financement par les entreprises n'est donc pas automatique et certains projets peuvent ne pas être financés.

Le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital se réunit à l'initiative de la délégation au développement et à l'action territoriale du ministère de la culture et de la communication, 2 rue Jean-Lantier 75001 (Tél. 01 40 15 78 57). La direction des hôpitaux du ministère de l'emploi et de la solidarité sera invitée à participer à ces réunions.

Convention-cadre entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat
à la santé et à l'action sociale.

Annexe 3

Le développement de la lecture dans les établissements de santé

Ce texte a pour objet le fonctionnement des bibliothèques dans les établissements de santé ; il se propose de définir un cadre favorable au développement des bibliothèques et de la lecture, et de répondre aux besoins culturels en milieu hospitalier.

Etat des lieux

Une étude réalisée en 1992 par les ministères chargés de la Santé et de la Culture, avec l'aide de la Fondation de France, fait apparaître que, sur les 862 hôpitaux qui ont répondu à l'enquête, 711 déclarent comporter une bibliothèque. On dénombre 82 points-lecture dans des centres hospitaliers universitaires, 297 dans ces centres hospitaliers, 130 dans des hôpitaux locaux, 115 dans des centres spécialisés en psychiatrie, 157 dans des unités de soins de suite ou de réadaptation et de longue durée.

L'étude faisait également état de problèmes et de disparités selon les endroits :

L'offre de lecture peut se présenter par exemple, sous la forme d'une bibliothèque structurée, ou d'un dépôt de livres assuré par une bibliothèque publique (desservi par un bibliobus), - le volume des fonds va de 1.045 à 7.360 ouvrages, anciens et mal renouvelés, et d'origine variable (achats, dont dépôts),

- certaines des bibliothèques sont ouvertes à la fois aux malades et au personnel hospitalier,

- elles occupent des locaux allant de la simple armoire (le plus souvent) à la véritable médiathèque, et ne sont pas toutes accessibles, du fait de leur exiguïté, l'accès direct aux documents est loin d'être la règle,

- le partenariat avec des structures extérieures reste rare, en particulier avec le réseau de lecture publique, à l'exception de quelques cas exemplaires où la bibliothèque de l'hôpital est une annexe de la bibliothèque municipale, le personnel est presque toujours bénévole et souvent insuffisamment formé, - le projet d'une bibliothèque est rarement prévu lors des travaux de réaménagent, et même lors de la construction d'un établissement.

Publics concernés :

Une bibliothèque d'hôpital peut desservir tous les types de publics. Elle peut notamment offrir l'opportunité aux non-lecteurs d'un premier contact avec le livre, ou l'occasion d'un retour à la lecture.

A titre d'exemples, dans les services de maternité, les nouveaux parents découvrent les livres pour les tout-petits et l'importance de l'accès au livre dès le plus jeune âge ; ils trouvent également des ouvrages sur la pédagogie, l'éducation et la santé.

En pédiatrie, les enfants et leurs parents peuvent explorer toute la richesse de l'édition pour la jeunesse.

En gériatrie le livre constitue un lien avec la vie sociale et l'extérieur. Il est facteur de mémorisation et d'intérêts renouvelés.

En psychiatrie, le livre est l'occasion d'ouverture et d'échanges.

En tout état de cause, l'offre de lecture doit tenir compte d'éléments particuliers comme la fatigue, l'immobilisation, la malvoyance, ou encore les langues étrangères.

La bibliothèque d'hôpital peut également être accessible au personnel de l'hôpital : l'étude de 1992 fait apparaître que la moitié des bibliothèques d'hôpitaux sont fréquentées conjointement par les malades et le personnel qui y trouvent l'occasion d'échanges et de rencontres fructueux.

Modalités de création et de fonctionnement d'une bibliothèque

a) Principes généraux
Il est souhaitable qu'un projet de bibliothèque à l'hôpital fasse l'objet d'une convention entre 'établissement de santé, la commune ou le département, la Direction Régionale des Affaire Culturelles (DRAC), une association (lorsqu'il en existe), afin de fixer les objectifs et les moyens respectifs de chaque partenaire.
C'est cette convention qui définira notamment les relations entre la bibliothèque de l'hôpital et la bibliothèque publique (municipale ou départementale) : aide logistique lors de la création, formation initiale et continue du personnel, dépôt de livres, organisation commune d'animations,....
Le partenaire naturel de la bibliothèque de l'hôpital est la bibliothèque municipale, ou à défaut la bibliothèque départementale de prêt, lorsque l'hôpital est situé en zone rurale ou dans une commune dépourvue de bibliothèque municipale.
La création et le fonctionnement d'une bibliothèque à l'hôpital relèvent de la compétence des établissements de santé. Les collectivités territoriales peuvent y contribuer. Le ministère de la Culture (DRAC) est en mesure d'intervenir dans les domaines de la formation du personnel et de la réalisation d'animations ; une aide aux acquisitions d'ouvrages peut être accordée par le Centre National du Livre. La création d'une bibliothèque à l'hôpital peut être l'une des dispositions prévues dans un contrat " ville-lecture ".
Le libre accès aux collections doit être la règle, le choix des ouvrages sur liste ne devant constituer qu'une exception justifiée par une contrainte spécifique.
b) Les locaux
Emplacement : la bibliothèque doit disposer de locaux spécifiques, repérables et aisément accessibles aux malades, en tenant compte des divers degrés de mobilité.
Si l'architecture est pavillonnaire, il convient de rechercher autant que possible une situation centrale.
De petits dépôts régulièrement renouvelés peuvent être placés dans les pavillons les plus éloignés.
On prévoira aussi un chariot d'ouvrages, indispensable complément à la bibliothèque en libre accès, permettant au malade immobilisé de choisir lui aussi les ouvrages.

Superficie : à titre indicatif, les recommandations de l'International Federation of Library Association (IFLA) sont une superficie minimale de 28 m2 pour 100 lits (soit 140 m2 pour un hôpital de 500 lits, par exemple).

Aménagement : il doit garantir la réalité du libre accès des lecteurs aux collections, et répondre à des besoins précis par un mobilier normalisé pour le prêt, la présentation des livres, revues, B.D., albums, cassettes, disques..., et par un matériel spécifique (chariots, panneaux d'affichage et d'exposition, matériel Audiovisuel..). Une attention particulière doit être portée à la lumière (naturelle et artificielle) et à la charge au sol (la norme est 600 kg par m²)

C) Les collections

Il convient de veiller à la qualité et à la variété des fonds d'ouvrages qui comprendront divers types de supports. Les demandes particulières pourront être satisfaites par la bibliothèque municipale ou départementale. Aucun domaine ne doit être exclu a priori. S'il le souhaite, le bibliothécaire pourra prendre l'avis de l'équipe médicale sur certains ouvrages, mais il demeure le responsable intellectuel de la politique d'acquisition. Il est souhaitable qu'aux livres s'ajoutent des revues, des cassettes (documents parlés, livres sonores, musique) et d'autres types de documents.

Tout fonds de bibliothèque doit être régulièrement renouvelé (environ 10 % du fonds chaque année) sous peine d'obsolescence. Un minimum de 3.000 livres est indispensable. Les acquisitions se font essentiellement par une politique d'achats réguliers, identifiée par une ligne budgétaire de l'établissement complétée par des dépôts effectués par une bibliothèque municipale ou une bibliothèque départementale de prêt.

d) Le personnel salarié et bénévole

Le développement de la lecture à l'hôpital implique que l'on mette à la disposition des malades et des personnels hospitaliers un service d'une nature et d'une qualité comparables à celui qu'offrent les bibliothèques publiques. Le personnel en charge de la lecture à l'hôpital doit donc être qualifié, qu'il s'agisse des professionnels ou des bénévoles.

1 - Les salariés

Il est recommandé que la bibliothèque de l'établissement de santé soit dirigée par un professionnel, recruté soit directement par l'hôpital, soit sur la base de la convention avec la bibliothèque municipale ou départementale qui peut prévoir l'intervention d'un bibliothécaire de la bibliothèque municipale ou de la bibliothèque départementale de prêt.

En fonction de l'importance de l'établissement, le recrutement de plusieurs professionnels peut être envisagé.

Pour référence, on peut s'inspirer des recommandations de l'IFLA (International Federation of Library Association) (1984) :

- hôpitaux de court séjour de 400 à 500 lits, avec un effectif de 700 à 1000 agents : on prévoit un bibliothécaire et un aide-bibliothécaire, plus si l'on veut assurer deux tournées hebdomadaires de qualité avec le chariot,
- hôpitaux de moyen et long séjour : le bibliothécaire doit consacrer plus de temps aux malades, sans négliger l'accueil du personnel. Pour 300 lits, on prévoit un bibliothécaire et un aide-bibliothécaire,
- au-delà de 500 lits, on recommande un personnel plus important.

Il est essentiel que ces professionnels reçoivent une formation courte, assurée par l'hôpital luimême, les préparant à travailler dans cet environnement particulier.

2 - Les bénévoles

Les bénévoles s'insèrent dans une action de service public.

Il convient donc de définir avec eux les modalités de cette action, par un contrat écrit ou une convention entre l'établissement de santé et l'association à laquelle ils sont éventuellement rattachés.

Lorsque l'établissement hospitalier est de petite taille et qu'un professionnel ne peut être recruté, la direction de l'hôpital devra instaurer une collaboration avec les professionnels de la lecture publique (bibliothèques municipales les plus proches et/ou bibliothèque départementale de prêt) afin de s'assurer de la compétence des bénévoles, et de définir les modalités du dépôt de livres, du conseil, de la formation et du suivi de cette activité

e) La vie et l'animation de la bibliothèque

Les horaires d'ouverture de la bibliothèque sont fonction du personnel qui lui est affecté : à titre indicatif, on considère qu'un seul agent peut assurer 12 h d'ouverture par semaine et 2 passages de chariots, et que deux agents assurent 18 à 20 heures d'ouverture et 4 passages de chariots.

La bibliothèque a vocation à être un foyer de vie culturelle de l'hôpital. Elle devra donc disposer des moyens nécessaires (et de la surface) à l'organisation d'animations telles que des rencontres avec des auteurs, des expositions thématiques ou des lectures

ANNEXE 2 : *Convention entre la Direction Régionale des Affaires Culturelles de Midi-Pyrénées et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées.*

CONVENTION

entre

La Direction Régionale des Affaires Culturelles de Midi-Pyrénées
et

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées

Considérant comme essentiels la relation et le contact avec l'art et la culture, avec les oeuvres d'art et leurs créateurs, avec les oeuvres du patrimoine, avec la démarche de création ou de conservation;

Considérant le développement des arts et de la culture dans les établissements de santé comme une mission d'intérêt général;

Considérant comme primordiales les missions de démocratisation culturelle des équipes et des institutions culturelles;

Considérant la volonté des ministères chargés de la Culture et de la Santé à travers la signature par la ministre de la Culture et le secrétaire d'État, le 4 mai 1999, d'une convention cadre;

L'état – ministère de la Culture et de la Communication – Direction Régionale des Affaires Culturelles de Midi-Pyrénées – Drac, représenté par le Préfet de la Région Midi-Pyrénées, Bernard Boucault

Et

l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées – ARH, représentée par son directeur, Xavier Patier

s'engagent ensemble à favoriser

< l'émergence et le développement d'une politique culturelle au sein des établissements de santé au bénéfice des usagers des établissements, des personnels soignants et administratifs;

< le rapprochement des établissements de santé avec les équipements culturels dont la qualité des actions est reconnue par le ministère chargé de la Culture, lieux culturels sous tutelle de l'État ou/et des collectivités, qui proposent des activités de création artistique, des programmes d'action et de diffusion culturelle.

Article 1 :

La Drac et l'Arh s'engagent :

< à soutenir la mise en oeuvre d'actions précises avec des structures culturelles et/ou des artistes professionnels dont la qualité du travail et l'expression créative est reconnue par le ministère chargé de la Culture;

< à développer une réflexion conjointe sur le patrimoine immobilier et mobilier des établissements de santé.

Article 2 :

Ces actions peuvent prendre diverses formes : création ou développement de bibliothèques au sein des établissements de santé, rapprochement des bibliothèques avec des établissements de santé, jumelages entre établissements de santé et équipements culturels ou équipes artistiques, atelier de pratique artistique (ouvert à toutes les disciplines artistiques) au sein des établissements de santé, atelier désensibilisation aux pratiques artistiques au sein de ces mêmes établissements….

Article 3 :

Ces projets devront impliquer l'ensemble de la communauté de l'établissement (personnels de soins, personnels administratifs et usagers).

Des modules de formation pourront également être envisagés et mis en oeuvre.

Article 4 :

Le développement d'activités artistiques et culturelles nécessite un personnel compétent et disponible. Il est indispensable que soit repérée, au sein de l'établissement de santé, une personne ressource qui puisse être en mesure de coordonner les demandes qui émanent de l'établissement, de connaître l'offre artistique et culturelle du territoire, de faire coïncider l'offre et la demande, de suivre le montage du projet, son organisation et sa réalisation, d'en effectuer l'évaluation avec les différents services concernés.

Article 5 :

Chaque année, un appel à projets sera adressé par l'Arh aux établissements de santé.

Ces projets seront étudiés par la Drac et l'Arh pour en examiner la faisabilité, le soutien financier à accorder en fonction de la qualité artistique des intervenants et du projet.

Les projets retenus bénéficieront, dans le cadre de l'enveloppe financière prédéterminée pour soutenir ces actions, d'un financement dont la répartition maximale sera de 30% pour l'Arh, 30% pour la Drac, sachant que les crédits de la Drac ne peuvent intervenir que sur la

rémunération des intervenants et leurs défraiements, le financement complémentaire étant assuré par l'établissement ou toutes autres ressources publiques ou privées qu'il devra solliciter.

Article 6 :

Un comité de pilotage, coprésidé par le Directeur Régional des Affaires Culturelles et le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et comprenant au moins un représentant des établissements de santé et un représentant des usagers, arrêtera une fois par an les orientations générales, les moyens consacrés aux actions et les projets retenus sur la base d'une évaluation des actions existantes ou antérieures.

Fait à Toulouse, le 22/03/2000

Pour l'État	**Pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées**
(ministère de la Culture et de la Communication- Drac Midi-Pyrénées)	
Le Préfet	**Le Directeur Régional**
Mr Bernard Boucault	**Mr Xavier Patier**

ANNEXE 3 : *Convention pour le développement de la Culture à l'hôpital entre la préfecture de la Région de Provence Alpes Côte d'Azur (Direction régionale des Affaires culturelles) et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur.*

CONVENTION POUR LE DEVELOPPEMENT
DE LA CULTURE A L'HÔPITAL
entre
la Préfecture de Région de Provence Alpes Côte d'Azur
(Direction Régionale des Affaires Culturelles)
et
l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur

VU la convention du 4 mai 1999, signée par la Ministre de la Culture et de la Communication et le Secrétaire d'État à la Santé et à l'Action Sociale,

VU la circulaire 99-444 du 27 juillet 1999 relative au développement des activités culturelles dans les établissements de santé, intervenue en application de la convention précitée,

CONSIDERANT le développement de la culture dans les établissements de santé comme une mission d'intérêt général,

CONSIDERANT comme primordiales les missions de démocratisation culturelle des équipes de création et des institutions culturelles,

CONSIDERANT comme essentielle l'implication d'artistes professionnels et la mise en valeur d'actions de formation,

L'État - ministère de la Culture et de la Communication - Direction Régionale des Affaires Culturelles de Provence Alpes Côte d'Azur (DRAC), représenté par le Préfet de la région Provence Alpes Côte d'Azur, Yvon OLLIVIER,

ET

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur (ARH), représentée par son directeur, Christian DUTREIL,

s'engagent ensemble à favoriser

- l'émergence et le développement d'une politique culturelle au sein des établissements de santé au bénéfice des patients et de leur famille, des visiteurs, des personnels soignants et administratifs,

- la création ou le développement de bibliothèques au sein des établissements de santé,

- le rapprochement des établissements de santé avec les équipements culturels dont la qualité des actions est reconnue par le ministère de la Culture et de la Communication, lieux culturels

sous tutelle de l'État et/ou des collectivités, qui proposent des activités de création artistique, des programmes d'action et de diffusion culturelles.

Article 1
La DRAC et l'ARH s'engagent:

- à soutenir la mise en oeuvre d'actions concrètes et identifiées convenues entre des structures culturelles et/ou des artistes professionnels et des établissements de santé,

- à favoriser la promotion du poste de responsable culturel hospitalier dans les établissements de santé et aider à leur formation,

- à développer une réflexion conjointe sur la sensibilisation au patrimoine immobilier et mobilier des établissements de santé. établissements de santé, rapprochement des bibliothèques municipales avec des établissements de santé, jumelages entre établissements de santé et équipements culturels ou équipes artistiques, ateliers de pratique artistique (ouvert à toutes les disciplines artistiques) et ateliers de sensibilisation aux pratiques artistiques au sein des établissements de santé.

Des modules de formation pourront être proposés au personnel hospitalier concerné. Ces actions devront s'inscrire dans un cadre précisé par un appel à projet, arrêté une fois par an et annexé à la présente convention.

Article 2

Ces actions peuvent prendre diverses formes: création ou développement de bibliothèques au sein des établissements de santé, rapprochement des bibliothèques municipales avec des établissements de santé, jumelages entre établissements de santé et équipements culturels ou équipes artistiques, ateliers de pratique artistique (ouvert à toutes les disciplines artistiques) et ateliers de sensibilisation aux pratiques artistiques au sein des établissements de santé.

Des modules de formation pourront être proposés au personnel hospitalier concerné.

Article 3

Ces projets culturels à destination des patients, de leur famille, des visiteurs, des personnels de soins et des personnels administratifs devront impliquer l'ensemble de la communauté de l'établissement.

Article 4

Le développement d'activités artistiques et culturelles nécessite un personnel compétent et disponible. Pour ce faire, la fonction de responsable culturel hospitalier pourrait-être promue. Le cas échéant cette personne ressource aura pour mission de coordonner les demandes émanant de l'établissement, de connaître l'offre artistique et culturelle du territoire, de faire correspondre l'offre et la demande, de suivre le montage du projet, son organisation, sa réalisation et d'en effectuer l'évaluation avec les différents services concernés.

Pour la création ou le développement d'une bibliothèque au sein d'un établissement, le recours à des professionnels de ce secteur devra être recherché.

Article 5

Chaque année, un appel à projets sera adressé par l'ARH aux établissements de santé.

Ces projets seront étudiés par la DRAC et l'ARH pour en examiner la faisabilité et fixer le soutien financier à accorder en fonction de la qualité artistique des intervenants du projet.

Les projets retenus bénéficieront, dans le cadre de l'enveloppe financière prédéterminée pour soutenir ces actions, d'un financement dont la répartition maximale sera de 30% pour l'ARH, 30% pour la DRAC, sachant que les crédits de la DRAC ne peuvent intervenir que sur la rémunération des intervenants et leurs défraiements, le financement complémentaire étant assuré par l'établissement hospitalier ou toutes autres ressources publiques ou privées qu'il devra solliciter.

La liste des projets retenus et le montant des financements DRAC/ARH sera arrêtée, une fois par an, et jointe en annexe à la présente convention.

Article 6

Un comité de pilotage, arrêtera une fois par an les orientations générales et les moyens consacrés aux actions sur la base d'une évaluation des actions existantes ou antérieures. Il procédera à l'examen des projets de l'année en cours avec voix consultative. Coprésidé par le Directeur Régional des Affaires Culturelles et le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et/ou leurs représentants, il comprend deux représentants des établissements de santé (responsable administratif et responsable thérapeutique) sur proposition de l'ARH, deux représentants des structures culturelles (responsable d'équipement culturel et responsable d'équipe artistique) sur
proposition de la DRAC, un représentant des usagers sur proposition conjointe DRAC/ARH. Les représentants siègent pour une année non renouvelable consécutivement. Le comité de pilotage se réunit au moins deux fois par an.

Article 7

Le Directeur Régional des Affaires Culturelles et le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et/ou leurs représentants se rencontreront chaque année afin de faire le bilan des actions réalisées au regard des évaluations transmises par les établissements de santé et les partenaires culturels qui en auront assuré la mise en oeuvre.

Ce bilan annuel sera présenté au comité de pilotage prévu à l'article 6 de la présente convention et transmis aux ministères de tutelle.

Article 8

La présente convention prend effet dès sa signature. Elle peut être dénoncée ou modifiée chaque année à l'occasion du comité de pilotage établi à l'article 6.

Fait à Marseille, le 31 mai 2001

Pour l'État, La ministre de la Culture de la Communication
et par délégation
Le Préfet de Région, préfet des Bouches du Rhône,
Yvon OLLIVIER.

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Chritian DUTREIL

ANNEXE 4 : *Convention pour la promotion de la Culture à l'hôpital en Provence Alpes Côte d'Azur-Agence régionale de l'hospitalisation et Direction régionale des affaires culturelles Provence Alpes Côte d'Azur.*

CONVENTION POUR LA PROMOTION DE LA
CULTURE A L'HÔPITAL EN PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Agence régionale de l'hospitalisation et
Direction régionale des affaires culturelles
Provence — Alpes - Côte d'Azur

2003 — 2006

Entre l'État, représenté par le Directeur régional des affaires culturelles, Jérôme BOUET,

ET

L'Agence régionale de l'hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur, représentée par son directeur Christian DUTREIL.

Vu la convention du 4 mai 1999, signée par la ministre de la culture et de la communication et le secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale.

Vu la circulaire 99-444 du 27 juillet 1999 relative au développement des activités culturelles dans les établissements de santé, intervenue en application de la convention précitée.

Vu la convention du 31 mai 2001 signée entre la préfecture de région de Provence—Alpes-Côte d'Azur (Direction régionale des affaires culturelles) et l'Agence régionale de l'hospitalisation de Provence—Alpes-Côte d'Azur.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit pour la période 2003-2006

PREAMBULE

Le bien-être des personnes hospitalisées peut encore être amélioré, notamment à travers leur accompagnement par la culture.

Ainsi, l'Agence régionale de l'hospitalisation et la Direction régionale des affaires culturelles, souhaitent développer les initiatives " Culture à l'hôpital " afin :

● de renforcer la dimension humaine de l'hôpital, l'approche globale du patient, et son enrichissement personnel,

● d'assurer une meilleure qualité de la prise en charge et qualité de vie au sein des établissements de santé,

● d'ouvrir l'hôpital sur la ville et de favoriser les échanges dans et hors de l'hôpital,

● d'améliorer l'image des établissements de soins,

● de développer les échanges et le dialogue au sein même de la structure hospitalière entre différentes catégories de personnel hospitalier,

● de permettre aux soignants d'appréhender leur pratique professionnelle et leur institution d'une façon différente,

● de favoriser les échanges entre établissements,

● de développer les coopérations, à partir de projets communs, sur un territoire donné.

La Direction régionale des affaires culturelles entend favoriser l'élargissement du public des structures culturelles et des équipes artistiques hors de leur terrain habituel d'intervention, développer la prise en compte de la " personne " au sein des hôpitaux, inciter à la construction de liens nouveaux entre l'hôpital et la ville.

La mise en oeuvre de cette politique répond à une préoccupation commune de situer les usagers, les patients, les malades et les personnels au coeur des dispositifs.

ARTICLE I - OBJECTIFS GENERAUX

La Direction régionale des affaires culturelles et l'Agence régionale de l'hospitalisation s'engagent à favoriser :

● la poursuite du développement d'une politique culturelle au sein des établissements de santé au bénéfice des patients, de leur famille, des visiteurs, des personnels hospitaliers dans leur ensemble, soignants et non soignants,

● le rapprochement des établissements de santé avec les équipements culturels dont la qualité des actions est reconnue par le ministère de la culture et de la communication, lieux culturels sous tutelle de l'État et/ou des collectivités, qui proposent des activités de création artistique, des programmes d'actions et de diffusions culturelles.

ARTICLE II - AXES PRIVILEGIES

Pour les trois années à venir, les axes privilégiés dans le cadre de ce partenariat concernent :

● le développement de politiques culturelles globales au sein des établissements (le programme " Culture à l'hôpital " ayant vocation à être intégré dans les projets d'établissement),
● la prise en charge de ce secteur par la promotion de la fonction de responsable culturel hospitalier ou de référent culturel au sein des établissements,

● le développement des processus de mutualisation et de mise en réseau,

● la valorisation et le conventionnement des espaces culturels intégrés dans les établissements de santé.

ARTICLE III - PRIORITES SECTORIELLES ET ARTISTIQUES

Seront tout particulièrement pris en compte, entre autres, les thèmes suivants :

● la réflexion et la sensibilisation au patrimoine immobilier et mobilier et à l'histoire des établissements de santé,

● la promotion du livre, de la lecture et de l'écriture,

● les résidences d'artistes et la créativité des personnes dans le cadre d'une relation avec des artistes,

● les cultures d'origine des malades et leurs interactions avec l'offre hospitalière.

ARTICLE IV - MISE EN ŒUVRE

La mise en oeuvre de ces orientations se fera à travers les trois dispositifs suivants :

1. une action incitatrice sous forme de soutien à des **projets culturels** identifiés entre les structures culturelles et / ou les artistes professionnels et des établissements de santé sous dotation globale. La mise en cohérence des projets au sein des établissements est vivement recommandée. Ces actions devront s'inscrire dans le cadre d'un appel à projet diffusé annuellement et annexé à la présente convention. Ce dispositif sera mis en oeuvre avec consultation d'une commission d'examen de projets,

2. une action de soutien à la mise en oeuvre de **politiques culturelles globales** coordonnée par des responsables hospitaliers de l'action artistique et culturelle. Le responsable pourra avoir compétence sur un ou plusieurs établissements. Cette action s'appuiera sur la négociation de convention d'une durée de trois ans avec les établissements,

3. une action d'accompagnement et de valorisation dans la durée des **lieux culturels intégrés** au sein des établissements de santé. Cette action tendra à développer la stabilisation et le conventionnement des structures intégrées. Dans un premier temps des contacts seront pris avec les autres régions pour créer des liens, des échanges et des collaborations à l'échelle nationale. Parallèlement une réflexion sera engagée dans l'objectif de construire un réseau à l'échelle européenne.

ARTICLE V — DISPOSITIF DE SOUTIEN AUX PROJETS

En ce qui concerne le soutien aux projets culturels, le dispositif sera le suivant :

● chaque année, un appel à projets sera adressé aux établissements de santé sous dotation globale. Ces projets seront étudiés par la Direction régionale des affaires culturelles et l'Agence régionale de l'hospitalisation pour en examiner l'intérêt et la faisabilité et convenir

du soutien financier à accorder. Les projets retenus bénéficieront, dans le cadre d'une enveloppe financière prédéterminée d'un financement tripartite Agence régionale de l'hospitalisation, Direction régionale des affaires culturelles, établissement hospitalier ; de plus d'autres ressources publiques ou privées pourront abonder ces projets,

● pour procéder au choix des projets retenus, la Direction régionale des affaires culturelles et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation prendront l'avis d'une commission d'examen des projets coprésidée par le Directeur régional des affaires culturelles et le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et/ou leurs représentants. Elle comprendra :

◦ deux représentants des établissements de santé sur proposition de l'Agence régionale de l'hospitalisation (un responsable administratif et un thérapeutique),

◦ deux représentants des structures culturelles sur proposition de la Direction régionale des affaires culturelles,

◦ un représentant des usagers sur proposition conjointe de la Direction régionale des affaires culturelles et de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Les représentants siègent pour une année non renouvelable consécutivement. La commission d'examen des projets se réunit une fois par an.

Lors de cette réunion annuelle il sera également procédé à un examen des bilans conjoints établissement de santé - structure culturelle, des actions financées dans ce cadre.

ARTICLE VI — CHARTES NATIONALES

Dans l'application des chartes nationales, charte des missions de service public pour le spectacle vivant et charte de l'enseignement artistique spécialisé en danse, musique, et théâtre, auxquels les deux parties déclarent adhérer, le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et le Directeur régional des affaires culturelles décident de donner une place forte aux établissements hospitaliers.

La Direction régionale des affaires culturelles Provence-Alpes-Côte d'Azur incitera également les structures culturelles à développer des projets culturels en milieu hospitalier.

ARTICLE VII - COOPERATION MUTUALISATION

Une attention particulière sera portée à des projets s'appuyant sur la coopération entre plusieurs structures de soins ; il pourra s'agir d'actions de formation, de communication ou de tout projet souhaitant se construire dés le départ en lien avec plusieurs structures hospitalières.

De la même façon la mise en réseau de référents culturels sera encouragée.

ARTICLE VIII - MOYENS ET CHAMPS D'INTERVENTION

Pendant la durée de la présente convention :

● l'Agence régionale de l'hospitalisation Provence-Alpes-Côte d'Azur dégagera, sous réserve de la marge de manoeuvre de l'enveloppe régionale, des crédits non pérennes correspondant à un maximum de 150 000 euros.

● la Direction régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur abondera l'enveloppe régionale « Culture à l'hôpital » dégagée par l'Agence Régionale de l'hospitalisation, sous réserve de l'ouverture des crédits en loi de finances, par une contribution budgétaire d'un montant maximum de 125 000 euros par an et mettra à disposition des projets son infrastructure : centre d'information et de documentation, expertise des dossiers par les conseillers artistiques et les conservateurs du patrimoine. Un suivi au plus près du développement des projets sera également assuré.

ARTICLE IX – PERSPECTIVES

Cette convention est destinée à accompagner la prise en compte des objectifs exposés ci-dessus au sein des deux maillages institutionnels tout en rappelant qu'à terme le programme culture à l'hôpital a vocation à faire partie intégrante de la politique générale des établissements de santé.

Dans le cadre des trois dispositifs (article IV), le choix des actions soutenues et les décisions de financement sont assurés conjointement par l'Agence régionale de l'hospitalisation et la Direction régionale des affaires culturelles Provence-Alpes-Côte d'Azur.

À l'issue de la période de trois ans, un bilan global de l'action sera effectué pour en redéfinir éventuellement les modalités d'intervention.

ARTICLE X – DUREE

La présente convention prend effet dès sa signature pour une durée de trois ans. Elle peut être dénoncée à la demande d'un seul partenaire.

Fait à Marseille le 28 juillet 2003

Le Directeur régional des affaires Culturelles Provence-Alpes-Côte d'Azur	Le Directeur de l'Agence Régionale de l'hospitalisation Provence-Alpes-Côte d'Azur
Jérôme BOUËT	Christian Dutreil

ANNEXE 5 : *Méthodologie de l'enquête par entretien*

→ *La population interrogée :*

Nous avons dû opérer une sélection dans les catégories de personnes que nous souhaitions interroger. Dans un premier temps, nous avons choisi de ne porter attention qu'aux personnes directement impliquées dans le projet culturel, à savoir les artistes, les responsables culturels ainsi que le personnel participant. Concernant cette dernière catégorie, la grande majorité est représentée par des infirmières et quelques aides soignantes. Les autres catégories ne sont pas représentées, les médecins sont en général faiblement impliqués et les agents de service n'ont pas l'autorisation d'accompagner les patients.

L'échantillon de la population a été élargi en cours de recherche, lorsque nous avons décidé de nous intéresser aux motifs de non-implication des salariés dans les projets culturels. À cette occasion, nous avons côtoyé des catégories de professionnels beaucoup plus hétéroclites et dont l'ensemble était représentatif de l'institution hospitalière. Au total[226], nous avons réalisé un ensemble de 35 entretiens qualitatifs semi-directifs. La population interrogée se décompose de la façon suivante : 13 infirmiers (dont 1 homme), 2 aides soignants (dont 1 homme), 2 cadres de santé, 2 responsables culturels, 1 aide-médico psychologique, 1 assistante sociale, 1 agent hospitalier, 1 agent de restauration, 1 administratif, 1 éducatrice de jeunes enfants, 1 psychomotricienne, 1 éducateur spécialisé et 8 artistes intervenants.

Pour entrer en contact avec les personnes à interviewer, nous avons choisi le mode d'accès indirect. C'est-à-dire le passage par un tiers, en l'occurrence un membre du personnel sans lien direct avec la direction. Ce procédé a permis une certaine sélectivité et a facilité l'acceptation de nos demandes d'entretiens.

Nous nous sommes présentés comme étudiant-chercheur, ayant pris pour terrain d'étude l'hôpital en question. Nous souhaitions que les personnes distinguent bien le caractère « extérieur » de notre intervention, c'est-à-dire sans lien direct avec la direction de l'établissement. Nous avons seulement spécifié qu'à la suite du traitement anonyme des entretiens, une synthèse restitutive serait transmise au service communication (uniquement sur le site de la Fondation Bon Sauveur d'Alby).

[226] Ce total comprend l'ensemble des trois phases de notre recherche ; soit les entretiens exploratoires menés à l'hôpital du Vinatier, les entretiens principaux menés auprès des acteurs impliqués à la Fondation Bon Sauveur d'Alby et à l'hôpital de Montfavet, et enfin les entretiens auprès des non-participant menés exclusivement sur la Fondation Bon Sauveur d'Alby.

→ *Les méthodes de recueil et d'analyse :*

Dans la mesure où nous nous intéressons aux représentations et aux pratiques nous avons choisi l'entretien comme technique d'enquête principal et exploratoire (Blanchet, Gotman, 1992).
Il était nécessaire d'obtenir la production de discours modaux et référentiels. Pour ce faire, l'entretien se doit d'aborder deux aspects : la conception du phénomène par les acteurs et la description de leurs pratiques. Ces points fondamentaux ont été développés dans notre grille d'entretien.

L'entretien exploratoire a été utilisé en début de recherche, lorsque nous souhaitions compléter nos pistes de travail alors que nos hypothèses de recherches n'étaient pas encore finalisées. Conduite à l'hôpital du Vinatier entre février et mai 2007, cette technique a contribué à la définition de nos pistes de recherche. La récolte de ces premiers résultats a participé de la définition de notre problématique, de notre méthodologie de recherche ainsi que de l'élaboration de notre grille d'entretien. Nous avons réalisé des entretiens relativement courts à partir de deux grilles d'entretien, l'une relative au personnel[227] et l'autre aux artistes intervenants[228]. Nous souhaitions faire émerger d'autres axes d'analyse en complément de ceux déjà révélés par les études précédemment menées.

Sur ce premier terrain, les personnes ont été contactées directement suite à leur participation à un atelier mené dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ». Un rendez-vous a ensuite été proposé et en fonction des préférences de la personne, ils se sont déroulés dans les locaux de la FERME du Vinatier ou bien dans le service de l'interviewé. Pour le personnel interrogé, il s'agit à la fois de celui qui accompagne les patients lors des ateliers, mais également de celui qui participe aux ateliers réservés exclusivement au personnel de l'institution. Les ateliers culturels menés à destination du personnel sont une des spécificités des actions de la FERME du Vinatier, il nous a donc semblé intéressant d'en questionner les enjeux.

Les entretiens exploratoires ont permis de mettre à jour des problématiques non soupçonnées au départ. Sur le plan pratique, le traitement des entretiens n'a pas fait l'objet

[227] Voir annexe 6.
[228] Voir annexe 7.

d'une analyse de contenu détaillée,[229] mais a permis de faire émerger certaines thématiques que les phases d'enquête suivantes ont permis de développer.

L'entretien principal a été mobilisé dans notre deuxième phase d'entretiens, sur nos deux autres terrains d'études, la Fondation Bon Sauveur d'Alby et l'hôpital de Montfavet.

→ *L'élaboration des grilles d'entretien :*

Tous les entretiens ont été menés avec une grille d'entretien. Son élaboration s'est faite, suite au traitement des entretiens exploratoires menés à l'hôpital du Vinatier. Une partie commune de la grille a été appliquée à l'ensemble des catégories de publics à interroger, puis s'est vue complétée par des questionnements relatifs à la position occupée par l'interviewé (personnel participant[230], responsable culturel[231], artiste[232], personnel non participant[233]).
Nous avons laissé la liberté du lieu à l'interviewé. Pour des raisons pratiques, la majorité d'entre eux a choisi le lieu de travail. Les entretiens se sont donc déroulés dans les salles de réunion ou les salles d'ateliers des services en question. Le cadre des entretiens avec les artistes était beaucoup plus informel et hétérogène puisque nous les avons rencontrés dans des cafés ou bien à leur domicile.
Dans son bureau, l'interviewé s'inscrit davantage dans un rôle professionnel. Nous avons particulièrement pu observer cette attitude chez les chargés de communication. Concernant les soignants, bien qu'interrogés dans leur unité, leur discours nous est apparu plus libre. Nous les avons rencontrés en dehors de leurs heures de travail, souvent à la suite de leur poste, après la relève.

La consigne qui a été donnée pour cette deuxième phase d'entretien, pour les salariés participants, est la suivante :

« Ce travail est fait dans le cadre d'un doctorat en Sciences de l'information et de la communication. Nous attendons de ces entretiens certaines réponses aux questions que nous nous posons quant aux actions culturelles menées dans les établissements hospitaliers psychiatriques. Nous tentons de comprendre les effets que peut avoir le programme "Culture à l'hôpital "dans ces hôpitaux.»

[229] Pour cette phase de l'enquête nous n'avons pas eu recours à une grille d'analyse.
[230] Voir annexe 8.
[231] Voir annexe 9.
[232] Voir annexe 10.
[233] Voir annexe 11.

Pour l'analyse des discours, nous avons opté pour une analyse thématique, procédé qui permet le découpage des entretiens par thèmes similaires. Cette technique est particulièrement propice pour rendre compte de pratiques comme de représentations. L'analyse du contenu de nos entretiens a préalablement nécessité l'élaboration d'une grille d'analyse[234].

[234] Nous invitons le lecteur à se rapporter à l'annexe 12. Cette dernière présente la grille d'analyse mobilisée pour cette recherche ainsi que son processus d'élaboration.

ANNEXE 6 : *Grille d'entretien exploratoire salarié.*

Grille entretien exploratoire (salarié)

1. Quelles sont les motivations qui vous ont amenées à participer à cette action ?

2. Avez-vous participé à l'élaboration de ce projet ? Si oui avec quelles personnes ?

3. Avez-vous sensibilisé les patients aux actions artistiques et culturelles qui pouvaient leur être proposées ?

4. Quelle place avez-vous occupé lors de l'atelier ?

5. Au cours des séances avec l'artiste, avez-vous perçu une évolution chez les patients participants ?

6. Comment est perçu le projet culturel au sein de votre service ?

7. Que pensez-vous des interventions d'artistes à l'hôpital?

8. Seriez-vous prêt à renouveler l'expérience et pourquoi ?

9. Selon vous que peut apporter le développement de la culture en psychiatrie?

10. Estimez-vous que la culture à l'hôpital doit être inscrite dans le projet d'établissement et pourquoi ?

11. Considérez-vous le développement d'une politique culturelle comme un élément constitutif dans l'évolution de la qualité des soins ?

12. Pensez-vous que les partenariats et les jumelages proposés et développés par ce programme national « Culture à l'hôpital », soient suffisants pour intégrer significativement la culture dans le milieu hospitalier ?
Si non avez-vous des suggestions ?

ANNEXE 7 : *Grille d'entretien exploratoire artiste*

Grille entretien exploratoire artiste

1. Présentation, démarche artistique habituelle et ici.
   -Pourriez vous me décrire votre démarche dans le cadre de ces ateliers ?
   - Comment cette intervention s'est elle décidée ?
   - Comment s'est elle mise en place et en quoi consiste t'elle ?

2. Aborder la position par rapport aux patients.
   - A-t-il déjà été dans une position similaire (animation d'ateliers, enseignement) avec d'autres publics ?
- La conception est-elle différente ?

3. Les effets retirés de l'intervention.
   - Y a-t-il eu collaboration avec les soignants ? Nature de l'échange (quel degré de renseignement sur les patients ?
   - Définir les relations avec les soignants.
   - Perception de modifications chez les patients ?

Conclusion : question de la place de l'action dans la carrière professionnelle ?

ANNEXE 8 : *Grille d'entretien salarié participant au projet culturel (phase 2)*

Grille d'entretien salarié participant :

Introduction :
Ce travail est fait dans le cadre d'un doctorat en sciences de l'information et de la communication. Nous attendons de ces entretiens certaines réponses aux questions que nous nous posons quant aux actions culturelles menées dans les établissements hospitaliers psychiatriques. Nous tentons de comprendre les effets que peut avoir le programme « Culture à l'hôpital dans ces hôpitaux. »

. Pourriez vous vous présenter ?

. Connaissez vous le programme « culture à l'hôpital » ? Qu'en savez vous ?

……

. À votre connaissance il y a-t-il eu des projets menés dans votre établissement en dehors du programme « culture à l'hôpital » ?

. Si oui, y a-t-il une différence entre les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » et ceux menés auparavant ?
Quelle est la nature de ces différences ? (***amplitude, nature, financement …).***

. A votre avis à qui s'adressent les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » ? ***(revoir réponse questionnaire) Si réponse non donnée en question 2***

. Où se déroulent les actions de ce programme ? Il y a-t-il un lieu dédié (*à part des services ?)*

. Que pensez-vous de ces lieux ?

. Quel temps prennent ces actions culturelles dans la vie institutionnelle ? (*comment est apprécié le temps que l'institution accorde aux actions culturelles)*

. À quel moment de la journée ces ateliers se tiennent-ils ? Sont-ils déconnectés de la période consacré aux soins ?

……..

. Qu'est-ce qui a motivé votre participation à ce projet ? (*voir si il y a un lien avec le parcours personnel de la personne).*

. Quelle place prenez vous lors des séances d'ateliers ? (*revoir les réponses du questionnaire)*
- Accompagnateur - participant -accompagnateur et participant. – autre

. Quelles actions précises menées vous au sein de l'atelier (de manière pratique au-delà de la position adoptée)?

. Avez-vous des échanges avec les patients liés à ces actions culturelles?

. L'échange se fait-il autour de l'objet culturel (*œuvre, discipline artistique)*?

. De quels types d'échanges s'agit-il ?

. Ces échanges sont-ils de nature formelle ou informelle ? Quels sont les thèmes que vous abordez ensemble ?

. À quel moment ces échanges ont-ils lieu ?
- Avant l'atelier (*sollicitation*)
- Pendant le temps de l'atelier
- Après l'atelier

……..

. Les relations que vous avez avec les patients sont –elles les mêmes que dans le service ou différent-elles lors des actions culturelles ?

. En quoi différent-elles ? Cette différence est-elle traduisible ou s'agit-il plutôt d'une question de ressenti ? Pourriez vous donner quelques exemples ?

. Est-ce que la modification de ces relations perdure, dans la durée, au-delà des séances en atelier ? Pourquoi ?

. Y a-t-il des retours (écrits ou discussions) faits avec l'équipe autour du comportement du patient durant les différentes phases du projet culturel ?
Ces retours sont-ils différents de ceux faits dans le cadre d'ateliers thérapeutiques ?

. Y a-t-il des retours des patients de leur expérience lors de ces projets ?

……

. Rencontrez vous d'autres salariés au cours de ces projets ?

. Quelle catégorie de personnel ?

. Quelle est la nature de vos interactions ? *(nature informelle ? en dehors des actions culturelles ?)*

. Dans quel cadre et dans quel lieu se font ces échanges ?

. Est-ce que le projet culturel vous a servi dans votre pratique professionnelle ? (*ce qui au départ apparaît comme un trouble dans une culture professionnelle ancrée peut-il être « détourné » et réapproprié dans la pratique. Relire Hereros pour la question de la culture identitaire, professionnelle*.

. Que pensez-vous de la venue d'artistes professionnels dans les hôpitaux ?

. Que pensez-vous de l'ouverture de ces projets à l'ensemble de la communauté hospitalière et à l'extérieur (patients- soignants- personnel administratif- famille des patients)? Cela peut-il changer des choses ? À quel niveau ?

ANNEXE 9 : *Grille d'entretien responsable culturel (phase2)*

Grille d'entretien Responsable Culturel

Introduction :
Ce travail est fait dans le cadre d'un doctorat en sciences de l'information et de la communication. Nous attendons de ces entretiens certaines réponses aux questions que nous nous posons quant aux actions culturelles menées dans les établissements hospitaliers psychiatriques. Nous tentons de comprendre les effets que peut avoir le programme « Culture à l'hôpital dans ces hôpitaux. »

. Pourriez vous vous présenter ?

. Que savez vous du programme « culture à l'hôpital » évoque ? .

……

. À votre connaissance il y a-t-il eu des projets menés dans votre établissement en dehors du programme « culture à l'hôpital » ?

. Si oui, y a-t-il une différence entre les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » et ceux menés auparavant ?
Quelle est la nature de ces différences ? (*amplitude, nature, financement …).*

. A votre avis à qui s'adressent les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » ? *(revoir réponse questionnaire) Si réponse non donné en question 2*

. Où se déroulent les actions de ce programme ? Il y a-t-il un lieu dédié (*à part des services ?)*

. Que pensez-vous de ces lieux ?

. Quel temps prennent ces actions culturelles dans la vie institutionnelle ?

. À quel moment de la journée ces ateliers se tiennent-ils ? Sont-ils déconnectés de la période consacré aux soins ?

…….

. Quelle est la place des projets culturels dans la politique de l'établissement?

. Pourquoi votre établissement a-t-il fait le choix de s'inscrire dans le cadre du programme « Culture à l'Hôpital » ? (*demander détails sur le type d'actions développées*).

. Quels sont les outils de communication, de sensibilisation qui sont mis en place pour entraîner la communauté hospitalière à participer aux projets ?

. Pensez vous que ce programme puisse entraîner des modifications :

- Au niveau des échanges entre les personnes (salariés et patients- salariés entre eux) ?

- Au niveau des pratiques professionnelles ?

- Au niveau des représentations ?

. Que peut produite l'ouverture de ces projets à l'ensemble de la communauté hospitalière (patients- soignants- personnel administratif- famille des patients)? À quel niveau cela peut changer les choses

ANNEXE 10 : *Grille d'entretien artiste (phase 2)*

Grille d'entretien artiste

Introduction :
Ce travail est fait dans le cadre d'un doctorat en sciences de l'information et de la communication. Nous attendons de ces entretiens certaines réponses aux questions que nous nous posons quant aux actions culturelles menées dans les établissements hospitaliers psychiatriques. Nous tentons de comprendre les effets que peut avoir le programme « Culture à l'hôpital dans ces hôpitaux.

. Pourriez vous vous présenter ?

. Pour vous qu'est ce que le programme « culture à l'hôpital » évoque ? (*quelles connaissances).*

……

. À votre connaissance il y a-t-il eu des projets menés dans cet établissement en dehors du programme « culture à l'hôpital » ?

. Si oui, y a-t-il une différence entre les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » et ceux menés auparavant ?
Quelle est la nature de ces différences ? (*amplitude, nature, financement …).*

. À votre avis à qui s'adressent les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » ? *(revoir réponse questionnaire)*

. Où se déroulent les actions de ce programme ? Il y a-t-il un lieu dédié (*à part des services ?)*

. (Quelle place est accordée à ces lieux dans l'établissement ?)

. (Quel temps prennent ces actions culturelles dans la vie institutionnelle ?)

. À quel moment de la journée ces ateliers se tiennent-ils ? Sont-ils déconnectés de la période consacré aux soins ?

…….

. Quelle place occupe les salariés qui participent à ce projet ?

. Est-ce que vous les sollicitez afin qu'ils s'investissent dans le projet ?

. Y a-t-il une demande de retour des séances d'ateliers faite par les équipes soignantes ? Quel est le suivi ?

. Sous quelles formes vous est-il possible de leur faire des retours ? (*écrits- réunions…)*

. Avez-vous observé une modification des relations entre soignants (salariés) et soignés ou entre salariés entre eux ?

. Que pensez-vous de l'ouverture de ces projets à l'ensemble de la communauté hospitalière et à l'extérieur (patients- soignants- personnel administratif- famille des patients)? Cela peut-il changer des choses ? À quel niveau ?

. Pourquoi avez-vous choisi d'intervenir dans un hôpital psychiatrique ?

. Est-ce que le projet culturel vous a servi dans votre pratique professionnelle ?

ANNEXE 11 : *Grille d'entretien salarié non participant (phase 3)*

Grille d'entretien salarié non participant

Introduction :
Ce travail est fait dans le cadre d'un doctorat en sciences de l'information et de la communication. Nous attendons de ces entretiens certaines réponses aux questions que nous nous posons quant aux actions culturelles menées dans les établissements hospitaliers psychiatriques. Nous tentons de comprendre les effets que peut avoir le programme « Culture à l'hôpital » dans ces hôpitaux.

. Pourriez vous vous présenter ?

. Connaissez vous le programme « Culture à l'hôpital » ?

……

. Pourquoi ne participez vous pas aux projets culturels menés dans votre établissement ?
(voir si les motivations sont personnelles ou professionnelles?)

. Est-ce que des patients de votre service participent à ces projets ? Savez vous pourquoi ?

. Vos patients qui y participent, savez vous ce qu'ils en pensent ?

. Avez-vous des échos ? Des patients comme des soignants ?

. Que pensez-vous que les projets culturels puissent apporter aux patients qui y participent ?

. Que pensez-vous de la venue d'artistes professionnels dans les hôpitaux ? Et dans certains services ?

. Que pensez-vous de l'ouverture de ces projets à l'ensemble de la communauté hospitalière et au public extérieur (patients- soignants- personnel administratif- famille des patients)? Cela peut-il changer des choses ? À quel niveau ?

ANNEXE 12 : *Grille d'analyse des entretiens*

I. Organisation- niveau collectif :

A- Le projet culturel dans l'organisation :

1. Place du projet culturel dans le projet d'établissement (outil com), le projet de soins.
2. Connaissance sur le programme CAH (utilisation détournée, constitutif du soin), différences avec les projets thérapeutique.
3. Les représentations sur les effets possibles de la culture.

B- Les déplacements opérés dans l'hôpital par le projet culturel :

1. Perception du projet culturel dans les services participants (retours avec les équipes).
2. Un déplacement de territoires ? (physique : le lieu et symbolique)
3. Des réorganisations internes.
4. La rencontre avec de nouveaux salariés.

C- Les réappropriations du projet culturel dans les pratiques professionnelles :

1. Un nouvel outil possible pour entrer en communication avec les patients- revisiter le quotidien hospitalier dans le service. Point d'appui pour faire lien avec leurs problèmes.
2. Anticiper la souffrance, limiter la prise de médocs. L'ouverture comme pour améliorer la prise en charge. Se rassurer sur les patients, voir potentiel dans autre contexte.
3. Des projets lancés dans la continuité.

D- Les limites au développement des projets culturels :

II. L'atelier culturel, niveau personnel :

A-Patient :

1. Narcissisme, resocialisation.
2. Autre moyen d'expression
3. Plaisir, groupe.
4. Un en- dehors dans l'hospitalisation (parenthèse dans la maladie.)

B-Soignant :

1. Les motivations de l'implication dans le projet.
2. Les relations avec l'artiste.
3. La place tenue dans l'atelier vis-à-vis du patient et la préparation (amont) : les changements de face
4. Les échanges permis par la coprésence et l'évolution au dehors (relations après).
5. Les apports personnels : bouffée d'oxygène.

C Artiste :

1. Connaissance programme, choix de l'intervention, comparaison autres interventions. 2. Le « tiers médiateur » : comment ils voient leur place, et nous la définir.
3. Comment ils sont perçus dans l'hôpital (un regard différent porté sur le patient-Impuls
4. Les retours avec les équipes soignantes.
5. Apports personnels et professionnels.

→ ***Processus d'élaboration de la grille d'analyse*** :

Elle s'organise en deux parties, rendant compte de deux niveaux d'analyse distincts que nous avons souhaité reproduire dans la présentation de cette recherche.

Dans un premier axe, nous avons placé ce qui était relatif à l'analyse du projet d'un point de vue institutionnel et collectif. Dans un deuxième axe, nous avons positionné ce qui était relatif à l'analyse des effets du projet culturel à un niveau non plus collectif, mais individuel, en se centrant sur les effets rapportés concernant le dispositif de l'atelier culturel auprès des différents acteurs (patients, soignants, artiste.) La grille se présente donc sous forme « d'entonnoir » allant du collectif à l'individuel, des effets à l'échelle institutionnelle aux effets à l'échelle personnelle, du projet culturel pris dans sa globalité au dispositif spécifique de l'atelier culturel.

Chacune des deux parties de la grille a été décomposée en plusieurs unités et items pour faciliter l'analyse et le traitement des entretiens.

. L'analyse au niveau organisationnel :

Ce premier axe d'analyse se décompose en quatre parties. Le projet culturel dans l'organisation (A) rassemble les données relatives à la place et à la connaissance accordées à la culture et au projet culturel dans les hôpitaux prospectés. Elle aborde aussi les représentations liées aux effets possibles de la culture.

S'en suivent les déplacements opérés par le projet culturel (B), qui englobent l'ensemble des « perturbations » générées dans le système hospitalier par sa participation à un projet culturel. Cela va de l'empirique avec les réorganisations nécessaires au sein des services, au symbolique avec un déplacement des territoires pour les acteurs impliqués.

La troisième catégorie (C) s'efforce de rassembler les modalités existantes de la réappropriation professionnelle des projets culturels par le personnel soignant. C'est là que la perméabilité de la frontière entre culture et soin devient manifeste tout comme le détournement qui peut être fait du projet culturel au profit d'un enjeu soignant.

Enfin, ce premier axe se clôture par les limites au développement des projets culturels (D), éléments qui ont été majoritairement relevés dans la troisième phase d'enquête, celle auprès des non-participants.

. L'analyse au niveau de l'atelier culturel :

Cette limitation au niveau de l'atelier culturel a permis de traiter les enjeux individuels au niveau des différents acteurs participants au projet, à savoir les patients (A), les soignants (B) et les artistes (C).

Pour les patients, la grille d'analyse s'organise autour de quatre enjeux préalablement repérés. Le premier est relatif à l'apport de la culture dans le processus de narcissisation. Le deuxième permet de penser l'atelier culturel comme un nouvel espace de communication. Le troisième aborde les sentiments opérant lors des séances notamment la prise de plaisir, et l'importance de l'expérience groupale. Enfin, une dernière catégorie caractérise davantage l'aspect « symbolique » que peut représenter l'atelier pour les patients en tant que parenthèse vécue, véritable « en dehors » au cœur de la période d'hospitalisation.

Dans cette analyse à l'échelle de l'atelier, notre apport se situe essentiellement dans les enjeux au niveau du personnel soignant. Pour rendre effective la grille d'analyse, ils ont été définis en cinq items. Le premier relate les motivations d'implication dans le projet culturel. Le second atteste des relations existantes avec les artistes intervenants autour de ces projets. Le troisième a trait aux changements de « face » qu'opère l'atelier culturel auprès du personnel soignant. Enfin, nous nous sommes intéressés à l'évolution des interactions entre personnel et patients à la suite des projets culturels (4e item), ainsi qu'aux bénéfices personnels que les soignants pouvaient retirer de leur participation (5e item).

Le dernier point d'analyse de la grille s'intéresse plus particulièrement aux artistes. Le premier item est relatif aux motifs de leur implication dans ces projets. Le deuxième à celui de la place qu'ils estiment occuper suivit en troisième de leur perception par les équipes soignantes. Le quatrième item rend compte des éventuels retours avec le personnel autour des ateliers. Pour conclure notre grille d'analyse et plus particulièrement les « effets » chez les artistes, le dernier item est consacré aux apports personnels et professionnels de ces projets pour les intervenants.

ANNEXE 13 : *Questionnaire Fondation Bon Sauveur d'Alby (phase 3)*

fondation
bon sauveur d'alby

Albi le 5 janvier 2009

Madame, Monsieur,
Notre établissement s'est engagé depuis 2002 dans une politique culturelle. En collaboration avec l'Université d'Avignon nous participons depuis 2007 à une réflexion sur les interactions entre la culture et le soin.
Aujourd'hui, Mylène Costes, étudiante au Laboratoire de Recherche Culture et Communication de cette université, souhaite investir par le biais d'une enquête, les effets que cette politique culturelle peut avoir sur les salariés. Ce travail expérimental ne pourra prendre sens qu'avec votre implication.

Ce premier questionnaire vous permettra de vous positionner, quelles que soient vos connaissances et avis sur la culture à l'hôpital. Ainsi, un entretien contribuant à ces recherches vous sera proposé, (les 21, 22, 23 ou 26 janvier 09).
Merci de compléter le questionnaire ci-dessous et l'adresser à Muriel Amilhat-Guelfi - Service Communication.

Questionnaire « Culture à l'hôpital »

1. Avez-vous connaissance de projets culturels menés à la Fondation Bon Sauveur ?
❒ Oui ❒ Non
Si oui lesquels …….
…….
…….

2. Avez-vous participé à des actions culturelles menées dans votre établissement **?**
❒ Oui ❒ Non

3. Si non, pourquoi :…….

4. Quelle est votre catégorie socio professionnelle:
Administratif : ❒ Logistique et technique : ❒
Personnel médical : ❒ Personnel para médical ❒

5. Quel est votre âge :.....

6. Quelle est votre ancienneté dans votre métier :

7. Accepteriez vous de nous accorder un entretien sur le thème de la culture à l'hôpital quelles que soient vos connaissances ou votre implication ? (le traitement des données préservera votre anonymat).
❒ Si oui Merci de préciser vos coordonnées pour que l'on puisse vous contacter (Nom et service)

…….....

❒ Si non ❒ Merci d'en préciser les raisons :……
.....

Merci de votre participation.
DATE LIMITE DE RETOUR au Service Communication : 16 janvier 2009

ANNEXE 14 : *Signature de la convention « Culture et Santé »*

Signature de la convention « Culture et Santé »

par le Ministère de la Santé et des Sports et le Ministère de la Culture et de la Communication
Jeudi 6 mai 2010

Contact presse
Ministère de la Santé
et des Sports
Service de presse
01 40 56 40 14
cab-sjs-presse@sante.gouv.fr
Ministère de la culture
et de la communication
Service de presse
01 40 15 80 11
service-presse@culture.fr

SOMMAIRE

1-Communiqué de presse

2-Discours de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports

3-Discours de Frédéric Mitterrand, ministre de la Culture et de la Communication

4-Convention « Culture et Santé »

5-Protocole annexé à la convention « Culture et Santé »

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION
Communiqué de presse
Paris, le 6 mai 2010

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports et Frédéric Mitterrand, ministre de la Culture et de la Communication ont signé ce jour, jeudi 6 mai 2010 la *Convention "Culture et Santé".*

Depuis plus de 10 ans, le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication conduisent une politique commune d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier.

La volonté des ministères chargés de la Santé et de la Culture de poursuivre cette politique s'inscrit dans le cadre de réformes en cours des territoires de santé. Pour la première fois, le dispositif de la convention "Culture et Santé" s'étend aux établissements médico-sociaux, à titre expérimental.

En région, le partenariat interministériel se décline au travers de conventions signées entre les Directions régionales des affaires culturelles et les nouvelles Agences régionales de la santé.
De nombreux établissements hospitaliers ont intégré dans leurs contrats d'objectifs et de moyens, des politiques culturelles d'excellence. Ces dernières concernent tous les champs culturels et artistiques : le spectacle vivant, l'architecture, le patrimoine, les arts plastiques, les musées, le livre et la lecture, la presse écrite, le cinéma, la musique, les pratiques numériques. Le public visé englobe l'ensemble de la communauté hospitalière : personnes hospitalisées, familles, professionnels de santé.
Il s'agit à la fois de promouvoir toutes les actions favorisant le rayonnement et la visibilité de la thématique "culture et santé", qui participe à l'objectif d'« une culture pour chacun », et aussi de développer le partage d'expériences entre les acteurs, grâce notamment à un projet de site internet dédié. La convention encourage aussi la création d'une fondation pour favoriser le mécénat.

Les deux ministères veilleront étroitement à la mise en oeuvre de cette convention, en partenariat avec la Fédération hospitalière de France qui constitue un interlocuteur privilégié sur ce sujet.

Contacts presse :
Service de presse de Roselyne Bachelot-Narquin : 01 40 56 40 14
Service de presse de Frédéric Mitterrand : 01 40 15 80 11

Discours

de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Ministre de la santé et des sports

SIGNATURE de la CONVENTION

CULTURE à l'HÔPITAL

Avec :

Monsieur Frédéric MITTERRAND

Ministre de la Culture et de la Communication

-**Jeudi 6 Mai 2010**-

à 16h30

sous réserve du prononcé

(MINISTÈRE de la CULTURE et de la COMMUNICATION)

Monsieur le ministre, cher Frédéric Mitterrand,
Mesdames, messieurs,
Chers amis,

Tout d'abord, je veux vous remercier chaleureusement, cher **Frédéric**, de m'accueillir ici, **rue de Valois**, dans ce **superbe Ministère de la Culture**, que vous dirigez avec **talent**.

C'est pour moi une grande satisfaction de signer à vos côtés cette **nouvelle convention culture-santé**, car je sais que nous prenons tous deux la pleine mesure de l'**importance** d'une telle initiative.

J'y vois l'occasion de réaffirmer avec force tout le prix que nous accordons au **développement** et à la **pérennisation** d'une **politique d'animation culturelle et artistique en milieu hospitalier**.

Cette **volonté commune** – qui a abouti en **1999** à la signature de la **première convention culture-santé** – résulte d'un constat simple : l'existence d'une vie culturelle de qualité dans les structures de soins permet d'améliorer substantiellement la prise en charge globale du patient.

En un mot, **l'art aide à mieux vivre et à mieux se soigner**.

En réinventant le **cadre de vie**, mais aussi en favorisant l'**expression** des soignés comme des soignants et en enrichissant le regard de chacun, la culture contribue précieusement à la politique de santé.

Elle confère également à l'usager une **place renouvelée**, et c'est un sujet essentiel pour moi qui ai fait de la **promotion des droits des patients** un axe majeur de mon action en matière de santé.

J'ai donc mis un point d'honneur à illustrer cette dimension dans la **loi *« Hôpital, patients, santé et territoires »*** (HPST), qui intègre ainsi, dans les **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** (CPOM) des établissements de santé, un **volet social et culturel**.

Quant aux **agences régionales de santé** (ARS), véritable pilier de la réforme que je porte, elles ont désormais pour mission d'encourager et de favoriser, en lien étroit avec les **directions régionales des affaires culturelles** (DRAC) et les **collectivités territoriales** qui souhaitent s'y investir, l'élaboration et la mise en oeuvre de **projets culturels au sein des établissements**.
*
Vous avez fort bien illustré dans votre propos, cher Frédéric, tout ce que le monde de la santé peut apporter à celui de la culture.

Pour ma part, je voudrais évoquer tout ce que la **culture** peut apporter à la santé, et à l'**hôpital** en particulier.

Car, à n'en pas douter, ces **deux univers** ont toujours été, historiquement, très imbriqués, et je dirais même que nos **hôpitaux** ont souvent été des **lieux privilégiés de l'expression artistique**.

Pour s'en convaincre, il suffit de visiter la **magnifique chapelle en croix grecque de la Pitié- Salpêtrière** et les **Hospices de Beaune**, d'admirer la **fresque de Fernand Léger** à l'hôpital de **Saint-Lô** ou les **oeuvres d'art** achetées pour l'**hôpital européen Georges Pompidou**.

La santé comme l'art, en effet, sont l'expression de la **vie** même.

Nous le savons, la situation de **patient hospitalisé** constitue souvent une **épreuve** dans une trajectoire personnelle, qui se trouve provisoirement ralentie.

Affaibli, le malade voit ses **repères familiers brouillés** et éprouve souvent un sentiment d'**isolement**.

Dans un tel contexte, l'accès à l'art et à la culture ne saurait se limiter à un **rôle anecdotique**.

Il est au contraire un **vecteur crucial de valorisation personnelle et sociale**.

Lorsque la maladie nous rend plus dépendant et plus vulnérable, la culture permet en effet de reconquérir une **parcelle d'autonomie**, de se réapproprier une **identité fragilisée**, et de restaurer, en chacun de nous, **dignité** et **estime de soi**.
Synonyme d'**ouverture sur le monde** dans toute sa **diversité**, la culture devient alors une profonde **source d'enrichissement personnel** pour le patient, que ce dernier ait eu ou non accès à cette culture avant la **parenthèse** que constitue sa maladie.

Ainsi, dans le **nouveau rapport au temps** induit par une hospitalisation – un **temps plus, dilaté** –, l'accès à la culture peut être l'occasion de **découvrir** en soi des **goûts** ou des **talents** jusqu'alors insoupçonnés ou réfrénés.

Moi-même marraine d'une **association** qui vise à diffuser l'**art lyrique** au sein des maisons de retraite, je suis particulièrement **sensible** à cette dimension.

Je n'oublie pas non plus que les initiatives culturelles se font aussi au bénéfice de l'ensemble des **personnels hospitaliers**, qui peuvent y puiser le moyen de **renouveler le regard** qu'ils portent sur leur propre pratique.
*
Au-delà de ce **progrès** pour les soignants comme pour les soignés, la culture constitue un **élément fort du management social** d'un établissement de santé.

Les excellents travaux de la **commission culture des directeurs de CHU** et de la **Fédération hospitalière de France** (FHF) illustrent le souci, de plus en plus fréquent, de placer l'expression artistique **au coeur des politiques d'établissement.**

A cet égard, il existe nombre de **projets innovants** permettant de **décloisonner** les **différents métiers de l'hôpital** et de les réunir autour de **valeurs partagées**.

Les **chiffres**, à eux seuls, sont **éloquents**. Une vingtaine de conventions régionales signées entre ARH et DRAC, près de 200 jumelages financés entre établissements, plus de 400 projets portés, de nombreuses journées d'échanges thématiques organisées entre acteurs hospitaliers et culturels : ainsi, dix ans après sa signature, la **première convention** présente un **bilan particulièrement positif.**
Il est le fruit d'une **remarquable mobilisation des acteurs concernés**, et en particulier des **personnels hospitaliers**, dont je veux saluer les trésors de **créativité**, d'**imagination** et d'**attention à l'autre**, à ***tous les*** autres.
*
Par ailleurs, et c'est fondamental, le développement de projets culturels permet de **rapprocher l'hôpital de la ville**.

L'hôpital n'est plus une « citadelle » éloignée des enjeux citoyens ; il est un lieu de rencontres et d'échanges, **au coeur même de la vie**, de ***nos*** vies.

L'essor de projets architecturaux ouverts sur la ville, la présence de « maisons des artistes » au sein des enceintes hospitalières, la réalisation d'ouvrages d'art dans les établissements sont autant de moyens de faire pénétrer **la cité dans l'hôpital**, de faire reculer l'isolement, de **rendre le séjour hospitalier plus humain**, et peut-être même **plus efficace**.

En la matière, plusieurs **municipalités** ont proposé des initiatives intéressantes, en lien avec les **directions régionales des affaires culturelles** (DRAC), et je tiens à les saluer.

Indispensable, ce mouvement doit se poursuivre et s'amplifier, et je compte sur les **agences régionales de santé** (ARS) pour promouvoir l'inscription des projets culturels dans les **schémas régionaux d'organisation sanitaire** (SROS), en partenariat avec les **collectivités territoriales** qui le souhaiteront.
*
La **nouvelle convention culture-santé**, que nous nous apprêtons à signer ensemble, cher Frédéric, résulte, je l'ai dit, d'une **implication sans faille** de la **Fédération de l'hospitalisation de France** (FHF), implication d'ailleurs formalisée dans un **protocole**annexé à ce document.
Cette convention insuffle un **nouvel élan**, en prenant en compte la **réforme** en cours du secteur hospitalier et médico-social, et en posant les bases de l'**évolution** et de l'**élargissement** de cette **politique interministérielle**.

A ce titre, cette convention est **élargie**, pour la **première fois**, et ceci à titre expérimental, **aux établissements médico-sociaux**, au sein de **quatre régions pilotes** qui seront désignées à cet effet.

Par ailleurs, elle réaffirme l'importance que nous accordons au **mécénat**.

Ainsi, elle encourage la **création d'une fondation** ayant pour objet de réunir, d'administrer et de distribuer les **contributions des donateurs privés**, pour favoriser la **diffusion à large échelle de la culture à l'hôpital**.

Enfin, cette convention entend conférer toujours plus de **rayonnement** et de **notoriété** à ces politiques, en consolidant les **partenariats**, en accentuant les **dynamiques**, et aussi en améliorant la **communication**.

Je pense, par exemple, à la création d'un **site internet dédié** afin de mettre en valeur les projets et de favoriser le **partage d'expériences**.

Par ailleurs, je vous rejoins tout à fait, cher Frédéric, sur **deux idées très fructueuses** :
l'organisation, en 2011, d'un **colloque international sur la coopération de tous les acteurs dans le domaine culture-santé** et de nouvelles journées de la culture à l'hôpital, autant d'actions qui confortent la **visibilité** de ce champ dans l'espace public.
*
Je sais, cher Frédéric, que vous partagez avec moi cette **conviction** que nos **hôpitaux**, ancrés au coeur de la vie, sont un **fidèle reflet de l'état de notre civilisation**.

C'est pourquoi, ensemble, nous serons toujours là pour garantir à tous les acteurs notre **soutien le plus absolu**, un soutien que nous aurons d'ailleurs l'occasion de réaffirmer lors du **déplacement** que nous ferons **prochainement** dans un établissement de santé.

Je vous remercie.

Discours

Contact presse
Département de l'information et de la communication
01 40 15 80 11
service-presse@culture.fr
SEUL LE PRONONCE FAIT FOI
www.culture.gouv.fr

Discours de Frédéric Mitterrand, ministre de la Culture et de la Communication, prononcé à l'occasion de la signature de la convention Culture et Santé avec Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports

Madame la Ministre, chère Roselyne BACHELOT-NARQUIN,
Mesdames et Messieurs,
Chers amis,

« Beaucoup / Longent l'hôpital // Comme si cela / Ne les concernait pas », écrit le poète Eugène GUILLEVIC, à l'occasion d'un séjour dans l'une de ces institutions : l'hôpital, que nous prenons parfois pour un monde éloigné, est en fait, à bien des égards, à l'image de notre société. Il reflète nos valeurs – nos peurs, mais aussi nos aspirations. Pendant trop longtemps, il est resté un lieu séparé du reste de lasociété et s'est même parfois voulu un espace de « grand renfermement » de tout ce qui n'avait pas droit de cité. Puis on a compris, peu à peu, que les lieux de santé – je dis bien de santé, et pas de maladie – devaient être intégrés au reste de la cité et de ses activités. En particulier, nous avons compris que la culture a un rôle clef à jouer à l'hôpital, sinon dans le processus de guérison, du moins en accompagnement, ainsi que dans la relation triangulaire qui existe entre le patient, ses proches et les professionnels de santé. Nous avons perçu que la culture pouvait être un auxiliaire, un médiateur et même, peut-être, un levier essentiel de guérison.
Ces affinités électives de la culture et de la santé ne sont d'ailleurs pas nouvelles, si l'on veut bien y songer : dans l'Antiquité, déjà, Apollon était à la fois le dieu des arts et le dieu guérisseur ! Et l'histoire de la médecine est traversée de recherches de thérapies qui ne soient pas uniquement centrées sur la seule question organique, mais qui sachent, plus largement, prendre en compte la dimension psychologique, spirituelle et culturelle du patient – au moyen, en particulier, de la musique, du dessin, de l'écriture, etc. Tel PROUST découvrant avec émerveillement le fameux « théâtrophone » et son pouvoir de faire entrer la musique de WAGNER et de DEBUSSY dans sa chambre de malade, le patient doit avoir la possibilité de transformer ce temps de la traversée de la maladie en un temps de réflexion sur soi, et, je l'espère, d'éveil aux mondes de la culture. Lorsque je dis qu'il doit en avoir « la possibilité », je pense à ce droit fondamental d'accès à la culture pour tous et pour chacun d'entre nous, et peut-être surtout pour ces publics qui en sont éloignés par la maladie. Il est de notre devoir de donner à l'hôpital cette vertu initiatique, de faire des lieux de santé l'emblème d'une « culture pour chacun », quel que soit l'espace et le moment de vie où nous nous trouvons.
Ainsi, après être devenus des lieux d'enseignement et de recherche, les hôpitaux sont aussi devenus des lieux ouverts aux arts et aux artistes. Pas à pas, les ministères de la Santé et de la Culture se sont rapprochés, initialement par la création de bibliothèques en milieu hospitalier, puis par la signature d'une première convention en 1999. Cela peut paraître bien tardif, mais il est toujours aisé de porter un jugement rétrospectif, et c'est faire bon marché des résistances, des préjugés, et même des blocages qui, là comme ailleurs, retardent souvent les grandes réalisations. L'essentiel est que nous ayons la volonté de continuer à nous mobiliser, et d'aller plus loin encore dans cette voie.

Si nous nous retrouvons aujourd'hui, onze ans plus tard, c'est que de nombreux succès se sont bâtis sur cette volonté commune, dont certains d'une qualité exceptionnelle. Je pense à ces duo, trio ou quatuor de l'Orchestre National des Pays de la Loire qui partagent des moments mélodiques au CHU d'Angers ; je pense à Sylvain GROUD et à sa compagnie de danseurs qui apportent de la gaieté dans la maison de retraite médicalisée du CHU de Rouen ; je pense aussi à l'association *Les Toiles Enchantées*, qui met toute son énergie à faire partager son goût du cinéma dans les lieux de santé ; on pourrait multiplier les exemples d'initiatives originales et innovantes, qui explorent le champ des possibles. Parmi tous les acteurs impliqués, l'engagement du Musée du Louvre, du Château de Versailles, ou encore du Théâtre National de Chaillot, illustre l'attachement que nos plus grands établissements culturels portent à ce grand projet en lui donnant l'ancrage institutionnel dont il a besoin.

L'action interministérielle et interdisciplinaire dont cette convention est le symbole est à mes yeux essentielle, car elle contribue à placer la personne, au centre du dispositif, dans toute sa plénitude et surtout dans toute sa dignité. Pour preuve de mon attachement personnel à cette invitation de la culture – et à la culture – dans les lieux de santé, je veillerai à ce que le budget consacré à cette opération soit en progression.

Je ne vais pas, bien sûr, commenter un par un les quinze articles de la convention ; chacun a son importance. Je voudrais en dégager les enjeux essentiels et les principales lignes de force.

Tout d'abord, cette convention prend en compte, comme je le disais, toutes les parties concernées – patient, famille et professionnels – mais aussi tous les acteurs, publics comme privés, qui concourent à sa réussite et à sa mise en oeuvre. L'Etat, les collectivités territoriales en pleine concertation avec les services déconcentrés de nos ministères respectifs, les associations qui oeuvrent d'une façon exemplaire sur le terrain, sans oublier le rôle essentiel du mécénat privé que nous entendons encore renforcer, ni celui de la coopération internationale – européenne et mondiale – dans laquelle la France est particulièrement active. Je souhaiterais d'ailleurs, chère Roselyne, fort de l'expérience et de l'excellence françaises dans ce domaine, proposer l'organisation, dès 2011, d'un colloque international sur cette question centrale de la coopération.

Ensuite, cette convention s'efforce de développer l'ensemble des champs culturels : la pratique, l'expression et la contemplation artistiques, la lecture, les spectacles, la presse écrite et audiovisuelle... Elle intègre également, ce qui est nouveau, la qualité architecturale, elle aussi essentielle à un réel mieux-vivre à l'hôpital. C'est donc, désormais, l'ensemble des champs de compétences du ministère de la Culture et de la Communication qui est pris en compte.

Enfin, cette convention contient des avancées extrêmement importantes, notamment avec l'extension envisagée du dispositif aux centres médicosociaux, tels les Centres d'Aide au Travail destinés à adapter l'entreprise au handicap, ou encore au sein des maisons de retraite et des centres de convalescence. Ce prolongement du dispositif sera expérimentée dans quatre régions pilotes, selon un respect des critères de qualité qui font sa force et son efficacité.

Je pense aussi aux efforts importants qui vont être consentis au profit de la formation des intervenants dans le domaine de la culture, tant à l'échelon régional qu'à l'échelon national.

Pour soutenir ces efforts, le ministère de la Culture et de la Communication continuera à sensibiliser les professionnels, notamment par le biais d'un module consacré à la culture dans la formation initiale des cadres hospitaliers, ou encore par des ateliers annuels thématiques autour de représentants du secteur culturel, comme ceux qu'il a organisés les années précédentes au Théâtre National de Chaillot ou au CNC, et qu'il entend poursuivre en renouvelant l'expérience.

Je me réjouis également de la création d'une commission chargée d'évaluer notre action afin de l'adapter au fil du temps, puisque cette convention, prévue pour trois ans, sera – je l'espère et j'en suis convaincu – reconduite pour les neuf prochaines années, comme le texte de la convention nous enoffre la possibilité. Je crois pouvoir dire qu'il s'agit d'un mariage d'amour !
Je souhaite enfin que nous organisions ensemble, ministère de la Culture et ministère de la Santé, de nouvelles « Journées de la culture à l'hôpital » qui, en 2011, pourraient être l'occasion d'un grand rendez-vous festif et participatif autour de cette ambition commune qui mobilise nos énergies et sur laquelle nos concitoyens fondent bien des espoirs. Je forme le voeu que, par ces journées d'ouverture des hôpitaux, les personnes qui sont à l'extérieur de l'hôpital et celles qui sont l'intérieur puissent se rencontrer, dialoguer, échanger, s'enrichir mutuellement et être, sous le signe de la culture, les acteurs d'une société solidaire et citoyenne.

Dans chacun de nos territoires, cette conjugaison exemplaire de la Culture et de la Santé, renforcée par cette 2e convention, contribuera à faire des hôpitaux, et bientôt des centres médico-sociaux, des lieux de partage et de vie. C'est donc avec un immense plaisir que je vais signer cette convention, et un plaisir d'autant plus grand que je connais, chère Roselyne, votre intérêt personnel, sincère et profond pour la culture.

Je vous remercie.

CONVENTION
« CULTURE ET SANTE »
ENTRE
LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
ET
LE MINISTERE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION

PRÉAMBULE

Le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication conduisent depuis plus de dix ans une politique commune d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier.

Favoriser l'accès du plus grand nombre aux pratiques culturelles et aux oeuvres est la mission fondatrice du ministère de la Culture et de la Communication.

Le ministère de la Santé et des Sports a pour mission fondamentale de promouvoir une politique de la santé qui prenne en compte toutes les dimensions de la personne.

La présente convention, dans le prolongement de celle de 1999, a pour objectif de réaffirmer l'importance d'une action interministérielle en matière de culture et de développer celle-ci au sein des établissements de santé. La volonté des ministères chargés de la Santé et de la Culture de poursuivre cette politique s'inscrit dans la perspective de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle prend en considération la réforme en cours du secteur hospitalier et médico-social et pose les bases de l'évolution et de l'élargissement de cette politique interministérielle.

Une vie culturelle réduit l'isolement du malade et respecte la dimension existentielle de la personne. La culture, vecteur de valorisation personnelle, professionnelle et sociale, est considérée comme une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place à l'usager. De même une action culturelle au sein des établissements de santé contribue à la qualité des relations professionnelles et améliore l'inscription des établissements dans la cité.

Le public visé englobe l'ensemble de la communauté hospitalière : personnes hospitalisées, familles, professionnels de santé.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture s'engagent à associer l'ensemble des professionnels de la culture et de la santé à la mise en oeuvre de cette présente convention ainsi que les entreprises engagées dans le mécénat culturel. Ils inviteront les collectivités territoriales à devenir partenaires de ce dispositif.

Titre I

Le développement de la culture en secteur hospitalier

Article 1

Les champs d'intervention

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture souhaitent que soient inclus tous les champs de l'art et de la culture dans la politique culturelle des établissements de santé, au sens de l'article 6111-1 du Code de la Santé publique.

Les actions culturelles mises en oeuvre couvrent l'ensemble des champs artistiques et culturels et toutes les dimensions de la culture : le spectacle vivant, l'architecture, le patrimoine, les arts plastiques, les musées, le livre et la lecture, la presse écrite, le cinéma, la musique, les pratiques numériques.

Les projets qui doivent impliquer les bénéficiaires peuvent prendre la forme d'actions de diffusion, de création, de développement des pratiques artistiques et culturelles. Les actions de diffusion peuvent être élaborées en lien avec les programmations événementielles locales mais aussi nationales du ministère de la culture et de la communication (*Fête de la musique, Journées européennes du Patrimoine, Dis moi dix mots*…) ainsi qu'avec les dispositifs mis en place par ce ministère (*Passeurs d'images...*).

Article 2

Mise en oeuvre de la politique culturelle au niveau national

Les deux ministères désignent un chargé de mission national qui veille à la bonne exécution de la convention et coordonne l'animation du réseau des référents et correspondants régionaux et locaux.

Ce chargé de mission est mis à disposition des deux ministères par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture ont pour objectif de promouvoir au plan national les actions favorisant le rayonnement et la visibilité de la thématique « culture et santé » par des actions de formation et de recherche, des manifestations et colloques, au besoin parrainés par des artistes reconnus et impliqués dans le domaine « culture et santé » et des subventions aux associations ainsi que, par le truchement des DRAC et des ARS, les actions menées au sein des établissements de santé.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture développeront le partage d'expériences entre les acteurs. A cette fin, un site Internet dédié sera créé. Ce site aura aussi pour objet de favoriser la communication vers le public et de solliciter sa participation.

Le ministère de la Culture s'engage à favoriser la mise à disposition de contenus culturels de qualité, des sélections de livres, de films libres de droit dans les établissements de santé,dans le but de créer des lieux dynamiques de vie culturelle (ciné clubs …).

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture s'engagent également à favoriser le développement de la recherche dans le domaine des rapports entre santé et culture.

Article 3

Mise en oeuvre de la politique culturelle au niveau régional

La présente convention se décline au niveau territorial sous la forme de conventions régionales conclues entre les Directions régionales des affaires culturelles (DRAC) et les Agences régionales de santé (ARS). Ces conventions ont vocation à s'élargir aux collectivités territoriales. Elles mettent en oeuvre la politique nationale en tenant compte des, particularités locales.
Un comité de pilotage, réunissant les DRAC et les ARS, est constitué pour suivre et évaluer la politique culturelle des établissements de santé et leur mise en oeuvre. Des représentants des collectivités territoriales sont invités à s'y associer.

Toute action validée par le comité de pilotage fait l'objet d'un financement de la part des DRAC et des ARS et le cas échéant des collectivités impliquées.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture veillent à l'articulation des dispositifs culturels de proximité, hôpitaux inclus.

Les ARS désignent en leur sein un référent chargé du domaine « Culture et Santé ». De même, au sein des DRAC, un correspondant « Culture et Santé » doit être identifié.

Article 4

Mise en oeuvre de la politique culturelle au sein de l'établissement

En application de l'article L.6114-3 du Code de la Santé publique, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens peuvent comporter un volet culturel. Les établissements de santé doivent inscrire en conséquence dans leur projet d'établissement un volet comportant la définition d'une politique culturelle répondant aux objectifs mentionnés dans le préambule.

Ce volet identifie les champs de l'art et de la culture compte tenu des caractéristiques de la population accueillie dans l'établissement et les types d'intervention. La coordination d'activités culturelles dans les hôpitaux nécessite la nomination d'un professionnel. Celui-ci conçoit et met en oeuvre la politique culturelle de l'établissement et assure les relations avec le monde de la culture local.

Afin de pérenniser la politique culturelle des établissements de santé, les jumelages seront favorisés entre 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...). Ces jumelages seront formalisés par un conventionnement déterminant le rôle et les engagements de chacun en termes de ressources humaines et financières.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture encouragent les établissements de santé à utiliser la procédure de commande publique. L'hôpital, espace public, peut recourir à la procédure de commande publique qui sort l'art de ses espaces réservés et permet la rencontre avec la population de ces lieux de vie.

Article 5

Le mécénat

Pour amplifier l'action menée jusqu'ici par le Cercle des Partenaires, la création d'une fondation ayant pour objet de réunir, d'administrer et de distribuer les contributions de donateurs privés afin d'assurer sur une large échelle la diffusion de la culture et de l'art à l'hôpital, sera encouragée.

Elle présentera chaque année aux deux ministères un rapport d'activité retraçant notamment les actions de mécénat conduites et les montants attribués.

Au niveau local, le mécénat de proximité sera développé. Les établissements de santé doivent s'engager dans des démarches de prospection et de recherche de mécènes de proximité susceptibles de s'associer à leurs actions, en recourant aux dispositions de la loi du 1er août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations. La création de cercles régionaux de mécènes est recommandée.

Article 6

La qualification des acteurs

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture veillent à ce que les acteurs du dispositif aient les compétences requises. Des actions de formation continue seront mises en place afin de qualifier les intervenants.

Les professionnels de la culture doivent faire preuve de compétences égales à celles requises et exigées pour tout public et témoigner d'une sensibilisation aux conditions spécifiques dans lesquelles s'inscrivent leurs interventions. Tout bénévole doit présenter le même niveau de compétences et de professionnalisme que les intervenants rémunérés.

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture s'engagent à inclure dans les formations continues des professions de santé, les modules pédagogiques nécessaires à l'atteinte des objectifs mentionnés dans la présente convention. A cette fin les ministères pourront conclure des conventions avec les écoles et instituts de formation du monde de la santé. Des formations spécifiques seront organisées et soutenues par les deux ministères en région, en partenariat avec les collectivités territoriales.

Le ministère de la Culture et de la Communication élabore, à destination des référents culturels des établissements, des séminaires thématiques. Le ministère de la Santé et des Sports veille à ce que les établissements de santé intègrent des formations à l'art et à la culture dans les plans de formation. Ces formations reçoivent un label du ministère de la Culture et de la Communication.

Article 7

Les espaces d'intervention

Toute action culturelle nécessite des espaces adaptés pour en garantir la réalisation.

Une réflexion devra notamment être conduite sur :

– l’aménagement d’une bibliothèque ou médiathèque accessible à toutes les personnes ;
– l’aménagement de lieux adaptés et équipés pour la projection de films et la présentation de spectacles ;
– l’aménagement de lieux adaptés et équipés pour les ateliers d'activités artistiques et culturelles.

Article 8

La qualité architecturale

L’incitation à prendre en compte la notion de qualité architecturale par les établissements hospitaliers est un axe à développer. Il est en effet souhaitable d’encourager les maîtres d’ouvrage à prendre davantage en compte l’importance de la qualité architecturale du bâti, de la signalétique, du mobilier au moment où un plan d’investissement est en cours de mise en oeuvre.

Le ministère de la Santé et des Sports associera le ministère de la Culture et de la Communication aux études et programmes concernant la réalisation et l’aménagement de ces équipements.

Article 9

La dimension internationale

Les ministères chargés de la Santé et de la Culture conviennent de prendre les initiatives pour créer un pôle européen de la culture à l’hôpital.

Il est aujourd’hui nécessaire de mieux identifier les actions culturelles des pays européens dans le secteur de la santé et de promouvoir les initiatives françaises dans ce domaine.
L’organisation de rencontres et de séminaires de travail à l’échelle européenne y, contribuera.

Cette collaboration s’élargira aux pays tiers, notamment aux pays de l'Union pour la Méditerranée.

Titre II
Évolution et élargissement de la convention

Article 10

Élargissement de la convention

Le ministre de la Santé et des Sports et le ministre de la Culture et de la Communication conviennent de l’opportunité d’étendre le dispositif « Culture et Santé » aux établissements médico-sociaux, à titre expérimental.

Article 11

Mise en place d'un groupe de travail

Considérant le développement de la culture dans les établissements médico-sociaux comme une mission liée aux objectifs qu'ils poursuivent, un groupe de travail interministériel sera installé dans les trois mois suivant la signature de la présente convention. Il examinera les conditions de transposition au secteur médico-social des actions entreprises dans le domaine hospitalier et veillera notamment à définir les actions de qualification et de formation nécessaires.

Ses propositions porteront notamment sur :
– le périmètre des établissements et bénéficiaires concernés ;
– les modalités de participation des collectivités territoriales.

Ce groupe de travail remettra ses conclusions dans l'année suivant la signature de la présente convention.

Article 12

Désignation de régions expérimentatrices

Parallèlement aux travaux mentionnés à l'article précédent, les ministres désignent, dans un délai de trois mois suivant la signature de la convention, quatre régions pilotes afin d'expérimenter les nouveaux champs d'intervention et de tester les hypothèses de fonctionnement futur.

Titre III
Évaluation de la Convention

Article 13

L'évaluation nationale

Un comité de suivi et d'évaluation interministériel se réunira une fois par an.

Il aura la charge de :

– la mesure de l'adéquation entre les résultats effectifs et les objectifs initiaux tels que définis dans le préambule ;
– l'élaboration d'indicateurs nationaux pour évaluer le partenariat ;
– la synthèse des évaluations territoriales ;
– l'évaluation budgétaire de la convention.

Article 14

L'évaluation territoriale

Le comité de pilotage régional procède à l'évaluation des projets qu'il a financés, à partir d'indicateurs nationaux et d'indicateurs propres au projet. Il veille à cette fin à l'inscription d'indicateurs dans les projets qu'il finance. Il transmet aux deux ministères les évaluations effectuées.

TITRE IV
Dispositions communes et transitoires

Article 15

La présente convention prend effet à la date de sa signature pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction, pour un délai maximum de 9 ans.

Fait à Paris, le

En trois exemplaires originaux

La Ministre de la Santé et des Sports Le Ministre de la Culture et de la Communication

Protocole
Annexé à la convention « Culture et Santé »

La Fédération hospitalière de France (FHF) qui représente les hôpitaux publics de l'ensemble du territoire est un interlocuteur privilégié pour encourager la mise en œuvre d'une politique culturelle volontaire dans les établissements publics de santé.

La Fédération hospitalière de France a créé une commission de la culture qui regroupe les professionnels hospitaliers et extra-hospitaliers, impliqués dans de nombreux projets culturels à l'hôpital.

Depuis quatre ans, cette commission a ainsi contribué à favoriser la diffusion de la culture à l'hôpital, afin qu'elle bénéficie de la plus grande légitimité possible, grâce à de multiples initiatives : colloques ouverts à un large public, séminaires réunissant les soignants et les professionnels du domaine de la culture, soutiens variés sous forme de prix et d'encouragements.

Les objectifs fixés par le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication, tels qu'énoncés par la convention à laquelle ce protocole est annexé, seront soutenus par la FHF. Celle-ci poursuivra son action visant à encourager le développement de projets culturels au sein des établissements de santé et facilitera, notamment par le biais de ses délégations régionales, la participation des hôpitaux au programme « Culture et Santé » mis en oeuvre localement par les ARS et les DRAC.

Conformément à ses statuts, la FHF veillera à la meilleure prise en compte des intérêts et enjeux des établissements de santé dans la mise en oeuvre de ce programme « Culture et Santé ».

La Ministre de la Santé et des Sports Le Ministre de la Culture et de la Communication

Le président de la Fédération hospitalière de France

Fait à Paris, le

En trois exemplaires originaux