



Délégation aux  
**Développement et aux**  
Affaires  
Internationales



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DES  
SOLIDARITÉS**

Direction de  
l'Hospitalisation  
et de  
l'Organisation  
des Soins



Agence  
Rhône-Alpes de  
Services aux  
Entreprises  
Culturelles  
[www.arsec.org](http://www.arsec.org)

# CULTURE *ET* HOPITAL

## DES COMPETENCES, DES PROJETS DE QUALITE

# ACTES DU SEMINAIRE

DES 30 ET 31 MARS 2004

AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ,  
DE LA FAMILLE  
ET DES PERSONNES HANDICAPEES

*Ministère de la Culture et de la Communication, Délégation au Développement et aux Affaires Internationales (DDAI)*

*Ministère de la santé et des solidarités, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)*

*Agence Rhône-Alpes de Services aux Entreprises Culturelles, ARSEC*

Actes disponibles sur les sites du Ministère de la culture et de la communication [www.culture.gouv.fr](http://www.culture.gouv.fr)  
du Ministère de la Santé et des Solidarités [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) et de l'ARSEC [www.arsec.org](http://www.arsec.org)

# INTRODUCTION

La convention signée le 4 mai 1999 entre les ministères chargés de la culture et de la santé marque leur volonté commune de favoriser le développement d'activités culturelles et artistiques dans les hôpitaux. Elle définit ainsi un programme national « culture à l'hôpital » dont l'objectif est d'inciter acteurs culturels et directeurs d'établissement de santé à construire ensemble une politique culturelle, inscrite dans le projet d'établissement de chaque hôpital et adaptée à ses besoins. Pour sa mise en œuvre, l'hôpital est appelé à se rapprocher de son réseau culturel de proximité.

Ce dispositif a permis de tisser un partenariat original aux niveaux national, régional et local. Au cours de ces cinq années, celui-ci s'est très nettement structuré, tant par l'engagement d'artistes professionnels – Mathilde Monnier, Katsuhito Nishikawa, Ettore Spalietti, Pierre Buraglio... - que par les partenariats avec les institutions culturelles et l'élaboration de projets pertinents de la part des différents acteurs, dans le cadre de la mise en place de politiques culturelles au sein des établissements de santé.

Parallèlement, a été confié à l'Agence Rhône-Alpes de Services aux Entreprises Culturelles (ARSEC) le soin de mettre en place une formation des responsables culturels. L'objectif initial, fixé par la convention, de former 100 responsables culturels sur 5 ans est aujourd'hui atteint et même doublé.

Ainsi la fonction essentielle de responsable culturel, nouveau métier de la culture exercé au sein des hôpitaux, permet la mise en œuvre de politiques culturelles intégrées dans la stratégie des établissements. Elle conditionne et développe le professionnalisme requis pour la naissance et la réalisation de projets culturels de qualité.

Ce séminaire intitulé : “ CULTURE ET HOPITAL, DES COMPETENCES, DES PROJETS DE QUALITE ” est destiné aux chefs d'établissement, aux professionnels de l'hôpital, aux responsables culturels hospitaliers, aux artistes et aux acteurs culturels et institutionnels impliqués dans le programme “culture à l'hôpital”. Il est proposé conjointement par le Ministère de la Culture et de la Communication et le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Il a pour objectif de faire partager au plus grand nombre d'acteurs de la santé et de la culture l'intérêt de disposer des compétences nécessaires pour réaliser des actions adaptées aux besoins.

# REMERCIEMENTS

Aux intervenants et aux membres du comité de pilotage pour la préparation du séminaire :

*Madeleine **Abassade***, Institut Marcel Rivière, CHS de La Verrière

*Catherine **Ahmadi***, DDAI, Ministère de la Culture et de la Communication

*Eliane **Apert***, DHOS, Ministère de la santé et des solidarités

*Isabelle **Aubé***, ARH Basse-Normandie, Hôpital de Bayeux

*Catherine **Bardugoni***, Arsec à Lyon

*Nathalie **Bauchet***, CHR d'Orléans

*Guy **Boudet***, DHOS, Ministère de la santé et des solidarités

*Christelle **Carrier***, CHU de Strasbourg

*Michèle **Chang***, CASH de Nanterre

*Michel **Chaumont***, Théâtre des Amandiers à Nanterre

*Xavier **Collal***, DDAI, Ministère de la Culture et de la Communication

*La **Compagnie Black Blanc Beur***, St Quentin-en-Yvelines

*Michèle **Dard***, CHRU de Lille

*Céline **Degeorge***, Hôpital Local de Saint Bonnet le Château

*Carine **Delanoe-Vieux***, La Ferme du Vinatier à Bron

*Marie-Catherine **Ehlinger***, ANFH en Franche-Comté

**L'Ensemble Russe Mamouchka**

*Erik **Fabre-Maigne***, CHU de Toulouse

*Catherine **Gautier***, CHR d'Orléans

*Yannick **Gouriou***, Centre de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion

*Valérie **Hannon***, ARH Midi Pyrénées

*Gilles **Herreros***, Université Lumière Lyon 2

*Hacina **Hocine***, DRAC du Limousin

*Benoît **Jeanne***, Centre Hospitalier d'Etampes

*Gérald **Kerguillec***, Le Vaudreuil

*Julie **Leteurtre***, CHU de Nice

*Charles **Locca***, Hôpital Local de Saint Bonnet le Château

*François **Lotteau***, Hôpital Local de Chagny

*Denis **Lucas***, DRAC Haute-Normandie

Jean-Roger **Pautonnier**, CHRU de Lille

Marie-Noëlle **Pistora-Bastien**, collectivité territoriale de Saint Quentin en Yvelines

Richard **Rechtman**, Institut Marcel Rivière, CHS de la Verrière

José **Sagit**, CHS du Rouvray

Pierre-Frédéric **Salmon**, Hôpital Emile-Roux à Limeil-Brévannes

Michel **Tournier**, Bullion

Jean **Tyberghein**, CH de Tourcoing

Patrick **Vandenbergh**, ARH Rhône-Alpes

Nadine **Varoutsikos**, Scène Nationale du Creusot

Danièle **Wohlgemuth**, DHOS, Ministère de la santé et des solidarités

à Leo **Anselme**, Camille **Babete-Mata**, Marie **Dieudonné**, Messaouda **Mamouni** et Céline **Palluy**, ARSEC

à Lisbeth **Berger** et Marie-Christine **Blanc**, DDAI, Ministère de la Culture et de la Communication

à Céline **Martin**, DHOS, Ministère de la santé et des solidarités

à Jean-Bernard **Villance**, service technique, Ministère de la santé et des solidarités

# AVERTISSEMENT

Les interventions des participants au séminaire « Culture et Hôpital » ont été relues et amendées par leur auteur. Les textes sont précédés d'un court texte en italique résumant le contenu de l'intervention destiné à permettre une lecture plus rapide.

Les débats retranscrits ont simplement bénéficié d'une reformulation destinée à rendre plus lisible à l'écrit des propos exprimés à l'oral. L'identité des personnes posant les questions et de celles y répondant a été précisée chaque fois que cela a été possible.

Certains décalages existent entre le programme officiel tel qu'il figure sur les documents de communication et la présentation ci-dessous. Ils sont dus aux inévitables modifications de dernière minute : absence d'un intervenant, modification d'un horaire, etc.

Pour une meilleure lisibilité, la synthèse de l'étude nationale réalisée par l'ARSEC est présentée dans un document séparé.

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	2
REMERCIEMENTS .....	3
AVERTISSEMENT .....	5
TABLE DES MATIERES .....	6
<b>- I - OUVERTURE DU SEMINAIRE .....</b>	<b>8</b>
La culture à l'hôpital : un besoin né de l'histoire, une volonté interministérielle, un partenariat fructueux – évolutions et perspectives.....	9
Présentation des résultats de l'enquête nationale auprès des directeurs et des responsables culturels. Première partie .....	16
<b>- II - GENESE ET CONSTRUCTION DES POLITIQUES CULTURELLES .....</b>	<b>18</b>
De l'origine de l'art à l'hôpital à l'émergence d'une politique culturelle au sein des établissements .....	19
La commande artistique publique à l'origine d'une politique culturelle .....	24
Un autre regard sur l'utilisateur et le lieu de soin .....	28
Hôpital et territoires, mise en commun des biens et des savoirs .....	35
« Intérieurs », un projet qui met en évidence la place de l'artiste, entre libertés et exigences d'une politique culturelle.....	39
<i>Débat</i> .....	44
<b>- III - RESPONSABLE CULTUREL HOSPITALIER : MISSIONS ET COMPETENCES .....</b>	<b>47</b>
Des acteurs d'horizons variés, chargés de développer la culture à l'hôpital : des compétences, des partenariats .....	48
Processus de légitimation : des acteurs qui se mobilisent, des actions qui s'imposent, des fonctions qui se pérennisent.....	50
Une responsabilité conjugée à l'hôpital local .....	54
Intermède artistique : Compagnie Black Blanc Beur.....	59
La construction d'un réseau autour d'une équipe culturelle hospitalière .....	60
L'art du traducteur, une responsabilité culturelle double au sein d'un établissement et à l'échelle régionale.....	66
<i>Débat</i> .....	70

<i>Table Ronde</i> : Différents regards d'acteurs sur le programme de développement de la politique culturelle à l'hôpital, des perspectives .....	73
<i>Débat</i> .....	86
<b>- IV - EMERGENCE D'UN METIER, QUELLES FORMATIONS ?</b> .....	90
Les nouveaux acteurs pour le développement de la culture à l'hôpital .....	91
Les évolutions statutaires et la place des métiers de la culture à l'hôpital .....	92
Synthèses des travaux de l'Observatoire des métiers sur la fiche métier du responsable culturel .....	95
Présentation des résultats de l'enquête nationale auprès des directeurs et des responsables culturels. Deuxième partie : Identités professionnelles, compétences et formation du responsable culturel .....	99
<i>Débat</i> .....	101
Intermède artistique : Ensemble Russe Mamouchka .....	105
<b>- V – CONVERSATIONS</b> .....	106
L'hôpital, un nouvel espace pour l'exercice d'une politique culturelle .....	107
La culture et (à) l'hôpital : le brouillage des frontières .....	111
Conversation entre Richard Rechtman et Gilles Herreros sur l'ensemble des travaux et débats du séminaire / <i>Echanges avec la salle</i> .....	117
<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....	122

- I -

## **OUVERTURE DU SEMINAIRE**



## **La culture à l'hôpital : Un besoin né de l'histoire, une volonté interministérielle, un partenariat fructueux – évolutions et perspectives**

---

**Catherine AHMADI**

déléguée adjointe à la Délégation au Développement et aux Affaires Internationales  
Ministère de la Culture et de la Communication

### **L'intérêt des hôpitaux pour la culture**

Il y a maintenant presque cinq ans, un mouvement important se dessinait pour ouvrir les hôpitaux à la culture, il fut concrétisé par la convention culture/santé en mai 1999.

Aujourd'hui, de nombreux hôpitaux commencent à inclure la culture dans leur projet d'établissement, voire dans le contrat d'objectif, développant ainsi une politique culturelle globale coordonnée par un responsable culturel professionnel et faisant appel aux ressources culturelles et artistiques de leur région. Toutes les actions sont menées en partenariat étroit avec le ministère de la santé, et notamment la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) dont le directeur Monsieur Edouard Couty, s'est toujours montré un fidèle défenseur de ce programme. Le partenariat interministériel s'est structuré au niveau national par une étroite collaboration sur les enjeux et les perspectives de chacun des ministères. En ce qui concerne le ministère de la culture et de la communication l'objectif est bien de faciliter l'accès à la culture au plus grand nombre, aux publics diversifiés et nous avons souhaité que chaque établissement puisse se doter d'une politique culturelle en lien avec les équipements culturels et les artistes. Ainsi, depuis quelques années, les jumelages se sont multipliés et les deux cents qui existent sont particulièrement diversifiés : c'est l'imagination des porteurs de projets, des artistes associés à la singularité d'une région, d'un établissement, qui détermine le modelage original de chacun des projets.

Pour le ministère de la culture, la notion de jumelage adaptée aux établissements de santé, implique pour l'hôpital de faire appel aux ressources culturelles de son environnement, l'action artistique n'étant pas de son ressort.

Se doter des compétences de l'artiste, de l'équipement culturel ou encore de celle du responsable culturel :

- c'est favoriser l'ouverture de l'hôpital sur la cité et établir de nouveaux partenariats,
- c'est favoriser les mises en place de projets de qualité, et l'accès à la culture,
- c'est respecter la citoyenneté de la communauté hospitalière et plus particulièrement celle de la personne hospitalisée.

L'impulsion que donne le ministère de la culture, dans le cadre spécifique de la convention de mai 1999, en collaboration avec le ministère de la santé participe de la mission de service public de la culture comme de la santé. Elle est relayée en région par des conventions signées entre les DRAC et les ARH, une quinzaine aujourd'hui.

## **Perspectives d'évolution**

Le programme Culture à l'hôpital s'étant fortement développé depuis 1999, année de la signature de la convention entre les deux ministères, il serait opportun aujourd'hui de conforter la politique menée depuis plusieurs années et de lui fixer de nouvelles orientations, sous la forme d'une nouvelle convention relayée par une circulaire interministérielle.

Il s'agirait d'associer aux conventions régionales entre les DRAC et les ARH, les collectivités territoriales, les fédérations d'établissements. Certaines régions ont commencé à le faire. La logique qui vise à proposer aux hôpitaux de développer leur politique culturelle est valable également pour d'autres types d'établissements. L'attente est grande dans ces établissements où l'accompagnement humain et culturel est perçu comme aussi important que celui de la médicalisation. Ainsi, afin de faciliter la mise en place de politiques culturelles à toutes les catégories d'établissements hospitaliers, il apparaît aussi nécessaire de promouvoir le principe de mutualisation pour les petits établissements et d'envisager d'élargir le dispositif aux personnes âgées, en collaboration avec le secrétariat d'état aux personnes âgées.

Depuis quatre ans, le ministère de la culture et de la communication a mobilisé des crédits afin de former des responsables culturels à l'hôpital. Il s'est appuyé sur un organisme de formation : l'ARSEC. Il apparaît maintenant nécessaire de faire le point sur cette nouvelle fonction de responsable culturel et son rôle dans le programme culture et hôpital. C'est un des objectifs essentiels de ce séminaire. L'enquête menée par les deux ministères et l'ARSEC devrait nous apporter quelques éléments de réponse lors de la restitution faite par Catherine Bardugoni tout à l'heure.

Une des singularités de ce vaste et dynamique programme est le partenariat tissé avec les entreprises et fondations regroupées dans le cercle des partenaires. Le cercle des partenaires de la Culture à l'hôpital, regroupe 11 grands groupes industriels ou commerciaux. Nous souhaitons élargir cette collaboration et la consolider dans le cadre du développement du mécénat culturel.

## **Projets d'initiative nationale**

Le projet "Coups de projecteurs à l'hôpital" par son caractère exemplaire et sa réussite, les plans de réhabilitation et de construction, de par leur portée générale doivent être signalés.

### **Coups de projecteurs à l'hôpital**

Du 15 au 21 septembre 2003, 12 hôpitaux répartis dans toute la France ont proposé des projections en plein air accompagnées de débats (sur le cinéma, la culture, la santé...) ainsi que des projections, en salle et en journée, destinées aux enfants hospitalisés. L'opération a été soutenue par le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le secrétariat d'état aux personnes âgées, le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, la délégation au développement et à l'action territoriale et le FASILD.

Une réunion de bilan s'est tenue le 27 novembre à la DDAI en présence de Madame le Docteur Mischlich du secrétariat d'état aux personnes âgées, de Madame Wolghemuth du

ministère de la santé, de Monsieur Collal du ministère de la culture, du CNC et des associations Kyrnéa et Les Toiles Enchantées qui ont coordonné le projet.

Dans un souci de rigueur et afin d'associer pleinement les établissements dans ce type d'opération, il a été décidé d'organiser, au CNC, un séminaire les 14 et 15 juin 2004, associant les différents partenaires concernés et en particulier des représentants de structures hospitalières et d'institutions pour personnes âgées. Le bilan de la manifestation apparaît très positif.

### **Plan de construction et de réhabilitation des établissements hospitaliers**

Dans ce cadre, le ministère de la culture et de la communication et le ministère de la santé ont souhaité se rencontrer dans une perspective de réflexion et de collaboration sur cet enjeu majeur de la transformation des établissements de santé.

Deux thématiques fortes justifient la collaboration des deux ministères sur ce plan: la prise en compte de l'amélioration de la qualité architecturale et la commande publique.

Une collaboration entre le ministère de la santé et les professionnels de la culture (en particulier DAPA) permettra d'apporter une attention particulière à la qualité architecturale et d'intégrer dans la programmation architecturale les projets culturels des établissements.

Le ministère de la santé et le milieu hospitalier réunissent des conditions favorables à un climat d'ouverture, à la présence et à l'implication d'artistes dans les hôpitaux. Les commandes publiques se développent. On peut citer quelques exemples :

M. Nishikawa, "projet architectural" au CHU de Lille, E. Spalietti ;  
"salle des départs", hôpital Poincaré à Garches, M. Pistoletto ;  
"lieu de recueillement et de prières", Institut Paoli Calmette à Marseille, P. Buraglio ;  
"un oratoire", hôpital Bretonneau à Paris.

Le milieu hospitalier souhaite cependant que soit préservé le respect du choix et de la liberté des établissements à intégrer la culture ou non. En évoquant les questions d'architecture, d'aménagement des espaces, de signalétique, de la place de l'hôpital dans le paysage urbain, de l'implication de l'artiste dans les établissements, la notion de partenariat apparaît précisément comme un objectif très pertinent pour atteindre ce projet de transformation et d'humanisation de l'hôpital.

### **Journées de la culture à l'hôpital**

Organisée pour la première fois en 2002 à l'occasion d'un week-end (20-22 mars), cette opération avait mobilisé de nombreux hôpitaux, intéressés par un projet national qui leur permettait de valoriser leurs actions dans le domaine culturel : 200 hôpitaux y avaient participé, la demande actuelle est très importante. La prochaine édition des Journées de la culture à l'hôpital pourrait avoir lieu en 2005.

### **Dimension internationale**

Les premières Rencontres européennes de la culture à l'hôpital à Strasbourg en février 2001 ont démontré la dynamique internationale sur ces questions en faisant apparaître que le dispositif français et plus particulièrement la convention interministérielle favorisaient et

facilitaient largement le développement et la mise en place des projets artistiques et des politiques culturelles. En juin 2004, elles auront lieu à Dublin et la France sera représentée par les deux ministères et quelques protagonistes du programme. La constitution d'un réseau international semble vouloir se dessiner progressivement. De nombreux échanges et rencontres ont déjà pu se réaliser avec, notamment la Suisse, le Portugal, l'Italie, la Grèce, l'Angleterre, l'Irlande, l'Espagne, la Belgique. D'autres pays ont pris contact avec nous dernièrement comme la Hongrie et la Pologne.

## **Conclusion**

Un bilan de la convention santé/culture pourrait être l'occasion de :

- redéfinir le champ d'application de la convention et de proposer son élargissement au secteur médico-social
- de confirmer l'existence d'un cadre structurant ;
- d'évaluer les modalités de cofinancement des projets culturels ;
- de développer le mécénat ;
- de relancer et d'élargir le dispositif de formation ;
- de confirmer les orientations et d'élargir le partenariat ;
- d'inviter de nouveaux établissements à se doter de politiques culturelles et de responsables culturels ;
- d'encourager les équipements culturels de proximité à s'engager dans cette politique en direction des publics diversifiés et notamment de la communauté hospitalière.

## **La culture à l'hôpital : Un besoin né de l'histoire, une volonté interministérielle, un partenariat fructueux – évolutions et perspectives**

---

**Eliane APERT**

sous-directrice de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé  
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

**Pour ouvrir nos travaux, je voudrais d'abord souligner que le thème de la culture à l'hôpital est séduisant, comme tous les sujets qui impliquent la culture, mais qu'il est aussi ingrat.**

Face au poids de la maladie, face à la représentation de la souffrance, du médecin et du soignant, l'action culturelle et artistique dans l'enceinte hospitalière paraît décalée ou anecdotique, alors qu'elles peuvent, comme nous le savons bien, contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leurs proches et aussi celle des professionnels de la santé.

En établissant un lien différent soignant/soigné, en prenant mieux en compte les besoins humains et les choix de la personne malade, la culture à l'hôpital s'inscrit pleinement dans le mouvement de reconnaissance du droit du patient.

Et ce droit n'est pas seulement exigence ou revendication à satisfaire, il est en fait celui d'une écoute et d'une attention que la médecine technique a pu perdre de vue, que l'hôpital depuis ses origines n'a pas été particulièrement encouragé à développer.

Les travaux de ces journées montreront - je crois - toute la richesse de ce que peuvent faire - en se rencontrant - la culture et l'hôpital, et témoigneront aussi de la détermination de ceux qui se sont emparés de cette mission, dont on peut soupçonner qu'elle n'a pas forcément vu un tapis rouge se dérouler devant ses avancées...

### **L'historique**

*La « rencontre » ...*

**[Je parle ici de la rencontre institutionnelle, bien entendu. Car de grandes choses et « culturelles » et « médicales » sont nées dans les hôpitaux ou grâce au passage par l'hôpital : des peintres s'y sont découverts, des romanciers révélés (La montagne magique), des idées essentielles pour la médecine aussi : le paradigme en est la thèse de doctorat de LF Céline (Simmelweiss) qui relate le début d'une longue histoire, celle de la lutte contre les infections nosocomiales ...sans même parler du patrimoine architectural des établissements de santé, parce que le sujet est plus controversé : la « beauté » des hospices tient-elle à leur ancienneté et aux modes de construction d'alors ? était-elle le principe présidant à leur construction ?]**

... Donc la rencontre institutionnelle a commencé par la convention nationale de 1999 entre les Ministères chargés de la Culture et de la Santé. Cette convention a vocation à être relayée par des conventions régionales entre les DRAC et les ARH, et définit une politique commune de développement de la culture à l'hôpital.

### **Ses axes :**

1. l'instauration de jumelages entre les équipements culturels et les hôpitaux,
2. le développement et la structuration des bibliothèques hospitalières,
3. l'incitation à instaurer la fonction de responsable culturel dans les hôpitaux.

Ce dernier objectif affirme l'intérêt pour les hôpitaux de s'appuyer sur un personnel compétent et disponible pour coordonner des activités culturelles et souligne qu'une politique culturelle ne s'improvise pas.

La convention a permis le recrutement et l'implication de responsables culturels notamment par la voie du dispositif « Nouveaux Services - Emplois Jeunes » et de sessions de sensibilisation organisées par l'ARSEC (Agence Rhône-Alpes de Services aux Entreprises Culturelles).

Aujourd'hui, plus de 200 personnes qui ont pu être formées.

## **Le séminaire**

### **1. bilan**

Cinq ans après la mise en place de ce dispositif, il a paru utile de faire un bilan pour donner à tous les acteurs de ce « challenge » une représentation en miroir, objective et globale, de ce que leurs efforts communs ont fait exister à travers l'ensemble des régions : ce bilan doit nourrir l'intuition que « la culture » et « la santé » ont réussi un partenariat constructif, original, que celui-ci s'est peu à peu structuré et fortifié (localement et globalement), que la rencontre entre les deux milieux a abouti à une mutuelle reconnaissance, que les acteurs ont confronté, partagé leurs valeurs et se sont chacun enrichis du métier de l'autre.

Une enquête a été réalisée auprès des chefs d'établissements de santé et des responsables culturels. Elle porte sur la nature et l'ampleur des projets ou des politiques culturels et les fonctions confiées aux responsables culturels. Il va vous en être présenté les résultats.

### **2. Echanges**

Ces journées seront l'occasion d'une réflexion avec l'ensemble des acteurs concernés par la culture à l'hôpital. Le présent séminaire va donc donner la parole non seulement aux responsables culturels, mais encore aux chefs d'établissements, aux professionnels hospitaliers, aux mécènes, aux DRAC, aux ARH, aux artistes. Tous diront ce qu'ils attendent de ce partenariat, à travers ce qu'ils ont fait.

### **3. Le programme portera**

- sur les processus de développement des politiques culturelles à l'hôpital : nous allons découvrir la manière dont ces actions, ces projets, ces politiques, sont nés et ont grandi.

Mais attention : La richesse des expériences ainsi mises en commun, même si elle paraît susceptible de donner des « modèles » à imiter ne dispensera pas chaque établissement, selon sa stratégie, son contexte spécifique, son environnement culturel, de définir son propre projet culturel, pas nécessairement d'ampleur, mais adapté à sa taille, à son public ; ces composantes-là font la qualité d'un projet. Le séminaire devrait d'ailleurs montrer l'intérêt de développer des projets insérés, cohérents avec le contexte et l'histoire de l'établissement, adaptés à sa taille, à son activité, à ses patients, en résonance avec

son environnement culturel, qu'il soit un théâtre, une école de musique, de danse, un musée, un château...

- sur les compétences des responsables de la mise en œuvre de ces politiques : au cours de ces deux jours nous allons essayer d'en savoir un peu plus sur ce que sont ces nouveaux acteurs, instaurés par la convention, que l'on nomme « responsables culturels hospitaliers ». Sur ce qu'ils font, comment ils s'y sont pris, et en quoi ils ont parfois modifié le paysage hospitalier, comment s'articulent ces nouveaux métiers avec les métiers existant à l'hôpital, comment, par leur mobilisation, leurs compétences, ils ont contribué à donner du sens, à créer des liens, à favoriser des synergies, à légitimer la place d'un projet culturel et parfois d'une politique dans leur établissement.
- sur leurs attentes et leurs besoins notamment en terme de formation. Nous explorerons les différentes composantes de ce nouveau métier hospitalier, ses variantes, la nature des fonctions confiées par les établissements aux responsables culturels en place dont les profils et les origines sont très divers. Cette fonction nouvelle, nécessite des compétences ignorées parfois du milieu hospitalier comme du milieu culturel, car hybride, faite de coordination, d'aide au montage de projet au service d'autres acteurs culturels et hospitaliers, de négociation pour obtenir des financements, de communication, de concertation pour faire vivre et partager des projets culturels, voire d'élaborer des politiques culturelles dans l'hôpital. Elle nécessite de fédérer l'ensemble des partenaires : les services de soins mais aussi les services administratifs, logistiques, techniques, les acteurs externes, les artistes, les bénévoles, les financeurs et les mécènes, afin d'offrir aux patients des projets de qualité.

#### **4. Autres effets escomptés de ce séminaire, au delà de son « effet-miroir »**

Au delà de l'effet miroir et d'une connaissance mutuelle,

- contribuer à faire émerger de tels programmes « culture/hôpital » dans toutes les catégories d'établissements de santé, ce qui n'est pas encore le cas ;
- rappeler que les « projets phares » ont un effet moteur et sont soutenus aussi à ce titre mais ne sont pas les seuls à recevoir un soutien : des actions plus modestes, s'inscrivant dans le quotidien, comme de « simples » activités de lecture ont aussi à être soutenues. Les bibliothèques de petite capacité peuvent devenir tout à fait performantes en établissant, par exemple, un jumelage avec la bibliothèque de la ville mais ont parfois besoin d'être accompagnées dans ce processus. Car ce n'est pas si « simple ».
- penser l'avenir du programme interministériel « culture à l'hôpital » L'objectif est de continuer à structurer le partenariat entre le milieu de la santé et celui de la culture, préconisé par la convention de 1999, de s'appuyer sur ses réussites et de réfléchir à sa pérennisation, de bien identifier les compétences individuelles et collectives requises et de continuer à les rechercher et les développer, de veiller à maintenir une forte exigence sur la qualité des projets.

**Présentation des résultats de l'enquête nationale  
- Culture à l'hôpital 2003 -  
menée auprès des directeurs et des responsables culturels.**

---

**Catherine BARDUGONI,**  
responsable de formation à l'ARSEC, coordinatrice du séminaire

**Première partie :  
Genèse et construction des politiques culturelles**

Cette enquête a été commanditée en septembre 2003 à l'Arsec (Agence Rhône-Alpes de Services aux Entreprises Culturelles), financée par le Ministère de la Culture et de la Communication (DDAI), et conçue en partenariat avec le Ministère des Solidarités, de la Santé et de Famille (DHOS), en vue du présent séminaire.

Cette enquête nationale, réalisée à partir de deux questionnaires adressés aux chefs d'établissement et aux responsables culturels de l'ensemble du territoire français, a été envoyée à près de 1400 établissements hospitaliers

Les trois axes analysés dans cette enquête au travers des deux questionnaires, sont les suivants :

- l'implantation géographique et le type d'établissement concerné,
- le développement de politiques culturelles au sein des établissements de santé,
- l'activité culturelle déployée,

**On peut estimer au moins à 700 le nombre total d'établissements ayant répondu à l'enquête (pour les établissements publics de santé, plus d'un quart des établissements existant en France) ce qui représentent un pourcentage significatif.**

**On peut dégager de cette première partie une synthèse des observations recueillies en cinq points :**

**1) L'engagement de tous les types d'établissements dans des projets culturels**

On peut observer sur cet échantillon que **tous les types d'établissement** sont engagés à des degrés divers dans des projets « culture et hôpital » et ceci dans toutes les régions.

L'extension des régions signataires de conventions DRAC/ARH est à noter, de même que le recours à des appels à projets pour examiner les dossiers des projets soumis à subvention.



## **2) La construction d'une politique culturelle qui concerne l'ensemble de l'établissement**

On peut noter une nette tendance vers **la construction d'une politique culturelle qui concerne l'ensemble de l'établissement** (42 % des réponses), à travers divers paramètres évoqués au cours des réponses, tant des directeurs que des responsables culturels.

## **3) La qualité de l'activité culturelle déployée**

On note une évolution certaine vers la professionnalisation des actions, le recours à des artistes, l'ouverture sur la cité, le partenariat avec les collectivités territoriales, sans pour autant exclure la tradition des activités développées par les bénévoles depuis longtemps.

## **4) L'évaluation**

**Enfin, un net effort reste à faire sur l'évaluation** : 52% des responsables culturels déclarent ne pas en réaliser – parmi les 48% la pratiquant, 59% croisent des critères qualitatifs et quantitatifs, 33% uniquement des critères qualitatifs et 8% seulement quantitatifs. Aucun ne fait allusion à une grille méthodologique faisant apparaître plusieurs critères en regard d'objectifs initiaux, par exemple.

22% a recours à des enquêtes de satisfaction, 8% évaluent le bénéfice thérapeutique des actions culturelles, et 10% seulement évaluent la qualité des prestations en regard des objectifs atteints.

## **5) La tendance à une professionnalisation de la fonction de responsable culturel**

Cette question est traitée dans la deuxième partie de l'enquête.

*La présentation intégrale des résultats figure dans une annexe séparée consultable également sur les sites du Ministère de la Culture et de la Communication et de l'ARSEC.*

- II -

## **GENESE ET CONSTRUCTION DES POLITIQUES CULTURELLES**

Animation de la matinée par **Patrick VANDENBERGH**,  
secrétaire général de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Rhône-Alpes

## De l'origine de l'art à l'hôpital à l'émergence d'une politique culturelle au sein des établissements

---

**Xavier COLLAL**

chargé de mission Culture à l'Hôpital au Ministère de la Culture et de la Communication  
(DDAI)

Tout d'abord, je voudrais remercier le ministère de la santé et l'ARSEC pour leur collaboration et leur engagement pour la réalisation de ce séminaire, tous les participants, les intervenants, et plus particulièrement le comité de pilotage.

La relation entre art et santé s'éprouve à la fois dans une dimension spirituelle, philosophique, sociologique et politique. C'est aussi un marquage, une empreinte, un franchissement, un engagement symbolique.

La culture s'adresse à l'intime ; elle interroge chacun d'entre nous quand les artistes, l'œuvre d'art nous y invitent.

Les volontés politiques et sociales d'accès à la culture en milieu hospitalier, confrontées aux problématiques de santé et à ses exigences, impliquent dans ces perspectives et par conséquent, des choix éthiques pour l'accès à la modernité, au changement, à la transformation de l'individu comme de l'institution.

Ainsi le dialogue peut naître quand il garantit le respect de ces enjeux.

*L'histoire, notre histoire nous démontre que la relation entre l'art et la santé s'inscrit dès l'origine et que l'homme, (la femme), découvrait naturellement, instinctivement les bénéfices de la pratique artistique en peignant dans les grottes devenues sanctuaires, ateliers d'artistes ou, pourquoi pas, nous pouvons l'imaginer, galerie d'exposition, enfin des lieux où culture et spiritualité cohabitaient.*

*Le patrimoine hospitalier et sa qualité architecturale nous rappellent que les hôpitaux furent des espaces d'accueil d'artistes et de création d'œuvre au Moyen-Age.*

Au 19<sup>ème</sup> siècle, à l'hôpital de Charenton, le marquis de Sade, après avoir été embastillé pour les raisons que l'on connaît, fut alors interné sur l'initiative du directeur de l'asile d'aliénés. Il mettait en scène des pièces de théâtre interprétées par des comédiens de l'asile et des professionnels. Lors de ces représentations, le « tout Paris » se déplaçait.

Prenons le risque de l'anachronisme de cet exemple qui est la référence la plus évidente et, certainement, une des plus anciennes de l'apparition d'une politique culturelle liée à la volonté et à la conviction d'un directeur d'établissement hospitalier faisant fonction de « responsable culturel ».

La recherche d'autres traces de la présence d'artistes ou de leurs œuvres à l'Hôpital Général, nous amène à nous intéresser aux tableaux de grandes dimensions exposés au musée de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Des artistes

représentent des scènes de vaccination. Ces toiles ont une fonction certes décorative, mais elles ont aussi la vocation d'éduquer la population aux bienfaits du traitement. Ces nouveaux repérages de traces de l'art à l'hôpital, peuvent aussi nous inciter à nous interroger à propos de l'instrumentalisation de l'art.

On pourrait s'intéresser aux relations d'alors entre l'Académie de Médecine et celle des Beaux-Arts. Les liens qui unissaient artistes et médecins nous permettent à ce moment précis de faire apparaître l'absence de politique culturelle. C'est précisément à cette période que l'hôpital devient alors un pôle d'excellence et d'enseignement médical plutôt qu'un lieu d'accueil et de charité.

Bien plus tard, en effet, en 1959, c'est la création du ministère de la culture qui permettra de mettre en évidence la notion et l'émergence de la notion de politique culturelle.

Depuis les années 80, les initiatives, les projets artistiques et culturels, toutes disciplines confondues, n'ont cessé de se développer, de progresser dans cette recherche de qualité et de sens avec des caractéristiques différentes selon les établissements de santé, parfois de façon anarchique, mais surtout sans grande lisibilité pour le ministère de la culture et de la communication sur les actions menées, leur validité et leurs objectifs. Ils se développent dans des services de pédiatrie, mais surtout dans des hôpitaux psychiatriques. En effet, la psychiatrie est riche de son passé dont celui qui la relie au mouvement des Surréalistes à partir des années 20. D'autre part, un nombre important d'artistes jalonne son histoire : Sade, Vincent Van Gogh, Camille Claudel, Antonin Artaud, Vaslav Nijinski.

Je citerai quelques exemples d'établissements précurseurs, avant-gardistes qui me viennent à l'esprit comme les hôpitaux de La Verrière, du Puy en Velay, d'Angers, de Lille, puis, à partir des années 90, ceux de Montpellier, d'Aix, de Rouen et de Lyon. avec des expériences très diversifiées allant des arts plastiques à la danse en passant par le théâtre. Je précise que la vocation de ces initiatives embryonnaires est à ce moment mal définie. C'est pourtant la naissance, la renaissance devrais-je dire, de la culture à l'hôpital.

Cet atavisme entre art et santé puis entre art et hôpital illustre une relation fusionnelle, passionnelle, étonnante et complexe.

Dés lors, en 1996, il n'est plus surprenant de constater que dans des perspectives d'accès à la culture institutionnelle et afin d'élargir l'offre culturelle à de nouveaux publics, publics dits alors « empêchés », le ministère de la culture et de la communication décide d'interroger le ministère de la santé sur la création d'un programme « Culture à l'hôpital ».

En 1999, la signature d'une convention interministérielle, relayée par une quinzaine de conventions régionales à ce jour, permet la mise en place d'un dispositif visant à favoriser le développement de politiques culturelles au sein des établissements et l'émergence d'un nouveau « métier de la culture », d'une nouvelle fonction hospitalière : *la fonction de responsable culturel*.

Ainsi, la communauté hospitalière, dans son ensemble, expérimente des pratiques culturelles, actives ou passives, sans objectifs ou prétentions thérapeutiques, dans des territoires avant tout voués aux pratiques dites médicales.

Pour le ministère de la culture et de la communication intervenir à l'hôpital, c'est enrichir les capacités de création par l'approche d'une réalité autre, c'est aussi sensibiliser toute une population souvent en marge des dynamiques culturelles, en favorisant sa rencontre avec l'artiste et l'œuvre d'art.

Cette politique d'ouverture, d'offre culturelle, participe du service public de la culture comme de la santé.

Elle se développe manifestement, dans le cadre du programme culture/hôpital avec une belle régularité, depuis mai 1999, provoquée par les impulsions des acteurs de ce programme, par leur professionnalisme, leurs compétences, par leurs qualités, leur talent, par leur rigueur, leurs convictions et leurs capacités à les transmettre, faisant émerger avec force un langage commun, une communauté de sens.

Ainsi, sans critère d'obligation, nous souhaiterions que de nombreux hôpitaux nous rejoignent dans ce mouvement afin de se doter d'une politique culturelle ; nous saurons les accueillir et les conseiller.

Je voudrais maintenant vous évoquer la qualité de la collaboration interministérielle, culture santé, déclinée au sein des régions entre les DRAC et les ARH et y associer les nombreux protagonistes que sont les établissements hospitaliers, les équipements culturels, les associations culturelles, les nombreux artistes et compagnies, et tout particulièrement, les responsables culturels :

Je souhaiterais citer l'implication de :

- la Cité de la musique,
- la Scène nationale du Creusot, celle du Phénix,
- le Centre dramatique du Vivat,
- le Théâtre des Amandiers,
- le Centre Georges Pompidou,
- les Centres d'art contemporain,
- les Fonds régionaux d'art contemporain,
- les Médiathèques,
- les Bibliothèques,
- et les Arthotèques
- les Musées du Louvre et Picasso,
- les Conservatoires,
- les Ecoles du Cirque,
- les Orchestres Nationaux,
- les différentes Compagnies de théâtre et de danse,
- les Associations culturelles : Musique et Santé, Tournesol, Art dans la Cité, Art et Espoir, Kyrnéa, Les Murs d'Aurelle, le 3 Bis F, La Ferme du Vinatier.

Je souhaiterais souligner l'engagement du Cercle des partenaires qui regroupe fondations et entreprises et, plus particulièrement, l'aspect novateur de ce dispositif sur l'implication de mécènes dans nos projets culturels, ceux qui concernent culture et hôpital.

Le Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital, qui regroupe 11 grands groupes industriels ou commerciaux, (vous trouverez la liste dans le dossier qui vous a été remis à l'accueil) ajoute aux projets aidés par la DRAC et l'ARH des financements issus des entreprises, pour une somme globale de 400 000 € (pour 2003). Une cinquantaine de projets sont ainsi soutenus.

Nous envisagerons de développer cette collaboration afin de la consolider et de l'élargir à un mécénat de proximité. Je ferai remarquer l'importance de cette contribution et de ces partenariats.

Quatre années d'expérimentation, d'échanges, de rencontres, de mise en place de projets, de politiques culturelles, démontrent que cet objectif, loin d'être utopique, s'affirme aujourd'hui comme une réalité qui a su séduire de nombreux établissements hospitaliers, mais aussi le milieu culturel de plus en plus impliqué. C'est aussi un enjeu social et politique. C'est également le respect de la citoyenneté.

Ainsi, nous constatons que les disciplines artistiques sont globalement toutes représentées, certes de façon encore inégale, mais en progression constante, comme la danse contemporaine par exemple.

Très récemment, le cinéma, avec l'opération « coups de projecteurs » de l'été dernier, nous engage à travailler dans le cadre d'un prochain séminaire les 14 et 15 juin prochains, sur la pérennisation d'actions de diffusion de films dans les établissements de santé. Je précise que cette réflexion est menée en collaboration avec les ministères de la santé, de la culture et du secrétariat aux personnes âgées, du Centre national de la cinématographie et des associations Kyrnéa, les Toiles Enchantées, Cinéma Hôpital.

La lecture, étant un des actes élémentaires de l'accès à la connaissance et à la culture, se présente comme une activité essentielle à l'hôpital parce qu'elle s'adresse à tout le monde, à chacun.

Les bibliothèques encore trop peu nombreuses à l'hôpital doivent se développer et collaborer avec les bibliothèques publiques, municipales, comme l'ont déjà effectué certaines régions. Je citerai le Limousin, le Languedoc Roussillon, la Franche-Comté, la Bourgogne, en collaboration avec la direction du livre et de la lecture, relayée bien sur par les DRAC.

La culture envahit l'espace public. Elle répond à la demande d'une population, désireuse d'une culture plus proche, d'une culture de proximité.

Très naturellement, et comme nous l'avons vu, théâtres, musées, bibliothèques, artistes se tournent vers les hôpitaux pour tisser avec eux des partenariats d'un genre nouveau et la culture, aujourd'hui, s'intègre complètement dans les processus de changement et de transformation engagés par certains établissements.

*Il faut souligner la bonne teneur des collaborations interministérielles en région sur cette thématique et le nombre croissant de conventions signées entre les DRAC et les ARH qui ont largement favorisé le développement des projets culturels dans les établissements hospitaliers, environ 200 aujourd'hui, pour une quinzaine de conventions signées, générant en 2003 un budget de 1 M€ pour les DRAC et 1,5 M€ pour les ARH. Toutes les régions*

*pourraient avoir signé de telles conventions fin 2004. Précisons que tous les projets financés dans le cadre de ces conventions font appel à des artistes professionnels rémunérés, et bénéficient d'une expertise préalable par les DRAC et d'une validation garantissant la qualité requise.*

Nous avons souhaité organiser ce séminaire afin précisément d'évaluer le dispositif culture/hôpital sur les thématiques de la formation des responsables culturels, sur la mise en place de politique culturelle au sein des établissements et sur le recrutement de responsables culturels. En collaboration avec les ministères de la santé et l'Arsec nous avons mené une enquête dont la restitution vous a été partiellement faite ce matin par Catherine Bardugoni.

Nous avons aussi souhaité recueillir les attentes des autres acteurs de la culture et de la santé et identifier les changements provoqués par la présence d'artistes à l'hôpital, et faire apparaître les améliorations que nous pourrions, tous ensemble, apporter.

Manifestement, il apparaît important et nécessaire de confier l'organisation et la gestion de tous ces projets à une personne compétente, formée, référente et identifiée afin d'optimiser le développement de ce programme dans les meilleures conditions.

J'évoque, bien sûr, la fonction de responsable culturel, un nouveau métier de la culture à l'hôpital, une façon de promouvoir avec professionnalisme dans cette dimension particulière de la culture à l'hôpital, la mise en place de politiques culturelles dans les établissements de santé. Cette fonction, à l'interface de deux territoires, de deux logiques - mais étroitement liés pour des projets d'accès à la création, d'offre culturelle, mais aussi, d'humanisation, de changement et de perception de l'hôpital, - se trouve propulsée à une responsabilité croissante sur les enjeux éthiques de la modernité pour la culture comme pour la santé.

En cinq ans, 240 responsables culturels hospitaliers ont été formés. Certains d'entre eux, avec des profils variables, exercent la fonction de responsable culturel hospitalier au sein de leur hôpital.

Enfin, j'évoquerai cette dynamique dans sa dimension internationale et le désir de nombreux pays de s'inspirer de notre programme interministériel original et unique. Je vous rappelle, à cet effet, les Rencontres internationales de la Culture à l'Hôpital les 24, 25 et 26 juin prochains à Dublin.

Je vous remercie de votre attention et de votre contribution au débat durant ces deux jours afin que nous puissions, dans le cadre de ce séminaire, recueillir de nouvelles propositions, dans des perspectives de nouvelles collaborations et d'avenir pour ce programme.

Je terminerai sur une citation de Robert Filliou, Plasticien du mouvement Fluxus des années 50 : « l'art, c'est ce qui fait que la vie est plus intéressante que l'art ».

Merci à toutes et à tous.

## La commande artistique publique à l'origine d'une politique culturelle

---

**Michèle DARD**

chargée des affaires culturelles au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de  
Lille (59)

**Jean-Roger PAUTONNIER**

secrétaire général du CHRU de Lille

*L'hôpital Claude Huriez est un établissement emblématique du CHRU de Lille. Sa conception novatrice l'inscrit comme une référence dans l'histoire de l'architecture hospitalière. La restructuration de l'hôpital a été l'occasion d'engager un projet artistique d'envergure autant que précurseur : celui de Katsuhito Nishikawa. A l'opposé d'un simple projet d'animation ou de décoration, ce projet propose la création d'un vaste espace à même de faciliter l'approche d'un lieu porteur d'appréhension, l'hôpital. Pour accompagner la mise en œuvre de la commande artistique, un projet de médiation culturelle a été initié afin de permettre à l'ensemble des usagers ( patients, personnels, visiteurs) de s'approprier l'œuvre. Fort de cette expérience, le CHRU a mis en place une délégation aux affaires culturelles, afin d'inscrire pleinement la culture au sein de l'hôpital. La mise en place de ce dispositif a permis également d'initier de nouvelles relations entre l'hôpital et son environnement.*

### **Un contexte marqué par l'histoire**

Deux facteurs se sont conjugués pour permettre la naissance d'un projet artistique au CHRU de Lille : l'opportunité d'une commande publique et l'intention.

L'hôpital Claude Huriez a été conçu en 1930 par l'architecte Jean Walter. Sa construction a été interrompue pendant la guerre, et-achevée en 1953. Cet édifice est alors connu sous le nom de « Cité hospitalière». Il réalise pour la première fois en France l'union entre l'hôpital et la faculté de médecine.

Chaque jour près de 2 500 personnes transitent dans ces espaces. 120 000 consultations et 20 000 hospitalisations y ont lieu chaque année.

**Un programme ambitieux de modernisation de l'hôpital a démarré en 1997. L'achèvement de l'ensemble des travaux est prévu en 2008. La modernisation vise à :**

- ✓ Améliorer la qualité de l'accueil et des hébergements (extension du bâtiment),
- ✓ Regrouper les blocs opératoires (nouveau plateau technique...).

Ce programme est conduit par l'agence Reichen et Robert, lauréat du concours d'architecture en 1997. En 1998, le CHRU de Lille sollicite le musée des Beaux-arts de Lille, afin d'envisager l'emprunt d'œuvres d'art pour le hall d'accueil. Ne pouvant répondre à cette demande, le musée met en relation l'hôpital et la DRAC, laquelle propose la



création d'un groupe de travail afin d'élaborer un projet permettant d'humaniser les espaces d'accueil.

### **Un projet artistique novateur**

Le projet concerne un espace de 5 000 m<sup>2</sup> : cour d'honneur, hall et galeries latérales. C'est donc un projet d'envergure. Le concept est particulièrement novateur. Ni monumentale, ni décorative, l'œuvre est conçue comme un espace à vivre. Le projet a été élaboré à partir d'une réflexion sur le parcours de l'utilisateur. Il a pour objectif de qualifier et d'humaniser les espaces d'accueil. Le projet contribue à retrouver un lien entre intérieur et extérieur. Pour la cour d'honneur, l'artiste propose la création d'un vaste espace végétal, avec l'implantation d'une petite forêt de magnolias. Cet espace offrira une expérience de relation à la nature. Le traitement des espaces intérieurs, hall et galeries, reprend le même vocabulaire que celui de l'extérieur : présence du bois, travail sur la lumière. Le projet inclut un travail sur le mobilier, qui sera conçu par l'artiste, de même que la prise en compte de la signalétique. L'œuvre participe à l'orientation. Elle contribue à l'apaisement et à l'hospitalité.

L'artiste a été choisi compte tenu de sa capacité à développer une approche transversale. En effet, il aborde l'architecture, le paysage, la peinture, la sculpture, et ce sans hiérarchie de valeurs.

### **Du projet artistique au projet culturel**

Les grandes étapes du projet artistique sont les suivantes :

En 1998, la DRAC met en place un groupe de travail afin d'élaborer un cahier des charges. En 1999 un contrat d'étude est signé entre la DRAC Nord / Pas de Calais et l'artiste Katsuhito Nishikawa. En 2001 l'esquisse de Katsuhito Nishikawa est présentée devant la Commission Nationale de la Commande Publique. Le projet obtient un financement au titre des crédits de la commande publique du Ministère de la Culture. La même année le projet artistique a fait l'objet d'une présentation en Conseil d'administration du CHRUL.

En 2002, un contrat d'assistance et d'honoraires est signé entre le CHRU de Lille et K. Nishikawa.

Le projet artistique conjugue plusieurs ambitions :

- Humaniser les espaces,
- Améliorer la qualité de l'accueil,
- Proposer un cadre de vie agréable à même de favoriser une approche plus sereine d'un lieu porteur d'appréhension.
- Susciter de nouvelles formes de relations entre les personnes et les lieux. (hospitalité, convivialité).
- Valoriser le patrimoine hospitalier.

Le projet artistique est actuellement en phase APD. Pour accompagner la mise en œuvre de la commande publique, le CHRU a initié un projet culturel. Ce projet vise à permettre à l'ensemble des usagers (patients, personnels, visiteurs) d'être à même de s'approprier l'œuvre.

### **Du projet culturel à la médiation culturelle**

Le projet culturel a été élaboré à partir du projet artistique. Il poursuit plusieurs objectifs :

Tout d'abord, il vise à accompagner la mise en œuvre du projet artistique par

- le suivi de la réalisation des travaux,
- le montage financier du projet.

Il s'agit par ailleurs de sensibiliser et d'informer l'ensemble des usagers sur la démarche culturelle du CHRU grâce à :

- la mise en place d'ateliers d'expérience artistique,
- la présentation du projet Nishikawa,
- l'organisation d'une exposition sur le thème : « Hôpital/Architecture/Art ».

L'accent est mis également sur la formation. En effet, la culture à l'hôpital constitue un axe nouveau dans les hôpitaux. Une œuvre comme celle de Nishikawa peut déconcerter, elle ne correspond pas forcément à ce que les gens imaginent lorsque l'on parle d'art. L'organisation d'un colloque sur le thème : « Hôpital, architecture et création contemporaine » (25 et 26 novembre 2004 à Lille) sera l'occasion de développer plus amplement la réflexion sur le lien hôpital/création contemporaine.

La formation, c'est aussi le développement de l'enseignement artistique dans le cadre d'un partenariat avec le Rectorat. Depuis 3 ans, le rectorat détache 2 enseignants (un en arts plastiques et un en musique) 3 heures par semaine pour effectuer des ateliers avec les enfants hospitalisés.

Par ailleurs, des journées de sensibilisation sur le thème « Art/Hôpital », sont proposées au personnel hospitalier.

Un autre axe de travail est développé afin de moderniser et dynamiser la présence du livre à l'hôpital. Cette démarche s'inscrit directement dans les orientations de la convention. Enfin, le CHRU diffuse sa démarche culturelle notamment en participant à l'ensemble des débats menés sur cette question au plan national. En effet, le partage d'expériences peut nous apprendre beaucoup.

## **Le chemin parcouru**

Depuis le début de ma mission, en 2000, un chemin important a été parcouru. En 2003, le CHRU a créé une délégation aux affaires culturelles. Elle a pour objectif la définition d'une politique culturelle inscrite dans le cadre du projet d'établissement du CHRU.

Le projet d'établissement est fondé sur le projet médical, le projet scientifique, le projet de soins et bien sûr le projet de recherche (surtout en biologie, neurosciences, etc.). Des volets d'accompagnement au projet d'établissement sont prévus. L'inscription du projet culturel dans le projet d'établissement donne la mesure de l'intérêt porté à la culture. Il manifeste la volonté d'intégration de la culture dans le milieu hospitalier.

## **Un partenariat indispensable**

Le partenariat a été fondamental car sans lui le projet n'aurait pas vu le jour : la DRAC bien sûr mais aussi la Délégation aux Arts Plastiques, la Direction de l'Architecture et du Patrimoine. La Délégation au Développement et à l'Action Territoriale, et le ministère de la Santé ont permis le développement du projet. Les tutelles locales sont elles aussi associées à cette démarche : Conseil Régional, Conseil Général, Ville de Lille, Communauté urbaine de Lille, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, sont autant de collaborations qui traduisent de nouvelles relations entre l'hôpital et son territoire.

## **La culture vecteur du changement**

La culture est un vecteur de changement pour l'institution. Elle permet de porter un nouveau regard sur l'hôpital : elle nous rappelle que l'hôpital est un monde de valeurs et qu'il ne pourra répondre aux défis économiques et de santé qu'en continuant à s'appuyer sur des valeurs, d'accueil et d'hospitalité.

La culture permet de créer des espaces de réflexion et d'expérience au sein de l'hôpital, elle est à même d'interroger le sens des pratiques et des usages, en cela elle peut accompagner l'évolution de l'institution.

Ce projet a été l'occasion d'initier de nouveaux réseaux d'échanges et de compétences entre l'hôpital et la ville. Ainsi le CHRU participe à la manifestation Lille 2004, Capitale européenne de la culture. Cela permet de réduire la distance qui sépare trop souvent l'hôpital du cœur de la ville. Il ne faut pas oublier que la notion de droit du patient à la santé ne s'oppose pas au droit du patient à la culture, les deux se complètent.

## Un autre regard sur l'usager et le lieu de soin

---

### Michèle CHANG

responsable culturelle au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (92)

*Au sein du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (CASH), le pôle Accueil et Insertion comprend deux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, dont une de longue durée. Dès 1992 un groupe de réflexion sur la nature et la nécessité d'un projet artistique était créé s'appuyant sur l'expérience de l'Association Tournesol. Un jumelage avec le réseau des médiathèques de Nanterre a été mis en place dès 1998. Aujourd'hui de nombreux projets sont en cours : trois ateliers théâtre, un atelier d'art plastique, un atelier d'écriture, des concerts itinérants, de la lecture et de la musique au chevet en réanimation et en service de médecine. Le jumelage avec le Théâtre des Amandiers, commencé en 2002, est particulièrement emblématique du rôle que peut jouer l'art dans la transformation de la personne, par les mouvements qu'il produit dans sa sensibilité et son intelligence. Les participants aux ateliers théâtre parcourent un chemin qui les conduit à fréquenter en toute autonomie les établissements culturels de Nanterre. Mais le plus important c'est la modification de comportement que ce travail provoque : ils osent apprendre, juger, réfléchir. Ils soignent leur apparence. Ainsi ils changent le regard qu'ils portent sur eux-mêmes et celui que leur environnement porte sur eux. Si la médiation artistique et culturelle provoque un changement dans la personne elle modifie aussi la vie de l'institution qui désormais doit prendre en compte, dans son fonctionnement, l'activité artistique des résidents.*

Il me faut d'abord vous présenter le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, pour que vous puissiez saisir l'enjeu de la politique culturelle dans le changement du regard porté sur l'usager et le lieu de soin.

### Une histoire

Le Cash est un établissement atypique. Ses origines remontent à la Maison de Répression de Nanterre, créée en 1873 pour extirper la mendicité, considérée comme un délit jusqu'en 1992. Le 13 janvier 1989, la Maison de Nanterre devient le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers. C'est un établissement public autonome de la Ville de Paris, à caractère sanitaire et social. Le président du Conseil d'Administration est le Préfet de Police. Le Cash comprend un pôle hospitalier, l'hôpital Max Fourestier, jumelé avec l'Hôpital Louis Mourier de Colombes, un pôle Personnes Agées, un Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri, le CHAPSA. Le quatrième pôle, sur lequel je vais centrer ma réflexion, est le pôle Accueil et Insertion. Ce pôle comporte deux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ou CHRS. L'un propose un projet sur deux ans de retour au droit commun et à l'emploi. Le second est un CHRS de longue durée, qui prend davantage en compte le temps de la personne. Le pôle Accueil et Insertion est au cœur de la problématique de l'exclusion, et au cœur du jumelage signé en 2002, entre le Cash et le Théâtre des Amandiers.

Le Cash n'a plus rien à voir avec l'univers carcéral de la Maison de Nanterre. Il a accompli une profonde mutation et se situe dans la modernité par rapport à sa politique

sanitaire et sociale. Cependant les habitants des communes environnantes, et plus particulièrement, les habitants du quartier du Petit-Nanterre, sis à proximité du Cash, et victimes eux-mêmes d'une forte précarité, continuent à assimiler le Cash à la représentation et au traitement de l'exclusion.

Comment faire pour voir autrement l'exclu ou le lieu du traitement de l'exclusion ? La culture apporte une réponse. C'est dans la fonction même de la culture, que se trouve cette réponse. Le rôle de la culture, déclare le philosophe Pierre Magnard, dans le séminaire sur la Renaissance qu'il donne à la Sorbonne, est de relier les hommes entre eux, d'entretenir une mémoire vive de l'histoire humaine et des âges de la vie. C'est aussi façonner la matière, révéler les contenus de l'ordre de l'esprit.

### **Sortir de la condition d'exclu par la culture**

Révéler les contenus invisibles de l'ordre de l'esprit qui sont en puissance chez chaque individu, c'est le fondement de la politique culturelle au Cash. La politique culturelle ne peut s'adresser qu'à l'homme, qui est plus que l'exclu, elle ne peut le toucher que si l'individu le désire. Elle se différencie en cela de la prise en charge sanitaire et sociale que l'individu s'engage à respecter et à suivre lors de son hospitalisation. La politique culturelle est un acte humaniste, éminemment moral, qui reconnaît implicitement que la culture confère à l'homme la liberté et la dignité en toutes circonstances. Reste la question : comment l'exclu peut-il entreprendre une démarche culturelle ? Le support de la culture au Cash, et plus généralement dans l'ensemble des hôpitaux, est l'art, et principalement l'art vivant.

En 1993, j'ai contribué à faire valider cette forme de médiation artistique et culturelle par le directeur du Cash, qui était Antoine de Tovar. C'était cinq ans avant que la politique culturelle du Cash ne s'inscrive dans le programme national *Culture à l'Hôpital*, dans un jumelage avec le réseau des médiathèques de Nanterre, toujours en cours. J'avais créé en 1992, un groupe de réflexion sur la nature et la nécessité d'un projet artistique, avec le docteur Lasserre (chef de service du long séjour), Les Petits Frères de Pauvres, l'Aumônerie et l'association Tournesol. L'expérience de l'association Tournesol dans le domaine de la diffusion de l'art à l'hôpital, a servi de support à la réflexion. L'association Tournesol organise depuis 1992 des rencontres avec des artistes professionnels de haut niveau, diplômés de conservatoires nationaux. Elle est spécialisée dans le recrutement des musiciens, mais compte des plasticiennes, un comédien. Elle prépare les artistes à rencontrer en dehors de leur public habituel, le public des hôpitaux, et les accompagne sur les lieux d'intervention. Nous avons alors, avec l'association Tournesol mis en place sur l'hôpital un atelier peinture, un atelier lecture et des concerts itinérants.

C'est la mémoire de ces actions, les bilans qui en ont été tirés, qui m'ont révélé que la rencontre avec l'artiste, transmetteur de son art, l'œuvre qu'il transmet, provoquaient chez les personnes réceptives des formes de réaction, liées à l'émotion esthétique. Bien que chaque atelier ou intervention possède sa note et sa pédagogie, dans l'ensemble, on constate que les personnes réagissent selon certaines constantes : désir de sortir de sa chambre, de s'habiller, écoute, concentration, sérénité, curiosité d'esprit, respect de l'artiste, expression d'expériences personnelles, expression de jugements esthétiques, plaisir, joie, larmes de joie, échanges avec l'artiste et les autres malades. C'est ainsi que je me suis rendue compte que le malade, isolé dans sa chambre, devenait très sociable dans

la sphère de vie de la médiation culturelle. Les médecins et autres professionnels en ont également pris conscience.

L'art permet de changer le regard sur soi, le regard de l'autre sur soi, de modifier ainsi sa relation à autrui. Le pouvoir de l'art tient à sa nature, et à la nature de la sensibilité humaine. La vie humaine est marquée par la vie affective, qui oscille entre la souffrance et la joie. L'art regroupe dans ses différentes formes, plastique, littéraire, théâtrale et musicale, les tonalités affectives que chacun d'entre nous éprouve dans sa vie. Les tonalités affectives de l'art expriment avec intensité les formes les plus hautes des passions et des aspirations humaines, elles entrent en résonance avec la sensibilité et la souffrance exacerbée des personnes qui vivent à l'hôpital, un moment dramatique. Les tonalités affectives de l'art confèrent à leurs émotions de la grandeur et leur donnent un sens.

## **Expériences**

Voici l'exemple de deux jeunes mauritaniennes. Le jour de leur arrivée au Cash comme demandeuses d'asile, elles ont vu la pièce « Médée » de Max Rouquette, jouée au Théâtre des Amandiers par une troupe du Burkina Faso. Elles furent très émues et se sont inscrites par la suite à l'atelier peinture animé au CHRS par Dominique Gamet de l'association Tournesol. Cet atelier s'inspirait alors de « Médée » et travaillait sur les matières africaines. Elles témoignent de la capacité de cet atelier à leur donner la possibilité de créer, de ne pas rester sans rien faire. « Cela nous fait du bien, disent-elles. Il est évident qu'on ne peut pas tout vider, tout expurger, mais cela nous permet d'oublier un peu les difficultés auxquelles nous devons faire face ». Philippe Guérin, du Théâtre du bout du Monde, anime un atelier théâtre qui étudie et met en jeu deux pièces de la programmation 2004 du Théâtre des Amandiers : « La vie est un songe » de Pedro Calderon, et « Hamlet » de Shakespeare. C'est un SDF qui joue le rôle de Hamlet. Philippe Guérin remarque qu'il y a une vraie connexion entre les questions posées par le théâtre, parfois d'ordre métaphysique, et les questions que se posent les membres des ateliers. « Ils s'emparent des personnages des œuvres et cela a une incidence sur eux ».

L'expérience de la médiation artistique et culturelle du Cash, a permis de constater que la personne qu'on met dans la catégorie d'exclu est capable d'avoir un comportement sociable lorsqu'on lui donne la possibilité de se réconcilier avec elle-même : les résidents qui s'inscrivent dans les actions culturelles et artistiques proposées au Cash, modifient leur comportement. Ils osent apprendre, parler, juger, réfléchir. Ils soignent leur apparence et s'inscrivent désormais officiellement dans la vie culturelle de Nanterre. Michel Chaumont, du Théâtre des Amandiers, à l'origine du jumelage avec le Cash, va vous donner son point de vue sur cette expérience.

Quelles sont les conséquences sur l'institution ? La Directrice de la Vie Sociale et de l'Insertion, Odile Jeandeau soutient avec force la démarche de la médiation artistique et culturelle qui représente une accroche positive dans le processus de réinsertion. Elle est suivie en cela par la Direction Générale. Il devient courant, que lors d'un renouvellement de contrat, les travailleurs sociaux qui suivent un atelier de pratique artistique fassent valoir, aux yeux de l'équipe, les réalisations du résident en question. Le résident est perçu autrement par l'équipe et par ses congénères, parce qu'il s'est montré autre. Des lieux destinés à l'expression de la vie culturelle se créent ou sont libérés comme au CHAPSA, considéré comme le lieu de l'exclusion absolue. Pourtant, Chad Chenouga,

comédien dans la pièce « Les sacrifiées » de Laurent Gaudé, jouée actuellement au Théâtre des Amandiers y anime avec succès, un atelier théâtre. L'institution s'adapte au temps de la vie culturelle de l'usager, en l'accompagnant le soir, et parfois le week-end, au théâtre ou ailleurs. Elle favorise sans crainte l'inscription individuelle des résidents dans divers équipements culturels de l'Île-de-France où ils peuvent réserver des places gratuites pour des spectacles de leur choix.

### **La culture source de transformation**

Je voudrais conclure en disant que si la médiation artistique et culturelle peut amener la personne et l'institution à se transformer, c'est grâce à la source de culture et de créativité que représentent les associations et les équipements culturels. C'est grâce aussi aux co-financements que les jumelages rendent possibles : pour le Cash, citons la DRAC, le Conseil Général, la Ville de Nanterre et la Fondation Internationale Carrefour. La médiation artistique et culturelle ne peut avoir d'effet durable que si la quantité, la répétition des actions s'allient à leur qualité. Les efforts conjoints de tous ces partenaires permettent de faire rayonner au Cash, l'alliance des arts : trois ateliers théâtre, un atelier d'art plastique, un atelier d'écriture à la bibliothèque de l'hôpital, des concerts itinérants, des accompagnements au chevet de lecture et de musique en réanimation et en service de médecine. D'autres projets sont en cours !

## Un autre regard sur l'usager et le lieu de soin

---

**Michel CHAUMONT**

responsable des relations publiques au Théâtre des Amandiers à Nanterre (92)

Le partenariat avec le Cash s'est mis en place dans le doute et les interrogations. Etait-ce bien la vocation du Théâtre d'accueillir un tel public ? Le travail avec les résidents, à travers les ateliers puis les créations qui en sont issues, a très vite montré qu'il répondait à un désir. Ces instants de théâtre, bien loin de la philanthropie ou de la pitié, donnent une dignité aux participants qui ont révélé une capacité d'analyse et une intelligence de l'œuvre qui ont surpris. C'est bien la preuve que la misère n'est pas « l'extinction de l'intelligence » et que le théâtre peut fournir le moyen de l'exprimer. Les participants se sont investis totalement dans ce travail et les représentations qui en ont été s l'aboutissement sont une restitution véritable et intelligible de l'œuvre. Bien sûr le théâtre ne va pas régler des problèmes d'exclusion et de précarité qui sont ceux de la société, mais ces instants représentent autant de moment d'insertion parmi le public, l'équipe, la vie du théâtre. Pour autant la question du sens reste posée. Qu'apporte cette action aux démunis ? Est-elle durable ou au contraire éphémère ? Modifie-t-elle leur compréhension du monde et de leur propre parcours ? Au-delà de réponses probablement variables selon les personnes, nous ne doutons pas que l'expérience devrait pouvoir exister dans beaucoup d'autres hôpitaux. Les participants assistent désormais régulièrement à des représentations théâtrales ayant ainsi l'occasion d'un contact avec un autre monde que celui de la précarité. L'un d'entre eux joue d'ailleurs actuellement dans une pièce de Jean-Louis Martinelli. Le théâtre des Amandiers a découvert là une nouvelle dimension de son action et souhaite pérenniser ce partenariat

### **La question du sens**

Entre la compassion et l'injonction la pauvreté semble souvent sans visage et les démunis sans identité. C'est pourquoi le Théâtre des Amandiers, dans le cadre du partenariat qui le lie au CASH de Nanterre, a voulu ouvrir ses portes pour offrir, le bref temps d'une représentation, un moment de fraternité artistique, un instant de partage culturel auxquels ont droit tous les autres publics. Le pari n'était pas gagné d'avance. Pouvait-on attendre de ces démunis une compréhension globale de l'œuvre proposée ? Pouvait-on prendre le risque de faire se croiser des publics si différents sans qu'il y ait incompréhension, au mieux, rejet, au pire ? La pauvreté serait-elle encore stigmatisée par le lieu social des représentations ? Au Théâtre même il y eu discussion sur ces actions « non-rentables », sur leur pertinence en tant que recherche de public. Toutes ces questions ont accompagné les premiers pas de ce partenariat et très vite les barrières se levèrent car la coordination des actions au théâtre et à l'hôpital répondirent à une partie du désir des résidents.

Dans un premier temps la familiarisation au théâtre se fit rapidement grâce à des visites du théâtre, son histoire et la relation de ses origines, qui en faisaient, un peu naïvement, un théâtre ouvert à tous lors de son inauguration en 1976. Il y eut surtout, dans ce rapprochement, l'apport essentiel de l'atelier théâtre mené par Philippe Guérin et qui aboutissait à des spectacles au sein de l'hôpital. Alors l'idée fut rapidement trouvée de proposer aux résidents du cash de jouer en fin d'année les spectacles sur la scène du Théâtre des Amandiers. Plusieurs rencontres avec les artistes professionnels vinrent ponctuer ce travail jusqu'à la restitution d'un spectacle interprété par les acteurs du Cash



aux Amandiers. Ces restitutions ne furent pas des calques des spectacles des Amandiers imposés aux comédiens mais bien une restitution intelligible de l'œuvre. Que demander de plus au théâtre quand il rend visible des signes, des codes jusqu'alors appartenant aux autres ?

Cette restitution était émouvante et crédible parce que les acteurs s'investissaient totalement dans ces pièces. On sentait le travail et la volonté qu'il avait fallu pour en arriver à ce niveau de jeu.

Ce texte est volontairement jusqu'à présent descriptif parce qu'il fallait bien dessiner les actions qui créèrent un véritable partenariat.

Nous voulons insister sur le fait que ces actions n'obéissent pas à l'espace du philanthropique ou celui de la pitié. Au-delà de leur misère souvent matérielle, ces instants de théâtre donnent une dignité, un sens de la chose commune aux résidents qui s'impliquent dans cette action.

Bien sûr, tout n'est pas réglé à cette occasion, loin s'en faut, et cette découpe dans le temps n'est pas la vie, mais représente des moments courts d'insertion humaine dans le hall du théâtre quand le public s'y trouve, dans la chaleur des salles, dans l'émotion du plateau ou il faut jouer.

### **Le théâtre, outil de transformation**

Ma surprise – et je m'excuse de cet a-priori – fut de constater à plusieurs reprises que les analyses et commentaires des spectacles par les gens du Cash étaient extrêmement fins, que leur compréhension de l'œuvre s'appuyait sur leur propre vécu, aussi difficile qu'il fut. La misère n'est pas l'extinction de l'intelligence quand des conditions d'énonciation de paroles et de pensée sont réunies. Cette intelligence nourrit le projet et fait, comme il semble normal, des résidents les protagonistes de ce partenariat. Je dis comme il semble normal car le jeu des institutions efface quelquefois le singulier au profit des animateurs.

L'image de l'hôpital a profondément changé au Théâtre ; ce sont aujourd'hui des spectateurs ou des acteurs respectés par le personnel et cette action est maintenant connue et reconnue par tous et il est même souhaité par son directeur, Jean-Louis Martinelli, qu'elle perdure au-delà de la convention.

Il manque ici, aujourd'hui, la parole des intéressés mais nous allons élaborer une brochure qui relatara ces trois premières années de partenariat. Cette brochure sera réalisée avec l'apport des résidents.

De fait, le Théâtre des Amandiers accueille maintenant les résidents du Cash comme un public régulier et bienvenu. Certes toutes les pièces ne sont pas vues mais il n'est pas rare de voir un résident venir à un spectacle en dehors du groupe.

La question du sens donné à cette action est une question pertinente ; qu'apporte-t-elle aux démunis ? Est-elle éphémère, s'évanouit-elle avec le temps ? Peut-elle être un outil de compréhension du monde et de ses déchéances ? De son propre rejet de la société, de l'incompréhension des autres ? Il nous semble que toutes ces questions posées explicitement ou implicitement trouvaient des réponses variables selon les résidents. Mais, au-delà du doute, il est certain que cette action devrait, à notre sens, s'appliquer à tous les théâtres proches d'hôpitaux car les représentations théâtrales sont bien une partie du réel, réel qu'il s'agit de partager, l'espace d'un instant. Mieux encore lorsque les résidents, par leur travail d'acteurs, donnent à penser le monde qui est aujourd'hui si parcellisé, alors la question du sens trouve là une réponse qui leur appartient.

## **Exister, tout simplement**

Ce monde des résidents est précaire, fragile, écarté de toute représentation sociale, à part pendant les grands froids, et se révèle à cette occasion comme un monde plus humain, à la poursuite d'objectifs artistiques qui leur rend un peu de la lumière qui leur manque. Nous ne pensons pas pour autant, à part miracle, que ce partenariat puisse se substituer à la justice sociale et insérer réellement les gens dans la société qui les a rejetés. Mais comme nous l'avons dit, nous voulons simplement créer au cours des saisons des rapports interactifs et traverser les pièces de théâtre comme autant de moments partagés.

Concrètement le Théâtre assure l'accueil des résidents, leur offre les billets et les ramène en navette après le spectacle. Cela peut être accompagné de visites, de rencontres avec les comédiens, de sandwiches pour calmer la faim. On comprend que notre contribution matérielle est donc modeste mais nous offrons surtout l'accessibilité à un espace artistique, privilégiant les contacts entre les deux mondes. A ce titre nous allons bientôt organiser des rencontres avec les techniciens des Amandiers afin de mieux faire connaître les mystères du théâtre.

## **Quel avenir ?**

Quel avenir à ce projet ? Les liens entre nos deux institutions se sont tissés à la faveur d'une démarche artistique, pour ceux dont l'horizon d'attente est incertain, pour ces démunis qui prennent, *stricto sensu*, la parole à cette occasion. Et qui la prennent quelquefois si bien que Jean-Louis Martinelli fait jouer actuellement l'un d'entre eux dans sa pièce « les Sacrifiées. »

Si les réalités économiques continuent à rendre possible ce partenariat, il n'y a pas de doute que nous souhaitons le voir se pérenniser.

Et puis il y a comme dans toute histoire humaine une question de volonté. Nous n'en manquons pas et répétons pour conclure ces vers de Paul Eluard « Chacun est l'ombre de tous ».

## Hôpital et territoires, mise en commun des biens et des savoirs

---

**Madeleine ABASSADE**

responsable d'actions culturelles et artistiques

Institut Marcel Rivière

Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de La Verrière (78)

*Le concept de territoire permet de penser l'hôpital, et particulièrement l'hôpital psychiatrique, non plus comme lieu d'enfermement mais comme espace certes délimité et pourtant en relation avec un environnement, donc ouvert. Par la politique culturelle l'hôpital devient lieu de citoyenneté et le patient n'est plus réduit à l'état de malade. La culture préserve à l'intérieur de l'hôpital un espace de liberté individuelle, par le libre-choix. L'entrée de la culture à l'hôpital permet un lien nouveau entre malade et soignant dans un projet commun. Elle permet aussi de renvoyer une autre image de l'hôpital que celle d'un lieu de souffrance et d'agir ainsi contre les « fantasmes sociaux ». Les actions culturelles utilisent tous les espaces de l'hôpital mais il arrive aussi au public de l'hôpital de participer à des événements culturels du territoire en tant qu'acteur ou spectateur. En s'associant à certains événements du territoire, comme le festival du polar, l'hôpital réaffirme son appartenance. Il est aussi à l'initiative de propositions artistiques et culturelles sur des thèmes qui lui sont spécifiques comme celui de l'enfermement, qui donne lieu depuis plusieurs années à toute une série de manifestations réunissant du public intérieur et extérieur à l'hôpital. La politique culturelle est partie intégrante de la politique générale de l'établissement et s'appuie sur la concertation, y compris avec les patients, à partir de ce concept de territoire.*

### *L'hôpital en lien avec son territoire*

Nous avons retenu le concept de territoire pour ancrer la politique culturelle de l'Institut Marcel Rivière, parce que, d'une part, l'hôpital apparaît comme un territoire que ses murs d'enceinte délimitent et, d'autre part, face au concept de territoire nous pouvons mettre en regard le concept d'ouverture.

L'hôpital psychiatrique n'est plus alors désigné comme lieu d'enfermement, mais comme espace délimité en relation avec le territoire géographique, social, culturel et économique, qui dépasse son enceinte.

Par ailleurs, parler de politique culturelle à l'hôpital permet de désigner l'hôpital comme espace social susceptible de déployer ce que nous appelons des relations extérieures. C'est à cet endroit de relations avec l'extérieur que vont se tisser des liens avec des équipements culturels et des compagnies d'artistes que vient encourager le Ministère de la Culture par les financements, en particulier de la DRAC d'Île de France, puisque telle est notre implantation territoriale régionale.

L'aide que le Conseil Général nous apporte est aussi la marque évidente de notre appartenance au département.

Et c'est au titre de l'efficiencia des liens territoriaux de proximité que j'ai demandé à Marie-Noëlle Pistora-Bastien, directrice de l'action culturelle de la collectivité territoriale de Saint Quentin en Yvelines, d'être à mes côtés à l'occasion de ce séminaire, comme représentante du territoire local, dans une dimension sociale, culturelle et politique qui

apporte des moyens et d'autres références pour penser et aider au développement de la politique culturelle de l'hôpital, espace public de soins.

### *La politique culturelle à l'hôpital, outil de citoyenneté*

La politique culturelle vient donc ouvrir l'hôpital dans un « agir ensemble ». Cette idée d'agir l'ouverture comme moyen pour désenclaver l'hôpital est un des points forts du programme national « Culture à l'hôpital ».

Par ailleurs, en introduisant la culture comme nouvel objet politique à l'intérieur de l'institution soignante, les ministères de la culture et de la santé nous renvoient de la citoyenneté où la personne hospitalisée n'est plus hors de la cité, désocialisée, réduite à la maladie mais citoyenne à part entière dans la vaste étendue dynamique de la culture qui est à la fois représentative des institutions culturelles, mais contient aussi une irréductibilité de l'être intime à vivre en société. Face à cette irréductibilité de l'être, nous reconnaissons qu'il est nécessaire de parler de cultures au pluriel et d'autre part, parce que l'idée de culture intéresse la vie publique et privée, sans intention du pouvoir politique de maîtrise de la sphère privée.

La culture intègre donc le respect fondamental de l'être en soi, dont l'intimité et la liberté de choisir et de s'engager dans des actions collectives, sous réserve d'en être informé.

Il est par ailleurs intéressant de rappeler que le programme « culture à l'hôpital » se développe de manière presque concomitante avec la mise en place de « la charte de la personne hospitalisée. » Dans cette charte, si le droit d'être informé est un axe majeur, elle contient aussi la condition de la vie à l'hôpital susceptible de poursuivre la politique d'humanisation des hôpitaux.

« Culture à l'hôpital » innove et apporte à l'idée de progrès une avancée. Car en effet, par la volonté politique d'introduire l'objet de culture à l'hôpital, de nouvelles relations peuvent se mettre en place entre les personnes qui travaillent dans l'institution et celles qui y sont hospitalisées. La culture va permettre la mise en place « d'autres scènes » d'élaboration, de concertation pour la réalisation d'un projet commun en écho avec la société. C'est alors l'assurance de tisser des liens entre les personnes à l'intérieur de l'établissement, mais aussi avec l'extérieur, et c'est aussi renvoyer de l'hôpital autre chose que la souffrance, l'exclusion, la mise à l'écart, l'espace clos.

Les actions culturelles et artistiques qui vont se mettre en place dans ce contexte, vont être des moyens de valorisation de l'hôpital comme institution publique de santé et d'agir, en ce qui concerne en particulier la psychiatrie, contre la discrimination, la honte et tous les fantasmes sociaux que la folie continue d'inspirer.

### *Intérieur, extérieur comme territoires d'échange*

Si à l'hôpital dans lequel j'exerce en tant que responsable d'actions culturelles et artistiques, nous disposons d'un théâtre, il n'en reste pas moins que nous déployons dans d'autres lieux de l'établissement des actions en concertation avec les équipes soignantes, les patients, la direction médicale et administrative. La cafétéria, les salles d'attente, le restaurant, la salle de staff, un ancien pavillon d'hospitalisation, la bibliothèque, le parc, sont aussi des espaces dans lesquels nous organisons des interventions avec des artistes, mais aussi avec des universitaires, des politiques, des personnes hospitalisées, leurs familles et amis, les membres du personnel de l'hôpital tous services confondus, y compris ceux de l'entretien et de la restauration.

Les projets que nous mettons en place, peuvent aussi amener le public de l'hôpital à se déplacer, comme nous le faisons par exemple lorsque nous participons à des événements culturels organisés sur le territoire des communes en tant qu'acteurs ou spectateurs.

Chaque fois que l'hôpital s'associe à un événement culturel territorial, que ce soit localement, par exemple en nous associant au festival « Polar à Saint Quentin en Yvelines », sous la forme de spectacles et d'expositions que nous accueillons, l'hôpital réaffirme son appartenance au territoire local. De même, nous réaffirmons notre appartenance au territoire social chaque fois que nous nous associons à des actions à dimension nationale tel que « Lire en fête » ou « La fête de la musique ».

Mais l'hôpital peut aussi être source de propositions et solliciter des partenaires culturels et financiers comme nous le faisons chaque fois que nous organisons des événements culturels et artistiques qui soulignent les spécificités culturelles de l'hôpital. Par exemple depuis plusieurs années, nous organisons des journées d'actions culturelles et artistiques à partir du concept d'enfermement et d'ouverture qui permettent la mise en place de débats, de spectacles, d'ateliers de pratiques artistiques, d'expositions qui réunissent le public intra et extra hospitalier.

La mise en place de ces actions culturelles et artistiques, qui sont donc les médiations de la politique culturelle de l'hôpital, en concertation y compris avec les personnes hospitalisées sous la forme de la réunion des délégués des pavillons d'hospitalisation, va permettre la concrétisation de la politique culturelle qui est partie intégrante de la politique générale de l'établissement, en regardant de l'autre côté des murs d'enceinte qui deviennent alors les limites d'un espace de protection, d'accueil et de soins citoyens et mettent en évidence la circulation, la rencontre.

« Les partenariats » ou « jumelages », recommandés par ce programme national des ministères de la culture et de la santé, entre un hôpital et un ou plusieurs équipements culturels, nous pouvons alors les agir à partir de la notion de territoire et de partage.

## Hôpital et territoires, mise en commun des biens et des savoirs

---

**Marie-Noële PISTORA-BASTIEN**

Directrice de l'action culturelle

Communauté d'Agglomération de St Quentin en Yvelines (78)

*Le théâtre de l'hôpital a été le premier lieu culturel du territoire et, comme tel, à l'origine de la politique culturelle qui s'y développe aujourd'hui. Un partenariat sur la longue durée s'est mis en place entre la collectivité, les structures culturelles de diffusion et l'hôpital qui est ainsi totalement intégré à la vie culturelle de son territoire. Ce partenariat est devenu aujourd'hui « naturel » témoignant de l'intensité des échanges avec son environnement.*

Il est important de rappeler l'importance de l'hôpital sur ce territoire et ceci dès l'origine. En effet le théâtre présent dans l'hôpital a été le premier lieu culturel de ce territoire. Les actions qui s'y sont développées ont permis à la dynamique culturelle de se construire, dès les années 70, et ainsi de préfigurer une politique culturelle sur l'ensemble des communes. Depuis, de nombreux équipements culturels se sont construits sur les 7 communes de ce territoire, des conventions se sont passées, notamment une convention de développement culturel avec l'Etat qui constitue le volet culturel du contrat de ville intercommunal. Il s'intéresse à la culture mais pas uniquement car il y a également un volet de santé et de politique sociale. La politique culturelle s'inscrit dans l'ensemble de ces dimensions.

Dans le travail conduit avec le théâtre de l'Institut il s'agit bien d'agir ensemble, de curiosité, d'attention, de respect des artistes, d'imagination et de générosité. Aujourd'hui St Quentin en Yvelines devient communauté d'agglomération et réfléchit à ses compétences. Le programme culture à l'hôpital et l'action artistique et culturelle s'inscrivent naturellement dans le programme de santé de la collectivité.

La communauté d'agglomération soutient sur le long terme les actions artistiques et culturelles qui se font dans l'hôpital, qui est ainsi intégré dans une réflexion d'ensemble. La communauté d'agglomération accompagne financièrement et techniquement ces parcours. Elle soutient l'implication de l'hôpital auprès des institutions culturelles de diffusion du territoire. C'est un partenariat au quotidien dans tous les événements culturels qui se produisent sur le territoire.

## **« Intérieurs », un projet qui met en évidence la place de l'artiste, entre libertés et exigences d'une politique culturelle**

---

### **José SAGIT**

cadre de santé, responsable culturel au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) du Rouvray  
(76)

### **Gérald KERGUILLEC**

plasticien

*Cette intervention a été conduite à deux voix, celle du responsable culturel alternant avec celle de l'artiste. Le CHS du Rouvray, établissement psychiatrique, conduit depuis 1999 des projets culturels qui touchent divers domaines artistiques, pour les patients autant que pour les soignants. Le but de ces actions n'est jamais thérapeutique. Dans le projet « Intérieurs », jumelage avec l'Abbaye de Jumièges, il s'agissait, pour le responsable culturel, de monter un projet de sa genèse à son aboutissement. Le thème a été choisi par l'artiste qui travaille depuis longtemps sur les représentations de la maison et le concept d'intérieur. Par contre c'est le responsable culturel qui a déterminé le cadre et a formulé très précisément, en dialogue avec l'artiste, les modalités et les étapes du projet. Son déroulement exemplaire n'a pu réussir que grâce à la participation active de l'ensemble des services. Cette collaboration a été rendue possible par l'explicitation du projet, par le soin qu'a pris l'artiste de faire comprendre sa démarche et de comprendre lui-même l'univers, les contraintes, les spécificités de l'hôpital. Ainsi le projet « Intérieurs » a été d'une remarquable cohérence. Elle a été rendue possible par une stricte définition des rôles, l'un étant chargé du projet artistique, l'autre s'occupant de sa traduction dans le monde de l'hôpital. Ainsi a pu s'instaurer un climat de confiance entre tous les acteurs, indispensable pour que la rencontre avec l'artiste se fasse librement.*

José SAGIT Le Centre Hospitalier du Rouvray est un établissement psychiatrique. J'ai l'habitude de travailler avec des artistes, des plasticiens mais aussi des comédiens des écrivains, des photographes...de développer avec eux des projets, toujours pour des patients et des soignants. J'ai déjà réalisé plusieurs jumelages culturels depuis 1999 et actuellement 2 sont en cours de réalisation. Dans ces projets le but n'est jamais thérapeutique.

De janvier à juin 2003 nous avons réalisé un jumelage « culture/santé » intitulé « Intérieurs » auquel ont participé 3 hôpitaux de jour, soit 23 personnes patients et soignants. Notre partenaire a été l'abbaye de Jumièges. Une exposition, aboutissement de ce jumelage, a eu lieu dans le parc de l'abbaye du 22 mai au 29 juin 2003. Pendant notre intervention vous aurez l'occasion de voir quelques photos de cette exposition. L'artiste avec lequel nous avons travaillé est Gérald Kerguillec. Il avait animé régulièrement pendant 3 ans un atelier d'art plastique dans l'hôpital.

Gérald KERGUILLEC *Mon travail prend des formes différentes. Cela va du travail d'atelier je dirais classique, jusqu'aux installations. Je collabore aussi à des créations dans le spectacle, et en particulier pour la danse contemporaine. J'ai animé des ateliers d'art plastique en milieu hospitalier bien sûr, et aussi en milieu carcéral.*

José SAGIT Dans ce cas précis il ne s'agissait pas seulement d'animer un atelier mais de mener un projet de son élaboration jusqu'à son aboutissement. Au départ les contraintes sont importantes, je ne conçois pas de commencer le travail avec les patients avant que le cadre dans lequel il va évoluer ne soit précisément défini. Bien entendu l'idée elle-même mais aussi les conditions dans lesquelles l'action va se dérouler, la fréquence des séances de travail, la progression, d'autres artistes vont-ils intervenir, pourquoi et à quel moment, le lieu, la date, de l'exposition, comment ça commence et comment ça finit, le budget, à peu près tout doit être prévu et explicité avant la rencontre avec les futurs participants. Aucune question ne devra rester sans réponse. Tout ce cheminement préparatoire nous l'avons fait ensemble, pour que la proposition de l'artiste devienne possible. Pour le public auquel il va s'adresser, c'est l'étape la plus importante parce qu'on ne pourra plus revenir dessus, c'est sur cette proposition que nous allons nous engager auprès des patients et des soignants.

Gérald KERGUILLEC *Un mot sur le projet qui fait que nous sommes ici aujourd'hui.*

*Je m'intéresse depuis longtemps aux représentations de la maison, en particulier à ses représentations archaïques. Il m'a semblé juste de faire réfléchir des gens tournés sur eux-mêmes (la solitude qu'engendre la maladie....) au concept « d'intérieur ». L'intérieur comme enveloppe, celle que l'on construit autour de soi, à partir de soi, comme la chenille file son cocon. Un endroit idéal pour le corps. De là est né le projet. Ce qui m'intéresse c'est de mettre en marche une dynamique autour de cette idée. Il faut définir avec qui (un public), dans quel but (création proprement dite), et avec quels moyens (le financement, les temps, les lieux ....).*

*Je peux répondre tout seul à la seule question du but ; je sais où je vais (sans en connaître la forme définitive), mais pour le public et les moyens à mettre en œuvre, il me faut un interlocuteur qui mettra un cadre à tout cela. Et c'est là qu'entre en jeu le responsable culturel hospitalier.*

*Prenons l'idée d' « Intérieur ». C'est d'ailleurs pour moi plus qu'une idée, il me semble qu'il se joue dans la construction d'un « intérieur utopique » quelque chose qui peut être déstabilisant. Je suis donc conscient que je mets en mouvement des histoires individuelles. Je sais que je me lance dans une aventure humaine avec simplement le désir d'aller à la découverte de formes nouvelles. J'ai l'intuition que cette aventure peut être juste mais je serai incapable de dire pourquoi. Là, le RCH a une grande importance, il peut me dire si je me trompe ou si je suis dans le vrai. Et alors il peut ajuster le public au projet (telle ou telle sorte de patients serait plus enclin à suivre le projet).*

*J'avais l'intuition qu'il fallait être simple dans le choix des matériaux utilisés. J'ai choisi le ruban adhésif. Il se déroule, s'accroche, se met en masse, en plaques, en longueur, se coupe, se recolle, se modèle, matériau indéfiniment recyclable dans la construction. Pour l'avoir utilisé dans d'autres constructions, je pressentais qu'on s'approcherait de l'apparence de la peau. La peau qui est la limite exacte entre l'intérieur et l'extérieur.*

### **Voilà les quelques idées qui ont été à l'origine du projet.**

José SAGIT Avant que Gérald ne formule cette belle idée à peu près dans ces termes, il y a eu pas mal de temps pendant lequel je l'ai laissé chercher, jusqu'à ce que je me saisisse de cette idée, que je la comprenne et que je me l'approprie pour pouvoir la porter avec lui vers le public visé. Je n'interviens pas dans ses choix ou ses options artistiques mais je vais l'aider à les traduire pour ses futurs interlocuteurs et aussi pour l'institution elle-même,



pour tous ceux qui à un moment ou un autre seront nos partenaires ou nos interlocuteurs dans l'hôpital.

Ce projet « Intérieurs » a nécessité l'intervention de pratiquement tous les services de l'hôpital, administration générale, service financier, économique, garage, logistique, cuisine. A toutes les personnes impliquées de près ou de loin, le projet a été présenté, commenté, nous leur avons expliqué ce que nous attendions de leur participation. Les projets artistiques s'accommodent parfois difficilement des règles hospitalières. Nous avons besoin de souplesse, de compréhension, ils paraissent souvent futiles ou frivoles, il faut donc là aussi expliquer et traduire. Quand ce travail est bien fait, il n'y a plus de malentendus, la collaboration des services est acquise. Par exemple pour transporter les œuvres des hôpitaux de jour jusqu'à l'abbaye, nous avons obtenu la mise à disposition de 2 personnes et d'un véhicule servant aux déménagements pendant plusieurs jours. Le service financier a accepté qu'il n'y ait pas de mise en concurrence pour les travaux d'imprimerie et pas de bon de commande préalable ...

Mais ce qui donne de la crédibilité et de la liberté à ces projets surtout vis à vis de l'institution hospitalière, c'est la possibilité de trouver des financements externes. Parce que le budget de l'hôpital est très serré, parce que la priorité ce n'est pas spécialement les actions culturelles, il est très important d'avoir d'autres partenaires. Nous avons eu la chance de bénéficier d'une subvention dans le cadre de la convention DRAC / ARH en Haute Normandie ainsi que d'une subvention du Conseil Régional, c'était d'ailleurs la première fois que cette institution soutenait un projet « culture à l'hôpital ». La part de l'hôpital dans cette opération n'a pas excédé 25%.

Le choix du partenaire culturel est également essentiel, pour « Intérieurs » le choix de l'abbaye de Jumièges a été celui de l'artiste, c'est un lieu où il avait eu plusieurs fois l'occasion d'exposer son travail. Le partenariat a été exemplaire, Isabelle Roby, l'administratrice, et tout le personnel ont accueilli le projet sans aucune réticence. L'abbaye est un lieu qui accueille régulièrement des expositions d'art contemporain et nous avons pleinement bénéficié de sa notoriété. C'est en Normandie un lieu très impressionnant, très imposant. Tous les participants le connaissaient ou en avaient entendu parler, certains d'entre eux n'y étaient jamais allés. Finalement, après des visites personnalisées avec le concours des guides, nous avons investi les lieux sans aucun complexe.

Ce qui semblait une gageure au début du travail, c'est à dire de tenir un délai, a été respecté par tous. Les 23 personnes engagées dans le projet ont chacune réalisé leur « intérieur ». L'exposition qui a duré un mois a été visitée par environ 9000 personnes.

Gérald KERGUILLÉC *J'ai parlé tout à l'heure des installations. Il n'y a plus maintenant de lieux pour l'art. C'est une des leçons du siècle dernier : l'art est partout où des regards le portent. L'artiste doit donc définir son territoire de création. C'est à dire se poser les questions : « quel est le lieu où je vais dire ce que j'ai à dire ? Avec qui et comment ? » Pour chaque nouveau projet ces questions se posent. Donc au départ d'un projet artistique il y a un territoire de création à définir. Il est différent pour chaque artiste : à chaque artiste un territoire.*

*Je voudrais revenir sur un point que José a évoqué plus haut, c'est la façon dont il s'est approprié le projet. J'ai senti qu'il fallait vraiment qu'il y croie pour commencer. J'ai été obligé de définir, de formuler l'idée, de la tester. Ensuite il devient porteur, au même titre que moi, du projet. Et cette phase là a été essentielle car il y a moins de risque de dérive, de compromis. Nous avons la garantie de travailler dans le même esprit. Par exemple le choix des autres artistes intervenants s'est fait sans problème, nous savions qui nous voulions.*

José SAGIT Tous les choix que nous avons eu à faire ensemble dépendaient totalement de cette compréhension réciproque et aussi de l'acceptation du rôle de chacun. Une fois que le travail artistique commence, je ne vais pratiquement plus dans les hôpitaux de jour, sauf s'il y a un problème particulier à gérer.

Je ne sais pas si les contraintes, le cadre que nous avons défini au préalable, répondent à la question de Gérald sur le territoire de création mais je pense que cela en est un, avec des frontières précises, qu'il faudra respecter. A partir de là, la liberté de l'artiste, des artistes, doit être totale.

*Comment faire accepter par la structure hospitalière qu'une personne puisse intervenir sans but thérapeutique et qu'il bénéficie d'une totale liberté d'action ?*

L'hôpital, a priori, est un lieu où l'on soigne, il n'est donc pas évident qu'il accepte que des personnes non soignantes puissent intervenir avec les patients sans objectif thérapeutique. C'est plus facile sûrement en psychiatrie où les liens avec la culture sont anciens. Néanmoins, il y a toujours crainte ou méfiance de la part des soignants en général de voir leur travail "abîmé" ou mis en danger par des intervenants extérieurs qui ne tiendraient pas compte de la pathologie. Là aussi la préparation est importante, il faut expliquer, rassurer, c'est d'autant plus important que l'adhésion des soignants est primordiale pour pouvoir rencontrer les patients. Je sais bien que si des doutes subsistent, il ne sera pas possible de travailler. Les soignants n'ont pas seulement accompagné le projet, ils se sont retrouvés dans la même situation que les patients face à la création, dans la même difficulté. C'était l'exigence que nous avons exprimée au préalable et c'est finalement assez courageux de leur part. Ils ont accepté qu'un « étranger à la thérapie » crée une relation particulière avec les patients.

Dans le projet « Intérieurs », quand les patients ont défini leur intérieur, il ne fallait pas « interpréter » leur création. Quand Jean Pierre a décidé que son intérieur c'était une cassette vidéo, notre rôle, celui de l'artiste, c'était de l'accompagner afin qu'il aille au bout de cette idée, nous n'avons pas pensé que cette idée était folle. Les patients, les participants devaient pouvoir s'exprimer, pour que la rencontre avec l'artiste puisse avoir lieu librement. Tout cela est finalement question de confiance, le responsable culturel doit mettre en œuvre tout ce qui est possible pour que cette confiance s'établisse, pour que les territoires de chacun soient préservés.

Gérald KERGUILLÉC *Pendant la mise en place du projet, les contraintes m'ont semblé très lourdes. Contraintes pour les lieux : les hôpitaux de jour proposaient des lieux sans possibilité de stockage ou des ateliers déjà utilisés pour d'autres activités. Nous avons besoin de temps : les emplois du temps de chacun étaient déjà chargés, les équipes soignantes, peu nombreuses, faisaient de savants calculs sur leur disponibilité. Je sentais qu'il fallait à aussi conquérir des territoires.*

*Ces obstacles se sont petit à petit estompés au fur et à mesure que les gens ont adhéré au projet. Non pas par miracle, mais le travail de José a permis de trouver les solutions. Toutes ces contraintes permettent de mettre en évidence la pertinence ou non de tel ou tel choix. Par exemple, pourquoi chercher une salle pour travailler avec le ruban adhésif, alors que l'hôpital a un atelier ? La question est légitime, et moi je n'ai pour seule réponse que le dépaysement sera plus propice à un changement d'habitudes (travailler à plus grande échelle, etc.). Une fois ces explications données c'est déjà un pas vers la compréhension du projet. Je dois dire que la plupart des discussions, nous les avons eues avant le début du travail artistique, l'activité proprement dite.*

José SAGIT Tous les enjeux doivent être précisés et définis au préalable. Pendant le temps de la création, qui a été finalement assez court, on ne pouvait pas remettre en

cause tel ou tel choix. La place de l'artiste sera clairement acceptée et assumée si le projet est limpide pour tous. Nous avons expliqué quel était l'objectif et comment nous allions le réaliser. Tous les rendez vous étaient fixés, l'évolution du travail, avec qui et comment, la relation avec l'abbaye, les dates de l'exposition, la mise en place de la communication et l'organisation du vernissage, le démontage et la destruction des œuvres. Tout cela avant de commencer le travail artistique. En fait la préparation a débuté en mai/juin 2002, tout le travail préparatoire a duré 4 mois et Gérald n'avait qu'une idée : commencer les ateliers. Je crois que maintenant il est convaincu que tout ce temps était nécessaire. Il y a tout de même quelque chose qui n'a pas marché comme nous l'aurions souhaité. Pendant le travail à l'abbaye et un peu avant une équipe de cinéma a suivi les participants. Le film est encore au montage alors que nous avions prévu de le projeter en novembre ou décembre, c'est une question de budget, en principe ce film sera terminé pour le mois de juin.

Gérald KERGUILLÉC *Sur ce territoire de création il faut que les rôles soient très clairs. Si Nous sommes tous porteurs du projet, les fonctions de chacun sont différentes bien sûr. Je garde la direction artistique du projet, j'en suis le garant, et José s'occupe de la traduction comme il l'a dit plus haut. Mais il y a aussi les autres acteurs du projet. Les patients et soignants qui ont participé savaient tout du projet, d'une part, mais aussi quelles étaient les contraintes liées à la participation : engagement à aller jusqu'à l'exposition, à adhérer au projet initial.*

*En conclusion, je dirai que la particularité du projet « Intérieurs », c'est justement cette grande cohérence qu'il y a eu du début jusqu'à la fin. Il y a eu environ une trentaine d'acteurs, et chacun y a joué son rôle. L'action du RCH est primordiale. Si je pense à d'autres projets en cours, tout me semble plus difficile dans la mise en route : je porte seul l'ensemble du dossier administratif d'une part, ce que je ne sais pas bien faire, et, d'autre part, il n'y a pas de relais sûrs pour les options artistiques. Il faut donc redoubler de vigilance pour garder le cap.*

*Et si je continue sur le thème du territoire de création, j'ai l'impression d'avoir vécu six mois dans un pays étrange où la principale préoccupation des gens étaient de tisser des lieux possibles, des liens probables.*

*Ce territoire, toujours à créer, jamais donné.*

José SAGIT Je conçois mon rôle de responsable culturel dans cet espace de rencontre entre des territoires apparemment éloignés l'un de l'autre, entre un artiste, des personnes souffrantes et des soignants pour qu'à travers un projet commun puisse s'exprimer une parole libre.

# DÉBAT

## Genèse et construction des politiques culturelles

---

*Le débat a permis aux participants de demander des précisions sur certains éléments les intéressant plus particulièrement. Les réponses sont parfois plurielles, témoignant de la diversité des sensibilités ou des expériences. L'identité des auteurs des questions n'est pas indiquée car certains n'étaient pas identifiés. Par contre les auteurs des réponses sont identifiés.*

### **Question de statut**

*Je suis moi-même cadre de santé dans un petit hôpital périphérique dans les Hautes Alpes, j'ai une question très concrète en ce qui concerne son statut. Comment concilie-t-il ses fonctions puisqu'il se définit à la fois comme cadre de santé et responsable culturel, comment se passe ce partage ? Est-il totalement détaché ?*

José SAGIT

Je me définis comme cadre de santé car c'est ce qui figure sur mon bulletin de salaire et responsable culturel parce qu'un jour le directeur de l'établissement m'a dit « il faut désigner un responsable culturel dans l'établissement dans le cadre de la convention : c'est vous ». Je ne savais pas ce que cela impliquait. Pour lui sans doute cela ne signifiait pas grand chose si ce n'est continuer ce qui était engagé. J'ai éprouvé le besoin de le formaliser et de le faire savoir. J'ai donc décidé de m'affranchir des hiérarchies intermédiaires et de m'adresser directement aux services en tant que responsable culturel. Pour les activités culturelles je suis quasiment détaché, en effet.

### **Art et art-thérapie : quelle frontière ?**

*Je viens des Pyrénées orientales et je suis présidente d'une association d'usagers. Nous faisons de l'art à l'extérieur de l'hôpital en allant dans la ville et en retournant aussi parfois à l'intérieur de l'hôpital avec notre équipe soit de comédiens soit de plasticiens. Je voulais savoir où vous établissez la frontière entre art thérapie et art. Comment voyez-vous les choses à l'intérieur de l'hôpital ?*

Madeleine ABASSADE

N'est-ce pas la vieille idée de l'effet cathartique de l'art où on recherche dans l'art un effet de purgation des passions ? Cette conception est héritée de l'antiquité et il en est resté quelque chose : on cherche dans l'art à se soigner. De là à aller à l'effet thérapeutique, c'est un peu fort. Cependant il y a du côté du soin une discipline qui s'intitule art thérapie qui développe une pensée. Les théoriciens font remonter l'art thérapie à 1942. Mais tout cela est peut-être une interprétation de l'histoire. La fonction thérapeutique de l'art circule toujours. Mais la fonction soignante de l'art c'est autre chose, elle est plus globale. C'est peut-être plutôt de ce côté que l'art se situerait. Je ne suis ni thérapeute ni soignante mais je fais partie de la dynamique soignante parce que je travaille à l'hôpital.

José SAGIT

J'ajouterai d'un point de vue pratique que les patients travaillent avec nous parce qu'ils le souhaitent. Ce n'est jamais sur une indication médicale puisqu'en principe s'il y a thérapie il y a indication. D'autre part les deux termes art et thérapie ne m'ont jamais paru faire bon ménage.

Danièle WOHLGEMUTH

J'aimerais qu'on laisse l'intention de guérir au malade et que personne, fut-il artiste, ne vienne s'immiscer dans les souhaits de guérison du malade. Pour moi c'est ça la différence entre l'art et la thérapie. J'aime bien quand elles sont séparées.

Xavier COLLAL

Je souhaite rappeler que dans le programme culture à l'hôpital nous avons évacué dès le départ toute intention thérapeutique et que, du point de vue du ministère de la culture, il ne serait pas concevable d'impliquer des artistes dans une démarche de soignant. Ils ne sont pas formés pour cela et ce n'est pas l'objectif du programme culture à l'hôpital. Ce qui n'exclut pas que cela puisse engager un certain nombre d'effets sur l'individu comme sur l'institution.

### **Traduction**

*Vous avez parlé de traduire un projet culturel. Je voulais savoir concrètement comment se passait cette traduction.*

José SAGIT

Pour moi la traduction est de tenir compte des uns et des autres, de là où ils viennent et du chemin qu'ils ont à faire ensemble. C'est livrer des informations qui sont nécessaires aux uns et aux autres pour qu'ils travaillent ensemble.

*Je voudrais revenir sur un point évoqué qui est la difficulté que Gérald Kerguillec a pu rencontrer avec les équipes soignantes, qui sont peu nombreuses et ont peu de temps à consacrer à ces projets. Pouvez-vous donner des éléments sur la façon dont cela peut s'organiser.*

Gérald KERGUILLEC

La façon dont ça peut s'organiser c'est plutôt le responsable culturel qui s'en occupe. Quant à moi je n'ai rencontré que de la bonne volonté. C'est vrai que les soignants n'étaient pas forcément disponibles, ils ont parfois été obligés de venir d'une façon volontaire en dehors de leur temps de travail. Les problèmes avec eux sont effectivement de temps mais ils étaient très investis. D'ailleurs pour qu'un tel projet marche, il faut que les soignants y soient fortement investis.

### **Enseignants détachés**

*Je voulais poser une question à l'équipe de Lille pour savoir comment sont organisés les ateliers artistiques et quel est le rôle des enseignants détachés de l'éducation nationale.*

Michèle DARD

Le partenariat avec le Rectorat a été mis en place au moment de la commande publique. Au départ je voulais proposer un travail sur le cadre de vie. Nous avons pris conscience que le français et les mathématiques sont enseignés aux enfants hospitalisés mais pas du tout d'enseignements artistiques ni en musique ni en arts plastiques. Donc nous avons un enseignant en arts plastiques et en musique qui intervient 3 heures par semaine. Au départ il y a eu un travail de connaissance mutuelle entre les enseignants et les équipes soignantes car il y avait des ajustements à faire. Nous en sommes à la troisième année.

Les aides possibles

Quelles sont les possibilités d'aide ou de soutien dans le cadre d'un jumelage ?

Madeleine ABASSADE

Notre rôle est d'aller chercher des financements ailleurs, auprès des collectivités territoriales, des entreprises, etc.

Xavier COLLAL

La première étape et l'étape incontournable est celle de la convention culture/santé qui facilite l'obtention de financements. Le jumelage est la deuxième étape, elle représente le lien avec le milieu culturel. Il y a nécessité d'élaborer le projet en collaboration avec la direction et les équipements ou artistes et de soumettre ce projet pour validation. La DRAC peut aller selon les régions jusqu'à 6 000 € et il reste la possibilité de faire appel au cercle des partenaires.

Comment faire lorsqu'une direction ne veut pas investir d'argent ?

Xavier COLLAL

Il n'est pas nécessaire d'avoir un soutien financier. Un soutien peut prendre la forme de mise à disposition de locaux, de personnels ou autres aides, matérielles comme immatérielles. La signature de 15 conventions régionales sur 26 régions, y compris ultra marines devrait avoir un effet d'entraînement dans les mois à venir.

Cela dit une direction ne peut pas à la fois proclamer son soutien à des projets et ne pas mettre un euro.

Il faut une vraie volonté, une conviction et l'impulser, il me semble.

Une politique culturelle doit être définie et incluse dans le projet d'établissement. C'est le cas pour un certain nombre d'établissements hospitaliers, aujourd'hui.

- III -

## **RESPONSABLE CULTUREL HOSPITALIER : MISSIONS ET COMPETENCES**

Animation de l'après-midi par **Catherine BARDUGONI**,  
responsable de formation à l'ARSEC, coordinatrice du séminaire.

## Des acteurs d'horizons variés, chargés de développer la culture à l'hôpital : des compétences, des partenariats

---

### Danièle WOHLGEMUTH

chargée du dossier « Culture à l'hôpital »

Sous-Direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Ministère de la santé et des solidarités

*(intervention non présentée lors du séminaire faute de temps)*

Parler des compétences développées dans ce nouveau métier, c'est dire aussi le besoin qu'a le responsable culturel de disposer de toutes sortes de ressources internes à l'hôpital, de créer des synergies avec un grand nombre d'acteurs :

- en premier lieu, il doit obtenir l'appui du directeur pour garantir que le projet culturel s'insère dans les orientations stratégiques de l'établissement, voire, lorsque c'est possible, qu'il soit formalisé dans le projet d'établissement,
- puis celle des équipes qui sont bien souvent à l'origine d'un projet culturel et l'insèrent dans leur projet de service, qui accueillent l'artiste ou l'intervenant culturel, préparent les patients, veillent au bon déroulement de l'action, à son adaptation au public, puis échangent avec l'artiste sur l'impact de l'action et opèrent, le cas échéant, les réajustements nécessaires,
- enfin la multitude d'acteurs internes, sans lesquels le responsable culturel ne peut monter un projet au sein de l'établissement.

Parler des compétences du responsable culturel, c'est aussi parler de ses relations avec les partenaires externes impliqués dans l'élaboration et/ou le financement des projets. Ceux-ci sont mentionnés dans la convention interministérielle de mai 1999, ce sont

- les équipements culturels (bibliothèques, musées, châteaux, compagnies théâtrales, conservatoires et écoles de musique de danse ou d'art dramatique, centres d'art contemporain, associations...)
- l'ARH,
- la DRAC,
- les mécènes publics et privés.

Dans tous ces contacts externes, un soutien demeure incontournable, celui du chef d'établissement.

Les responsables culturels sont les coordonnateurs des projets culturels et les rouages essentiels de leur avènement. Leurs fonctions diffèrent selon le contexte des établissements, leur type d'organisation, leurs besoins, leurs priorités mais aussi selon leur propre personnalité. Ils viennent d'horizons professionnels variés. Les uns sont issus du milieu culturel, d'autres émergent du milieu de la santé. Les premiers sont nouvellement recrutés comme médiateurs ou responsables culturels, parfois comme chargés de communication, par voie contractuelle de droit public ou privé.... les seconds conservent leur statut hospitalier d'origine dans les filières socio-éducative ou soignante, la plupart du temps, certains même sont bénévoles... Ils exercent ces fonctions à temps plein ou n'y



consacrent qu'une partie de leur temps, ils partagent ou non leurs responsabilités avec d'autres personnes.

Quelle que soit la manière dont ils ont pu incarner leurs fonctions, les responsables culturels ont abouti à une manière spécifique d'exercer leur rôle et ont tous développé un professionnalisme. Il apparaît aujourd'hui que le monde hospitalier a répondu aux exigences du monde de la culture et ne se contente plus d'actions occupationnelles. Certains d'entre eux vont vous faire partager les compétences qui sont variées, qu'ils ont acquises au cours de leur formation, mais aussi dans la confrontation avec les situations rencontrées.

Ces compétences de montage et de conduite de projet, de concertation pour aider à le faire émerger, de négociation, d'organisation, de travail en équipe, de force de conviction parfois, d'ouverture sur l'extérieur, ... sont individuelles mais elles deviennent aussi des compétences collectives lorsqu'un un réseau d'acteurs ou de référents culturels internes et externes au centre duquel se situe l'action du responsable culturel, s'est constitué dans un établissement et son environnement.

## **Processus de légitimation : des acteurs qui se mobilisent, des actions qui s'imposent, des fonctions qui se pérennisent**

---

**Christelle CARRIER**

responsable culturelle au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Strasbourg (67)

*La création du poste de chargée des actions culturelles au CHU de Strasbourg s'inscrit dans une double dynamique. La possibilité, donnée par la convention de 1999, de recruter un emploi-jeune et le souhait des partenaires internes de structurer l'existant. Un partenariat avec de nombreuses structures culturelles s'est mis en place. La présence d'un interlocuteur légitime et identifié a été un atout dans ce développement. A l'intérieur de l'hôpital la légitimité s'est construite grâce aux actions conduites. Ainsi l'atelier « les arts du cirque » proposé aux enfants autistiques et psychotiques a eu des effets considérables sur tous les acteurs qui y ont été impliqués. Les patients ont pu sortir du cadre standardisé du soin hospitalier et se retrouver dans un lieu fort : le chapiteau. Les soignants ont profondément modifié leur regard sur les patients. Le projet a aussi été un puissant facteur de cohésion pour le service et les professionnels du cirque ont dû s'adapter à un public particulier. Les familles, enfin, y ont trouvé une place. Le projet « passions partagées » a été plus loin encore puisque l'ensemble des agents hospitaliers et leur famille étaient concernés par des visites gratuites dans les musées de la ville. Ce projet a généré des échanges à de multiples niveaux entre l'ensemble des usagers de l'hôpital. La fonction culturelle a tiré sa légitimation de la force de ces projets permettant ainsi d'envisager une pérennisation de l'emploi.*

### **Des Acteurs qui se mobilisent**

En novembre 2000, La Direction Générale créait la fonction de chargée des actions culturelles au Centre Hospitalier de Strasbourg.

Cette création de poste prenait racine dans une double dynamique. La résonance au niveau local de la convention de 1999 donnait la possibilité d'initier cette nouvelle préoccupation par le recrutement d'un emploi jeune. Le CHU avait aussi la volonté de répondre professionnellement aux sollicitations internes et externes, comme la mise en place d'une résidence de 40 musiciens dans l'hôpital pédiatrique du CHU lors des premières rencontres européennes de la culture à Strasbourg en février 2001.

Parallèlement les partenaires internes, soignants et médicaux, désiraient enrichir les propositions existantes assez peu structurées, non professionnelles et non financées. Un travail d'élaboration de définitions autour des notions d'animation, d'art thérapie et d'actions culturelles s'est donc amorcé afin de pouvoir réfléchir ensemble sur des propositions exigeantes. Des services ont été rapidement intéressés par ces possibilités de partenariat même si cela exigeait de dépasser le caractère occupationnel et demandait un véritable engagement de leur part.

Dans une première phase, nous avons construit, avec les partenaires hospitaliers et culturels, des propositions principalement en direction des patients mais en ayant le souci constant de lier ce travail avec une sensibilisation des personnels. L'implication des équipes de soins constituait à la fois la raison d'être et la condition de réussite des projets.

Le soutien des partenaires externes a été déterminant.

- ✓ La Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC) en validant et en soutenant les propositions de partenariats culturels et artistiques,
- ✓ L'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace qui malgré l'absence de convention régionale soutient financièrement un certain nombre de projets.
- ✓ De nombreux mécènes dans le cadre du Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital.

Tous ces partenaires externes ont permis de donner corps au projet en légitimant de l'extérieur, l'intérêt de ces préoccupations dans le champ hospitalier.

## **Des actions qui s'imposent**

De nombreuses structures culturelles et artistiques se sont rapidement intéressées à ces nouveaux champs d'expérimentation à la fois encouragées par le programme national mais également en trouvant, au sein de la structure hospitalière, un interlocuteur identifié.

A partir de la problématique de la culture à l'hôpital, il a été possible pendant ces trois dernières années d'imaginer des propositions d'interventions différentes car intégrant le contexte spécifique de notre institution.

Ce sont donc des partenariats qui ont pu être mis en place avec : les Musées de la Ville de Strasbourg, le Théâtre Jeune Public, le Théâtre Le Maillon, la Bibliothèque Municipale de Strasbourg, l'Opéra National du Rhin, le Conservatoire National de Région, les associations « musique et santé » et « graine de cirque, etc... Le processus de légitimation interne s'est construit autour de la réalisation de projets. La mise en place d'actions culturelles a suivi deux directions complémentaires dans le même temps,

1. *A partir de l'analyse de la demande d'un service*, mettre en place une proposition artistique et culturelle susceptible de faire émerger un décadre permettant aux hospitaliers de s'interroger sur l'identité hospitalière, leurs valeurs, leurs pratiques.

Par exemple, les ateliers *les arts du cirque*.

Ces ateliers sont proposés et intégrés à la prise en charge des jeunes patients suivis dans le service psychothérapeutique pour enfants et adolescents depuis novembre 2001. A l'initiative de ce projet, un psychiatre, le Docteur Lacambre, médecin et artiste de cirque.

La pratique du cirque, adapté à un public d'enfants souffrant de troubles autistiques et psychotiques, a eu de nombreux effets tant au plan individuel qu'au niveau collectif. D'abord sur les enfants eux-mêmes, l'investissement d'un lieu tiers en dehors de l'hôpital nous a permis de sortir du cadre standardisé du soin hospitalier (consultations, hôpital de jour...) pour investir un lieu magique : le chapiteau. (...) Au-delà des effets induits sur nos jeunes patients, l'élaboration et la mise en place de ces ateliers ont eu de nombreuses conséquences qui dépassent le cadre strict de l'atelier. Du côté des soignants, les transformations produites sur certains enfants ont profondément modifié le regard des professionnels qui côtoyaient ces jeunes patients au quotidien. Pour le service en général, ce projet (fédérant de nombreuses unités réparties sur plusieurs sites) a permis de

renforcer la cohésion du SPEA, et de développer des échanges avec de multiples partenaires culturels ou artistiques extrahospitaliers. Pour les parents, il s'agissait de proposer une place et un cadre pour un partenariat avec l'institution hospitalière. Pour les professionnels du cirque, il s'agissait d'adapter la pédagogie et les techniques d'apprentissage et d'enseignements usuels à un public spécifique et tenter de contribuer au mieux au processus de soin.

2. *A partir des axes proposés dans le cadre de l'élaboration de la politique culturelle, proposer des partenariats culturels et artistiques permettant d'interroger directement le personnel sur des thématiques précises.*

Le défi lancé en démarrant l'opération *Passions Partagées* a été de favoriser une démarche originale, de familiarisation à l'art avec le personnel des HUS et par son intermédiaire, avec les personnels qu'il côtoie. Ainsi de mars 2002 à mai 2003 s'est déroulé un partenariat singulier entre le CHU de Strasbourg et les Musées de Strasbourg.

L'ensemble des agents hospitaliers des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et leurs familles ont été invités à venir découvrir gratuitement les musées de la ville de Strasbourg à travers des visites commentées et organisées pour eux.

Une visite « coup de cœur » permettant de découvrir quatre musées au travers de quatre œuvres racontées, a constitué le premier chaînon de cette opération. Ensuite, le principe d' « un mois, un musée » a été retenu, en proposant chaque mois, plusieurs visites du même musée.

Au terme de ces visites, les agents hospitaliers étaient invités à s'exprimer sur l'œuvre qui avait trouvé écho en eux. Ce sont ces paroles, ces impressions, ces émotions qui ont permis la réalisation de 14 affiches et d'un livret, véritables empreintes de ces moments partagés, de ces *passions partagées*.

Du 27 juin au 4 juillet 2003, les 800 agents hospitaliers participant à cette opération ont pu transmettre leurs expériences sensibles à leurs collègues, aux patients et familles en offrant les livrets *Passions Partagées*.

Cette transmission sur les lieux de travail d'une expérience de rencontre avec l'œuvre d'art est devenue source d'échanges à de multiples niveaux : entre agents, entre agents et patients, entre agents et visiteurs, etc. Il contribue à modifier le regard que portent sur les agents hospitaliers, les patients et leurs familles, ainsi qu'à dédramatiser leurs rôles respectifs.

C'est également la première pierre d'un travail d'accompagnement de l'institution dans sa modernisation, prenant corps dans la réalisation d'une nouvelle architecture hospitalière. En effet, ces premiers contacts avec des institutions culturelles permettent d'identifier des relais sensibles à la question de l'art et de la culture dans l'espace hospitalier et d'imaginer de nouveaux projets.

Il n'est pas question ici de faire un exposé exhaustif des partenariats réalisés depuis trois ans mais tous ont eu le souci de porter la question de la culture et de l'hôpital dans le respect des individus, des missions et de la gravité de ce qui se déroule, dans le cadre

d'une coopération entre deux secteurs professionnels, l'hôpital et la culture, *dans une démarche de projet.*

### **Des fonctions qui se pérennisent**

Initialement rattachée à la Direction de la Communication, la reconnaissance de la fonction culturelle est aujourd'hui symbolisée par la mise en place d'une délégation à la Culture directement rattachée à la Direction Générale de l'établissement.

Le rapport d'activité de cette délégation est présenté aux instances de l'Hôpital, Comité Médical d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement, Conseil d'Administration.

Le passage d'une fonction à inventer à la reconnaissance d'une compétence et donc d'un métier fondant un processus de légitimation personnelle a été nourri de l'action.

Dans mon cas, c'est l'action qui a été structurante. Bien sûr à partir d'une réflexion préalable et de la définition d'un cadre d'intervention, mais la légitimité du terrain a été fondatrice.

L'importance des liens tissés entre les structures culturelles de la ville, la reconnaissance en interne et externe de la qualité et du sens des propositions culturelles devrait permettre de pérenniser la fonction culturelle à la fin du contrat emploi jeune.

## Une responsabilité conjugée à l'hôpital local

---

**Charles LOCCA**

directeur de l'hôpital local de St Bonnet le Château (42)

*L'hôpital local de St Bonnet Le Château a ceci de particulier qu'il est aussi un lieu patrimonial et qu'à ce titre le chef d'établissement a aussi une mission de conservation du patrimoine. Un patrimoine dont la valorisation et l'animation sont désormais confiées à une personne recrutée spécifiquement pour cette mission. Les différents dispositifs mis en place concernant la culture à l'hôpital ont permis d'ouvrir la voie vers cette création de poste. La participation à un groupe de réflexion mis en place dans le cadre de la convention régionale DRAC/ARH Rhône-Alpes a permis de dépasser certains a priori. Enfin la possibilité de bénéficier d'un emploi-jeune a été un autre élément déclencheur. Tous ces éléments « facilitateurs » n'étaient pas de trop pour dépasser les objections habituelles du milieu qui considèrent que la culture est un accessoire dans un lieu dont la vocation est de soigner. Le recrutement d'une responsable culturelle a pu finalement se faire avec une double mission : une exposition permanente s'adressant au public extérieur et des animations à destination des résidents. Afin de garantir une pérennisation que nous souhaitons, la transformation des subventions annuelles en une somme inscrite à la dotation globale nous semble indispensable.*

### **Cheminement vers une mission culturelle**

Il n'est pas inutile de rappeler en préambule ce qu'est un hôpital local. Outils de la Médecine libérale de proximité, il existe en France environ 350 Hôpitaux Locaux dont 50 dans la Région Rhône-Alpes. Ces Hôpitaux ont en commun leur vocation gériatrique, l'intervention de médecins généralistes libéraux, l'absence de plateau technique, celui-ci étant mis à leur disposition par leur Centre Hospitalier de référence.

L'hôpital local de St Bonnet Le Château est un établissement assez représentatif de cette catégorie de par sa taille (134 lits), son fonctionnement médical, la diversité de ses services (Médecine, Soins de suite, Soins de Longue Durée, Maison de Retraite, Hébergement temporaire) et son fort ancrage dans sa zone d'activité où il est le support du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC).

L'hôpital est installé dans les bâtiments de l'ancien couvent des Ursulines. Sa chapelle, dite « de la Charité », érigée en 1622, est classée et abrite un patrimoine de grande valeur (plafond à caissons, retable, vierge noire, etc.). En un tel lieu la conservation du patrimoine fait donc partie des missions du chef d'établissement. La Chapelle est un élément de contact avec l'extérieur : le public y est admis pendant les offices, certains de ses objets sont prêtés, l'association des Amis du Patrimoine y est active.

Ma participation au groupe « Culture à l'Hôpital » mis en place suite à la convention régionale DRAC / ARH / CH du Vinatier a été l'occasion de faire évoluer quelques a priori, notamment sur la muséographie hospitalière. Toutefois parler d'animation culturelle dans un petit établissement où nous prônons l'économie à longueur d'année n'est pas chose aisée. Lorsque le personnel affecté aux soins ou à l'entretien des locaux est en nombre insuffisant, le « vous feriez mieux de soigner » est révélateur d'un dysfonctionnement de l'Hôpital.

Le dispositif emploi-jeune a permis de contourner l'obstacle d'une faible participation financière de l'établissement. Céline DEGEORGE a été recrutée en septembre 2001 sur la

base d'une fiche de poste « d'Agent de Valorisation Culturelle et d'Animation ». Sa mission est double : monter et suivre, en lien avec la direction, le projet d'exposition permanente sur le thème hospitalier (il s'agit d'ouvrir les portes de l'Hôpital au public) ; mettre en place, avec les bénévoles et en concertation avec la direction et le personnel soignant, un véritable programme d'animation pour les Résidents.

Depuis le recrutement de Céline DEGEORGE, notre projet d'animation culturelle a été retenu deux années consécutives (2001 et 2002) par la Commission de suivi Culture à l'Hôpital. Nous présentons cette année un nouveau dossier.

Notre projet s'inscrit dans la mouvance du groupe de réflexion précédemment évoqué, et s'intéresse à l'humain dans ce qu'il a de plus vital.

La problématique de la Culture à l'Hôpital est sans doute moins complexe à l'Hôpital Local qu'à l'Hôpital Général. La taille humaine de la structure et son imbrication dans la vie de la cité favorisent l'existence et le développement de la vie sociale à l'intérieur de l'Hôpital et au sein de sa zone d'activité. A contrario les difficultés économiques qui y sont concentrées fragilisent un projet dont l'avenir reste incertain sans reconnaissance financière.

La légitimité des projets tient d'abord au cadrage national et régional du programme Culture à l'Hôpital. La légitimité institutionnelle tient ensuite à la validation des projets par les instances, et à l'intégration du projet culturel au projet d'établissement.

Il serait regrettable que toutes les énergies dépensées pour atteindre cet objectif incluant l'existence des animateurs culturels hospitaliers soient mises à mal par la disparition d'une enveloppe sanitaire modeste mais appréciable.

Nous souhaitons en clair l'intégration de ce financement aux dotations globales en remplacement des subventions annuelles à caractère incitatif, afin de pérenniser le dispositif.

## Une responsabilité conjugée à l'hôpital local

---

**Céline DEGEORGE**

médiatrice culturelle à l'hôpital local de St Bonnet le Château

*Le patrimoine est naturellement un axe fort du poste que j'occupe. Il doit être à la fois l'occasion pour l'hôpital de s'ouvrir à un public extérieur et un moyen d'amélioration de la vie à l'intérieur. Pour mettre en place sa politique culturelle l'hôpital s'est appuyé sur des partenaires locaux (musée et association de patrimoine) avec lesquels un jumelage a été mis en place. L'action culturelle, qui prend la forme d'interventions artistiques dans l'établissement, permet aussi à la population de prendre part à sa vie. Les difficultés dues à la culture hospitalière et aux résistances rencontrées ne sont pas minces, c'est pourquoi il est si important de légitimer l'action culturelle à l'hôpital. Les divers dispositifs mis en place en sont un moyen. Cependant le chemin vers une véritable reconnaissance de la fonction culturelle, notamment statutaire, reste à parcourir.*

En lien avec la direction, l'animateur culturel a pour mission de développer et mettre en place une politique culturelle selon deux axes en étroite interdépendance : le patrimoine hospitalier (conservation, valorisation) et l'animation culturelle (ouverture et vie de l'institution). La convention régionale signée en janvier 2002 par la DRAC et l'ARH Rhône-Alpes offre un cadre à cette politique et l'appel à projets régional une perspective de financement.

Il s'agit d'appréhender la valorisation du patrimoine hospitalier comme un moyen mis à disposition pour améliorer la vie et l'ouverture de l'hôpital sur la cité, mais également être conscient que l'ouverture de l'hôpital, l'animation sont les premiers vecteurs de cette valorisation.

### **Les partenaires : le musée, l'association « Trois notes et l'étoile en panne s'envole »**

L'hôpital avait depuis une dizaine d'années de nombreux contacts avec l'écomusée des monts du Forez à Usson en Forez essentiellement pour des prêts d'objets d'art, de meubles, de statues, etc. en vue d'expositions. Le musée est l'institution culturelle de référence sur le territoire. Sa collection illustre la vie dans les monts du Forez. Le conservateur est particulièrement sensible au patrimoine local, et à la question de l'accessibilité des musées et à la muséographie.

Domiciliée en mairie de Saint Bonnet, l'association veut reconstituer l'orchestre des Anges peint sur les murs de la chapelle basse de la Collégiale de Saint Bonnet. Elle a commencé la reconstruction d'après photos des instruments médiévaux et veut les faire connaître et vivre par des concerts, expositions, animations...

L'association a déjà tissé de nombreux liens avec les acteurs culturels locaux (Pays d'art et d'histoire, office du tourisme) et participe à des animations médiévales sur la commune.

Le rapprochement avec ces deux structures dans le cadre du jumelage semblait évident.



## **Le jumelage**

L'hôpital, porteur du projet, signe une convention de jumelage avec le musée et l'association d'artistes. Véritable équipement culturel d'un côté et professionnels de la création et de la diffusion de spectacles vivants de l'autre, il ne s'agit en aucun cas pour l'hôpital de se substituer à ces institutions mais bien de s'appuyer sur leurs expériences, leurs compétences, leurs ressources, en matériel et en personnel, et leurs réseaux afin d'intégrer de façon concrète la politique culturelle de l'hôpital au sein de l'espace culturel du Pays de Saint-Bonnet-le-Château.

L'intérêt du jumelage est de mettre en corrélation les attentes des trois institutions : l'ouverture de l'hôpital et la valorisation du patrimoine hospitalier d'un côté et, de l'autre, le travail sur l'accessibilité des musées, la muséographie, la définition de nouvelles orientations médiatiques et la valorisation du patrimoine local, l'animation, la diffusion culturelle.

## **L'action culturelle**

✓ Des artistes à l'hôpital. Les artistes interviennent régulièrement auprès des patients, des résidents et du personnel : dans les couloirs, les chambres, les lieux de vie, les salles de réunions, la chapelle. Spectacles, déambulations, animations ou simples conversations. Musique, conte, magie, initiation aux instruments médiévaux.

Ces prestations artistiques sont, aussi souvent que possible, l'occasion d'ouvrir les portes de l'hôpital et d'inviter les familles des résidents, les scolaires, la population de saint Bonnet à participer à la vie de l'établissement et à découvrir le patrimoine hospitalier.

✓ Des rencontres à l'écomusée

Accompagnés des familles, du personnel et des artistes les résidents se rendent au musée. Sur un thème développé par le musée à travers une exposition, l'association crée un spectacle mettant en scène les instruments médiévaux et des contes en partie issus des interventions à l'hôpital (collectage d'histoires, de légendes locales, conversations, personnages ayant influencé les artistes).

Si le musée propose un accueil spécifique des personnes âgées, prenant en compte leurs pathologies, ces rencontres n'en sont pas moins fondées sur la diversité des publics et font partie intégrante de la programmation du musée.

## **Les difficultés**

Elles sont de différentes natures. Techniques en premier lieu car l'hôpital est un lieu fermé. Ce n'est pas une légende ! Un ancien couvent d'Ursulines abrite l'hôpital. L'architecture, l'activité de l'établissement sont très cloisonnées : quatre services de soin organisés en fonction de leur discipline, médecine, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée... Un service cuisine, un service administratif, et un service technique. Une centaine de personnels au total très identifiés à leur service. Dans ce contexte, l'animation culturelle, la valorisation du patrimoine se présentent comme un vecteur de transversalité.

Un petit établissement. Pas de service de communication, un personnel administratif et technique assumant souvent plusieurs fonctions... C'est là toute l'importance du jumelage : une association d'expériences, de compétences et de moyens, matériels et humains.

Les difficultés sont aussi de nature morale : résistances, conflits d'intérêts, et réflexions telles que :

« Il n'y a pas d'argent pour remplacer une infirmière, mais pour aller au musée! »

« Vous feriez mieux de soigner »

« C'est bien joli, mais c'est une charge de travail supplémentaire »

Parler d'animation culturelle, de valorisation du patrimoine dans un établissement de santé qui prône l'économie à longueur d'année n'est pas chose aisée. Comment gérer ces résistances ?

### **Le processus de légitimation**

Les conventions nationale et régionale jouent un rôle primordial dans le processus de légitimation de la culture à l'hôpital. Celle de 1999 entre les deux ministères, celle de 2000 puis de 2002 entre la DRAC et l'ARH Rhône Alpes

La légitimité institutionnelle passe par la validation du projet culturel par les instances de l'hôpital. Le projet culturel, impulsé et porté par la direction s'inscrit alors, au même titre que le projet de soin ou le projet de vie, dans le projet d'établissement.

La participation financière de la commune, de la communauté de communes, du conseil général, mais aussi des entreprises locales fait également partie intégrante du processus de légitimation de l'activité culturelle à l'hôpital. C'est une légitimation territoriale.

### **De l'activité et de la fonction culturelle**

Si toutes les étapes décrites précédemment sont les conditions "sine qua non" du processus de légitimation et si toutes ces étapes sont "validées" il n'en reste pas moins que le phénomène culturel et, par là même la fonction culturelle, sont tiraillés entre animation, communication et action culturelle.

Dans la tradition hospitalière la fonction d'animation existe et est reconnue, il en va de même pour la fonction de chargé de communication. La légitimité de l'animateur culturel et par conséquent de son activité passe nécessairement par l'implication de professionnels de la culture et du milieu artistique et la reconnaissance statutaire de la fonction culturelle hospitalière.

En ce sens la formation dispensée par l'ARSEC ainsi que le présent séminaire se présentent comme une étape vers cette reconnaissance hospitalière.

# INTERMEDE ARTISTIQUE

## Compagnie Black Blanc Beur

---

La compagnie a été créée en 1984 par Jean Djemad et Christine Coudun. Elle compte aujourd'hui vingt-deux danseurs hommes et femmes, des non-danseurs, dont certains sont là depuis le début.

Inscrits de plain-pied dans l'avènement du mouvement hip-hop en France, compagnie historique et emblématique de ce mouvement, les Black Blanc Beur ont toujours tenté de mener à la fois un projet artistique original, tout en s'engageant dans la cité par des actions d'initiation artistique, avec en arrière-plan une nécessaire implication dans le champ social

Avec un répertoire d'une quinzaine de pièces chorégraphiques, au travers de plus de 1000 représentations en France et à l'étranger, les Black Blanc Beur ont déjà connu plusieurs vies. La compagnie a développé un style très personnel, tentant des métissages culturels, intégrant à la fois des aspects de la danse contemporaine, et bousculant la rhétorique du hip hop en y intégrant des solos et des duos.

Elle est implantée à Elancourt, au sein de la collectivité territoriale de St Quentin-en-Yvelines, où elle a développé un partenariat avec l'Institut Marcel Rivière, centre hospitalier spécialisé de La Verrière (78).

## La construction d'un réseau autour d'une équipe culturelle hospitalière

---

**Catherine GAUTIER**  
responsable culturelle  
au Centre Hospitalier Régional d'Orléans (45)

### **Déclinaison des compétences culturelles hospitalières : du rôle central du responsable culturel à la création d'un réseau culturel hospitalier**

*Cette intervention est fondée sur une expérience, sur les connaissances acquises au niveau national par le biais de différents travaux. Nous verrons comment se définit le rôle de chacun au sein du service culture ; comment une extension du service à un réseau de référents culturels est presque naturellement nécessaire pour optimiser l'efficacité des actions en lien avec le projet culturel de l'établissement ; quel rôle institutionnel peuvent jouer les partenaires extérieurs dans la mise en œuvre de cette politique culturelle. La comédienne, Nathalie Bauchet, montrera l'importance du lien professionnel entre l'artiste et les personnes chargées de la mise en place de la politique culturelle*

La mise en place du service culture au sein de l'hôpital d'Orléans s'est faite en plusieurs étapes. L'action culturelle a démarré dans le service pédiatrie. Etendue ensuite à l'ensemble des secteurs de l'hôpital et légitimée par la convention de 1999, elle a généré la création d'un service culturel en l'espace de deux ans. On pourrait presque dire qu'il s'agit en fait d'un système à plusieurs niveaux. D'abord un service organisé autour de trois fonctions. Celle de responsable culturel qui définit, coordonne et met en œuvre la politique culturelle de l'établissement. Celle de médiateur culturel qui accompagne la réalisation des projets. Celle de chargé de la communication dont l'intitulé dit assez bien la fonction. Au-delà de ce premier cercle un réseau de référents culturels a été mis en place. Ce sont des « relais-culture » qui sont présents dans tous les services et diffusent l'information aux personnels et aux patients. A l'extérieur de l'hôpital les partenaires institutionnels, de même que les artistes, sont eux aussi des acteurs de la politique culturelle de l'hôpital. Les DRAC, institutions culturelles, municipalités sont autant d'interlocuteurs essentiels en étant des soutiens et des relais. Ils contribuent à la reconnaissance du rôle de responsable culturel hospitalier et jouent un rôle incitatif. C'est tout l'ensemble de ce réseau de partenaires qui permet de tisser un lien social et durable avec la ville. L'hôpital devient un lieu culturel de la ville. Ainsi l'action culturelle hospitalière ne trouve son essence que dans les ramifications avec son environnement professionnel dont le point de convergence est le responsable culturel hospitalier.

### **Genèse de la mise en place du service culture au CHR d'Orléans**

L'action culturelle était incluse dans une approche pédagogique en pédiatrie générale. Les artistes de la région ont été très sensibles aux sollicitations et ont très vite investi la pédiatrie en offrant des prestations régulières ou ponctuelles. Par la suite la direction générale m'a proposé d'étendre cette approche artistique à tous les secteurs de l'hôpital. La convention de 1999 a permis de justifier la démarche auprès des administrateurs du CHR d'Orléans. Le poste de responsable culturel a été créé à Orléans en juin 2000. Immédiatement après sa création j'ai élaboré un plan culturel pluriannuel qui a été présenté aux instances de l'hôpital. Ont suivi : la création d'une unité fonctionnelle,

assortie d'une ligne budgétaire en janvier 2001, la création du poste de médiateur culturel (dans le cadre d'un contrat emploi consolidé) en février 2002, enfin la création du poste de chargé de culture et de communication à 50 % en septembre 2002 (contrat emploi-jeune cette fois). La mise en place progressive du groupe de référents culturels s'est effectuée à partir de mars 2001.

### **Rôle des personnes composant le service culturel**

La place institutionnelle accordée à la culture dans un établissement et l'importance qualitative et quantitative des actions ont induit rapidement la création d'une unité fonctionnelle, c'est-à-dire un service doté de personnel et d'une ligne budgétaire. Une ligne budgétaire culturelle à l'hôpital est essentiellement constituée par des apports extérieurs, publics ou privés.

Au sein de ce service culturel trois personnes peuvent optimiser l'efficacité de la mise en œuvre d'une politique culturelle : le responsable culturel, le médiateur culturel et le chargé de culture et de communication. S'ajoute dans certains établissements, la mission spécifique de médiateur du patrimoine.

Le responsable culturel. Si les statuts du responsable culturel demeurent très hétérogènes et si le profil de chaque responsable est marqué par son parcours, selon qu'il est issu du milieu culturel ou du milieu hospitalier, sa mission est, par contre, clairement définie. C'est un rôle de chef de projet. C'est un concepteur, un traducteur, un moteur. Il est responsable de la définition, de la coordination et de la mise en œuvre de la politique culturelle de l'établissement.

Son rattachement à la direction générale témoigne des dimensions stratégique et politique de sa fonction. Le responsable culturel hospitalier doit être à même d'assurer des fonctions d'encadrement, animer des réunions, savoir motiver son équipe et ses interlocuteurs et valoriser les compétences des autres. Il doit ainsi articuler les interventions des éducateurs et des animateurs culturels avec la substance du projet culturel pour le prolonger et l'enrichir.

Le médiateur culturel. Il est sous l'autorité du responsable culturel hospitalier. Il accompagne la réalisation des projets culturels sur le terrain, faisant le lien entre tous les acteurs. Il a donc pour principale fonction la mise en œuvre et la logistique des actions. Il complète cet accompagnement par des actions de communication interne auprès du personnel et des patients, et externe auprès des artistes et des médias. Enfin il assiste le responsable culturel dans ses recherches de subvention et participe également au suivi de la gestion.

Le chargé de culture et de communication. Egalement sous l'autorité du responsable culturel, il prend en charge essentiellement la partie communication du service culturel. Cela passe par l'élaboration d'outils de communication, affiches, invitations, etc. Il participe aussi à la réflexion des actions et à leur mise en œuvre. Il est l'interlocuteur des médias.

### **L'extension de l'équipe culturelle à un réseau de référents culturels hospitaliers**

Toute personne travaillant dans l'établissement peut devenir acteur du développement de la culture auprès des usagers car la culture à l'hôpital ne prend tout son

sens que si elle est portée par l'ensemble du personnel. Le développement quantitatif des référents au sein de l'hôpital offre un espace de réflexion et entraîne une modification de l'approche du soin et du lieu « hôpital ». Ce sont les interlocuteurs privilégiés du service culture.

Etre référent culturel permet d'avoir une source de stimulation intellectuelle dans le domaine professionnel et privé, un moyen d'exister au sein de l'hôpital hors de sa fonction propre, l'occasion d'être informé des événements culturels extérieurs ou intérieurs et quelques menus avantages culturels (invitations, participations gratuites à des stages, etc.). La liste des référents est rendue publique afin que chaque membre du personnel puisse s'adresser au référent le plus proche pour obtenir des renseignements ou faire part de ses interrogations. Ils seront bientôt responsables de l'actualisation des panneaux d'affichage culturel dans les services.

On trouve trois profils de référents culturels.

1. Des référents culturels acteurs inhérents de la culture à l'hôpital

Les professionnels dont la culture fait partie intégrante de leur mission hospitalière : éducateurs, animateurs, bibliothécaires, responsables audio-visuels, ainsi que les personnes ayant un rôle stratégique dans la communication de l'établissement.

2. Des référents culturels inscrits nécessairement dans la mise en place concrète des actions

Lorsque ces actions culturelles se situent dans son secteur d'activité, le personnel est inévitablement impliqué par des temps de préparation, de concertation, et devient ainsi naturellement référent culturel.

3. Des référents culturels pour une mission de médiation culturelle institutionnelle

Ces personnes ajoutent à leur axe professionnel initial la diffusion des informations culturelles, en participant à la vie culturelle de l'établissement de soins par différents biais : inscription dans un jury de concours d'écriture, aide à la logistique d'une manifestation, rédaction d'un article pour le magazine interne, etc..

Le but est, bien sûr, d'accroître leur nombre afin de bénéficier de « relais-culture » dans tous les services de l'hôpital.

Chaque référent culturel peut également, sur un plan personnel, bénéficier d'avantages culturels (invitations, réservations pour des spectacles...).

### **La mission des partenaires extérieurs et des artistes dans la mise en œuvre de la politique culturelle de l'établissement**

Cette équipe ne peut exister et avoir du sens que si elle est directement rattachée à celle des collaborateurs extérieurs à l'hôpital. Ce rôle institutionnel des partenaires extérieurs n'existe que si le responsable culturel hospitalier est identifié comme leur interlocuteur principal et qu'il veille au professionnalisme et à la cohérence des actions.

*Le réseau des partenaires* reflète la politique culturelle définie par un établissement. Les artistes et les partenaires extérieurs, financiers et institutionnels, sont, au même titre que les hospitaliers, les acteurs de la politique culturelle à l'intérieur de l'hôpital. Il est pour

cela nécessaire d'instaurer une collaboration pertinente dans laquelle chacun apporte ses compétences professionnelles propres. La mission de conseil des DRAC, des équipements culturels, des municipalités, dans de nombreux domaines en font des interlocuteurs essentiels pour répondre à ce primordial objectif de qualité. Les partenaires institutionnels jouent un rôle essentiel en contribuant à la reconnaissance et à la légitimité du rôle de responsable culturel hospitalier. Aujourd'hui les ministères, et leurs services déconcentrés, constituent les premiers relais et soutiens de tout projet culturel. Ils jouent un rôle essentiel sur le fonds en organisant des moments de réflexion collective, en réalisant des enquêtes ou encore en incitant les DRAC et les ARH à conclure des conventions. C'est le support initial.

*Les acteurs* ont un rôle dans la transformation de la culture hospitalière. Forcément la présence d'artistes à l'hôpital en modifie la culture, l'histoire, l'approche du temps. Elle offre cette opportunité de transformer, déplacer, déranger les espaces, créer des rencontres qui font que l'on n'est plus à l'endroit où on est. Ainsi les partenaires et les professionnels hospitaliers ont une recherche commune : donner les moyens de rendre la culture accessible à tout citoyen.

Cette collaboration entre hôpital et culture, qui est une mission de service public, présente un intérêt réciproque et justifie que s'associent autour du responsable culturel hospitalier et de son équipe les acteurs compétents soucieux de donner accès à une culture de qualité au citoyen, où qu'il se trouve. Le projet peut alors émerger soit de l'hôpital soit de l'extérieur avec un point de convergence dans leur élaboration : le responsable culturel.

*L'évaluation* est, elle aussi, un support pour rendre les partenaires acteurs de la culture. Les bilans des actions réalisées conjointement avec tous les acteurs de la politique culturelle de l'hôpital permettent une prise de recul et une réflexion permanente sur sa pertinence.

Avoir des partenaires ne suffit pas, il faut les mettre en réseau car la culture à l'hôpital n'a pas de sens et d'existence sans cette notion de lien. Cette mise en réseau qui lie les partenaires institutionnels et financiers et les artistes prend toute sa mesure par son ancrage dans la politique globale.

*Le réseau* est également indispensable pour tisser un lien social et durable entre la ville et l'hôpital. Il est utile pour le développement de l'action culturelle d'une ville parce que l'hôpital devient un lieu culturel dans la ville. Les rencontres et les expériences culturelles vécues au moment de l'hospitalisation constituent souvent un point d'accroche, parfois une révélation, qui peuvent conditionner la poursuite d'une vie culturelle au-delà de l'hospitalisation.

L'action culturelle hospitalière ne trouve son essence que dans les ramifications avec son environnement professionnel, celui de la santé et celui de la culture en ouvrant l'institution sur son contexte et en créant un lien socioculturel entre ville et hôpital. La culture à l'hôpital repose sur un principe de transversalité et une logique d'ouverture, deux qualités essentielles qui supposent donc qu'une personne ou une équipe fasse le lien entre l'administration et le secteur des soins, entre les services de soins eux-mêmes, entre l'institution et ses partenaires extérieurs.

**Nathalie BAUCHET**  
comédienne  
intervenante au CHR d'Orléans

---

*L'artiste fait ici entendre sa voix et raconte le parcours qui l'a amenée à intervenir dans un service de cardiologie. Elle décrit d'une façon très concrète le déroulement d'une intervention et analyse les éléments qui ont permis la réussite de ce projet. Sa parole est le pendant de celle du RCH qui a été son interlocuteur à l'intérieur de l'hôpital.*

Je vais parler de mon expérience de comédienne à l'hôpital. Mais d'abord je vais me présenter. Je suis comédienne dans plusieurs compagnies et dans des cadres différents : théâtre de rue, prévention, théâtre en milieu scolaire, animation de formations (théâtre, expression corporelle, lecture à voix haute). Je suis également clown à l'hôpital avec Le Rire Médecin. C'est ainsi que je suis intervenue dans le service pédiatrie et que j'ai rencontré Catherine Gauthier qui y était éducatrice. Je ne vais pas parler du Rire Médecin mais du projet sur lequel je travaille maintenant depuis deux ans : un projet de lectures théâtralisées, c'est-à-dire de lectures à voix haute dans un service de cardiologie pour adultes.

Nous sommes 6 comédiens et nous intervenons deux par deux, en binôme, dans un programme qui est établi une fois par semaine. On est une fois par semaine toujours dans le même service. La régularité est très importante. Elle marque une implication réelle dans le service.

Le matin, quand nous arrivons, nous avons un premier travail de préparation, de recherche de textes sur un thème que nous nous sommes donné à l'avance. Nous arrivons donc avec de la matière et nous faisons un choix, nous décidons comment nous allons emmener ce thème dans le service ce jour-là. A 13h30 nous avons une transmission : un membre du personnel dans le service nous parle des patients. Ensuite nous intervenons à partir de 14h15 et nous allons de chambre en chambre. La durée globale d'une intervention est variée, entre 1h30 et 2h30, mais c'est difficile à mesurer. On finit notre journée par un petit cahier de liaison sur lequel on écrit un petit topo sur la journée : ce qui s'est passé, comment nous l'avons vécue, quelles rencontres ou difficultés. Ce cahier reste dans la salle de repos. Le personnel y a accès, il peut le lire et faire des commentaires. Ça fonctionne, on a des retours et ça permet de se parler.

Ces lectures sont une manière de permettre aux gens de s'évader du monde hospitalier, de les emmener dans un autre univers. Cela peut donner envie aux gens de lire, de redécouvrir des auteurs, des poètes. Mais c'est avant tout un moment de partage.

Comment s'est réalisé ce projet ? Il a été possible grâce à un partenariat. D'abord une convention entre la DRAC et l'hôpital qui a permis la mise en place d'une formation d'une semaine pour les comédiens de la région par une compagnie. Cette formation avait deux aspects : l'un artistique sur les limites du jeu à l'hôpital, l'autre plus médical sur le fonctionnement du service et les contraintes. Il y a eu aussi un week-end entier où nous avons pu faire des simulations dans une aile de l'hôpital. Cela nous a permis de prendre conscience de certaines choses : la perception quand on est allongé par exemple, est très différente.



Pour nous le responsable culturel est très important : elle centralise, redistribue, facilite, tout ce qui est organisationnel. Elle fait aussi tout un travail en amont auprès du personnel. Un autre partenariat est en train de se mettre en place avec la médiathèque. Nous avons un petit fonds d'ouvrages et de textes, et nous avons le projet de mettre à disposition du patient les livres dont nous nous servons le jour de notre intervention.

Ce projet a deux ans et il faut beaucoup de temps pour mettre en place une telle action dans un service.

## L'art du traducteur, une responsabilité culturelle double au sein d'un établissement et à l'échelle régionale

---

**Carine DELANOË-VIEUX**

chef de projet à la Ferme du Vinatier, CHS de Bron (69),  
chargée de mission culture auprès  
de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes

*Il semble qu'un certain nombre d'évidences à propos du responsable culturel hospitalier soient désormais admises. C'est pourquoi j'aborderai le sujet à travers les trois notions de traduction, médiation et métissage. Sa posture d'interface entre les mondes artistique, hospitalier, administratif, chacun possédant son langage et ses codes, fait du responsable culturel hospitalier un traducteur. Mais qui dit traduction dit aussi trahison. C'est dans l'espace entre les deux que le projet s'enrichit des désirs et des objectifs de tous ses partenaires. Le responsable culturel est aussi un médiateur. Il lui appartient de faciliter le contact entre les artistes et les publics, entre les œuvres et les circuits de diffusion, entre les intellectuels et le monde social. Il est en cela l'héritier de l'éducation populaire pour qui la culture participe à la liberté individuelle et à la cohésion sociale. Mais la médiation divise autant qu'elle rapproche en établissant une limite claire entre les fonctions de chacun. Ainsi la médiation consiste avant tout à préciser et à construire les termes d'un monde commun, une référence partagée alors que la traduction est simple transmission de sens. La posture métisse c'est celle de l'imprévisible, du renouvellement permanent d'expérimentations, de la rencontre comme source d'intelligence. Ces postures, loin d'être théoriques, sont au contraire opérationnelles dans les diverses situations rencontrées par le responsable culturel hospitalier. Nous l'avons éprouvé de façon très concrète tout au long du travail du groupe de réflexion régionale rhônalpin qui avait pour but de sensibiliser les directeurs d'hôpitaux à l'intérêt des actions culturelles dans leurs établissements.*

Puisqu'il est désormais admis que la conduite d'un projet culturel à l'hôpital se compose d'un ensemble de savoir-faire. Puisqu'il est acquis que ce projet-là prend tout son sens dès lors qu'il est inscrit dans une politique doublement déterminée par l'institution d'appartenance et la ville. Puisqu'il est démontré enfin que les actions culturelles ont des incidences sur la qualité de la relation avec les usagers, je propose ici d'évoquer simplement les postures de ce métier encore peu répandu.

Le propos, loin d'être exhaustif, s'attachera à identifier les opérations, simultanées et successives, mises en oeuvre par le responsable culturel hospitalier dans la pratique de sa profession, à travers les notions de traduction, de médiation et de métissage.

### **De traduction en « trahison »**

Au premier abord, la fonction d'interface du responsable culturel entre les deux univers dénommés dans l'intitulé même du poste s'impose comme une évidence. Cependant, pour être active, cette fonction d'interface implique une circulation des hommes et des idées. Elle mobilise en conséquence des compétences de traduction.

En effet, il appartient au responsable culturel hospitalier de traduire aux partenaires culturels et aux intervenants artistiques les attentes et les contraintes du milieu hospitalier dans lequel leur projet sera déployé. Il lui appartient aussi de faire évoluer le projet culturel de manière à ce qu'il intègre ce point de vue de contexte. Réciproquement, c'est encore à

lui de transmettre aux équipes hospitalières le sens des interventions artistiques et culturelles.

Jusque dans les modalités financières et administratives, il lui incombe de traduire les codes et les règlements les uns pour les autres. Lorsqu'il paraît naturel à un artiste de faire apparaître les noms des malades en tant qu'auteurs d'une œuvre, le médecin peut lui opposer la règle du secret médical. Lorsqu'il paraît naturel à l'institution hospitalière d'honorer ses engagements budgétaires à une échéance de plusieurs mois, la fragile association culturelle qui, de fait, assure la trésorerie de l'hôpital peut ne pas s'en relever. Traduire, en l'occurrence, relève d'une négociation constante entre les intérêts des entités culturelle et hospitalière.

Cependant, si la notion de traduction évoque un rapport d'équivalence et de fidélité entre les énoncés de départ et d'arrivée, la réalité ne peut s'y conformer. Car la polysémie du langage et la diversité des contextes le rendent impossible. On se rangera, par conséquent, à la sagesse d'un adage désormais connu « *Traduttore traditore* » (traduire c'est trahir).

Dans cette quête de conciliations de valeurs et de modalités opératoires, dans cette nécessité constante de résolution de problème, le responsable culturel hospitalier se retrouve en effet bien vite sur l'autre versant de la traduction : celui de la « trahison ». Le terme de trahison n'est pas ici compris dans son sens péjoratif ; il s'agit de désigner l'opération selon laquelle on reformule différemment une demande plus ou moins exprimée. Et c'est dans l'écart de la traduction à la « trahison » que le RCH devient créatif. S'il se contentait de rendre audibles les messages et les aspirations des uns et des autres, les uns pour les autres, il contribuerait certes au succès des entreprises. Pour autant, il ne les inscrirait pas dans une cohérence et un processus institutionnel qui fait toute la différence avec une simple accumulation d'initiatives.

« Trahir » la commande institutionnelle, « trahir » la demande des services de soin, « trahir » la proposition artistique et culturelle est la condition d'élaboration d'un projet dont on a intégré les objectifs et les enjeux. On trahit « la pensée ou la parole » d'un acteur en le décentrant de ses préoccupations exclusives. On lui retourne alors un projet devenu « ni tout à fait un autre ni tout fait le même » parce qu'il est désormais composé des désirs et des objectifs d'autres partenaires.

De traduction en « trahison », le responsable culturel hospitalier fait entendre dans un même projet des langages étrangers les uns aux autres impliquant ainsi les protagonistes dans de nouveaux rapports sociaux.

## **De médiation en division**

La seconde posture du responsable culturel hospitalier relève du champ de la médiation. Ce dernier renvoie au constat que nos rapports avec le monde physique, social ou imaginaire ne sont pas immédiats. Ils passent par des constructions intellectuelles, des représentations symboliques et des langages. Or, le cœur de notre métier consiste bien à faciliter le contact entre les artistes et les publics, entre les œuvres et les circuits de diffusion, entre les intellectuels et le monde social. En cela, nous sommes héritiers des ligues d'éducation populaire pour lesquels la médiation relevait d'une conviction : la culture et le processus artistique, à destination des classes populaires, pouvaient participer à la liberté individuelle et à la cohésion sociale.

Dans le cadre des institutions, le souci de l'émancipation et de l'intégration des individus correspond à la définition des finalités de ce que le sociologue François Dubet appelle le programme institutionnel républicain. Or, selon lui, ce programme institutionnel est en fort déclin en raison des effets dé-constructeurs et paradoxaux de la modernité qui,

désormais, sépare la Raison du Sujet. Sans pouvoir développer ici, je citerais juste la métaphore de François Dubet qui plaide pour la musique de chambre comme alternative à la symphonie qui fond tous les talents et aux solistes sourds à la musique des autres. Je ferais l'hypothèse que la médiation consiste, pour le responsable culturel, à favoriser les espaces et les dispositifs où peuvent se jouer ces petites formes qui « réalisent le miracle de donner à chacun sa pleine expressivité tout en construisant un ordre collectif ».

La difficulté majeure de cette entreprise n'est pas tant de trouver les musiciens que de faire en sorte que leurs jeux contribuent à un ordre harmonieux. En effet, l'intérêt que se portent l'hôpital et la culture s'inscrit dans un mouvement d'ensemble plutôt cacophonique où toutes les instances de la société se trouvent priées de contribuer à limiter le démantèlement social. Comme dit le philosophe Jacques Rancière « nous allons vers la constitution d'une espèce de grand secteur d'aide humanitaire intérieure, où la médecine, la culture, la police, l'associatif, tout cela finalement va conjindre ses forces pour traiter avec de la parole des formes d'errance et de non-lieu dans le tissu social. ». Entre les acteurs qui portent ces paroles, devenus par nécessité des acteurs du social, la médiation apparaît indispensable comme élément structurant de leur coopération. Bien sûr pour créer du lien mais surtout pour préserver la puissance et la logique d'action propre à chacun. Aussi, les artistes ne peuvent pas raisonnablement répondre à des objectifs thérapeutiques, même si leur action est bénéfique à la personne, comme les médecins ne peuvent pas se transformer en agents d'art, même s'ils favorisent le développement artistique dans leur service. Dans cette perspective, la médiation retrouve sa définition étymologique de « division ».

Aussi paradoxale que cela puisse paraître, la médiation culturelle en milieu hospitalier conduit aussi, et ce n'est pas le plus facile, à tenir la distance entre les mondes. Distance sans laquelle la confusion, dont notre époque est si friande, pourrait être source d'une grande perte de sens.

Pour conclure, la médiation consiste avant tout à préciser et à construire les termes d'un monde commun, une référence partagée. Nous ne sommes déjà plus dans la traduction qui implique une transmission des énoncés déjà existants. La médiation n'est pas une transmission de sens, elle est, selon les termes de Jean Caune, « production et diffusion de sens qui fonde un « vivre ensemble « possible » ».

## **La posture métisse**

La troisième posture du métier de responsable culturel hospitalier est celle du métissage. Celle-ci me paraît être dans un rapport de connivence très fort avec notre manière de travailler au regard de ce que François Laplantine, sociologue, en dit : « Dans la pensée métisse, rien n'est jamais définitif, absolu, stabilisé, fixé dans l'espace d'un territoire ou dans le cadre d'un code ». C'est là une particularité de notre fonction que de trouver au sein d'un vécu professionnel ces mêmes termes, dans un contexte institutionnel pourtant inscrit dans la pérennité du service public.

Le temps du métissage est le présent renouvelé. Il assure la permanence des créations et des rencontres. Il fait la jonction entre le passé et le futur. En cela, le métissage est une pensée dirigée vers un horizon imprévisible qui permet de redonner toute sa dignité au devenir. Cette imprévisibilité n'est pas à confondre avec l'incertitude qui affecte beaucoup les institutions aujourd'hui. Car l'incertitude c'est la crainte de ne pas pouvoir réaliser ce qui est prévu. L'imprévisible c'est la curiosité de ce que sera le fruit d'une rencontre. On retrouve alors un trait marquant du métier qui consiste à être en permanence dans le renouvellement d'expérimentations, motivées par les rencontres, dont

on accompagne avec intérêt ce qu'elles génèrent auprès des gens et dans la dynamique collective. C'est le principe du « jumelage ».

Il me paraît essentiel que le responsable culturel s'inscrive dans une pensée métisse car elle perturbe l'individu, la culture, la langue, la société dans leur tendance à la stabilisation. Or, la première place de la culture à l'hôpital n'est-elle pas de toujours interroger la structure et de l'amener à travailler ses caractéristiques, ses souffrances, son parcours et ses relations avec l'environnement ?

### **Des postures opérationnelles**

En conclusion de cette communication, je souhaiterais montrer comment ces différentes postures sont opérationnelles. Je prendrais un exemple qui relève du rôle que j'ai pu jouer auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes pour montrer que le responsable culturel hospitalier peut aussi contribuer, avec ses postures et ses compétences, à la définition d'une politique dans ce domaine. Je vous propose de décomposer, de manière schématique au regard des contraintes de temps, les trois opérations précédemment citées appliquées au groupe de réflexion régionale Rhône-Alpes mis en place par la Drac et l'ARH, en amont de la convention.

Ce groupe a réuni une douzaine de directeurs d'hôpital dans la perspective d'explorer les dimensions stratégiques du développement culturel dans le secteur hospitalier. Il s'agissait aussi de les convaincre de l'intérêt de soutenir ces initiatives qui ne peuvent que difficilement se développer sans leur implication. Huit séances ont été organisées pendant un an. Chacune d'elle accueillait un universitaire issu des sciences sociales sur des questions identifiées au préalable. Suivait un débat avec les participants. Les questions suivantes ont été ainsi explorées : le projet culturel et la culture du projet, l'approche anthropologique des modèles médicaux, le patrimoine hospitalier comme facteur d'innovation, la mémoire collective comme connaissance et reconnaissance des personnels hospitaliers, les identités professionnelles et la dynamique de changement, l'art contemporain comme révélateur et transformateur de l'hôpital. Le spectre des questions était large et je dois avouer que les participants étaient fort déstabilisés lors des toutes premières rencontres.

Il a donc fallu traduire de diverses manières les références construites au cours de l'expérience du Vinatier et qui avaient forgé la conception de la Culture comme élément dynamique de la stratégie de l'établissement qui fondait cette démarche. Conception partagée par les deux représentants des administrations régionales concernées. Il a aussi fallu entendre et traduire pour les intervenants le système de référence des managers hospitaliers et la place qu'ils accordaient *a priori* dans ce système-là à la Culture comme élément de soulagement des maux des malades.

Une fois ce travail fait, il a été possible d'élaborer ensemble un système de référence intelligible pour tous, un monde commun qui nous permette de partager ensuite des valeurs et des stratégies. Cette opération de médiation s'est déroulée tout au long des séances. En effet, à chacune d'elles la confrontation entre un savoir sur une dimension de la culture et un savoir sur le fonctionnement et le pilotage de l'hôpital donnait lieu à un travail de décryptage puis d'élaboration de ce qui pouvait devenir commun.

Enfin, la démarche a été marquée par la pensée métisse. En effet, elle relevait entièrement du modèle de la rencontre comme source d'une intelligence supérieure à l'addition des intelligences en présence. Elle a aussi été tournée vers des horizons de l'imprévisible puisque chacun ensuite a développé au sein de son établissement des actions culturelles qui ont été le fruit inédit de leur interprétation du sens que nous avons construit ensemble, et de leur contexte institutionnel.

# DÉBAT

## Responsable culturel hospitalier : missions et compétences

---

*Le débat a permis à la salle d'interpeller les intervenants sur certains des thèmes évoqués mais aussi de faire des propositions ou tout simplement de faire part de leur expérience. Les questions posées ont été regroupées ci-dessous par thème. Les auteurs des questions ne s'étant pas toujours annoncés ils ne sont pas mentionnés. Par contre les auteurs des réponses sont indiqués.*

### **Mutualisation : pour ou contre ?**

*Les emplois-jeunes n'existent plus désormais. Que vont faire les établissements qui souhaitent s'investir dans des actions culturelles ? Peut-on imaginer des postes mutualisés entre des petits établissements et soutenus par la DRAC et l'ARH ?*

Isabelle VOUTQUENNE. Hôpital de Dôle et Lons

Je suis effectivement responsable culturelle dans deux établissements complètement différents puisque je ne dépends que d'un seul hôpital (celui de Dôle) mais une partie de mon temps est financée par un autre hôpital. Donc cela existe et peut se faire.

Erik FABRE-MAIGNE (RCH au CHU de Toulouse)

Je suis en fonction depuis 10 ans et je me suis battu dès le départ pour être à plein temps car un RCH doit être, du moins dans un CHU, affecté sur un seul établissement. Pour plusieurs raisons : je mène sur 2 hôpitaux du CHU 12 projets culturels pour 2004. Je suis en même temps chargé de suivre ces projets, de les faire émerger et de faire la communication auprès des équipes. Mais je suis aussi chargé d'accompagner les artistes dans leurs interventions à l'hôpital. Il est donc très difficile pour une seule personne de développer plusieurs projets à la fois. De plus il y a le suivi budgétaire qui est très complexe car il y a plusieurs sources de financement. Le budget de l'ARH va au CHU concerné, le financement de la DRAC va aux artistes, par contre le financement des associations va soit à une association relais soit c'est un don, toutes ces sources de financement se mélangent. Il faut donc suivre le trajet financier de toutes ces factures pour être assuré que les artistes soient payés dans des délais corrects. Or chez nous les artistes sont parfois payés 6 mois après ce qui n'est pas admissible.

Jacky SARRAZIN, directeur d'une maison de retraite, La Fare Les Oliviers

Même dans un petit établissement la mutualisation des moyens est très compliquée. Je suis convaincu de la nécessité de développer un politique culturelle dans les maisons de retraite. Je me réjouis de savoir que les maisons de retraite vont pouvoir adhérer aux conventions régionales DRAC/ARH mais nous manquons terriblement de moyens. Nous avons une association culturelle dont les bénévoles font un gros travail mais on ne peut pas toujours demander l'impossible aux bénévoles et on ne peut pas décourager de telles énergies. Il faut réfléchir à cette question rapidement.

### **Mécénat de proximité**

*Quel soutien peut-on trouver auprès des entreprises locales ?*

Xavier COLLAL

La question du mécénat se pose en effet car nous sommes face à une inflation de projets, à des projets de qualité, et à une insuffisance de crédits. L'objectif du ministère est de faire vivre aussi des projets hors conventions. En ce sens la Loi d'août 2003, sur l'allègement fiscal aux entreprises qui financeraient des projets culturels, pourrait contribuer à faire évoluer la situation. En ce qui concerne le mécénat de proximité c'est une piste importante à développer en relation avec le cercle des partenaires. Il présente l'avantage d'une relation directe avec le porteur de projet, cela peut donner lieu à des collaborations très fructueuses.

### ***Trouver sa position dans l'établissement***

*Pour parler de position elle n'est pas toujours facile à trouver. Notre association est composée d'usagers / artistes de l'hôpital psychiatrique. Nous avons la prétention d'aller exercer notre art à côté du lit où nous étions auparavant mais aussi à l'extérieur. Nous retournons donc à l'hôpital avec nos compétences, nos envies et avec l'intervention d'artistes professionnels. Nous souhaitons aussi emmener la personne malade à l'extérieur dans des équipements culturels. Nous peinons à faire comprendre notre démarche et nous avons le sentiment d'une terrible complexité.*

### **Questions pratiques**

A Catherine GAUTIER.

*Avez-vous travaillé à partir de questionnaires aux malades ?*

Catherine GAUTIER

Non, rien de systématique n'a été conduit. Des choses sont nées à partir de différents secteurs parce que ça existait plus ou moins mais il n'y a pas eu d'enquête préalable, c'est le rôle du responsable culturel et du directeur général de définir la politique culturelle. Par contre pour le personnel oui. Il y a eu des réunions préparatoires qui leur ont permis d'exprimer leurs attentes et leurs souhaits.

*Arrivez-vous à rémunérer les artistes en cachets ?*

Catherine GAUTIER

Oui par le biais d'une association, mais nous sommes en train de demander la licence d'entrepreneur de spectacles pour simplifier les choses. Ceci dit c'est compliqué car nous avons choisi de ne pas privilégier une compagnie pour préserver la diversité et cela multiplie les difficultés.

Nadine VAROUTSIKOS

La Scène Nationale a pris tout en charge et a facturé à l'hôpital.

### **Le statut du RCH**

A Carine DELANOË-VIEUX

*N'y a-t-il pas un risque à « statufier » le responsable culturel hospitalier ? N'est-ce pas une perte d'enfermer cette fonction aussi diverse et riche dans un cadre formel ?*

Carine DELANOË-VIEUX

Je ne me bats pas pour un statut du RCH. Je me bats pour que la fonction soit reconnue et soutenue. D'autre part, par ses caractéristiques mêmes, cette fonction sera toujours marginale dans un établissement hospitalier, ça ne sera jamais le cœur de la préoccupation d'un directeur d'établissement, même si cela l'intéresse. Donc je pense qu'il n'y aura jamais risque d'enfermer cette fonction. Cette instabilité est parfois difficile à vivre car il y a une forme de solitude dans l'établissement. Il y a donc une fragilité.

### ***Les TIC au service de culture à l'hôpital***

*Anne DUNOYER DE SEGONZAC, l'Enfant @ l'hôpital*

Notre association s'occupe d'informatique et je voulais rappeler qu'il y a des situations hospitalières de tel enfermement que l'intervention d'artistes n'est plus possible et l'informatique, à condition qu'elle soit maîtrisée, et qu'il y ait un contenu culturel peut être un outil très intéressant. Nous avons un réseau qui contribue à la création de reportages, jeux, devinettes sur des thèmes culturels, nous sommes prêts à partager notre expérience.



# TABLE RONDE

animée par **Isabelle AUBE**,  
correspondante culturelle à l'ARH Basse-Normandie  
et responsable culturelle de l'hôpital de Bayeux (14)

## **Différents regards d'acteurs sur le programme de développement de la politique culturelle à l'hôpital, des perspectives**

---

*Le propos de ce moment était de porter un regard sur le programme culture à l'hôpital sous différents angles de vue. Des représentants des acteurs de Culture à l'hôpital étaient donc invités à témoigner sur la démarche adoptée, les relations nouées, les outils mis en place. Culture à l'hôpital a ainsi été présenté du point de vue d'une DRAC, d'une ARH, d'une structure culturelle, d'un directeur d'établissement et d'un artiste. Les exposés présentés apportent également un regard sensible sur la dimension humaine et la richesse des expériences vécues...*

## Hacina HOCINE

Conseillère développement et action territoriale à la DRAC du Limousin

---

*La mise en place du dispositif Culture à l'hôpital dans une DRAC : Hacina Hocine décrit les principes, objectifs et outils de la politique culturelle en milieu hospitalier dans une région rurale.*

D'abord je voudrais me présenter et vous dire mon rôle au sein de la DRAC et dresser très rapidement le contexte régional. J'occupe une fonction transversale touchant aux politiques interministérielles décidées au niveau national et déclinées en région comme « culture à l'hôpital ». J'ai aussi en charge le développement culturel vu dans une logique territoriale.

### **Le contexte régional**

Le Limousin est une région à dominante rurale. La capitale est Limoges, l'agglomération regroupe 30 % de la population régionale. Des communes nombreuses au potentiel fiscal très bas qui, pour 80 % d'entre elles, sont regroupées en communauté de communes. La population vieillit. Le réseau hospitalier est présent sur tout le territoire. Il est composé de 23 établissements publics et 9 structures accueillant des personnes âgées en séjours longue durée.

L'action territoriale de la DRAC conduit à suivre de près la recomposition du territoire et à veiller à ce que la culture ne soit pas oubliée dans les projets territoriaux (communes, communautés de communes, agglomérations, et les pays puisque nous sommes en 2004 dans la dernière phase de rédaction des contrats de pays et des projets de développement sur ces territoires). Ainsi, vu sous l'angle de l'aménagement du territoire, l'hôpital tout comme la bibliothèque, le musée, l'école de musique prennent tout leur sens et répondent par leur présence à un véritable besoin.

Culture à l'hôpital est une politique interministérielle jeune. En Limousin, ce protocole a été signé en mai 2001. Nous constatons aujourd'hui qu'il a agi comme un levier de développement au vu du nombre de projets que nous avons à étudier et de la qualité de ces projets.

Il nous a également aidé à enrichir le dialogue entre les deux ministères pour définir ensemble une méthode de travail commune. En trois ans d'existence l'enveloppe budgétaire de part et d'autre a été multipliée par deux.

Nous avons également assisté, outre à une multiplication des projets, à une diversification des disciplines concernées. Nous avons également une augmentation de projets plus structurants, sur la longue durée et dans le cadre d'un véritable partenariat, par le biais de résidences d'artistes.

### **Comment cette politique prend-elle place dans la politique générale du ministère de la culture en région ?**

Elle s'appuie sur la présence des conseillers qui couvrent tous les champs artistiques. Ils peuvent apporter de précieux conseils, notamment dans le repérage des projets en cours, donner des pistes sur les potentialités artistiques de la région, aider à l'orientation dans le montage de projets. Je souhaite insister sur l'intervention de la DRAC en amont dans certains projets, notamment les projets d'aménagement (bibliothèques). Cela permet de respecter les normes indispensables à l'obtention de certains financements. Le 1 % artistique est un moyen très intéressant et les DRAC sont là pour

donner des renseignements. La commande publique est aussi une procédure qui peut donner corps à des projets intéressants.

Par son action territoriale, la DRAC relie l'hôpital au territoire et il s'agit davantage de développer les liens de proximité, les jumelages en sont un bon exemple, mais on peut aussi imaginer des conventions a minima en fonction des possibilités des uns et des autres, évolutives dans le temps.

L'appel au mécénat est une des pistes qu'il faut exploiter que ce soit au niveau du cercle des partenaires ou au niveau du mécénat local, notamment dans le cadre de la nouvelle loi sur le mécénat.

### **Quels sont les outils mis en place en commun par la DRAC et l'ARH pour développer ce partenariat ?**

⇒ Une journée de sensibilisation dont l'objectif était de présenter les services de la DRAC et de présenter les artistes qui faisaient déjà un travail à l'hôpital. Le but était d'arriver à constituer un premier noyau de correspondants culturels volontaires pour porter la parole au sein de l'hôpital.

⇒ Réalisation d'un guide « mode d'emploi culture à l'hôpital ». Ce guide regroupe toutes les potentialités artistiques de la région mais aussi les procédures, les contacts, les démarches à faire, ainsi qu'un jeu de cartes qui permet de repérer les hôpitaux et les équipements culturels.

⇒ Journée de rencontre des correspondants culturels prévue pour novembre 2004. Elle permettra un bilan et une reprise de contact. Cette journée aura pour thème l'art plastique puisque nous avons une résidence sur trois ans avec un photographe et nous avons souhaité rendre compte de ce travail pour envisager une diffusion au niveau régional. Cette dimension régionale a permis à la collectivité régionale de financer le projet.

### **Quelles sont les évolutions à envisager à partir des expériences engrangées ?**

⇒ L'organisation de ce réseau de correspondants culture très diversifié par leurs statuts reste cruciale. Il faut à la fois aider à la reconnaissance de ce réseau et se poser le problème de la mutualisation des compétences dans une région rurale où la plupart des hôpitaux sont de petites dimensions.

⇒ La formation de ces personnes relais reste à préciser afin de les aider à mieux identifier ce qui relève de l'animation culturelle de ce qui relève du champ artistique.

⇒ Face à la multiplicité des projets, l'élaboration de critères de sélection relève d'une nécessité technique mais celle-ci doit préserver une certaine souplesse dans l'approche des dossiers (résidences d'artistes, ouverture de l'hôpital, de la cité...).

⇒ Être attentif à la mise en œuvre de la réforme du mode de financement des établissements publics, appelée tarification à l'activité. Dans ce nouveau cadre, la question se pose sur la priorité qui sera accordée à la culture par les ARH.

Par ailleurs, j'ai été informée que dans quelques années les cliniques privées pourront aussi bénéficier de ce programme, ce qui soulèvera certainement d'autres questions.

⇒ Enfin, malgré la jeunesse de cette politique interministérielle celle-ci a su dépasser le stade des balbutiements. Reste maintenant à la consolider.

## **Valérie HANNON**

chargée de mission à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Midi Pyrénées,  
responsable du dossier Culture à l'Hôpital

---

*Valérie Hannon apporte son témoignage sur la genèse de la politique culturelle au niveau d'une ARH. Mise en place pas à pas grâce à un partenariat exemplaire avec la DRAC, la politique culturelle bénéficie du volontarisme des deux institutions, des compétences spécifiques de chacune d'elles et d'outils construits ensemble.*

D'abord une présentation rapide. Je suis arrivée à l'ARH en novembre 2000. La culture à l'hôpital ne faisait pas partie de la fiche de poste. Je connaissais la convention sous l'angle national mais pas régional. Une convention avait été signée en mars 2000 entre la DRAC et l'ARH. Un appel à projet avait été lancé et j'ai donc trouvé en arrivant une pile de dossiers.

### **Quels objectifs pour l'ARH en Midi-Pyrénées ?**

Diffuser, à terme, cette politique dans l'ensemble des établissements de la région, quel que soit le statut de l'établissement. Cela représente à terme 150 établissements publics et privés puisque la réforme tarifaire qui est actuellement en cours va nous permettre d'étendre ce programme au secteur privé. Certaines cliniques sont évidemment plus prêtes que d'autres car elles ont déjà une expérience.

### **Les moyens à disposition**

Beaucoup de ces moyens se sont construits au fur et à mesure dans une démarche assez pragmatique initiée à la suite d'un partenariat excellent avec la DRAC. Nous avons appris à nous connaître et à découvrir nos deux univers, la DRAC découvrant le secteur sanitaire et je ne connaissais pas le monde culturel. Pour ma part, nous avons mis en place une démarche paritaire qui se traduit par des visites souvent partenariales, la possibilité pour les établissements ou équipements culturels de prendre contact avec l'une ou l'autre des deux institutions et un investissement financier équilibré puisque nous soutenons les projets à même hauteur.

La politique culturelle repose sur une dynamique d'appel à projets et nous en sommes à la 4<sup>ème</sup> année. Elle a pour objectif d'impulser une dynamique pour qu'à terme les établissements, même si ce n'est pas facile, prennent le relais de cette politique. Cela prendra du temps.

Un appel à projet est envoyé au début de l'été. Les établissements ont jusqu'à l'automne pour nous renvoyer le dossier. L'ARH les instruit sous l'angle sanitaire, la DRAC sous l'angle culturel. La cohésion du projet culturel au sein de l'établissement présente souvent un aspect assez sensible ; le projet est parfois issu d'une volonté individuelle, c'est normal, les projets démarrent souvent de la sorte.

### **Le soutien de l'ARH**

L'ARH examine si le projet culturel a été au moins présenté au sein de l'établissement, pas forcément discuté mais au moins présenté dans les instances que sont la commission médicale d'établissement (CME) et le conseil d'administration. Il est important que les instances en entendent parler au moins une fois dans l'année pour ne

pas être surpris quand le projet culturel se développe, et désamorcer un peu les critiques concernant l'argent dépensé.

L'appel à projet est modifié chaque année en fonction de ce qui se passe sur le terrain. On tient compte de ce que font les établissements car ce sont souvent des projets intéressants et il serait dommage que les autres établissements n'en profitent pas. Nos politiques sanitaires incitent au regroupement des établissements, au développement des complémentarités et nous avons étendu cette possibilité au programme culturel : nous avons donc clairement stipulé que les établissements pouvaient présenter ensemble un même projet et cela s'est fait.

Sous cet angle, la mutualisation peut être intéressante, notamment des postes, même si ce n'est pas possible dans chaque établissement. La mutualisation apporte de par sa transversalité une ouverture.

En Midi-Pyrénées, nous avons aussi mis en place une démarche d'évaluation : à mi-parcours, les établissements doivent remplir avec les structures culturelles un questionnaire et nous le retourner afin que nous soyons informés de leurs difficultés éventuelles et de l'évolution générale. Nous incitons également les établissements à développer leurs propres outils d'évaluation adaptés au projet culturel. C'est notre responsabilité de tutelle et on se doit, si c'est nécessaire, de l'imposer.

Nous avons essayé d'encourager la diversité des projets. Nous n'avons pas privilégié une thématique plutôt qu'une autre ; en revanche, nous essayons d'éviter qu'un même artiste ou une même structure développe son projet dans deux établissements car cela risque d'être un peu calqué et de ne pas répondre forcément à une réalité locale.

Au niveau financier, nous avons mis en place un soutien dégressif qui a un peu fait grincer des dents au départ ; cette dégressivité a pour objectif d'inciter les établissements à trouver d'autres financements ou à prendre le relais.

Afin d'accroître les possibilités de financement, nous allons essayer de mettre en place un cercle des partenaires local axé spécifiquement sur les entreprises du sud-ouest.

## Nadine VAROUTSIKOS

Directrice de la Scène Nationale du Creusot

---

*La Directrice de la Scène Nationale du Creusot, jumelée avec l'Hôtel-Dieu, apporte son témoignage sur la richesse de cette expérience à laquelle elle n'était pas préparée. Elle explique comment l'un et l'autre ont appris à se connaître, à s'enrichir de leurs différences pour construire un lien particulièrement fort et durable avec les soignants autant qu'avec les patients.*

L'année dernière grâce à la DRAC Bourgogne et à l'ADRH, on nous a proposé de faire ce jumelage avec l'Hôtel-Dieu au Creusot. C'est quelque chose que je n'avais jamais abordé dans mes fonctions précédentes et cela m'a beaucoup intimidée. En même temps dans cette ville du Creusot l'Hôtel-Dieu est un lieu vraiment important. C'est un lieu d'histoire et de patrimoine. Dans l'élaboration de mon contrat d'objectif et du projet artistique et culturel de la Scène Nationale j'ai eu envie d'intégrer l'hôpital comme un lieu à part entière de ce projet. Le travail d'une scène nationale c'est d'élaborer un projet artistique et culturel pour un territoire et toutes les composantes de la population.

De même que la Scène Nationale va à l'école, qu'elle travaille dans les associations, qu'elle va dans les bibliothèques, et aussi en prison, à Chalon, nous avons eu envie de venir rencontrer le personnel hospitalier. On a élaboré ce projet en toute humilité. Nous n'avions jamais fait cela dans l'équipe, le personnel de l'Hôtel-Dieu ne s'y était jamais risqué non plus, c'était une envie du directeur. On s'est dit que la première chose était de trouver le lien. Il me semble que de même que quand on intervient dans une classe avec les enfants, pour que la relation entre l'enfant, l'artiste et l'œuvre soit réussie il faut passer par un vrai travail de partenariat avec l'enseignant. Il nous a semblé évident qu'avant même de rencontrer un patient, un travail était à faire avec les soignants. Nous avons rencontré d'abord le chef de service. Il s'est trouvé qu'un cardiologue s'est passionné pour cette aventure. On a construit avec lui et les membres du personnel. En fait on a d'abord beaucoup parlé. Pendant 2 ou 3 mois il n'y a eu que des rencontres et des discussions. Le Creusot est une ville ouvrière, chargée d'histoire, et d'histoire par moment extrêmement douloureuse, il y a comme un deuil qui est lié à la fermeture des usines Schneider il y a 20 ans. Ce temps de la parole nous a donc paru très important. Pour trouver ce lien nous leur avons proposé de travailler sur des lectures au chevet car dans notre saison nous faisons un temps fort autour d'un auteur qui vit au Creusot, Christian Bobin, qui parle magnifiquement de la vie, de la mort, du temps.

Nous avons donc commencé par des lectures mais aux membres du personnel. On a passé du temps ensemble. Tout de suite par rapport à l'écriture de Christian Bobin, par rapport à son univers, on s'est mis à parler de choses tout à fait essentielles alors qu'on ne se connaissait pas. Ce temps de la rencontre a été nécessaire car de chaque côté tout le monde avait peur. Cela n'a été rendu possible que par l'engagement du cardiologue. Maintenant les choses se continuent entre les deux équipes. Un certain nombre d'infirmières sont abonnées à la Scène Nationale. Il n'y a pas à se substituer au savoir des autres, par contre il y a à faire se rencontrer des univers. De même nous avons fait le choix de faire travailler des artistes qui ne sont pas « spécialisés » dans ce genre d'action. Nous avons proposé à des artistes qui sont dans notre saison de savoir si ce moment particulier, très fort, ils ont envie de le partager.

De même nous avons intégré ce travail dans le projet même de notre maison. En fonction des thématiques et des temps forts de la Scène Nationale on intervient à l'Hôtel-Dieu sous forme de lectures au chevet, petits concerts, veillées. Nous faisons aussi un gros travail au niveau des arts plastiques. Là aussi pour les arts plastiques on a beaucoup

discuté. Les histoires de régime et de nourriture revenaient souvent, nous avons donc eu envie de créer un événement autour des fruits et légumes. Nous avons travaillé avec un plasticien et il n'a fait que des fruits et des légumes. On a fait une installation dans les couloirs et on a fait un petit « sachet poésie » avec une oeuvre. Les services de cardiologie et soins intensifs étaient concernés. Il était important de travailler sur l'idée de l'original.

Finalement on n'a pas l'habitude de posséder un original. Dans le sachet il y avait un petit cadeau, des carnets, des poèmes sur les fruits et légumes. Pendant 3 mois l'artiste est venu parler de son travail. L'idée était de faire de ce temps un temps propice à la découverte de quelque chose. Nous avons eu des témoignages de gens qui ont réellement découvert la lecture par cette opération. Nous avons aussi décidé de ne travailler ni avec des enfants ni avec le troisième âge. Notre question à nous établissement culturel c'est le public de 30 – 50 ans qu'on a du mal à toucher. Notre projet est de travailler sur ce public-là à l'hôpital aussi.

Le travail qu'on fait à l'hôpital est le même que celui qu'on fait avec le public de la Scène Nationale. J'espère que ce projet a été pour certains un déclencheur, en particulier pour le personnel. Certains d'ailleurs font maintenant du théâtre dans nos ateliers. C'est le signe d'un lien qui s'est tissé. C'est ça notre mission, arriver à ne pas être un lieu de consommation mais un lieu de partage, de vie, de démocratie.

## **Pierre-Frédéric SALMON**

directeur de l'hôpital Emile-Roux, AP-HP, Limeil-Brévannes (94)

---

*La culture à l'hôpital est un enrichissement certain pour ceux qui en bénéficient. Elle l'est cependant sous réserve qu'elle respecte, dans son mode d'intervention, les modes de fonctionnement et les cultures spécifiques à la communauté hospitalière. De cette synergie pourra naître une politique culturelle dont l'ambition est de faire de l'hôpital un lieu de vie à part entière, un lieu ouvert et porteur de reconnaissance.*

Je remercie les organisateurs de ce colloque d'avoir bien voulu m'inviter à témoigner de mon expérience de directeur de l'hôpital Emile-Roux dans le domaine de la culture à l'hôpital. Emile-Roux est un établissement de gérontologie qui appartient à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et comprend 900 lits de médecine gériatrique et d'addictologie, de soins de suite et de réadaptation ainsi que de soins de longue durée, à Limeil-Brévannes, dans le Val-de-Marne. J'ai été nommé à ce poste le 1<sup>er</sup> juillet 2003, après avoir eu l'occasion de réfléchir sur le thème de la culture à l'hôpital au sein de l'AP-HP.

Mon témoignage ne portera pas sur une politique culturelle structurée qui, à proprement parler, n'existe pas encore à Emile-Roux, mais, à la lumière de l'expérience, sur le champ et la portée d'une démarche culturelle en milieu hospitalier et la problématique de son organisation.

J'ai constaté que le champ de la culture à l'hôpital peut couvrir l'ensemble de la production artistique, depuis l'architecture jusqu'aux arts de la rue, en passant par la peinture, la sculpture, la littérature, les arts vivants (musique, danse, théâtre, arts du spectacle), et l'expression audiovisuelle (cinéma, radio, télévision), bref, toutes les formes d'expression envisageables. Toutefois il apparaît essentiel que cette expression artistique soit bien mise en résonance avec le milieu considéré, le patrimoine matériel et immatériel de l'hôpital, sa population d'usagers et de professionnels, formant une véritable communauté hospitalière. Pour prendre sens à l'hôpital, la production culturelle ne doit jamais être plaquée sans discernement mais plutôt mise en relation avec les cultures dites d'appartenance (d'ordre socio-professionnel, générationnel, géographique, spirituel, etc.), avec l'humanisme hospitalier qui est déjà en lui-même, en tant qu'idée et pratique, une culture, avec les valeurs de cet « univers philanthropique tourné vers le patient » (Renaud Sainsaulieu).

Dans ce champ des possibles de l'expression artistique, très ouvert, une politique de culture à l'hôpital peut contribuer à faire émerger davantage encore « l'humain de l'humain », le meilleur de ce qu'il y a dans l'humain pour les patients et aussi pour tous les hospitaliers. Du point de vue de cet idéal, encore une fois, la production artistique à l'hôpital ne doit jamais être imposée, artificiellement plaquée. Ce serait une trahison, pour reprendre un mot employé par un intervenant tout à l'heure.

### **Faire de l'hôpital un lieu de vie à part entière**

Une démarche culturelle ainsi définie peut contribuer à faire de l'hôpital un lieu de vie à part entière, ouvert sur la Cité et son environnement, pour les patients, les visiteurs et les équipes professionnelles. Naturellement cette ouverture prendra des formes très différentes selon qu'il s'agit d'un hôpital de court séjour très spécialisé doté d'un service d'accueil des urgences, en pleine ville, ou d'un secteur d'activité de long séjour, avec une unité d'hébergement de personnes âgées dépendantes (UHPAD). En particulier en gérontologie, la culture et l'art sont des éléments très importants de cette « vie à part



entière », c'est-à-dire au fond de cette qualité de vie recherchée pour les personnes hospitalisées. Il s'agit d'abord de la qualité du cadre de vie, mis en valeur ou amélioré par la politique patrimoniale et l'introduction des œuvres d'art dans l'espace hospitalier. Ensuite, de la qualité du temps vécu à l'hôpital, pour la part de ce temps non accaparée par les actes médicaux et de soins. Enfin, de la qualité du lien social. La médiation de la culture et des arts permet de tisser des liens transgénérationnels, interculturels, interprofessionnels, particulièrement importants pour lutter contre les cloisonnements, l'exclusion, la solitude, et pour la dignité et le respect de chacun, la reconnaissance des identités, l'aménité de la vie hospitalière, bref tout ce qui est porteur de reconnaissance mutuelle et de meilleure compréhension réciproque.

### **Emile-Roux et Limeil-Brévannes, un patrimoine chargé d'histoire**

Le site hospitalier d'Emile-Roux - 32 hectares au coeur de la commune de Limeil-Brevannes – a une riche histoire et un patrimoine qui constituent un premier atout pour développer la dimension culturelle. Il comporte, à l'emplacement de ce qui fut un fief royal au 14<sup>e</sup> siècle, un château du 18<sup>e</sup> siècle, un parc dessiné par Le Nôtre, un pigeonnier, toutes choses évidemment classées par le ministère de la Culture. Acheté par l'Administration générale de l'Assistance Publique à Paris en 1883, ce site a été le plus grand établissement d'accueil des tuberculeux avant-guerre, avant de devenir en 1950 progressivement un hôpital gériatrique. Dans les années 80 des bâtiments neufs ont été construits pour accueillir la capacité actuelle de 900 lits d'hospitalisation. L'activité médicale et de soins est aujourd'hui structurée en trois pôles : le pôle de soins de longue durée (SLD), le pôle de soins de suite et de réadaptation (SSR), le pôle de soins ambulatoires.

La politique culturelle de l'hôpital doit donc s'organiser de telle sorte qu'elle couvre l'hôpital en son entier, en tirant parti de son patrimoine et de sa forte identité reconnue localement, tout en s'attachant à améliorer la qualité de vie de chaque patient, notamment dans le cadre du projet de vie inhérent au pôle de SLD. Encore une fois, à l'heure qu'il est, cette politique n'est pas formalisée dans un projet. J'évoquerai donc juste, très brièvement, deux aspects parmi beaucoup d'autres qui me paraissent révélateurs de la problématique organisationnelle rencontrée en ce domaine.

En matière d'organisation des responsabilités, le champ de la culture est partagé entre la personne responsable de la communication, membre de l'équipe de direction, qui développe notamment les partenariats avec le réseau culturel extérieur, et les animateurs socioculturels dont la présence auprès des patients dans les unités de soins est essentielle. Un cadre de santé coordonne l'animation dans le pôle de SLD. L'animation auprès des patients relève de la responsabilité de la direction des soins.

Une expérience originale, dénommée « Libr'acteur », a été menée. Elle a pour ambition de permettre aux membres du personnel qui ont un talent artistique, d'exprimer celui-ci à travers un projet d'animation de leur choix, contribuant au développement de la vie dans les services, sur un temps défini, dans un atelier.

Grâce à la synergie entre les acteurs extérieurs du monde artistique et les acteurs du monde hospitalier, il s'agit, en définitive, de donner du sens et du plaisir dans la vie quotidienne des personnes hospitalisées, mais aussi des visiteurs et du personnel. C'est peut-être cela, la dimension culturelle de l'hôpital.

## **Yannick GOURIOU**

Directeur du Centre de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion (78)

---

*Le point de départ de l'action culturelle à Bullion a été le constat tout simple que, pour les enfants qui y séjournent, l'hôpital doit être un lieu de vie dans la continuité entre l'avant et l'après. Ce constat partagé autant par le personnel que par les intervenants extérieurs a permis de mettre en œuvre une démarche « participative » de l'ensemble des acteurs concernés. La rencontre avec Michel Tournier a été un moment fort qui a permis de donner un relief particulier à l'action culturelle à l'hôpital de Bullion.*

### **Réflexion initiatrice**

J'ai rapidement pensé qu'on ne pouvait pas garder longtemps la plupart des malades uniquement captifs du seul milieu hospitalier classique. En plus, comme les patients sont des enfants, qu'ils sont notre avenir, il faut que leur hospitalisation, qui est une parenthèse dans leurs jeunes années, les coupe le moins possible de la vie extérieure. L'hôpital qui guérit devient ainsi un lieu de vie.

Cette réflexion toute simple est partagée et soutenue par d'autres professionnels du Centre de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion : médecin-chef, directeur pédagogique et responsable éducatif, cadres soignants, collaborateurs, tous sont soutenus par leurs équipes. Le responsable de la communication est aussi un relais interne et externe important. Nous associons toutes les personnes-ressources qu'elles soient médecin, soignant, assistante sociale, psychologue, associations, c'est une affaire collective. Pour vous donner un exemple lorsque nous donnons des soins aux brûlés nous avons appris à chanter. Tout cela a amené la culture dans notre hôpital et a fait sortir le patient pour assister à des spectacles, à des expositions, des séances de cinéma. Cette démarche est entamée depuis une vingtaine d'années.

### **Démarche**

Elle s'appuie :

En interne sur des personnels que j'appellerai moteurs et relais (ressource)

En externe sur des acteurs et des actions de proximité (ressource) et sur des acteurs et des actions régionales et nationales (ressource). Cette démarche culturelle est intégrée dans la démarche d'établissement et fait partie du projet d'établissement.

### **Réalisations**

Je dirais qu'elle est imprégnée dans Bullion et commence dès que nous réfléchissons aux travaux, aux rénovations et que nous les faisons.

Exemple : l'hôpital dans la forêt. Nous respectons la nature, nous voulons en faire profiter les jeunes patients par l'intégration des bâtiments dans le site ; par transparence des vitrages, nous nous efforçons de faire vivre les enfants malades avec la nature et ses chênes centenaires. Les locaux sont autant que possible adaptés aux meilleures conditions de travail et de vie mais en plus ils sont décorés : travail géométrique sur les dalles de sol et de remontée dans les couloirs par répartition des couleurs (nous avons fait pour cela appel à une coloriste) ; décors de plafond, décors des lieux d'accueil et de vie.

Parallèlement à cette démarche une grande variété d'activités culturelles est proposée aux patients et pour certaines d'entre elles, ils en sont également les participants, les acteurs.

Les domaines d'action retenus permettent aux patients souvent de découvrir ou de perfectionner leurs connaissances à travers les arts plastiques, le cinéma, le théâtre, la musique, la danse, la littérature, le sport. La présence de Michel TOURNIER ici même est le meilleur témoignage de la coopération que peut réaliser un hôpital sur ce que l'on peut appeler l'ouverture de l'hôpital sur la Cité.

## **Financements**

Ils sont assurés par diverses sources :

- les pièces jaunes,
- les associations locales comme les Amis du Centre de Pédiatrie et de Rééducation qui organisent des soirées dansantes, le Lions Club qui organise un semi-marathon, l'association Bien Vivre à l'hôpital de Bullion.

Le financement de l'établissement au titre des projets.

La gratuité des spectacles qui est offerte par certains acteurs locaux : conservatoire de musique, théâtre de St Arnoult, les Toiles Echantées dans le domaine du cinéma, des sorties à l'occasion de spectacles ou d'expositions.

Des formations notamment celles de Santé et Musique.

## **Pérennité du projet**

La démarche ne peut pas s'arrêter, elle fait partie du projet d'établissement et elle est portée par différents acteurs moteurs. Le bonheur des malades, leurs réflexions nous encouragent à continuer. La rencontre avec Michel TOURNIER à une exposition de peinture a été déterminante. Je suis allé à sa rencontre sachant qu'il se déplaçait dans les écoles pour parler du métier d'écrivain et de ses livres. C'est ainsi qu'il est venu à la rencontre des enfants de l'hôpital où je travaille. Notre collaboration dure maintenant depuis quatre ans.

## Michel TOURNIER

Ecrivain, membre de l'Académie Goncourt

---

Je ne suis pas seulement le voisin du centre de pédiatrie et de rééducation de Bullion, et l'ami de Yannick GOURIOU, mais aussi un écrivain dont le principal public est un public d'enfants. Je voudrais immédiatement mettre fin à un malentendu car je n'écris pas pour les enfants. Si on me demande la différence entre un livre pour enfants et un livre pour adultes je réponds que ça n'existe pas. J'écris de mon mieux, avec un idéal de limpidité, de brièveté et de proximité du concret, idéal très difficile. Quand je l'approche, ce que j'écris est si bon que les enfants peuvent me lire aussi mais ce n'est pas pour eux que je l'ai écrit. Je place au plus haut la littérature qui peut être lue par les enfants. La poésie pour moi est La Fontaine. Il y a quelques années, me trouvant au Brésil devant des étudiants en français, on m'a demandé quel est pour moi le sommet de la poésie française. J'ai titubé sous le choc et j'ai dit

« dans un chemin montant, sablonneux, malaisé

et de tous les côtés au soleil exposé,

six forts chevaux tiraient un coche »

On n'a jamais fait mieux en poésie. C'est La Fontaine. Voici mon livre fétiche : Vendredi ou la vie sauvage, 6 millions d'exemplaires en France, réimpression 200 000 par an et 37 traductions. La dernière était en Russie au mois d'octobre et j'ai sillonné la Russie et visité des établissements scolaires avec à la main mon petit Vendredi en russe.

C'est tout le contraire d'un livre avec un petit sujet. Pour les enfants il faut des grands sujets. Les petites histoires d'amour, d'argent ou de politique ça ne les intéresse pas. Ça c'est capital. C'est le rapport entre Robinson Crusoë et Vendredi l'indien car les enfants connaissent cela. Le copain noir à l'école, ou même seulement portugais, ça c'est quelque chose et c'est le sujet de mon Vendredi. Le problème des enfants malades est évidemment encore plus passionnant car la lecture, pour les enfants malades, est un refuge. Je peux vous dire que le sommet de ma carrière qui ne sera certainement jamais surpassé s'est produit il y a quelques années à l'institut national des jeunes aveugles à Paris. J'ai reçu un appel du directeur qui m'a dit « nous vous invitons à la veille de Noël car c'est une grande fête. Jusqu'ici il fallait taper les livres en braille page par page. Nous inaugurons un ordinateur. On met dedans le livre, il sort en braille en autant d'exemplaires que nous le voulons. Nous avons choisi votre Vendredi pour l'inaugurer ». J'y suis allé, la machine a tourné, 130 enfants étaient là, très gais car les enfants aveugles de naissance ne sont pas tristes. J'étais dévoré de pitié et je crois que j'avais tort, la pitié est un sentiment qui n'est pas bon. D'ailleurs il est condamné par Spinoza. J'ai distribué moi-même aux enfants les premiers exemplaires sortis de la machine. Quand nous lisons nous baissons la tête mais quand un aveugle lit en braille il lève la tête au ciel et on pense immédiatement au vers de Baudelaire « que cherche-t-il au ciel ? ».

Bullion, j'y suis allé plusieurs fois et j'y ai vécu une soirée admirable le jeudi 19 juin dernier. Il y avait un énorme panneau de papier et un dessinateur qui s'appelle Daniel MAJA et j'ai raconté à haute voix l'un de mes contes préférés : les secrets de la nuit, qui met en vie les trois principaux personnages de la commedia dell'arte (Pierrot, Arlequin et Colombine). Ce sont des personnages typés. Vous savez que la commedia italienne

n'avait pas de texte, il était improvisé en fonction du caractère traditionnel des personnages. Pendant que j'expliquais cela MAJA illustre ce que je disais à toute vitesse en noir et blanc. Quand j'ai eu terminé on est revenu à la première image et les enfants ont défilé un à un, certains couchés à plat ventre sur des chariots, et on leur donnait des craies de couleur et ils coloriaient les dessins qui avaient été faits.

# DEBAT

## Différents regards d'acteurs sur le programme de développement de la politique culturelle à l'hôpital, des perspectives

---

*Comme précédemment l'auteur de la question posée n'est pas cité et la réponse est parfois plurielle.*

Yannick GOURIOU

Le poids de l'histoire est apparent dans l'exposé de Pierre-Frédéric SALMON. Qu'un infirmier soit responsable culturel c'est un début mais il faut aller vers un responsable culturel à part entière. Le temps fera les choses, il faut souhaiter que de plus en plus d'établissements rentrent dans cette démarche.

### **Comité de soutien**

*Je voudrais faire une proposition aux ministères de la santé et de la culture : créer un comité de soutien, qui rassemblerait des gens de notoriété publique, artistes, écrivains, qui puisse soutenir et faire connaître au niveau du grand public, des fondations et des institutions le programme culture à l'hôpital ?*

Animateur dans un hôpital, je voudrais vous dire comment est arrivée la culture à l'hôpital d'Avicène à Bobigny. J'étais électricien dans l'hôpital. Il y a trois ans on m'a dit qu'il fallait « réveiller l'hôpital » pour ne pas qu'il meure. On m'a demandé de trouver des propositions. J'ai fait jouer une pièce de théâtre, j'ai remis en place la fête de la musique qui avait été arrêtée, une exposition. Depuis 2 ans je suis en poste et nous avons créé deux groupes de musiciens, nous avons des projets mais nous n'avons pas de locaux.

Yannick GOURIOU

Vous êtes ce qu'on appelle une personne ressource. Nous en avons besoin dans tous les établissements car sans elles on ne peut rien faire. Nous avons aussi besoin de ces personnes relais à l'extérieur pour obtenir des financements. Il y en a une dans la salle qui est membre de l'association des amis de Bullion. Cette association organise des manifestations dont le bénéfice est reversé à l'hôpital pour sa politique culturelle. Elle a pu récolter jusqu'à 10 000 € par soirée.

Hacina HOCINE

C'est vrai qu'un projet part très souvent d'une opportunité qui se présente et qui est saisie mais au-delà, ce partenariat DRAC / ARH permet aussi de travailler sur une méthode et de savoir de quoi on parle. Car l'animation c'est large, c'est un service qu'on rend à la population. Mais elle doit être une transition vers un vrai projet qui permette d'impliquer les décideurs et d'aller de l'avant. La convention est un outil qui permet de s'entendre sur un minima.

Sur l'idée de comité de soutien avec des personnalités pourquoi pas, mais ce qui importe ce sont les financements. Peut-être faut-il créer cette sorte de caisse de solidarité mais des fondations existent déjà ou le réseau des pièces jaunes, il faut donc prendre cette idée avec prudence.

Michèle CHANG

Nous avons eu deux exemples qui reposent sur des personnes et qui permettent des actions qui perdureront tant que ces personnes seront présentes. Mais ce nouveau métier est aussi symbolique, il est le fruit de l'histoire, l'expression d'un changement de la prise en charge médicale. Il est aussi l'expression du fait que, pour répondre à ce besoin de mettre en valeur ce qui est humain chez l'être humain, il y a un très fort besoin de culture. Non seulement dans la mise en place d'actions mais dans la réflexion. C'est important que parallèlement aux professionnels de la santé les professionnels de la culture, qui vont réfléchir, soient pris en compte. Ce n'est pas par hasard que ce métier monte.

### **Commissions culturelles**

*Je suis animateur dans un établissement MGEN dans la Creuse et je souhaiterais avoir des informations ou des points de vue sur la mise en place de commissions culturelles internes ou externes, comprenant des personnes de l'hôpital mais aussi appartenant à des réseaux extérieurs.*

Isabelle AUBE (en tant qu'attachée culturelle pour les établissements hospitaliers du Bessin)

Je pourrais citer un exemple dans le cadre d'une exposition qui aura lieu prochainement dans le cadre du 60<sup>ème</sup> anniversaire du débarquement. Il a fallu mettre en place un comité de pilotage pour conduire ce jumelage entre le personnel soignant et les autres partenaires. C'est notre responsabilité d'établir des passerelles. C'est un travail de terrain avec les professionnels de la culture et avec les équipes médicales en fonction des intérêts des uns et des autres. On arrive à monter ces comités de pilotage pour faire avancer le projet.

Yannick GOURIOU

Nous avons un comité de pilotage pour toutes les grandes actions culturelles. On ne peut pas faire une démarche culturelle sans l'association des personnels et des cadres. Avant chaque action on se réunit avec les intervenants extérieurs. Pour notre prochain projet « art dans la cité » (création d'une voile) le directeur, le responsable pédagogique, le médecin-chef, la coordonnatrice des soins infirmiers, le responsable de la communication, une pharmacienne et 2 ou 3 personnes concernées se réunissent avec Art dans la Cité, l'artiste et on monte le projet ensemble. La prise sera bien meilleure que si c'est le directeur qui sort un note. C'est un travail long et de patience.

Valérie HANNON

Il n'y a en effet aucune raison de fermer les commissions à l'extérieur mais cela relève du libre choix de chaque établissement. Après la Loi Droit du malade, représentation des usagers, cela va dans le sens de l'histoire : l'hôpital est un lieu démocratique. Cependant la stricte répartition des compétences doit être respectée.

### **Art ou animation ?**

*A Hacina HOCINE à propos des sa remarque sur l'animation.*

*Je suis animatrice socioculturelle et titulaire du DEFA. Dans cette formation on apprend la méthodologie de projet, la gestion de budget, l'environnement social de l'animation, on sait ce qu'est une convention. Dans les milieux hospitaliers je pense qu'il y a vraiment une*

*volonté de s'ouvrir à la culture, à l'éducation populaire, et ce qui est la culture de proximité. Il ne faut pas négliger le côté animation.*

Hacina HOCINE

Vous n'avez pas bien compris. Ce que j'ai dit n'était pas du tout lié aux personnes formées au titre du DEFA, nous travaillons aussi avec l'éducation populaire notamment à travers des protocoles avec Jeunesse et Sports. Nous sommes donc tout à fait attentifs à ce que l'éducation populaire fasse partie du tissu culturel. Ce n'était pas par rapport au statut c'était par rapport à un projet global. Quand on parle d'animation, il faut savoir ce qu'on met derrière car le terme est très vaste. C'est une mission d'ordre générale mais derrière il y a des actions bien définies et des stratégies. Il faut donc voir quels types de projet peuvent se mettre en place avec l'accord de l'ensemble des partenaires concernés en fonction des opportunités.

Danièle WOHLGEMUTH

Si on veut évoquer la différence entre animation et art ou culture on peut dire que globalement ce n'est pas du tout la même chose. Dans les hôpitaux, souvent les animateurs portent les actions culturelles, donc déjà on ne peut plus établir un clivage entre animateur et responsable culturel. Il y a une évolution qui se produit, mais la plupart des personnes à l'hôpital voient une différence entre des actions d'animation et des actions culturelles et l'impact que ça peut avoir. Maintenant je dirais à l'hôpital et encore plus dans les maisons de retraite on a besoin des deux actions, il n'y a rien d'infranchissable. En tout cas ce n'est pas de la même nature. La présence d'un artiste provoque quelque chose de particulier et ça ne se produit pas de la même manière dans une animation. Ce n'est pas mettre l'un au-dessus de l'autre mais ce n'est pas la même chose.

Richard RECHTMAN

Je voudrais dire un mot sur cette distinction. Il me semble que la discussion prend un tour saisissant et intéressant sur la place de la culture à l'hôpital et sur une interrogation sur sa fonction. Dans les distinctions évoquées précédemment, il y en a une que je n'ai pas entendue c'est que l'animation est profondément utile à la vie de l'hôpital et au patient. L'art est inutile et c'est pour ça qu'il doit avoir sa fonction à l'hôpital. La question qui se pose est : sommes-nous capables de concevoir dans les hôpitaux et de garantir que des choses inutiles pour lui puissent s'y faire ? je crois que c'est quelque chose qui mérite d'être réaffirmé. Il y a une volonté politique très claire à poser le caractère indispensable de l'art à l'hôpital précisément parce qu'il n'est pas sur qu'il serve à quelque chose au sens de cette utilité.

Pierre-Frédéric SALMON

La politique de la culture à l'hôpital a besoin d'être structurée mais en même temps il faut se garder de la bureaucratiser. La culture ne sera jamais le cœur du métier hospitalier. La culture reste à la périphérie, elle est avec l'art sans doute inutile mais indispensable et donc comment la structurer sans ajouter à la lourdeur ? Le guide mode d'emploi réalisé par la DRAC Limousin est sans doute un bon outil qui permet de gagner du temps.

### ***Reconnaître un métier***

Isabelle AUBE

Deux questions se posent par rapport à l'évolution de ce nouveau métier. D'abord comment l'hôpital arrive à donner une reconnaissance à ce type de profession, et comment le milieu hospitalier ouvre ses portes à cette nouvelle profession car il existe des



filiales de formation culturelle, mais comment l'hôpital ouvre-t-il ses portes à ces nouveaux emplois ?

***L'hôpital : un lieu ouvert ou fermé ?***

Michel TOURNIER

Je suis venu en curieux et j'ai beaucoup pensé à la question : l'hôpital doit-il être un lieu ouvert ou fermé ? cela m'a rappelé l'un des plus grands romans du 20<sup>ème</sup> siècle : la Montagne Magique de Thomas Mann qui lui a valu le prix Nobel. Il y décrit la sanatorium de Davos comme une bulle complètement isolée du reste du monde, c'est fascinant mais effrayant. Rappelons comment il est arrivé à écrire la montagne magique : sa femme Katia est envoyée à Davos et Thomas Mann va la voir. L'air humide le fait toussoter et il se fait examiner. Le médecin lui conseille alors de rester. Pris de panique, au lieu de prendre une chambre il prend sa valise et repart à Munich. Au lieu de rester enfermé dans une chambre il a écrit La Montagne Magique.

- IV -

**EMERGENCE D'UN METIER,  
QUELLES FORMATIONS ?**

Animation de la matinée par **Denis LUCAS**,  
assistant développement culturel à la DRAC Haute-Normandie

## Les nouveaux acteurs pour le développement de la culture à l'hôpital

---

**Danièle WOHLGEMUTH**

chargée du dossier « Culture à l'hôpital »  
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

*Quelle traçabilité peut-on d'ores et déjà repérer à l'hôpital concernant les activités culturelles ?*

*Dans le paysage hospitalier de nouvelles et multiples activités culturelles ont émergé. Elles ont été exercées par des hospitaliers qui se sont petit à petit imposés comme acteurs culturels ou par de nouveaux acteurs issus du monde culturel. Les acteurs les exercent pour une part de leur temps de travail ou pour la totalité. La convention de 1999 a légitimé ces activités et la présence de responsables pour porter les projets et développer des politiques culturelles. Les acteurs culturels commencent à être identifiés : bibliothécaires, artistes, médiateurs... et celui qui est à l'interface de tous, le responsable culturel. Nous avons vu plusieurs exemples de cursus et de fonctions. Les choses ne sont pas figées, doivent-elles l'être ? La forte mobilisation de ces acteurs explique leurs attentes. Il appartient aux établissements de définir leurs besoins en compétences, leurs profils de poste, et de désigner des porteurs de projets.*

Au sein de la DHOS, la sous-direction des professions paramédicales et des personnels n'a pas oublié, dans ses différents travaux, les acteurs culturels dont la convention de 1999 a favorisé la présence dans les hôpitaux. Elle a prévu également des aménagements nécessaires pour la sortie du dispositif emplois jeunes.

1. Sur l'aspect statutaire, Guy BOUDET, directeur d'hôpital, adjoint au chef du bureau des professions hospitalières, présentera l'opportunité qui a été saisie de ménager un cadre d'emploi de technicien supérieur à certains métiers de la culture, lors de la réforme de la filière technique, en ouvrant un accès dans les domaines des techniques d'organisation, des techniques de la communication et des activités artistiques. Il donnera également quelques informations sur la sortie du dispositif emploi jeune dans ce domaine d'activité.
2. Sur l'aspect de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dans le cadre de l'observatoire des métiers Marie Catherine EHLINGER, déléguée régionale de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), et Benoît JEANNE, directeur du centre hospitalier d'ETAMPES, vont vous parler du répertoire des métiers dans lequel la première fiche d'un métier de la culture a pu être établie : celle de responsable culturel. Ils la mettront en perspective avec d'autres travaux sur les différentes activités de la culture exercées à l'hôpital qui commencent à dessiner parfois les contours de nouveaux métiers.

Ces deux interventions ont un point commun qui intéresse la culture à l'hôpital : elles vont vous parler de compétences.

3. Enfin l'aspect des besoins en formation sera évoqué par Catherine BARDUGONI, responsable de formation à l'ARSEC, d'après les résultats de l'enquête sur ce point.

## **Les évolutions statutaires et la place des métiers de la culture à l'hôpital**

---

Guy BOUDET

Directeur d'hôpital, adjoint au chef de bureau des professions hospitalières (P2) au  
Ministère de la santé et des solidarités

*Comment prendre en compte des métiers et des personnes qui, pour n'être pas totalement nouveaux dans l'hôpital, ne bénéficiaient pour autant d'aucune reconnaissance statutaire véritable ? La convention de 1999 a été l'élément déclencheur. Elle a permis la reconnaissance de la fonction de responsable culturel hospitalier et envisagé un mode de recrutement possible : l'emploi-jeune. Parallèlement les protocoles concernant le secteur hospitalier public ont permis, par le volet consacré aux ressources humaines, de faire apparaître explicitement la fonction culturelle parmi les métiers hospitaliers. L'un de ces protocoles a joué un rôle majeur, celui de mars 2000. Par la mise en place d'un observatoire des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière (FPH) il a permis de mieux connaître le contenu des métiers culturels et le profil des personnes occupant les fonctions de responsable culturel. Un autre protocole, en 2001, concernait la négociation sur les filières professionnelles à l'hôpital. Il a fourni l'occasion de prendre en compte des métiers de la culture dans les établissements par le biais de la réforme du statut d'adjoint technique hospitalier. L'évolution de ce statut vers celui de technicien supérieur a été l'occasion d'élargir les domaines d'activité concernés à la culture. Des dispositions spécifiques au recrutement ont également été utilisées pour pérenniser un certain nombre d'emplois-jeunes. Ainsi le support réglementaire a été utilisé pour faire apparaître des activités et des domaines nouveaux au sein des établissements hospitaliers. Inversement il a permis la reconnaissance d'activités qui existaient auparavant dans les établissements sans véritable statut.*

Deux aspects seront évoqués dans mon intervention : ce qui s'est produit en terme d'évolution statutaire et la place que peuvent trouver les métiers de la culture à l'hôpital.

Le dispositif de base est la convention de 1999. L'intérêt de cette convention était double. Elle visait une fonction, celle de responsable culturel hospitalier, avec l'objectif d'en former une centaine (le chiffre de 100 figurait dans le corps de la convention). Elle citait une modalité de recrutement possible : celle des emplois-jeunes. Ces deux aspects figuraient de manière écrite dans la convention et nous ont servi de base. Cinq ans après la signature de cette convention il est intéressant de s'interroger sur les conséquences de ce qui avait été écrit sur la situation des personnes concernées.

### *Les évolutions statutaires*

Notre travail ne peut pas être dissocié du contexte de l'évolution de l'hôpital en France ces dernières années. Cette évolution a été encadrée par des protocoles signés entre le Ministre chargé de la Santé et les organisations syndicales qui représentent le personnel hospitalier. Protocoles à chaque fois majoritaires, il est important de le rappeler. Le premier protocole a été signé le 14 mars 2000. Il contenait des volets liés aux ressources humaines. Cette dimension ressources humaines apparaissait sous l'angle de l'observation des emplois et métiers au sein de la fonction publique hospitalière. Un autre

aspect concernait une négociation particulière à conduire sur l'ensemble des filières professionnelles.

#### *Un observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière :*

En ce qui concerne le premier point, l'observatoire national des emplois et métiers de la FPH a été mis en place par un décret du 28 décembre 2001. Cet observatoire est paritaire, il comporte 22 membres. Le volet emploi est plutôt vu sous l'angle quantitatif, aspect important du fait du choc démographique, et le volet métier est plus qualitatif. Il s'agit de travailler sur le contenu des métiers hospitaliers existants et sur les métiers nouveaux qui peuvent apparaître dans différents domaines.

Cet observatoire a mené des travaux de type démographique. Il a aussi lancé un chantier très important : le répertoire des métiers hospitaliers. Constitué selon une méthodologie bien précise, il permet d'avoir une photographie des métiers hospitaliers aujourd'hui<sup>1</sup>.

#### *Une négociation sur les filières professionnelles à l'hôpital*

Cet aspect a fait l'objet d'un second protocole, celui du 14 mars 2001. Il touche pratiquement toutes les filières professionnelles. Il comprend trois aspects : favoriser la promotion des personnels, améliorer les rémunérations, mieux reconnaître l'encadrement. Beaucoup de textes ont suivi en 2002 et en 2003 et ce grand vent de réforme a fourni des opportunités pour reconnaître de nouveaux métiers. A la même époque, le dispositif "nouveaux services / emplois-jeunes" mis en place a permis d'observer le lien entre des activités confiées par les hôpitaux à des jeunes et des domaines considérés comme émergents.

Au plan particulier des questions de Culture à l'hôpital, nos travaux d'enquête nous ont permis de constater que la disparité était grande entre les situations des personnels et qu'il y avait un vrai besoin de les homogénéiser. Une demande de statut avait également émergé du précédent colloque, en 2002, les participants à l'atelier sur les responsables culturels pensant ce statut nécessaire pour garantir la pérennité de la fonction culturelle et la reconnaissance des personnes. Or la situation ne se prêtait pas très bien à la reconnaissance d'un statut car, pour parler de statut, il faut que beaucoup de personnes soient concernées et que les activités soient homogènes. Dans le domaine culturel la disparité est la règle : multiplicité de postes et fonctions disparates. L'enquête de l'Arsec le confirme d'ailleurs.

Tous ces éléments ont été intégrés à notre réflexion.

#### *Quelle place pour les métiers de la culture à l'hôpital ?*

Nous avons saisi un certain nombre d'opportunités pour apporter des solutions aux décideurs des établissements en terme d'outils juridiques. Outils d'observation d'abord, mais aussi outils pour résoudre les problèmes rencontrés par les personnels.

La solution la plus classique est d'avoir recours à des personnes sous contrat de droit public. Cette solution est particulièrement adaptée quand on veut reconnaître la haute qualification qui existe bien dans le domaine culturel. Cette solution concerne les personnels relevant de la catégorie A dans la FPH.

---

<sup>1</sup> Ce répertoire est disponible depuis novembre 2004 aux Editions de l'ENSP à Rennes.

Le toilettage d'un statut, celui des adjoints techniques hospitaliers, de catégorie B, nous a permis de faire évoluer cette catégorie dite de "B type" vers le "B+", ou classement indiciaire intermédiaire (CII), qui est celui reconnu aujourd'hui au personnel travaillant dans le domaine paramédical. Cette catégorie reconnaît une qualification. Cela a été possible car, dans les autres fonctions publiques, et en dernier lieu, la fonction publique territoriale (FPT), ce même statut avait intégré la notion de technicien supérieur, donc un statut élargissant les domaines d'activité ouverts aux techniciens supérieurs.

Dans le monde hospitalier, c'était un moyen de reconnaître de nouveaux domaines et de nouvelles qualifications dont nous avons constaté la montée depuis quelques années : communication, sécurité, qualité, médias et culture notamment.

Le décret qui est daté du 23 décembre 2003 entérine cette évolution vers la notion de technicien supérieur et élargit les domaines dans lesquels les techniciens supérieurs pourront être recrutés. Parmi les domaines listés dans le décret, l'un d'eux s'intitule « techniques de la communication et des activités artistiques ».

Le décret énumère 8 spécialités, ou 8 branches, dans lesquelles les techniciens supérieurs peuvent exercer leurs fonctions. Pour adapter les modalités de recrutement, une circulaire d'application va venir préciser très prochainement les domaines concernés.<sup>2</sup>

Elle prévoit une option intitulée « technique des activités artistiques » et concerne « l'appui technique à la mise en place d'activités culturelles et artistiques à destination des publics reçus dans les établissements ».

Nous avons donc utilisé le support réglementaire pour faire apparaître des activités et des domaines nouveaux. Cela signifie que le volet statutaire peut répondre à un certain nombre de situations.

Le mode de recrutement a été un autre moyen utilisé. Il nous a permis de préparer la sortie des emplois-jeunes. En effet, l'un des modes de recrutement possible est le concours réservé. Il permet aux candidats justifiant pendant 4 ans au moins d'un exercice dans l'option choisie et qui ne sont donc pas en situation d'agent public, d'intégrer la fonction publique. La proportion de recrutement par cette voie, habituellement de 20 %, a été substantiellement augmentée pour permettre de faciliter la sortie des emplois-jeunes vers un emploi hospitalier stable et reconnu statutairement. Enfin, il existe une autre voie : la possibilité, ouverte aux adjoints des cadres hospitaliers ou secrétaires médicaux, d'une nomination après examen professionnel.

Notre démarche a donc été de trouver puis d'établir des correspondances entre des activités exercées dans le domaine culturel et artistique et des solutions statutaires. Il reste bien sûr à voir comment ces textes seront appliqués dans les établissements mais ils constituent, à n'en pas douter, une voie de pérennisation des responsables culturels à l'hôpital.

---

<sup>2</sup> Cette circulaire est parue ; elle est disponible sur le site Internet du Ministère de la Santé et des Solidarités. Son intitulé exact est :

→ circulaire N° DHOS/P2/2004/236 du 24 mai 2004 relative à la mise en œuvre du décret n° 2003-1270 du 23 décembre 2003 portant modification de dispositions statutaires relatives au corps des adjoints techniques et modifiant le décret n°91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière.

## Synthèses des travaux de l'Observatoire des métiers sur la fiche métier du responsable culturel

---

**Benoît JEANNE**

Directeur du Centre Hospitalier d'Étampes (91)

*En premier lieu Benoît JEANNE présente le travail sur le répertoire des activités et des métiers dans les établissements sanitaires et sociaux, appelé RAMSES. La réalisation de ce répertoire s'inscrit dans un contexte en évolution très rapide depuis une décennie. Il s'inscrit aussi dans la durée puisque l'intérêt pour les métiers et compétences dans le milieu hospitalier n'est pas récent. Le répertoire se veut un outil de gestion et d'anticipation des compétences aussi bien pour les établissements que pour les salariés eux-mêmes. Plusieurs raisons le rendent nécessaire : les spécificités de la ressource humaine, par nature peu flexible, lente à évoluer et coûteuse ; les enjeux pour l'avenir des établissements (disposer du personnel qualifié nécessaire au fonctionnement de tous les services) ; les évolutions démographiques en cours chez les personnels autant que chez les usagers (retraites, vieillissement) ; la nécessité pour les personnels de pouvoir gérer leur carrière. Le répertoire a été construit grâce à une méthodologie rigoureuse et à un phasage très précis.*

*La fiche métier de responsable culturel est l'une des 210 que comporte le répertoire. Elle se présente sous la même forme que les autres. L'identification définit le métier dans sa famille. La description donne les caractéristiques du métier : dans le cas du responsable culturel une activité d'ordre stratégique. La partie activités et compétences décrit les connaissances et les techniques nécessaires à l'activité. Enfin les rubriques annexes tracent la perspective des évolutions possibles. Des références bibliographiques et documentaires complètent la fiche..*

*L'ensemble de ce travail a été conduit depuis novembre 2002 et durera jusqu'à fin 2004. Il sera ensuite réactualisé périodiquement.*

Le premier outil qu'a choisi de créer l'observatoire c'est ce répertoire des métiers. Une nomenclature des métiers par activités et connaissances associées. Le répertoire concerne l'ensemble des établissements, quel que soit le secteur sanitaire ou social et tous les métiers existant hors les emplois médicaux.

### *Un contexte en forte transformation*

RAMSES arrive dans un contexte hospitalier en forte transformation. En une décennie une recomposition du paysage hospitalier s'est faite. Elle est due à une accélération du progrès technologique et ne concerne pas seulement les métiers des plateaux techniques. Les fonctions et les compétences des personnes, au-delà du statut ou du grade, ont évolué. Il y a eu aussi émergence de quelques métiers nouveaux par exemple dans l'information médicale où le nouveau statut de technicien supérieur va peut-être correspondre à une évolution de métier qui avait eu lieu sur le terrain mais que le statut ne prenait pas vraiment en compte. Cette décennie a vu aussi un renforcement des politiques de santé publique notamment tout ce qui est gestion des risques et de la qualité. Cela amène des contraintes en terme de qualification des personnes. La réduction du temps de travail a obligé à analyser les organisations et le mode de management. Enfin, nous sommes dans une période de contrainte économique et budgétaire renforcée. Le tout s'inscrit dans un contexte particulier de défi démographique. 55 % des personnes qui travaillaient à l'hôpital l'auront quitté en 2015. La majorité des départs aura lieu entre 2008

et 2012. Cela signifie qu'il faut s'occuper dès à présent des qualifications, et pour certaines qualifications c'est même déjà trop tard. Ce défi démographique va aussi concerner les usagers. Le papy-boom va modifier le profil des usagers et des pathologies à accueillir. On aura peut-être besoin de moins de personnes sur des secteurs dits aigus et plus dans le secteur de la gériatrie. Il faut donc que les compétences et les qualifications évoluent, individuellement et collectivement.

*Pourquoi gérer et anticiper les métiers et compétences ?*

1. A cause des caractéristiques des ressources humaines.

Elle est peu flexible. La structure par qualification et âge dans un établissement n'évolue pas vite, elle s'inscrit donc dans le moyen et le long terme. Elle est coûteuse. Elle demande du temps. Pour faire un infirmier anesthésiste qualifié il faut un processus d'apprentissage qui prend entre 6 et 10 ans dans sa totalité.

2. Parce que c'est un enjeu de management.

La ressource humaine est le premier poste budgétaire des établissements. Elle est un enjeu d'avenir car la compétence humaine peut se raréfier et devenir un facteur d'incertitude pour les établissements voire un facteur de risque pour leur fonctionnement. Ceci est aggravé par le fait que nous sommes sur un marché du travail concurrentiel et que les autres établissements cherchent aussi du personnel.

3. Pour permettre aux salariés d'évoluer dans leur métier et de se construire une carrière.

Pour cela les salariés ont besoin d'outils. Aujourd'hui il y a la validation des acquis de l'expérience (VAE), le bilan de compétences, un système de formation. Ces outils permettent aux salariés de formaliser leurs compétences. Le répertoire les complète et permettra aussi aux salariés de mieux connaître les métiers, et d'en faire le choix en connaissance de cause. Son métier est un véritable investissement personnel pour l'individu, un capital compétence que chaque agent doit pouvoir faire fructifier.

4. A cause de l'évolution démographique évoquée précédemment.

5. Pour que les établissements puissent anticiper les compétences.

C'est particulièrement le cas pour les savoirs critiques pour l'établissement. La première responsabilité stratégique des établissements aujourd'hui c'est la gestion des compétences qui conditionne l'évolution voire la survie de pans entiers d'activités.

*Pourquoi un nouveau répertoire des métiers hospitaliers ?*

L'intérêt pour les métiers et les compétences n'est pas récent. En 1991 il y avait eu le répertoire des emplois-types hospitaliers. C'était une proposition du ministère. Aujourd'hui ce sont les établissements qui demandent des outils. Les attentes convergent : évolution des métiers, demande des établissements conscients des enjeux.

*Pour qui ?*

Dans ce contexte le répertoire des métiers peut servir à la gestion collective des ressources humaines : qualifier les métiers présents dans l'établissement, en connaître les effectifs, prévoir leur évolution, communiquer sur l'emploi pour susciter des vocations, les démarches de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, meilleure pertinence des recrutements.



Il peut servir également à la gestion individuelle des ressources humaines : évolution des carrières, meilleure prise en compte des risques de certains métiers, reconversion.

#### *Méthode utilisée pour bâtir le répertoire*

Les métiers ont été décrits par des professionnels. Ils ont mis en place des méthodes et des outils (lexiques, mots-clés, définitions, etc.).

Les phases de la démarche :

- La description des métiers : 21 groupes de travail ont pris en charge 10 à 15 métiers chacun, chaque groupe de travail a défini son calendrier et choisi les descripteurs auxquels il a fait appel (4 à 6 par métier).
- 210 fiches métiers ont été réalisées, élaboration de dictionnaires (activités, savoir-faire, connaissances), plus de 200 réunions organisées par les groupes de travail, plus de 400 participants sur 2 ans, constitution d'un groupe spécifique au management.

Ce projet a commencé en novembre 2002 par la conception de la démarche. Repérage des métiers et création de la nomenclature (210 métiers) entre janvier et mai 2003. Contrôle qualité et validation du répertoire sont en cours actuellement (les fiches ont été validées par des établissements qui avaient accepté d'entrer dans la démarche, en retour nous apportons des modifications). Description des métiers avec les fiches métiers de mai à décembre 2003. Fabrication et édition du répertoire : avril à septembre 2004. Ensuite communication-diffusion-formation à l'utilisation du répertoire à partir d'octobre 2004. Veille et maintenance des métier à partir du second semestre 2004. Le répertoire sera ensuite refondu tous les quatre ans.

## Marie-Catherine EHLINGER

Déléguée régionale de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) en Franche-Comté

---

Il sera utile ici de se reporter à la fiche métier pour en voir les détails. Pour le métier de responsable culturel comment les choses se sont-elles faites ? Et surtout qu'y a-t-il dans la fiche métier du responsable culturel ?

Toutes les fiches métiers sont sur le même modèle : une partie identification, une partie description du métier, une rubrique plus générale sur les passerelles entre les métiers et leur évolution. La fiche de RCH reprend ces parties.

Identification. La famille, la définition du métier. Pour le responsable culturel elle est libellée ainsi : « concevoir et mettre en œuvre la politique et les projets culturels en lien avec le projet d'établissement ».

Description. C'est ce qui caractérise le métier au niveau des activités. Pour responsable culturel il n'y a pas d'activités au niveau opérationnel et fonctionnel, il y a des activités d'ordre stratégique. Il s'agit d'assurer la conception, la proposition, la négociation d'une politique culturelle dans l'établissement. C'est ce qui caractérise ce métier qu'on ne trouve pas forcément dans les autres métiers décrits.

Activités et compétences : une compétence c'est ce qu'il faut savoir pour faire. Il y a les savoirs formalisés, c'est-à-dire toutes les connaissances et les techniques nécessaires à l'activité : ce sont les connaissances associées. Il faut savoir conduire des projets, connaître le milieu culturel, connaître la législation sur les droits d'auteur, etc. À côté de cela il y a le savoir de l'action. Ce sont : élaborer et construire le cahier des charges d'un projet, rédiger tout document d'information et de communication, etc.

Rubriques annexes. Certaines sont importantes car on peut évoluer vers d'autres métiers. Par exemple on sait qu'en moins de 18 mois un responsable culturel peut devenir chargé de communication ou attaché de presse ou, en plus de 18 mois, directeur de la communication.

Facteurs d'évolution des métiers. C'est l'attente de la clientèle en matière de culture à l'hôpital qui va faire évoluer le métier. Pour cela une connaissance accrue des problématiques sociales et de santé sera nécessaire. Une connaissance parfaite de tout ce qui est communication externe sera également indispensable.

Cette fiche métier se termine par toutes les références bibliographiques et documentaires.

Pour l'instant le seul métier décrit est responsable culturel. Mais certaines activités culturelles traversent de nombreux métiers. Par exemple les bibliothécaires, animateurs culturels, médiateurs, responsables du patrimoine, etc. Il faudra aussi étudier tous ces métiers-là. Peut-être sous l'intitulé de médiateur culturel, métier auquel nous avons également songé.

Ajoutons que les personnes qui ont participé à cette fiche métier sont Christelle Carrier, Carine Delanoë, Bruno François, Jacques Bérard, et Catherine Bardugoni.

## **Présentation des résultats de l'enquête nationale auprès des directeurs et des responsables culturels**

---

**Catherine BARDUGONI,**  
responsable de formation à l'ARSEC, coordinatrice du séminaire

### **Deuxième partie : Identités professionnelles, compétences et formation du responsable culturel**

*Les principaux axes qui se dégagent de cette deuxième partie  
sont les suivants :*

**Le professionnalisme qui s'attache à la fonction de responsable culturel, est largement reconnu par les chefs d'établissement.**

En effet, 72% d'entre eux soulignent que la culture nécessite des compétences spécifiques et 56% que les personnes auxquelles ces fonctions sont confiées doivent être formées aux métiers de la culture.

**S'agissant des composantes de la fonction culturelle,** l'enquête montre qu'elles revêtent un champ très vaste, qui va de la conception d'une politique culturelle au développement des projets, incluant la négociation avec les partenaires extérieurs, la communication en interne et en externe, la relation aux artistes, la gestion budgétaire et humaine, la coordination au quotidien...

17% des responsables culturels ayant répondu à l'enquête accomplissent un véritable travail de chef de projet culturel, d'un niveau cadre, agissant en transversalité avec l'ensemble des services sous l'autorité de la direction générale dans 62% des cas.

On constate cinq années après la signature de la convention nationale, enrichie par les conventions régionales, un développement de la professionnalisation des acteurs culturels au sein des établissements de santé. Ce qui corrobore le sentiment exprimé par la plupart des professionnels représentés au séminaire, que qualité et développement des projets riment avec compétences affirmées et reconnues.

L'ARSEC, organisme culturel qui forme des centaines de stagiaires par an sur l'ensemble du territoire, et s'attache à lier formation à métier, formation et emploi, compétences et développement des entreprises culturelles, chargé en application de la convention « culture à l'hôpital » d'organiser les sessions successives de formation de sensibilisation des responsables culturels hospitaliers peut également légitimement confirmer ce constat.

### **A propos des formations,**

L'enquête à elle seule ne peut permettre d'affiner des propositions correspondant aux différents profils de responsables, médiateurs ou animateurs culturels. Les réflexions du comité de pilotage qui a préparé le séminaire, les bilans réalisés à l'issue des formations animées par l'ARSEC, les axes qu'entendent développer les Ministères de la Culture et de la Santé permettent néanmoins d'avancer

### **Quelques pistes**

- Comme l'enquête l'a montré, des demandes sont exprimées dans divers domaines pour permettre d'améliorer la gestion au quotidien des projets culturels (méthodologie de projet, législation, négociation, etc...) ;
- Des besoins s'expriment aussi dans l'aide à la construction d'une politique culturelle sur l'établissement ;
- Sur la mise en place d'évaluation des projets culturels qui prenne en compte des critères appropriés au contexte, et à la culture ;
- Il faut aussi penser à toutes les personnes qui se sont trouvées investies de cette fonction culturelle depuis un ou deux ans, bien souvent sans connaissances du milieu culturel ou de la méthodologie d'un projet partenarial - notamment dans des régions qui ont signé une convention régionale depuis peu – ;
- Egalement, les responsables culturels plus chevronnés expriment le besoin de temps de réflexion sur certaines problématiques qui viendraient alimenter ou infléchir leurs projets – découvrir de nouveaux champs inexplorés - c'est aussi le sens de la formation continue pour chaque métier, chaque fonction, qui ne doit pas se scléroser ;

Enfin l'information ou le recensement de diplômés de gestion, développement, médiation culturelle, valorisation du patrimoine, médiation du livre, serait utile à un certain nombre de jeunes ou moins jeunes, qui voudraient acquérir une reconnaissance universitaire ou mettre leurs pratiques à l'épreuve d'une réflexion plus théorique.

*La présentation intégrale des résultats figure une annexe séparée consultable également sur les sites du Ministère de la Culture et de la Communication et de l'ARSEC.*

# DÉBAT

## Emergence d'un métier, quelles formations ?

---

*Les participants ont pu adresser aux intervenants des questions sur les sujets abordés. Ces questions ont tourné autour du problème du statut, particulièrement sous l'angle de l'adéquation entre niveau d'études et statut, et entre fonctions occupées et statut. La relation entre animation et culture s'est également trouvée questionnée au niveau du contenu de métier aussi bien qu'à celui du statut. Tout en donnant voix à un certain malaise, cette question a permis d'apporter des explications extrêmement précises sur la filière de l'animation dans la fonction publique hospitalière, et sur la distinction à faire avec la fonction de responsable culturel hospitalier.*

*Je suis animateur socioculturel et je coordonne l'animation pour des services de personnes âgées et je voudrais faire cinq courtes réflexions. La première est une question à laquelle je n'attends pas de réponse. Qu'est-ce qu'un artiste ? La deuxième : faire appel à des artistes ce n'est pas uniquement pour des questions de création mais, quand on a affaire à des publics âgés, ou bien ils ont tout oublié et il ne reste que la culture, c'est donc pour la récréation ou la re-création. Troisième point : les services d'animation pour les personnes âgées sont certainement ceux qui utilisent le plus les artistes et font travailler les intermittents du spectacle (dans l'établissement où je suis on dépense environ 15 000 euros par an pour faire venir une trentaine de spectacles). Ce qui me gêne se sont les 2 200 euros qu'on donne à la Sacem. Quatrième chose : je vois bien qu'avec les responsables culturels nous ne sommes pas encore frère et sœur, on est au moins cousin. Je voudrais juste rappeler que la question du statut des animateurs socioculturels est encore loin d'être réglée. Je suis venu à ce séminaire pour voir la relation qu'il pouvait y avoir entre animation et culture, je pensais qu'on ne sortirait pas gagnant ; je ne suis pas déçu. J'ai entendu des choses très limite. J'ai entendu « passer du socioculturel à la culture », merci. J'ai entendu « ce n'est pas une simple animation » alors attention à la culture du haut et à la culture du bas.*

Catherine BARDUGONI

Pour moi il n'y a pas de culture d'en haut et d'en bas et ces termes ne font pas partie de ceux que j'utilise. J'ai travaillé à la fois en milieu ouvrier, dans l'animation socioculturelle et dans la culture. Lorsque nous établissons une distinction entre animation et culture, nous voulons tout simplement dire que ce n'est pas la même chose. On ne développe pas les mêmes activités quand on est dans le domaine de l'animation socioculturelle et dans le domaine culturel avec des artistes professionnels. Mais je sais que c'est un sujet très sensible. Nous savons que bon nombre d'animateurs socioculturels sont aussi de vrais responsables culturels.

Denis LUCAS

Je voudrais rappeler le positionnement du ministère de la culture. A travers le programme Culture à l'hôpital il s'agit bien, avant tout, de permettre à une population exclue de la culture de profiter d'actions où il y a une véritable exigence artistique. C'est pourquoi nous souhaitons que soient impliqués des artistes avant tout pour leur logique de création. Ensuite il y a l'animation, qui a toute sa place, mais c'est autre chose. Elle peut s'inscrire dans la continuité d'actions mises en place avec des artistes mais elle ne peut pas s'y substituer.

*Je voulais revenir sur les diplômes et la reconnaissance du statut car l'assistance publique ne reconnaît pas les diplômes universitaires. Si j'ai bien compris, les CDD peuvent être renouvelés indéfiniment, en tout cas c'est ce que m'a répondu la direction des ressources humaines. Donc j'aimerais savoir quelles sont les possibilités pour les personnes dans ce cas.*

Guy BOUDET

Diplôme universitaire et statut : il n'y a pas forcément toujours correspondance mais elle peut exister. Dans le cas des techniciens supérieurs, si vous présentez un concours externe, donc sur titre, ce qui sera exigé, en fonction de la spécialité au sein du domaine, ce sera un diplôme de 1<sup>er</sup> cycle d'études supérieures (bac +2). Néanmoins vous pouvez vous présenter avec un diplôme plus élevé. Le statut fixe les points d'entrée et à ces points d'entrée correspondent des activités et des rémunérations. Pour les personnes qui possèdent les diplômes les plus élevés, elles ne se retrouveront probablement pas dans des éléments statutaires classiques. Pour devenir directeur d'hôpital ou attaché d'administration hospitalière, fonction d'encadrement, le statut est resté sur les domaines classiques liés à la gestion. Il n'est donc effectivement pas adapté. C'est pourquoi j'ai évoqué la solution contractuelle à durée déterminée ou indéterminée. En général le CDD est prévu dans des conditions précises. L'administration l'utilise comme un élément de gestion pour maîtriser ses dépenses. Au-delà les établissements recrutent qui ils veulent par rapport aux profils dont ils ont besoin. D'autre part, il y a un marché de l'emploi concurrentiel et il y a une adéquation qui se fait. La situation des CDD est appelée à évoluer sous l'impulsion de la jurisprudence européenne. Dans une loi de fonction publique, qui sera votée en 2004 ou 2005, la notion de CDD va être revue et sa durée portée à trois ans. Cela s'appliquera aussi à la fonction publique hospitalière et évitera les dérives que vous décrivez.

*Je suis animateur technique et socioculturel. Je voudrais savoir quel diplôme je peux faire pour être intégré dans la fonction publique.*

Guy BOUDET

Sur le plan statutaire les animateurs relèvent pour nous de la filière socio-éducative. Un animateur doit posséder, car c'est le mode de recrutement actuel, le Diplôme d'Etat aux Fonctions d'Animateur (DEFA). Il y a un débat autour de ce diplôme. Cependant souvent les établissements utilisent des personnes qui ont des diplômes d'animation autres que le DEFA. La difficulté est créée par le fait qu'il y a plusieurs ministères certificateurs, notamment Jeunesse et Sports, et on se retrouve avec des niveaux de diplôme différents. Le ministère de la Santé est certificateur mais pour des diplômes du sanitaire et pas du social. Pour les diplômes du social ce sont le ministère de la Santé et le ministère de la Jeunesse et des Sports qui sont certificateurs. Un rapprochement entre ces deux

ministères est envisagé ainsi qu'un travail avec Jeunesse et Sports pour réfléchir à un tel diplôme qui serait de niveau IV alors que le DEFA est de niveau III. En tant qu'individu si votre demande est « comment puis-je être recruté dans la fonction publique hospitalière en tant qu'animateur ? » la réponse statutaire est qu'il vous faut avoir le DEFA. On peut imaginer que ces diplômes finiront pas être ouverts à la validation des acquis de l'expérience.

*Si on est sur un statut DEFA et qu'on a une fonction de responsable culturel faut-il démissionner pour être embauché comme contractuel correspondant à la fonction qu'on remplit ou a-t-on d'autres voies ?*

Guy BOUDET

Entre des personnes qui sont dans la filière socio-éducative et le fait d'être responsable culturel il n'y a pas antinomie, il y a plutôt cousinage entre les deux. Si on veut être puriste on peut dire que beaucoup des questions qui touchent à la culture sont déjà traitées par les qualifications de la filière socio-éducative. Mais ce que nous avons constaté ces dernières années, et c'est bien à cela qu'on a voulu répondre, c'est que le monde socio-éducatif est lié à un champ limité, qui ne concerne pas l'ensemble d'un établissement. La fonction de responsable culturel se justifie, elle, par sa transversalité au sein de l'établissement et la nécessité d'homogénéiser des politiques. Dans les cas que nous avons évoqué le lien entre soin et animation culturelle est étroit alors que l'on demande au responsable culturel, s'il est transversal, de faire de la gestion de projet. Donc démissionner, non. Par contre utiliser les évolutions de la filière socio-éducative pour mieux se faire reconnaître pourquoi pas. Il est vrai que c'est cette filière qui nous pose le plus de problème. Nous souhaitons la faire évoluer mais elle est minoritaire dans la Fonction publique hospitalière et majoritaire dans la fonction publique territoriale. On nous oppose donc qu'il n'y a pas de raison que la filière socio-éducative à l'hôpital évolue, alors qu'elle est minoritaire, si la filière socio-éducative territoriale n'évolue pas, alors qu'elle est majoritaire. Nous ne sommes pas toujours assez puissants pour nous faire entendre sur ces questions. Ceci étant, on est en train d'avancer sur l'encadrement socio-éducatif et il est paru au J.O. du 28 mars un nouveau certificat : le certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale. Nous voulions faire de ce certificat un élément important car l'acquisition de ce titre permettrait de recruter à l'avenir les cadres socio-éducatifs sur titre. Notre idée étant de faire que ce soit homogène entre cadre socio-éducatif et cadre de santé. On peut penser que ce niveau d'encadrement permettrait de mieux reconnaître quelqu'un qui a une fonction un peu plus large tout en restant dans la filière socio-éducative. Mais le dossier n'est pas bouclé.

*Si l'on a besoin d'un médiateur culturel pour soutenir le développement d'un projet culturel, sur quelle base de recrutement peut-on l'argumenter ?*

Médiateur culturel c'est un niveau dont la qualification doit être déterminée par l'établissement. Ca peut aussi rentrer dans du niveau B.

*J'ai entendu parler dans mon établissement de contractuel permanent, qu'en est-il ?*

Guy BOUDET

Je pense qu'il s'agit plutôt des personnes qui sont passées en situation de CDI. Mais on peut être contractuel et le rester longtemps si on est sur un contrat qui correspond à une haute qualification et que le choix de l'établissement est de garder les personnes dans

cette situation. Ca ne veut pas dire que le contrat ne peut pas être revu à la date anniversaire pour mieux rémunérer la personne.

*Vous avez parlé du décret du 23 décembre 2003. Je voudrais savoir si la circulaire d'application est déjà sortie.*

Guy BOUDET

Elle n'est pas encore publiée. Elle est en concertation avec les partenaires sociaux. Elle devrait paraître en avril et elle sera sur le site Internet du ministère.



# INTERMEDE ARTISTIQUE

## Ensemble russe Mamouchka, Les voix de l'Oural

---

Natalia Ermilova et Veronika Boulytcheva connaissent une grande partie de leur répertoire actuel depuis leur enfance : des chansons traditionnelles transmises de bouche à oreille, apprises auprès de leurs grands-mères, à l'occasion de fêtes familiales ou encore autour de la table.

Arrivées en France en 1992, elles se produisent dans les cabarets et restaurants avant d'être engagées en 1994 par les Jeunesses Musicales de France, pour 4 années de tournées.

Dès 1998, le duo de chanteuses donne des concerts dans les hôpitaux d'Ile-de-France, placés sous l'égide de l'association *Tournesol Artistes à l'hôpital*.

Très régulièrement sollicitées, elles tisseront un long partenariat avec Tournesol.

Depuis 2001, *Carthago musiques du monde* accompagne leur route pour des concerts en France et en Europe, cette fois-ci en trio, avec Jeanne Brisson à la contrebasse.

- V -

## CONVERSATIONS

## L'hôpital, un nouvel espace pour l'exercice d'une politique culturelle

---

**Richard RECHTMAN**

médecin-chef à l'Institut Marcel Rivière  
CHS de La Verrière (78)

*L'art et l'hôpital sont associés depuis longtemps et, plus encore, à l'hôpital psychiatrique. L'art, par l'ouverture et la liberté qu'il procure, a toujours été le contrepoids de l'enfermement, celui de l'aliénation autant que celui de l'établissement. La question se pose alors de savoir si culture à l'hôpital est le prolongement, l'extension et l'officialisation de ces initiatives novatrices. En réalité c'est plutôt parce que les missions sociales de l'hôpital ont radicalement été changées qu'une rencontre s'est produite entre la volonté affirmée de l'Etat et l'art à l'hôpital. Quelles sont donc ces nouvelles missions ? On se tromperait en affirmant qu'il s'agit de combattre ainsi la déshumanisation de l'hôpital car il n'est pas uniquement un lieu de médecine. En réalité l'Etat a inscrit dans les missions de santé la mission de citoyenneté dans le but d'instaurer ce qu'on pourrait appeler une démocratie sanitaire. L'espace de la santé est ainsi considéré comme un espace à part entière du politique et la culture comme « le plus » à même d'inscrire la dimension citoyenne dans l'espace politique de la santé. Faire de l'hôpital un lieu citoyen c'est nécessairement abolir les distinctions propres à la médecine et distinguer clairement ce qui relève de l'acte clinique et ce qui relève de la dimension citoyenne. Si l'art est inutile à l'hôpital il a une fonction : donner aux malades la possibilité d'être autre chose que des malades. Voilà pourquoi il faut définir une politique culturelle, c'est-à-dire un lieu d'expression, une pensée, une réflexion autour de cette fonction prioritaire citoyenne que la culture peut avoir dans cette institution. C'est ici que l'émergence d'un nouveau métier prend tout son sens. Il doit cependant se garder d'être instrumentalisé dans les jeux de pouvoirs dont l'institution est inévitablement le lieu.*

Je suis heureux de participer à vos débats d'abord parce que je suis médecin et qu'il n'y en a pas tant que cela dans la salle. On peut d'ailleurs se demander pourquoi ce corps professionnel, alors qu'il est question d'un nouveau métier de l'hôpital, est si peu représenté. Ensuite parce que depuis de nombreuses années, à travers le travail que je fais à l'hôpital, j'ai toujours été très intéressé par le rapport entre la culture et l'hôpital et, plus exactement peut-être, par le non-rapport, car c'est aussi le produit d'un non-rapport qui peut rendre une rencontre intéressante.

### **Art et hôpital : une association ancienne**

Je partirai d'un point que Xavier Collal a rappelé dès le début : ce n'est vraiment pas la première fois que la culture et l'hôpital sont associés dans l'histoire de la médecine et peut-être plus encore dans l'histoire de l'hôpital psychiatrique où les entreprises culturelles sont anciennes, qu'il s'agisse d'ateliers ayant une vocation d'occupation des patients ou d'entreprises plus ambitieuses permettant une ouverture, et même une liberté, aux patients. L'art a toujours occupé une place ambiguë entre une modalité qu'on apportait au patient et une possibilité de trouver un espace de liberté : l'art contre l'enfermement asilaire, l'art et la culture contre l'aliénation. Finalement ce n'est pas un hasard si ces deux notions, l'art et l'hôpital, ont été souvent associées.

Ce n'est pas un hasard mais c'est paradoxal. En effet on a d'un côté un enfermement, celui de la folie, de l'aliénation, de l'hôpital lui-même et de l'autre côté une ouverture, celle de l'art, celle de la culture. Mais une ouverture dont on peut se demander finalement si elle n'est pas plus virtuelle que réelle puisque les fous restaient à l'hôpital et ne devenaient pas nécessairement des artistes. Certains ont quand même été des artistes, parfois célèbres, mais il n'est pas sûr que ce soit parce qu'ils ont été malades qu'ils sont devenus artistes. Quoi qu'il en soit l'art a toujours eu sa place à l'hôpital psychiatrique, dans ce double mouvement : aider les malades mais aussi ouvrir un espace de liberté au risque de la conflictualité avec l'ordre qui régnait au sein de l'univers de l'enfermement.

La vision que je donne de l'hôpital psychiatrique d'il y a une centaine d'années est très caricaturale. En réalité l'univers asilaire n'a pas été qu'un lieu d'enfermement, l'art n'a pas été le seul instrument de la désinstitutionnalisation. Enfin l'art peut aussi parfois être l'instrument d'une ségrégation.

J'ai voulu montrer par ce préliminaire que le regard que l'on porte sur le passé est beaucoup plus intéressant pour comprendre la façon dont nous pensons notre présent que pour avoir un regard juste sur le passé. Cette mise en articulation de l'enfermement d'un côté et de l'expression artistique de l'autre a un intérêt avant tout pour comprendre ce qui se passe aujourd'hui, et ne pas tirer des conclusions sur ce qui se passait auparavant.

### **Culture à l'hôpital : héritage ou création ?**

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir si nous sommes dans la simple continuité de ce qui se passait avant. Le mouvement actuel n'est-il que le prolongement d'initiatives d'un certain nombre de pionniers, et leur extension à d'autres lieux ? (pédiatrie, gérontologie). Assistons-nous à l'officialisation de ce travail des précurseurs ? Je ne le crois pas. J'ai plutôt le sentiment qu'il s'agit d'un mouvement beaucoup plus profond, d'une vaste transformation de l'hôpital mais aussi de l'espace social dans lequel l'hôpital prend sa place. Cette transformation est le produit d'une mutation profonde de la société qui nous amène à penser l'hôpital autrement et à lui demander de jouer un rôle différent de celui qu'il jouait auparavant. La première mission de cette institution est le soin, encore qu'on peut même se poser la question de savoir si sa première mission est le soin. Mais elle a aussi une fonction essentielle dans l'espace social. Alors que s'est-il passé pour que la puissance publique s'investisse à ce point pour développer la culture à l'hôpital ? L'intérêt de la puissance publique pour la création d'espaces différents au sein de l'hôpital est une rupture radicale avec ce qui se faisait auparavant. Jamais l'Etat ne s'était préoccupé avec un tel enthousiasme de cette question. Jamais l'Etat n'avait été à l'origine de ces initiatives. Certains parmi vous diront que c'est parce que, dans les institutions, des initiatives locales courageuses avaient montré leurs résultats que l'Etat est secondairement venu pour les soutenir et les encourager. Je pense plutôt que ce contexte entre un passé avec un certain nombre de réussites et une initiative de l'Etat n'est que l'occasion d'une rencontre, ce n'est pas la cause de la rencontre. Je pense plutôt que c'est parce que les missions sociales de l'hôpital ont profondément été changées, et je n'ai pas dit qu'elles avaient changé, que finalement l'expérience de la culture à l'hôpital est venue rencontrer ces nouvelles attentes, par accident, pourrait-on dire, par l'occasion.

J'aurais plutôt tendance à essayer de comprendre quelles sont ces nouvelles missions plutôt que d'essayer de comprendre quelle est la spécificité de la culture à l'hôpital. Certaines personnes hier ont évoqué l'idée que la culture trouvait tout

naturellement sa place à l'hôpital précisément parce qu'on assiste à une sorte de déshumanisation de l'espace médical. C'est sans doute vrai mais je crains que cette déshumanisation évoquée soit une sorte de figure rhétorique un peu vide de sens, très efficace pour proposer des nouvelles solutions mais peu fidèle à la réalité d'aujourd'hui car l'hôpital n'est plus le seul lieu de la médecine et il s'y fait bien autre chose. En fait, il me semble que l'hôpital s'inscrit dans un tout autre univers de références que celui du strict savoir médical, et que se sont ces nouvelles références qui vont favoriser cette rencontre. En témoignent les différentes interventions de directeurs d'hôpitaux qui parlent, légitimement, de l'organisation de leurs établissements sans faire référence à un quelconque savoir médical. Cela prouve que ce n'est pas cet univers de référence qui caractérise au mieux ce qui se passe à l'intérieur de l'hôpital. On peut dire que l'Etat quand il a appelé de ses vœux la création d'une démocratie sanitaire, a précisément inscrit la citoyenneté dans les missions de la santé. C'est-à-dire quelque chose d'essentiel, d'incontestable, mais qui ne soigne pas. Ces deux logiques sont différentes et pourtant c'est l'acte fondateur de la Loi du 4 mars qui affirme d'emblée que cette question est essentielle. L'idée sous-jacente est de faire de l'hôpital un lieu comme un autre indépendamment du fait qu'il a aussi la mission de soigner des malades. C'est la question de l'indépendance entre la question de soigner, et la nécessité d'ouvrir un espace citoyen, qui me semble l'élément significatif de cette grande transformation de l'hôpital, et ceci précisément parce que l'espace de la santé est un espace à part entière du politique. C'est ici que se dessine clairement la nécessité d'une politique culturelle car c'est peut-être la culture qui est la plus à même d'inscrire la dimension citoyenne dans l'espace politique de la santé. *Mais ce n'est pas simple précisément parce que dans l'hôpital plusieurs logiques différentes se superposent, et ne correspondent pas nécessairement aux logiques qui prévalent dans l'espace social.*

Je vais en distinguer trois :

La première logique distingue des populations ailleurs confondues. Ainsi à l'hôpital on distingue un diabétique d'un coronarien, un schizophrène d'un déprimé, cette distinction fonde l'acte clinique et, sans elle, pas de médecine. Mais ces distinctions, si elles sortent du champ strictement médical sont des ségrégations. Le deuxième élément, au contraire, c'est la fusion d'anciennes catégories qui vont s'effacer au profit de ces premières distinctions. Pas de riches, pas de pauvres, pas de français, pas d'étrangers, l'ensemble de ces catégories s'efface au profit de celles qui vont permettre l'acte médical. Enfin le troisième élément c'est une distribution inégalitaire des prestations : il n'y a pas de principe d'égalité. Chaque malade reçoit la prestation que son état justifie.

Faire de l'hôpital un lieu citoyen c'est nécessairement abolir ces distinctions propres à l'espace de la médecine, créer des espaces où ces distinctions s'effacent définitivement. Pour qu'il soit possible de distinguer des populations en fonction de leur maladie à l'hôpital, il faut qu'il y ait des lieux où ces distinctions entre les différents malades, entre le malade et le non-malade s'évanouissent. Ainsi d'un côté il y a l'acte clinique et de l'autre côté quelque chose qui relève de la citoyenneté. Car l'espace de la culture, tel qu'il ressort de ce que l'Etat a proposé, ne peut pas être dans le soin ni même en plus. Il est nécessairement en dehors bien que dans l'institution. Voilà la grande nouveauté et c'est probablement parce que l'art est la culture sont les meilleures façons d'abolir ces fameuses distinctions médicales et médico-économiques.

Donc c'est en abolissant ces distinctions qu'on va pouvoir rendre aux malades leur condition de citoyens dans l'univers hospitalier. Pour que cela puisse marcher, il faut qu'il y

ait un rapport d'indépendance, voire d'insoumission, à l'ordre médical et à l'ordre administratif. L'art est inutile à l'hôpital mais il a une fonction. Si on rendait la culture utile au bon fonctionnement de l'hôpital, à la pratique médicale ou à la logique administrative, on ne ferait rien d'autre que de trahir cette mission de citoyenneté à l'hôpital. Au mieux on aura adouci les conditions de vie des malades et du personnel, ce qui n'est déjà pas si mal. Mais on aura raté l'essentiel qui consistait à faire en sorte que les malades aient la possibilité d'être autre chose que des malades et pas seulement des usagers de la santé.

On peut percevoir maintenant un peu plus précisément pourquoi il faut créer les conditions d'une politique culturelle à l'hôpital et pas d'une politique hospitalière de la culture, qui est une chose radicalement différente. Bien sûr on a le sentiment que la définition d'un nouveau métier est à ce titre essentielle et indispensable. Je dirais qu'elle est essentielle mais pas suffisante. Car il y a un champ de contradictions et de recouvrements énorme dans cet univers où la culture se voit instrumentalisée de toutes parts. Quelques exemples de ces contradictions : la concurrence des métiers, entre l'animation, la communication, l'exercice d'une politique culturelle. L'animation, je le rappelle, est un élément clé de la thérapeutique. L'art n'a pas cette dimension thérapeutique mais on a beaucoup de mal à imaginer que quelque chose puisse être utile si ce n'est pas thérapeutique. Il est indispensable que les animateurs socioculturels restent du côté du soin et qu'il y ait ailleurs d'autres espaces où on puisse écouter les gens différemment.

La communication, elle, est importante mais ne relève pas de la culture. Il ne faudrait pas qu'il y ait encore là concurrence entre des logiques médicales et des logiques administratives et que la culture soit l'enjeu d'un conflit entre les deux et d'une reprise de pouvoir. Ne nous masquons pas les choses, dès lors qu'il y a émergence d'un métier, dès lors qu'il y a institution, il y a des rapports de force, des rapports de pouvoir.

Donc comment faire ? il n'y a pas d'autre possibilité que de définir une politique culturelle c'est-à-dire un lieu d'expression, une pensée, une réflexion autour de cette fonction prioritaire citoyenne que la culture peut avoir dans cette institution. Ce n'est pas seulement autour du métier, le métier en sera nécessairement le porteur mais une politique culturelle se définit indépendamment des logiques médicales et administratives.

## La culture et (à) l'hôpital : le brouillage des frontières

---

**Gilles HERREROS**

maître de conférences en sociologie  
à l'Université Lumière Lyon 2

*L'intervenant adopte ici, en tant que sociologue, une position résolument extérieure au monde de l'hôpital autant qu'à celui de la culture. Le propos, originellement prévu autour du thème du trouble, tournera autour des pièges dont le projet culture à l'hôpital pourrait bien être victime. Le parallèle avec la naissance des entreprises d'insertion il y a 20 ans est riche d'enseignements. L'institutionnalisation qui a gagné ce milieu, novateur à l'origine, pourrait bien guetter culture à l'hôpital et la menacer de dérive à peine né. La question sera envisagée sous deux angles : les cultures de l'hôpital et la légitimation. Les cultures à l'hôpital sont nécessairement plurielles et culture à l'hôpital n'arrive pas dans un champ vierge. Ces cultures sont profondément désorientées. Le programme institutionnel de l'hôpital, ensemble de règles incorporées par tous ses acteurs, a été totalement bouleversé. La dévotion au patron et à la cause de l'hôpital a pris fin. De même le programme organisationnel s'est transformé. De charismatico-bureaucratique, c'est-à-dire fondé sur le couple chef / règles, il est passé à technico-stratégique c'est-à-dire fondé sur le couple procédure / responsabilité personnelle. L'affrontement entre ces deux modèles génère incertitude et luttes. Pris dans ces enjeux stratégiques, culture à l'hôpital est attendu pour être récupéré. Dans ce contexte brouillé et instable quelles sont les conditions de conduite d'un projet à l'hôpital ? Comment trouvera-t-il sa légitimation ? Le responsable culturel, pièce centrale du dispositif, tient à la fois d'Hermès et de Procuste. Messenger parfois peu fidèle, traducteur-traître, fixant ses propres normes, il a besoin, comme Hermès, d'être contrôlé. Mais par qui ? La quête de légitimité qu'expriment tous les acteurs de culture à l'hôpital interroge. C'est en effet de l'univers bureaucratique lui-même que ces derniers l'attendent sous forme de textes. C'est aussi de la qualité artistique. On touche ici au paradoxe d'une démarche spécialisée dans le décentrement et le brouillage qui se tourne vers les dimensions bureaucratiques et expertes pour trouver sa légitimité. Quel avenir pour culture à l'hôpital dans cette tension entre démarche créative et désir d'institutionnalisation ? La démarche n'est-elle pas menacée de récupération au profit du projet de l'organisation technocratique et stratégique ? Pour s'en protéger une seule solution : être instrumentalisé par plusieurs camps. Ce qui permet de revenir au brouillage.*

Quelques mots d'abord pour vous dire qui je suis et ce que je fais. Je ne suis pas comme vous sur le front de la culture à l'hôpital, mouillant la chemise avec la détermination qui s'est exprimée pendant ces deux journées. Je ne suis pas non plus au sein de la grande administration hospitalière. Je suis dans une situation relativement tranquille, au regard de la culture à l'hôpital du moins, puisque je suis enseignant-chercheur et que je me promène dans les organisations pour voir ce qui s'y passe. Cela vous indique que je ne suis ni un spécialiste ni un opérationnel des questions de culture à l'hôpital. Je ne suis pas non plus un spécialiste de l'hôpital puisque j'interviens aussi bien dans un univers industriel que dans un univers administratif. Ce déplacement dans des univers différents me permet de repérer des choses. Donc c'est, en partie, sur ce rapprochement d'univers distincts que je vais essayer de construire mon propos.

Je dis essayer car l'intervention que je vais faire n'est pas celle que j'avais prévue. Mon intention était de parler du brouillage des frontières en fondant mon propos sur le trouble. Les projets à l'hôpital, dans cette époque de modernité qui veut clarifier, rendre les

choses transparentes, sont plutôt dans une démarche inverse qui met l'accent sur le trouble, avec des responsables culturels faisant fonction d'agents doubles et d'agents troubles. Et puis à vous entendre depuis hier matin je me suis dit que ce n'est pas ça qu'il fallait faire. J'ai eu le sentiment qu'il y avait une grande communion de tous les gens présents. Evidemment avec quelques distorsions, dont nous avons eu écho ce matin, mais quand même une grande communion sur ce que nous faisons à l'hôpital : nous savons pourquoi nous le faisons, nous mouillons la chemise pour le faire, chacun là où il est, DRAC, ARH, soignant, responsable culturel, etc. Donc j'ai décidé de réorganiser mon propos dans une perspective différente dont le fond consistera à vous dire que j'entrevois depuis hier un certain nombre de chausse-trappes et pièges, qui me font dire que tout ceci, utile mais essentiel, est peut-être mal embarqué. Mon propos consistera à dire que j'entrevois dans ce qui a été évoqué ... un projet mort-né. Je vais essayer de vous expliquer pourquoi. Je commence par vous livrer des impressions.

### **Un processus qui a un air de déjà vu...**

La première réaction, qui me servira d'introduction, est le sentiment de retrouver une situation que j'ai connue il y a 20 ans dans un univers complètement différent. 1984 est une période où se lance en France un mouvement auquel je participe comme acteur : le mouvement des entreprises d'insertion. En 1984 elles s'appellent encore les entreprises intermédiaires. Elles existent depuis 10 ans au moins. Dans ces entreprises intermédiaires on décide de faire quelque chose que ne font pas les entreprises : de l'insertion. Plutôt que de produire de l'exploitation et de l'exclusion, des entreprises vont fabriquer de l'insertion, de la formation et on va tenter de les faire labelliser. 1984 c'est une phase laboratoire. Les éducateurs viennent travailler pour des salaires dérisoires, on a les pires difficultés pour créer des postes, les entrepreneurs protestent en évoquant une concurrence déloyale. Bref, en dépit des énergies, il est très difficile d'obtenir une validation de cette démarche. Des espaces très différents se côtoient. Il y a les éducateurs, qui embauchent des gens qu'on n'embauche nulle part pour tenter de les amener sur le marché du travail. Ils se posent une question : que sommes-nous ? Sommes-nous des éducateurs, des entrepreneurs ou des êtres hybrides tentant de connecter les univers de la formation, de l'insertion, de l'entreprise ? On a aussi des agents de l'Etat qui disent « allez-y on va essayer de faire passer des textes ». C'est une période pionnière, une phase de construction, caractérisée par l'incertitude et une espèce de ferveur d'être dans la novation.

20 ans plus tard que voit-on ? Ces entreprises s'appellent désormais les entreprises d'insertion. Elles existent mais, si elles continuent de remplir une fonction intéressante, elles se sont complètement institutionnalisées. Il y a des textes qui les régissent, il y a un monsieur insertion à la DDTE et dans cet univers, devenu un univers complètement institutionnalisé ressemblant à des espaces entrepreneuriaux classiques, la fonction laboratoire est devenue vraiment marginale.

J'ai retrouvé dans les échanges qui ont traversé la salle quelque chose qui ressemblait à cela. Donc mon propos tiendra en deux points :

Un certain nombre de chausse-trappes pourraient s'ouvrir sous les pieds de ceux qui militent pour culture à l'hôpital et, pour éviter d'y tomber, au moins faut-il les repérer. En clair le projet que vous portez pourrait fort bien être menacé d'une dérive alors qu'il est tout juste né.



J'aborderai le sujet selon deux axes :

- 1 - Les cultures à l'hôpital, qui ne renvoient pas à culture à l'hôpital.
- 2 - La légitimation ou ce que certains ont appelé les conditions d'émergence du projet.

## **Les cultures à l'hôpital**

Ce qui m'a frappé c'est que personne n'a pris le peine de définir le terme de culture. C'est peut être un tic de sociologue mais dans certains cas ça a l'avantage de clarifier ce à quoi on fait référence. Il n'y a pas de définition universelle de la culture. Un auteur américain a trouvé 370 définitions. Difficile donc d'avoir une prétention à l'universalité. Par culture j'entends la culture dans les organisations : un ensemble de règles licites, explicites, fonctionnelles, symboliques que les acteurs mobilisent pour pouvoir tenir ensemble. La culture est désignée par ses règles communes.

Mais évidemment il n'y a pas une culture homogène et l'usage du pluriel me paraît très important. Car, même si les managers des années 80 voulaient à tout prix parler de la culture dans leur organisation y compris à l'hôpital, la culture n'est pas la même entre le directeur d'une entreprise et son ouvrier. Il est donc essentiel de décliner « les » cultures dans une organisation.

Les cultures à l'hôpital, nécessairement plurielles donc, n'ont donc pas attendu la culture à l'hôpital pour exister. On ne vient pas emplir un lieu culturellement vide, on vient frotter une démarche qu'on appelle « culture à l'hôpital » à un lieu qui est nourri de cultures.

Deuxième point : ces cultures à l'œuvre à l'hôpital sont aujourd'hui complètement déboussolées, au plan institutionnel comme au plan organisationnel. L'institution n'est pas l'organisation, elle est ce qui produit des valeurs incorporées chez les individus. C'est parce que ces valeurs sont incorporées que chacun peut savoir qui il est et quel rôle il tient. Les professionnels de l'hôpital, mais aussi ceux de l'école et d'une manière générale tous ceux qui travaillent sur autrui : professeurs, formateurs, travailleurs sociaux, soignants, ont incorporé de longue date un programme institutionnel. Ce programme institutionnel leur permet d'avoir une idée à peu près claire sur ce qui importe et ce qui est secondaire, ce qui est grand et ce qui est petit, ce qui est haut et ce qui est bas. Le programme institutionnel de l'hôpital, pendant de très nombreuses années et jusqu'à la fin des années 80, a véhiculé l'idée que ce qui est grand, à l'hôpital, c'est le médecin. Il est grand, il possède le savoir et la connaissance. On lui doit sinon le respect du moins de se mettre à son service. Ce programme était incorporé autant par le médecin et que par ceux qui travaillent avec lui. Les soignants avaient donc complètement intégré l'idée qu'ils devaient se mettre « au service. » Ils se comportaient en « dévots » : dévoués au médecin dans une logique de dévotion à l'institution, soigner les malheureux, en étant plutôt obéissants. Il se trouve que ce programme a volé en éclat. Rappelons le mouvement infirmier des années 80 « ni bonnes, ni connes, ni nonnes » : on ne veut plus de tout ça. Par ailleurs le malade avait, lui, largement intégré l'idée que s'il voulait guérir, il fallait qu'il soit gentil, qu'il soit un bon sujet, donc assujetti à l'univers hospitalier. Il se trouve que le malade ne veut plus être un sujet assujetti, mais un sujet qui prend la parole, conteste et, en dernière instance, peut même recourir aux tribunaux. Le médecin bien sûr conteste le fait qu'on lui dénie la position dominante qui était la sienne, il se cramponne. Voilà le fond

institutionnel de l'hôpital : des repères qui n'existent plus, un programme institutionnel qui se défait.

### **Charismatico-bureaucratique ou technico-stratégique ?**

Les formes organisationnelles de l'hôpital sont également bousculées. L'hôpital a longtemps eu une forme organisationnelle, donc dans ses structures internes, que l'on pourrait qualifier de « charismatico-bureaucratique ». Charismatico : le charisme du patron ; bureaucratique : des règles impersonnelles disent ce que les choses doivent être. Dans cette forme le couple chef / règles était le modèle. Depuis une vingtaine d'années, et il y a eu des lois pour ça au début des années 90, ce modèle organisationnel s'est vu progressivement substitué, même s'il n'est pas encore complètement installé, par un modèle « technico-stratégique. » Technico : le maître mot maintenant à l'hôpital c'est le professionnalisme : la règle, la procédure, les référentiels. C'est technocratique. Tout est cadré d'un point de vue technique et les gens doivent se conformer aux procédures prévues. Ce n'est plus seulement le chef qui dit. Stratégique : l'organisation stratégique fait porter à chacun des individus de l'organisation la responsabilité de ce qui va et de ce qui ne va pas. C'est à dire qu'on prend tellement son travail à cœur que quand quelque chose ne va pas on en est affecté jusque dans sa personne. Cela rejoint ce qui a été dit sur les compétences personnelles et leur évaluation. Et les compétences que l'organisation stratégique mobilisent ne sont pas simplement des compétences en terme de qualification, les compétences professionnelles recouvrent le fameux gargouillis que l'on entend partout : savoir-faire et savoir être. Quand quelque chose est mal fait la personne elle-même, en dehors de son entretien d'évaluation, culpabilise sur ce qu'elle ne fait pas. L'emprise de l'organisation est à ce point rusée que les individus s'auto flagellent.

Voilà l'hôpital. Quand vous arrivez avec culture à l'hôpital vous venez brouiller des choses qui sont déjà brouillées. Vous collez cela sur un univers où les repères institutionnels sont complètement brouillés, où les repères organisationnels sont complètement déplacés, avec des gens qui s'accrochent au charismatico-bureaucratique et les autres qui poussent vers le technico-stratégique. Quand vous arrivez avec votre projet culturel et un cœur gros comme ça, vous tombez dans des univers où les couteaux sont sortis et où les gens sont en souffrance. Vous avez toutes les chances d'en ramasser à volonté. Mais ce n'est pas le plus grave. Vous êtes là pour être des agents doubles prêts à trahir et à traduire. Le plus grave c'est qu'on va vous voir arriver avec des intentions stratégiques : comment faire main basse sur cette affaire ? Dans cet univers déjà brouillé, vous allez être attendu pour être récupéré et c'est l'objet de mon deuxième point.

### **La conduite d'un projet**

Dans ce contexte, quelles sont les conditions de l'avancée du projet ? J'évoquerai quelques points.

Le premier c'est le fameux responsable culturel. De ce nouvel être non encore institué, non statufié Carine Delanoë disait que c'est un traducteur traître. Deux mots sur cette notion de traduction. Les travaux de Michel Serres nous ont éclairés sur cette notion, particulièrement dans un ouvrage qui s'appelle « la traduction. » Pour symboliser le

traducteur il utilise la figure d'Hermès à laquelle j'en rajouterai une autre. Hermès est le messager des dieux. Son travail c'est de transmettre les messages des dieux et de faire remonter, en langage managérial, les informations aux dieux. Hermès est aussi psychopompe : il transporte les âmes au ciel. Il a d'autres caractéristiques : c'est aussi le dieu des messagers, des voleurs et des menteurs. Quand vous le croisez sur un chemin il est capable de vous donner la direction mais seulement s'il en a envie. Donc il peut vous perdre et pourrait même vous détrouser. Hermès, messager des dieux, figure du traducteur, n'est acceptable dans ses fonctions que parce qu'il est surveillé par les dieux. Si vous êtes traducteur, vous êtes une figure d'Hermès donc capable de toutes les traductions / trahisons et de toutes les roueries possibles. Hermès possédait une forme d'intelligence que les grecs appelaient la *metis* : métissage. La *metis* n'est pas la sagesse (*sofia*), ce n'est pas le pragmatisme, c'est la rouerie. Hermès est un combinard. Les gens placés sous son patronage sont donc dans une position où ils jouent, où ils font passer de mains en mains les enjeux, et où ils manipulent. Mais qui donc surveille les responsables culturels ? L'autosurveillance ne va pas suffire. Il faut peut-être réfléchir aux garde-fous qui permettront aux responsables culturels d'être des traducteurs traîtres sous surveillance.

Une deuxième figure usager de la *metis* est Procuste. On le croise aussi sur les chemins mais il est là pour vous indiquer si vous passez ou si vous ne passez pas : si vous avez la maille. Donc Procuste rallonge les petits, raccourcit les grands, coupe, taille. Il reforme ou déforme tout ce qui ne lui paraît pas à la norme. Procuste a besoin d'une table pour travailler : la table c'est ce qu'on appelle le référent, le référentiel, la norme. Il n'est pas certain que les traducteurs, ni Hermès ni Procuste, n'aient pas leurs normes invisibles quand ils taillent : l'art thérapie quand il y a trop de thérapie, l'animation quand il n'y a pas assez d'artistique par exemple. Le problème c'est qu'il ne montre jamais vraiment la table sur laquelle il coupe. Le traducteur est un Procuste.

Je rajoute que le travail du traducteur c'est d'interpréter. Quand on interprète une situation on le fait non pas telle qu'elle est (qui pourrait prétendre à l'objectivité ?) mais à partir de schèmes déjà présents. Quelle est la qualité des schèmes à partir desquels le traducteur interprète les situations ? Comment interprète-t-il la situation des cultures présentes à l'œuvre dans l'hôpital ? Cela fait question.

Deuxième point sur ces étapes de la conduite d'un projet. La quête de légitimité, si elle est bien compréhensible, interroge. Vous avez été plusieurs à dire que l'un des moments clés de la légitimation est la convention, les textes officiels. Or, dans un univers bureaucratique, un texte est ce qui dit « le juste ». En désignant le texte comme voie de légitimation vous allez chercher dans l'univers bureaucratique une idée du juste qui dit que le juste se confond avec la règle. La deuxième dimension que vous avez évoquée est le soutien du directeur. Dans l'univers bureaucratique, le directeur est le chef légal, celui qui a la légalité rationnelle. C'est encore une des caractéristiques de la bureaucratie. Ainsi, dans ce que vous avez identifié comme chemin de la légitimité, vous mettez en avant les éléments de la bureaucratie.

Troisième direction : celle de la légitimité artistique. 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 qualité 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. On arrive à un paradoxe. Tout en étant spécialistes du brouillage vous voudriez du clair en

réintroduisant ce qui fait ou ce qui ne fait pas la maille. Il y a probablement là un espace de réflexion. Il me semblait avoir compris que sous l'intitulé « culture à l'hôpital » il s'agit de créer des espaces de rencontre et de controverse, c'est à dire des espaces décentrés qui amènent les uns et les autres à n'être plus sur leurs registres habituels pour pouvoir se rencontrer, se découvrir et créer des choses d'un type nouveau. N'y a-t-il pas dans cette démarche spécialisée sur le décentrement et le brouillage, un usage à réfléchir des dimensions bureaucratiques et des dimensions très expertes ? Car après tout l'artiste est défini par une expertise que n'auraient pas d'autres acteurs.

Je voudrais conclure en évoquant une tension. D'un côté la conscience que l'hôpital est un institué : c'est à dire ce qu'on n'interroge plus ; qui tombe sous le sens. L'hôpital est un institué avec des pratiques routinisées qui font évidence pour tous. Les problèmes des institutions naissent quand elles sont engluées dans l'institué, un enfermement aggravé par le fait qu'on ne voit plus ce qui enferme. Donc vous venez vous heurter à un institué dans une fonction appelée instituante par les sociologues pour désigner le moment où il y a du créatif et où on interroge ce qu'on n'interrogeait plus. Et cette démarche instituante est tout ce qui constitue la dynamique et le côté laboratoire. Mais en même temps vous êtes avides d'institutionnalisation : vous demandez des textes, des référents, des profils de poste.

La question est de savoir si, dans cette tension, vous n'êtes pas menacés par certaines logiques présentes à l'hôpital qui voudraient utiliser la démarche culture à l'hôpital pour faire valoir son propre projet qui est un projet d'organisation stratégique et technocratique. Quand je vois apparaître l'idée que les projets culturels pourraient être inscrits au projet d'établissement, lesquels projets d'établissement sont la pierre philosophale du management, je me dis que vous êtes appétissants pour la logique technocratique et stratégique. Ce n'est pas grave. Culture à l'hôpital est inutile mais intéressant : pour être inutile et intéressant jusqu'au bout il y a probablement intérêt à réfléchir à la façon dont vous pourriez en intéresser plusieurs. Etre utilisé et instrumentalisé n'est grave que quand on l'est par un seul camp. Mais si on est utilisé par tout le monde c'est intéressant, parce que chacun vous prend pour un traître. Retour au brouillage.

## Conversation entre Richard Rechtman et Gilles Herreros sur l'ensemble des travaux et débats du séminaire

---

### ÉCHANGES AVEC LA SALLE

*Ces derniers échanges ont permis d'exprimer doutes et interrogations, particulièrement en ce qui concerne le rôle des artistes à l'hôpital et ce qu'ils y apportent, par les protagonistes eux-mêmes. Que les acteurs au cœur du dispositif culture à l'hôpital s'interrogent sur leur pratique en dit long sur le besoin de poursuivre la réflexion collective. C'est le propos de plusieurs manifestations qui sont annoncées, pour conclure ce séminaire, par le ministère de la culture.*

*Comment peut-on mettre en œuvre une vraie politique culturelle à l'hôpital sans que ce soit une suite de projets décousus et en associant les différents acteurs de l'hôpital ? Est-ce que ça vous semble réalisable ?*

Richard RECHTMAN

Je pense que c'est complètement réalisable. A partir du moment où on utilise le terme de politique on sait que ce sera conflictuel et compliqué. Pour faire suite à l'intervention de Gilles Herreros, j'aimerais moi aussi faire une provocation. Il me semble que derrière son propos il y a une utopie surprenante chez un sociologue de l'organisation. Comment pourrait-il y avoir un lieu où l'organisation n'étendrait pas son emprise et, avec elle, le fait sous-jacent que cette organisation, qui est le lieu même de l'institution par les tensions générées, est constitutive de cette politique. Peut-être que ce contexte éminemment conflictuel lui permet justement d'émerger. Il est dans ce sens en peu prématuré de parler de mort-né à propos de culture à l'hôpital.

*Vous avez dit que les médecins ne sont pas nombreux dans cette salle, je voudrais dire que les malades non plus ne sont pas nombreux. Par contre nous sommes tous des malades potentiels. Il faut en prendre conscience. J'avais vu sur le document de communication « culture et hôpital », j'avais dû mal comprendre car je n'ai entendu parler que de culture « à l'hôpital. » Je dois être moi aussi très hybride et agent trouble puisque j'essaye, avec d'autres, de faire de la culture à l'extérieur de l'hôpital. Nous les malades-artistes, nous sommes des êtres bizarres. D'autre part je n'ai pas attendu d'être citoyen pour être malade ni l'inverse, car on ne sait jamais quand on va être malade, par contre on peut savoir quand on sera citoyen. Nous sommes la matière première de tout ce dont on parle puisque sans malades pas d'hôpital. Du coup je ne sais plus où je me situe.*

*Un commentaire sur ce que vient de dire Gilles HERREROS qui m'a opportunément rappelé qu'il fallait que la culture reste subversive. Je le remercie de nous avoir permis de ne pas l'oublier. C'est un directeur qui parle !*

*Ma question s'adresse au Ministère de la Culture à propos de la SACEM. N'y a-t-il pas un moyen de passer un accord pour favoriser la culture dans les hôpitaux ? Pour les petits hôpitaux les droits d'auteur sont très lourds. Comment faire ?*

Catherine BARDUGONI

Je ne représente pas le Ministère mais je travaille à l'Arsec et nous rencontrons fréquemment cette question : tout le monde voudrait être exonéré des droits d'auteur pour des raisons diverses, les mairies, les bars, etc. mais la Loi s'applique à tout le monde.

Michèle CHANG

*Vous avez évoqué la différence entre art et animation, il y a quand même des choses spécifiques à chacun des deux. L'art « permet de révéler des contenus invisibles de l'esprit » comme le dit Michel HENRI. Lors d'une lecture au chevet, par exemple, le malade peut s'emparer de quelque chose de l'œuvre, c'est une réalité qui est exprimée par les personnes. A ce moment là on n'est pas dans l'évaluation. Maintenant nous sommes bien conscients du paradoxe qui est de vouloir se justifier pour pouvoir agir, mais c'est l'action qui importe.*

Bruno BOUSSAGOL

*Je suis metteur en scène et je travaille à l'hôpital depuis 25 ans. Je dirige des ateliers de création de spectacles avec une population hospitalisée pour plusieurs années. Je défends la place de ce type d'activités et j'espère qu'on n'étouffera pas tout ce qui est de l'ordre de la création avec le malade. Je considère, en tant que metteur en scène travaillant dans une institution, que la population à laquelle je m'adresse est l'acteur. Ce qui m'intéresse c'est de fabriquer des choses, avec des enfants autistes et psychotiques, qui seront adressées ensuite, ou pas, à un public extra-hospitalier qui seront les spectateurs. Quand culture à l'hôpital est arrivé nous étions déjà financés depuis des années. Nous n'avons fait que signer des conventions. Or j'ai vu arriver des quantités de gens qui n'ont rien à faire avec la position que je défends. Il y a eu renforcement d'un certain intermédiaire qui est absolument nécessaire, mais il ne faut pas que ce soit au détriment de l'artistique et de la création. Car ce qui va se multiplier c'est la diffusion. Les hôpitaux n'ont pas à devenir des mini-scènes. C'est une dérive qui guette culture à l'hôpital et c'est là qu'on peut parler de « mort-né » : par l'envahissement de ce qui n'est pas artistique. Tout le reste du champ culturel, diffusion, formation, animation, est très puissant et c'est nécessaire, mais l'artiste est indispensable. Or le ministère de la culture nous a retiré sa subvention cette année, sous prétexte qu'il y en a d'autres à subventionner. Cela paraît grave*

Richard RECHTMAN

Justement c'est tout l'enjeu aujourd'hui. Si on imagine qu'il y a une politique culturelle à l'hôpital alors ce que vous proposez verra le jour. L'opposition que j'ai essayée de faire entre politique culturelle d'un côté et politique hospitalière de la culture de l'autre, comme l'opposition animateur socioculturel et responsable culturel, ne veut pas dire que dans un projet culture à l'hôpital il ne puisse pas y avoir d'autres choses. Ça veut simplement dire que ceux qui vont le décider ne sont pas les médecins ni les directeurs. Si maintenant les responsables culturels considèrent qu'ils doivent poser un cadre très rigide et s'interdire d'avoir accès à des actions thérapeutiques c'est stupide. Il n'y a pas lieu de reproduire des interdits, il s'agit simplement que cet espace soit conquis par un certain nombre de personnes et qu'il puisse s'ouvrir à des initiatives telles que vous le décrivez.

*Je suis comédienne, je travaille à l'association Tournesol et j'interviens dans un hôpital de la région parisienne auprès de personnes âgées. J'anime un atelier d'expression qui a un but artistique, puisque l'année se conclura par une exposition et une lecture des textes que j'ai retranscrits car ces personnes n'ont pas la possibilité d'écrire. Depuis hier mes questions n'ont pas trouvé de réponses. J'ai bien compris que l'hôpital avait intégré la*

*nécessité de faire rentrer les artistes à l'hôpital, mais je n'ai toujours pas compris dans quel but, ni ce qu'il cherche vraiment et j'ai parfois eu peur que ces artistes soient instrumentalisés. Je n'ai pas entendu beaucoup d'artistes et je me demande quel est l'intérêt pour les artistes de venir travailler à l'hôpital. Je sens bien qu'il y a un enrichissement mutuel évident, et j'avance dans ma démarche personnelle de comédienne et d'auteur, mais j'attends encore de savoir quelle est l'essence d'une telle rencontre et comment notre voix et notre démarche est entendue par les gens qui s'y intéressent. Il me semble qu'il y a une incompatibilité totale entre les deux mondes, et c'est à partir de là qu'il nous faudra avancer, à partir de ce qui fait nos différences. Avant d'essayer de cadrer des projets artistiques. On est là pour apporter autre chose.*

Xavier COLLAL

Je voudrais apporter le point de vue du ministère de la culture. L'expérience décrite plus haut est remarquable. Si elle n'est pas reconduite en terme de financement cela n'exclut pas le fait qu'elle puisse perdurer. Les projets de résidence d'artistes se développent de plus en plus et on peut poser la question aux artistes : « qu'apportent leurs interventions ? » Je ne peux pas répondre à leur place encore que j'ai expérimenté un certain nombre de pratiques artistiques en milieu hospitalier.

Le travail qui peut se faire avec les patients, quand il est de qualité et qu'il s'inscrit dans un projet de création, a sa place dans le mode de financement que nous proposons et dans le dispositif culture à l'hôpital.

Sur le sujet de l'instrumentation de la culture, effectivement c'est un risque majeur. Nous avons intitulé ce séminaire non pas « culture à l'hôpital » mais « culture et hôpital », c'est un élément de réponse car nous avons le souci de préserver l'entité de la culture. L'intervention culturelle à l'hôpital n'est pas spécifiquement différente des interventions culturelles qui se passent ailleurs.

*J'aurais voulu proposer au sociologue d'enrichir le panthéon et d'ajouter, aux côtés d'Hermès et Procuste, Beaumarchais pour la Sacem et Orphée pour les artistes, en espérant qu'ils feront remonter les informations. En ce qui concerne les médecins l'image de Lorenzaccio me paraît appropriée. A partir des expériences que je conduis, il me semble que l'une des façons d'avoir un garde-fou sur la récupération c'est de faire en sorte que les actions culture à l'hôpital servent à ouvrir un espace public auquel la population alentour va participer. Les principes de l'économie solidaire peuvent être intéressants. Quand on monte quelque chose et que la population alentour y participe c'est une forme de réciprocité, dès lors l'hôpital n'est plus le maître de la situation.*

*Quel que soit le cursus en terme de formation et l'expérience professionnelle des responsables culturels hospitaliers, leur nomination leur donne pour mission la mise en place d'une politique culturelle dans l'établissement. Je voudrais insister sur les points suivants. Dans le cadre de culture à l'hôpital se côtoient deux champs d'intervention, l'artistique et le culturel. Dans la mesure où le programme culture à l'hôpital se situe bien dans une politique d'élargissement des publics, il me semble indispensable de rapprocher ces deux champs. Quelle que soit la politique de sensibilisation, éducation artistique notamment, qui sera mise en place dans un établissement de santé, la finalité de celle-ci est l'accès de tous à l'art. Aussi il paraît essentiel que cette politique de sensibilisation soit intimement liée à la création artistique. Autant que possible favoriser le fait que les artistes, qu'ils soient amateurs ou professionnels qui animent les ateliers, soient aussi impliqués dans un processus de création. Ce n'est pas la culture qui est subversive, c'est l'art.*

*malgré tout l'intérêt d'une politique de sensibilisation culturelle, la meilleure école du spectateur demeure encore le spectacle lui-même.*

*Je suis surprise car le livre est toujours le grand absent de ce type de réunion. Cela paraît une évidence mais on est loin du compte. Même si les directeurs d'établissements disent qu'ils ont des bibliothèques ça peut n'être qu'un placard et c'est dommage. Le livre est l'occasion pour beaucoup de retrouver du sens et il ne faut pas l'oublier. Nous aussi faisons intervenir l'artistique en accueillant des interprètes, et nous faisons vivre tout cela par des animations. Avoir une bibliothèque accessible à toute la communauté hospitalière semble facile mais ce n'est pas toujours si simple. Et pourtant, pousser la porte de la bibliothèque à l'hôpital c'est parfois plus facile que de pousser celle de la bibliothèque dans la ville.*

Denis LUCAS

Sur le terrain il y a des jumelages assez nombreux entre des bibliothèques et établissements de santé et autour de l'écriture et de la lecture il y a parfois l'implication d'écrivains dans des ateliers d'écriture. Sur le terrain donc ça existe.

*Je fais le constat qu'il y a peu d'artistes dans la salle mais ce n'était pas forcément l'objet du séminaire de donner la parole aux artistes. Je voulais me faire l'écho de cette interrogation « à quoi ça sert ? » Quelle peut être la résonance intime chez un artiste d'un travail en milieu hospitalier ? Il est clair qu'il y a eu un avant et un après. Avec la Scène Nationale de Blois j'ai mis en place, avec des personnes en fin de vie, un atelier d'écriture qui va donner lieu à mon prochain spectacle et vu l'importance que ce projet a pris, j'ai envie de donner à entendre ces témoignages, ces paroles. Cette expérience a été très forte pour moi, elle m'a permis de revenir à ce qui me semblait essentiel et de le donner à entendre à d'autres.*

*Je suis animateur et il m'arrive de travailler avec le milieu scolaire et je ne manque pas de leur faire visiter l'établissement ne serait-ce que pour tenir compte de leurs observations. La vision récurrente chez les scolaires est que le patient serait un prisonnier, les infirmières soignantes des matons et le médecin un juge. Je me demande si la culture à l'hôpital ne peut pas servir à casser cette image.*

Madeleine ABASSADE

*Je propose d'introduire Dionysos, dieu du désordre, qui trouvera toujours en face de lui celui de l'ordre esthétique, Apollon, et puis il y aura un cycle naturel de la succession des deux dieux. Je n'oublie jamais de mettre Dionysos de notre côté car c'est bien le dieu des arts et de la danse, pas de la danse maîtrisée mais celle de la fête. C'est aussi le dieu du vin, autrement dit d'une chose qui ne sert à rien non plus.*

*Une fois tous les deux ans on retrouve des homologues et j'aimerais vraiment qu'il y ait un réseau permettant des échanges. Je pense à cela à propos de la notion de compétition. Je me suis retrouvée dans le milieu hospitalier venant du milieu culturel et j'ai senti fortement une compétition entre établissements hospitaliers. J'ai tenté d'échanger avec des personnes responsables de services culturels là-encore il y a un problème de compétition, pas d'échange d'artistes, etc. je trouve cela dommage. On se retrouve avec un tas d'adresses mais s'il pouvait y avoir un véritable réseau se serait très positif.*



Xavier COLLAL

Je voudrais remercier tous les participants pour la qualité des débats et des questionnements. La réflexion se poursuivra car nous avons encore beaucoup de choses à explorer.

La prochaine rencontre est internationale elle se déroulera à Dublin les 24, 25 et 26 juin 2004. Notre séminaire sur la diffusion du cinéma en milieu hospitalier sera les 14 et 15 juin au CNC et enfin un colloque architecture/arts plastiques les 25 et 26 novembre à Lille.

J'espère que les journées culture à l'hôpital pourront se tenir en 2005 mais il n'y a pas d'échéance précise.

## TABLE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** Programme du séminaire
- Annexe 2 :** Liste des Participants
- Annexe 3 :** Liste des Intervenants
- Annexe 4 :** Listes des Correspondants DRAC et ARH
- Annexe 5 :** Listes des principales associations culturelles intervenant en milieu hospitalier
- Annexe 6 :** Listes des Conventions régionales DRAC/ARH
- Annexe 7 :** Convention nationale Culture/Santé
- Annexe 8 :** Présentation de l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la fonction publique hospitalière
- Annexe 9 :** Présentation du répertoire des métiers hospitaliers
- Annexe 10 :** Fiche métier du Responsable culturel hospitalier
- Annexe 11 :** Webliographie
- Annexe 12 :** Présentation de l'ARSEC