

respiration magnifique de l'extérieur dans un milieu aseptisé **apaisante**
pertinente très belle initiative **parfait** thérapeutique **complète** très
appréciable fantastique flamboyant canon drôle magique innovant joyeuse vivante rêve
distrayante pétillant **merveilleux** satisfait boostant tonifiant réaliste tonique
jubilatoire très agréable et original dans ce lieu très intéressant(e) joyeuse
comédie humaine magnifique **dynamique** apporte de la gaieté et de la
variété à la vie de l'établissement **époustouffant** détendant **humoristique** bonheur
pour les enfants lumineux **SOUVENIR, SOUVENIR...** nice **original et**
émouvant dans un tel cadre rassurante **agréable, superbe soirée** chaleureux **intéressante par le mélange**
des populations utile et génial c'était bien : belle voix formidable **génial excellente**
universel divertissement cool très plaisant, très belle poésie poétique, une bonne
soirée *très professionnel, bien* **fraîcheur poétique en**
musique **original et profonde** enrichissant(e) très bien **bien** (très)
sympathique très satisfait amusant **super** sympa imaginative, intéressante et riche
en témoignages excellent **très bonne initiative** **superbe** très vivant très original
chouette plaisant agréable **indispensable** convivial divertissant

Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation.

très satisfaisante **détente éclatante** très bien au CHU à poursuivre spectacle
de qualité passe un bon moment **bravo, génial** très intéressante et émouvante très
plaisante originale, de très bon niveau engagé et à la fois glamour évasion, bien-être,
coloré magnifique superbe tapageuse surprenant superbe, émouvant magnifique
soirée belle et gaie **merveilleuse soirée de chansons, vraies et réelles avec des super artistes** haute
qualité **soirée bonheur** bulle culturelle en milieu
hospitalier tonique et entraînant en tant que soignant, les événements culturels
à l'hôpital me posent question *bonne soirée musique excellente* **merveilleux,**
sublime, gai et bon pour le moral des patients enrichissante sur le plan humain et intellectuel
entraînant et tonique **inouvable et inattendu** jubilatoire chaleureux et
musical très bien, drôle, divertissant **importante pour toutes les personnes de**
l'établissement : patients, parents, professionnels belles œuvres, beaucoup
d'émotion extraordinaire imaginaire incroyable **talent et professionnalisme**
vivante et joyeuse très bien et engagé **indispensable, nécessaire,**
vitale décalé un lieu original, un environnement peu habituel sympathique et
nécessaire très intéressant et utile **très heureuse initiative** c'est bien pour les enfants très
intéressant et divertissant agréable, utile
agréable, enrichissant agréable et utile, stimulante chaleureuse, joyeuse, humaine très
bonne effet bénéfique pour les enfants **on attend la suite** intéressant car décroïssonne

les spécialités c'est bien joué mais ce n'est pas mon style réconfort, joie, rire **dépaysante et utile un monde à part, étrange** sentiment d'étrangeté **dépaysement du soin** super bien, c'est agréable d'entendre les instruments **très beau lieu intéressant dans sa simplicité** original, décapant, désopilant instinctif et dépaysant **surprenant, l'humain est au centre de la maladie** très intéressant

bienfaitrice découverte d'une autre culture **intéressant et instructif extraordinairement nécessaire** étonnant et dynamique donc dynamisant émotion, divertissement, partage, détente très encourageant **un vrai régal, excellent** amusant, superficiel et néocolonial **drôle, amusant** un moment de bonheur épatante, drôle et enfin du talent superbes artistes virtuoses bonne humeur générale bouleversant tant par le contenu que par l'interprétation. Cela m'a donné envie de revoir des pièces de théâtre **original, intéressant** une très belle et agréable récréation musicale intéressante, sujette à débat belle, intelligente, surprenante magnifique, décapant, fantastique, excellent musicien, bravo **distrayante intelligente, généreuse et humaine** détente questionnante **très enrichissant, très important qu'elle ait eu lieu** conviviale, accessible **trop bien ouverture**, passion **cela met un peu de gaieté au niveau de l'hôpital, cela fait du bien aux patients et aux personnes** intéressante et innovante très bonne idée à développer **un instant fort en émotion enfin plus d'humanité**

Voici les principales réponses, données par les publics d'actions culturelles à l'hôpital, à la question : Quel qualificatif utiliseriez-vous pour parler de la manifestation à laquelle vous venez d'assister ? Autant de qualificatifs, ou plutôt de superlatifs, qui semblent inviter à l'institutionnalisation d'expériences pour le moment largement expérimentales...

Culture-Hôpital.

De l'expérimentation à l'institutionnalisation.

Gilles Herreros et Bruno Milly

Université Lumière Lyon 2 – Laboratoire MODYS (Mondes et Dynamiques des Sociétés) –
– Institut de Recherche sur le Changement dans les Organisations

Contrat de Recherche
Institut de Recherche sur le Changement dans les Organisations
Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes
Direction Régionale des Affaires Culturelles Rhône-Alpes
Région Rhône-Alpes

Rapport de recherche

mars 2009

Remerciements	5
Quelques scènes	6
Introduction	11
Contexte de la commande	11
Méthodologie	14
Présentation des matériaux	14
Inflexions de notre méthodologie	16
Plan du rapport	17
1. Les retours des publics.....	18
Une très large satisfaction, tous publics confondus.....	22
La diversité des publics selon les manifestations culturelles.....	24
Le public des patients	28
Le public des personnels	30
Le public des riverains, visiteurs	32
Conclusion sur les publics.....	33
2. Les acteurs culturels.....	35
Les artistes.....	35
Les gestionnaires des structures culturelles.....	39
3. Les référents culturels.....	42
Le choix stratégique d'un référent culturel.....	42
Des hydrides, avec des soucis de légitimité	44
Culture et communication	46
Le binôme référent-chef d'établissement : entre coopération et dépendance.....	48
Les liens avec le dispositif régional Culture à l'hôpital	50
Conclusion sur les référents culturels.....	52
4. Les comités locaux.....	53
Des lieux ressources	53
Des réseaux d'action	55
5. La commission régionale Culture à l'hôpital.....	57
Un fonctionnement centré, concentré, concentrique... et démocratique ?	58
Le cercle des initiés... et le cercle des moins initiés	59
6. Les établissements non engagés dans le dispositif régional	64
Les établissements hospitaliers non engagés.....	64
Les établissements culturels non engagés	68
7. Auto-analyse	70
Modalités de constitution et de fonctionnement du groupe d'auto-analyse	70
Implication et entre-soi.....	70
L'exigence de professionnalité et l'esthétique de l'échange	71
Les enjeux des financements	72
La médiation.....	73
Les finalités de la culture à l'hôpital	74
8. Modèle d'analyse	75
Des modèles de représentations des événements culturels.....	75
Des formes d'investissements politiques.....	78
Les ressources culturelles de l'environnement local	80
Synthèse	83
9. Vers l'institutionnalisation ?	85
La sensibilisation dans les formations	86
Les métiers de la « Culture à l'hôpital ».....	86
Dispositif réglementaire, guide, observatoire.....	87
Conclusion.....	91
Bibliographie.....	95
Annexes	96

Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier tous ceux qui ont accepté, à un moment ou à un autre de l'étude, de nous accorder la disponibilité et la confiance d'un entretien et/ou d'un simple temps d'échange. Mais aussi tous ceux qui ont accepté notre présence observatrice dont nous savons, par d'autres terrains, combien elle peut être jugée encombrante.

Nous remercions aussi chaleureusement tous ceux qui ont accepté de participer au groupe d'auto-analyse, acceptant de se déplacer en « territoire lyonnais », de se découvrir un peu plus qu'habituellement, de se soumettre au débat, de donner généreusement de leur temps.

Nous remercions les représentants de nos commanditaires, ceux qui nous ont guidés dans cette recherche, en acceptant d'être un peu plus que des commanditaires.

Enfin, un merci spécial à Séverine Peruzzo pour son accompagnement dans la conduite de la recherche, à Anne Grandsire pour sa participation à l'étude.

Quelques scènes

Désordre

En ce début d'après-midi, Isabelle, responsable culturel de l'établissement, accueille quatre chanteurs, deux garçons, deux filles, dans le hall de l'hôpital. Après de brèves présentations et quelques mots d'usage, les artistes déposent leurs sacs, manteaux et autres écharpes sur les tables et les chaises d'une salle de réunion, transformée pour la circonstance en loge d'artiste. Ils sont déjà en tenue de « scène », pantalon ou jupe noirs et chemise ou chemisier blancs. Malgré la sobriété vestimentaire de chacun, ce petit groupe, « blanc et noir », attire le regard de ceux qu'ils croisent dans le dédale des couloirs qui mène au premier service où ils sont attendus. Arrivés devant la salle de soin, Isabelle cherche du regard le cadre soignant avec lequel elle a négocié le passage des artistes. Echange bref de salutations ; « je ne sais pas qui viendra, nous avons pas mal de malades assez mal en point en ce moment... lorsque j'ai dit à Isabelle que nous pouvions recevoir le groupe de gospel, je n'imaginais pas que les patients du moment se trouveraient en aussi grande fragilité ; installez-vous ici nous verrons bien ». L'intersection de deux couloirs, face à la salle de soin, tiendra lieu de scène. Quelques chaises sont rapidement rassemblées par le cadre, aidée d'une infirmière ; cinq ou six sièges, tout au plus, fourniront le parterre du spectacle. Personne ne sait exactement comment agencer la situation ; du regard, le cadre interroge les artistes lesquels restent sans réponse, réfléchissant eux-mêmes à la meilleure façon d'occuper l'espace. Ces quatre-là sont membres d'une formation d'une vingtaine de chanteurs spécialisés dans le Gospel. Ils n'ont guère l'habitude de se retrouver en aussi petit comité et en de tels lieux. Ils sont intimidés... « j'ai le trac » affirme l'un d'eux... Il précisera plus tard que ce trac était différent de celui qu'ils connaissent habituellement juste avant un lever de rideau ; un trac qui ressemble une gêne : « suis-je à ma place ? ».

« Je vais chercher Mme XXX je pense qu'elle en aura envie, elle adore chanter » annonce une infirmière. Du coin de l'œil, les personnels qui vont et viennent, entre la salle de soins et les chambres jettent un regard incrédule sur ce qui est en train de se préparer. Personne n'est encore installé dans ce couloir improvisé en mini-salle de concert et pourtant déjà, des claquements de doigts, des balancements de corps, scandent les premières mesures ; les artistes se sont lancés. Les voix tonnent, résonnent, emplissent le couloir, traversent les minces cloisons des chambres alentours. Le chœur prend possession des lieux ; il investit le service et probablement au-delà, la totalité de l'étage au moins. Les voix portent et s'installent ; c'est un standard de Gospel qui ouvre le mini-récital. Chacun pourrait en reconnaître la mélodie, même si beaucoup plus rares seraient ceux capables d'en livrer le titre et/ou le nom du compositeur. Les murs, le sol, les plafonds donnent l'impression de vibrer. L'acoustique n'est pas celle d'un auditorium. À pas ralentis, un malade, puis deux, surgissent du fond du couloir, se présentent étonnés face aux quatre jeunes gens. L'un avance en traînant avec lui le support de sa bouteille de sérum, l'autre se déplace appuyé sur son déambulateur. Bientôt, avant la fin du premier chant, ces deux spectateurs seront rejoints par d'autres pensionnaires du service ; ils sont seuls ou accompagnés de ceux qui sont venus leur rendre une visite. Très vite, on manque de chaises car une douzaine de malades se pressent. Plusieurs infirmières, jusque-là embusquées à quelques mètres, se mettent en quête de trouver des sièges. Un attroupement s'est formé. Ceux qui ne peuvent trouver à s'asseoir, malades, visiteurs, soignants indistinctement sont appuyés aux murs. Les chants se suivent seulement entrecoupés d'applaudissements ; ils fusent, s'enchaînent comme dans un concert. Tous sont

attentifs mais tout le monde bavarde ; les patients, leurs familles, les personnels, chacun y va de son couplet : « ils sont beaux ces jeunes ! », « ils chantent bien ! », « qu'est ce qu'on est mal assis ! », « vous avez reçu la visite de votre fils aujourd'hui ? », « alors on travaille ou on reste à écouter ? », « il faut que j'y aille, je n'ai pas que cela à faire... ».

Debout, appuyé contre l'embrasure de la porte de la salle de soins, j'écoute et profite, comme tout le monde, de la qualité de l'instant, en même temps que je tente d'observer le détail de la situation. La porte d'une chambre située à proximité est restée ouverte ; la malade qui l'occupe est dans son lit. Trop mal en point pour se lever, pour bouger même ; ses yeux sont clos. À ses côtés, un parent explique à une infirmière : « compte tenu des drogues qui lui ont été administrées, soit elle n'entend pas, soit elle capte inconsciemment et apprécie sûrement ». À vrai dire, nous n'en saurons rien, mais tout le monde restera sur cette idée.

J'aperçois, au fond du couloir, ce que je suppose être un soignant vêtu d'une blouse blanche laquelle signe son appartenance aux personnels de l'hôpital. Il approche d'un pas énergique, déterminé ; cela tranche avec le rythme lent qui caractérisait, quelques instants auparavant, l'arrivée des patients. Sa blouse est ouverte, on aperçoit, dessous, un costume civil, il porte autour du cou un stéthoscope. Probablement un médecin, peut-être même le chef de service « aux airs » qu'il affiche. Manifestement, à la mine qu'il arbore et au pas qui est le sien, il ne comprend pas ce qui se passe et semble être venu pour faire cesser le vacarme. Découvrant la scène, il s'arrête... comme interloqué, coupé dans son élan, et sans doute dans ses intentions de rétablir l'ordre. Il demeure en suspension quelques secondes, croisant ici et là le regard des « spectateurs », soignants, patients, visiteurs. Son demi-tour est tout aussi énergique que son arrivée, il s'éloigne, dodelinant de la tête, maugréant ; on devine le propos... « l'hôpital n'est plus ce qu'il était... ! ».

Une quinzaine de minutes s'est écoulée, les artistes, chaleureusement applaudis, remercient leur auditoire... un autre service les attend. Tout en dialoguant, chacun s'en retourne dans les chambres ou à son travail.

À l'entrée du service, un cadre d'une unité voisine vient interpeller Isabelle : « Dites-moi ! Vous ne pourriez pas leur demander de venir chanter dans mon service tout à l'heure ? Je n'ai pas été informé de la venue de ces artistes ... je ne suis jamais au courant de ce genre d'événements. Ce serait bien qu'ils viennent... ».

Les baigneurs

Où s'installer ? Le guitariste et la chanteuse qu'il accompagne viennent de pénétrer dans l'antre des psychomotriciens ; une petite piscine destinée aux exercices de rééducation. Une dizaine de patients sont dans l'eau, bonnet vissé sur la tête, certains accrochés à des flotteurs, d'autres tentant de se tenir debout ; tous exécutent scrupuleusement les mouvements que leur dicte la personne chargée de les aider à récupérer leur mobilité. Pour ces patients, souvent polytraumatisés de la route, l'exercice est presque quotidien. Les activités dans l'eau sont de nature à accélérer ce qu'il est convenu de nommer leur réadaptation fonctionnelle : prise d'appui et travail de verticalité, mouvements et tonicité, immersion et respiration, relaxation, fluidité du corps, enveloppe sensorielle... « Bonjour à tous ! Nous allons vous jouer quelques chansons de notre composition ». Sans autre forme de présentation ou d'introduction, les deux artistes se sont installés tout au bord de l'eau de chaque côté du bassin. La hauteur de plafond confère une acoustique particulière à ce lieu... la guitare occupe l'espace, les deux voix s'enlacent à la tierce, mélodie et poésie. Les patients, silencieusement, poursuivent leurs exercices. Selon ce qu'autorise leur position, les « baigneurs » saluent chaque chanson de battements de mains ou de sonores « Bravo ! Bravo ! » qui ricochent à la surface de l'eau. La scène a un côté surréaliste. Le guitariste, debout en équilibre sur le rebord de la piscine, donne le meilleur de lui-même tout en veillant à ne pas basculer dans le bassin, la pointe de ses souliers emmitouflés dans des plastiques dépassant légèrement du rebord. Le psychomotricien, en blouse blanche, mime avec de grands gestes les mouvements attendus ; il semble vouloir compenser le mutisme que lui imposent les artistes par l'amplitude de sa gestuelle. À l'autre bout, la chanteuse agrippée à une rambarde qui la sépare de l'eau donne l'impression de livrer un prêche, accrochée à la barre de son autel. Tous trois, le guitariste, le psychomotricien, la chanteuse, sont tournés vers la cohorte des « baigneurs » ; certains flottent sur des bouées de couleurs vives, esquissant quelques maladroits mouvements de bras ou de pieds, d'autres enfouis dans le bassin jusqu'à la taille se contorsionnent exécutant de pénibles tentatives d'assouplissements. En rythme et en rimes, les patients s'appliquent ; leurs visages esquissent alternativement des grimaces d'effort et des sourires de satisfaction. La scène semble tirée en droite ligne d'un film surréaliste tendance Fellini ou Mikhalkov, lorsque le burlesque se mêle à la gravité. Drôle de public, flottant, trempé, à demi-nu ; curieux artistes, proches du plongeur ; soignant cocasse, gesticulant et muet.

Cinq ou six chansons plus tard, les deux musiciens se retirent ; applaudissements et apostrophes fusent : « c'est déjà fini ? », « vous revenez demain ? », « c'est drôlement bien la kyné en musique ! ». Les deux visiteurs du jour, ravis, adressent un au revoir de la main et se dirigent vers les cuisines de l'établissement. Ils ont préparé quelques chansons pour les personnels de la restauration lesquels, s'apprêtant à déjeuner, les attendent avec curiosité et gourmandise ; il paraît que le chef cuisinier adore chanter.

Rencontre

Les élèves de l'Ecole primaire voisine viennent d'investir le parc de l'hôpital. Avec les enseignants et les parents qui ont accepté d'accompagner les enfants, une trentaine de personnes se trouvent rassemblées devant l'entrée. Bousculades, gesticulations, cris, rires, désordre, ces gamins de CE2 et de CM1 sont venus pour jouer et, pour eux, les festivités ont déjà commencé. Les instituteurs présents semblent avoir renoncé à intervenir passant le relais de la régulation... aux clowns. Avec leurs nez rouges, chapeaux enfoncés jusqu'aux oreilles, costumes de scène bariolés, elle et lui ont réussi à capter l'attention de tous. Maintenant il s'agit d'accueillir les jeunes enfants polyhandicapés qui, un à un, vont sortir de l'établissement, poussés, sur leur fauteuil roulant, par les soignants. Une vingtaine d'enfants très jeunes et tous très lourdement atteints, ne pouvant souvent ni marcher, ni parler distinctement, vont participer à fête. L'objectif est simple : des équipes mixtes vont être formées afin de réaliser plusieurs épreuves : un parcours d'obstacle, un atelier peinture, un autre où l'on danse et chante, un château magique gonflable que l'on peut utiliser comme une sorte de trampoline. Les enfants de l'école primaire pousseront les fauteuils, prendront dans leurs bras, avec l'aide des professionnels, leurs compagnons de jeux handicapés et, par-delà les différences, l'après-midi constituera pour chacun une opportunité de rassemblement. Observateur de la scène, je suis très impressionné par la sortie des pensionnaires de l'établissement ; ces jeunes enfants ont, le plus souvent, des handicaps très déformants, très invalidants. Alors qu'une sorte d'engourdissement me saisit devant l'effroyable situation dans laquelle se trouvent certains des pensionnaires, je reste stupéfait de la décontraction apparente avec laquelle les élèves accueillent ceux qui seront leurs petits camarades de jeux. Caresses, mots affectueux, main dans la main et déjà les équipes se forment ; les enfants valides se saisissent sans hésitation des fauteuils et les voilà qui rejoignent les différents ateliers. Les parents qui accompagnent les classes demeurent légèrement en retrait pendant que tous, les enfants, les clowns et les soignants, se sont lancés dans la ronde des jeux, sautant d'atelier en atelier. Lorsqu'ici ou là surgit une difficulté, une position délicate, une inquiétude, les clowns désamorcent ; une impertinence, une bouffonnerie et le rythme reprend. Les professionnels de l'établissement, qui connaissent les handicaps de leurs jeunes patients et sont habitués à la présence des clowns, semblent parfaitement sereins même lorsqu'il est question de faire sauter sur le trampoline un enfant qui ne pouvant, bien évidemment, se mouvoir seul, doit être porté par un adulte. Les cris, les rires des petits visiteurs du jour sont relayés par la lueur qui habite les grands yeux des enfants pensionnaires de l'établissement. À cet instant, assurément, on peut dire qu'une rencontre a eu lieu.

Main gauche

Un centre de réadaptation fonctionnelle, une salle d'ergothérapie, une patiente, d'une soixantaine d'années, dans un fauteuil roulant, une jeune ergothérapeute assise à ses côtés. La patiente travaille avec l'ergothérapeute la mobilité de sa main gauche.

L'ergothérapeute lui masse doucement les doigts et l'avant-bras et lui fait faire de petits exercices de motricité. L'artiste, un conteur, au seuil de la porte, propose de lire des textes pendant la séance de travail. La patiente accepte, invite l'artiste à entrer dans la salle, regarde l'ergothérapeute en souriant : « Y a relâche pour moi, aujourd'hui ! ». L'artiste s'installe sur une petite table en face de la patiente, effeuille un classeur avec des textes, s'arrête sur l'un, le lit.

- *Ca vous a plus, Madame ?*
- *Oui ! C'est le plaisir, le plaisir des oreilles.*
- *Vous voulez un autre texte, court ?*
- *Oui !*

L'artiste effeuille ses textes, réfléchit, hésite, lit, à voix lente.

- Je vais vous lire un texte d'Henri Michaux : « Parfois, quand je me sens très bas et je suis toujours seul aussi et je suis au lit, je me fais rendre hommage par ma main gauche. Elle se dresse sur l'avant-bras, se tourne vers moi et me salue. Ma main gauche a peu de force et m'est fort lointaine. Paresseuse aussi. Pour qu'elle bouge, il faut que je la force un peu. Mais dès qu'elle a commencé, elle poursuit avec un naturel désir de me plaire. Ce sont des genuflexions et des gracieusetés à mon adresse et même un tiers en serait ému... »

Silence. La patiente sourit, regarde son bras gauche :

- *Est-ce qu'il deviendrait poétique, mon bras ? Il a peut-être honte de son comportement des derniers mois (sourire). Merci.*

Introduction

Contexte de la commande

En fin d'année 2004, l'étude réalisée à la demande de l'Agence Régionale Hospitalière Rhône-Alpes (ARH RA) et de la Direction Régionale de l'Action Culturelle (DRAC RA), intitulée *Petites liaisons Culture-Hôpital, variations sur le vital* (2004)¹, avançait un certain nombre de constats et de propositions.

Au plan des constats « Culture à l'hôpital » se révélait être vecteur de « troubles et de désordres » salutaires, ce qui revenait à dire, littéralement, que les actions conduites dans ce cadre entraînent de plain-pied dans le champ de la santé publique. En proposant aux malades de participer et d'assister à des projets d'ordre culturel, au rang de spectateur et/ou bien d'acteur, en offrant aux soignants la possibilité de s'investir aux côtés des malades sur des scènes différentes de celles rythmées par les traditionnels soins techniques ou même le nursing, « Culture à l'hôpital » donnait à voir une autre manière de penser les lieux de soins. En investissant l'hôpital afin d'y bâtir d'autres scènes que celles où ils œuvrent habituellement, en tissant des coopérations fortes avec des « publics » empêchés, déplacés, tous les intervenants, artistes et assimilés, (acteurs, danseurs, peintres, conférenciers, scientifiques, exposants...), contribuent à faire de ce lieu exclusivement consacré aux soins qu'est l'hôpital, un espace ouvert, poreux. Tournés vers les territoires, dont ils accueillent des partenaires se tenant classiquement en lisière de l'institution hospitalière, acceptant que des activités sans rapport avec la pratique strictement médicales puissent être développées en leur sein, les hôpitaux engagés dans les projets culturels ont troublé et complexifié non seulement leur image mais aussi celle du soin. Lieux d'hospitalisations, ils sont restés, évidemment, mais ils sont aussi devenus parallèlement des lieux de mémoire, des espaces patrimonialisés, des scènes de spectacles, des enceintes d'expositions... Bien sûr, ce détournement partiel des usages habituels des services de soins ne s'est pas opéré sans tensions. Des interrogations et contestations ont fusé : comment et pourquoi consacrer du temps, de l'énergie, de l'argent à des activités culturelles alors que les personnels de l'hôpital manquent de temps et de moyens pour assurer leur mission première qu'est le soin ?

Ce projet qui pouvait apparaître à certains comme un non-sens, une provocation, une tocade de biens portants, était donné à voir dans l'étude de 2004 comme adressant un ensemble d'interrogations fortes à l'institution hospitalière et à ses principaux acteurs. Le soin (technique) recouvre-t-il à lui seul la notion de santé ? Le malade, pour guérir, doit-il mettre en suspension toute autre forme d'activités que celles qui sont exclusivement tournées vers sa « réparation » technique ? En situation fortement contingentée du point de vue des moyens, faut-il se priver de dépenses culturelles au prétexte qu'elles seraient secondaires, superflues ? Dit autrement, en période de crise, faut-il supprimer l'action culturelle au nom d'une rationalité de gestion ? L'hôpital doit-il être une institution repliée sur « la production de soins » entendue comme vocation unique méritant d'être défendue derrière de hauts murs, lesquels, en assurant à celui-ci une sorte de coupure d'avec le reste du monde, garantiraient l'excellence de son activité ? De tels questionnements débouchent sur un constat net : « Culture à l'hôpital » véhicule l'idée que l'organisation hospitalière ne doit pas fonctionner comme une « institution totale », au sens où l'entendait Erving Goffman (*Asiles*, 1961), c'est-

¹ Etude réalisée par Gilles Herreros, assisté de S. Benslim, M. Do, J. Castrec, S. Huard, J.A Millet

à-dire comme un espace cultivant son retrait du monde en matérialisant fortement sa coupure d'avec ce dernier, soit matériellement soit symboliquement.

Au plan des propositions, l'étude *Petites liaisons culture-hôpital, variations sur le vital* suggérait, entre autres pistes de réflexions, que le dispositif mis en place au niveau régional autour de l'ARHRA et de la DRAC, appuyé sur une commission régionale sélectionnant les projets susceptibles d'être aidés financièrement, se dote de rouages locaux permettant de constituer un réseau d'acteurs impliqués. Ce type de relais territoriaux apparaissait comme une des façons de pérenniser et de développer l'action sans pour autant mettre en place un dispositif trop institutionnel (ayant vocation à ancrer officiellement les projets culturels au sein de l'organisation hospitalière) qui aurait risqué d'ôter aux projets développés leur force « subversive », leur élan instituant.

Depuis la parution de ce document, qui constituait la première évaluation du dispositif Rhône-Alpes de « Culture à l'hôpital », le développement du projet n'a cessé de s'amplifier. Là où une trentaine d'établissements étaient concernés en 2003-2004, ce sont près d'une cinquantaine qui aujourd'hui ont été ou se trouvent impliqués dans l'action. À l'ARHRA et à la DRAC, qui étaient à l'époque les principaux partenaires institutionnels, s'est adjointe, en 2005, la Région Rhône-Alpes qui désormais participe également au financement et au pilotage de l'opération. Par ailleurs, une nouvelle structure ayant vocation à animer et à constituer un pôle ressources pour les porteurs de projets s'est mise en place (Hi-Culture – Hôpital, Innovation, Culture) sous la forme d'un GIE, de même que six comités locaux (Ain, Drôme/Ardèche, Isère, Loire, Rhône, Savoie/Haute-Savoie) se sont organisés pour venir appuyer la démarche sur les différents territoires. Entre autres indicateurs de développement du projet, notons également que celui-ci s'est également trouvé pris en compte par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ³ ². Bien que ne revêtant aucun caractère réglementaire, cette inscription au SROS ³ n'en constitue pas moins une incitation officielle adressée aux établissements de santé pour que des initiatives soient prises dans ce domaine. C'est à partir de ce contexte de renforcement du projet que la demande d'étude, dont le présent document rend compte, nous a été adressée. Elle peut être formulée simplement : **comment réussir à évaluer aussi « objectivement » que possible les effets des actions entreprises dans le cadre de « Culture à l'hôpital » ? Quels pourraient être les indicateurs ou critères possibles d'une telle évaluation ?**

Par rapport au travail qui nous avait été confié en 2004, et qui déjà était tourné vers l'évaluation, la commande émise en 2006 comporte quelques variantes fortes. Tout d'abord, et en raison même du développement du projet, elle suggère assez précisément les pistes de réflexion à explorer. Quelle est la nature de l'inscription de la politique culturelle dans la politique d'ensemble des établissements hospitaliers, comment cela peut-il influencer sur les formes de coopérations entre les personnels ? Comment ces projets s'inscrivent-ils dans l'espace territorial tant du point de vue des partenariats tissés que des effets constatés localement dans les échanges entre ceux-ci ? De quelle manière les actions conduites accompagnent-elles les restructurations hospitalières (déménagement, regroupement...) du plan hôpital 2007 ? La culture organisationnelle d'un établissement peut-elle se trouver infléchie par les actions relevant de « Culture à l'hôpital » ? Comment les structures culturelles investissent-elles ce projet ? Avec quels effets sur les pratiques artistiques ? Avec quelle réflexion chez les artistes ?

2 cf. le texte du chapitre « Culture à l'hôpital » en annexe 2 du présent document.

À ces interrogations, qui ouvrent très (trop ?) largement le spectre possible de la recherche, il convient, en outre, d'ajouter, la difficulté particulière qu'introduisent les notions d'**indicateurs** et de **critères** d'évaluation. Ces deux termes, assez largement utilisés dans le cadre des différents « livres » constituant le SROS 3, ne sont pas anodins. Ils semblent non seulement constitutifs d'une culture de l'évaluation, dont on peut penser qu'elle imprègne l'esprit du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, mais ils paraissent renvoyer en outre à des formes qui s'expriment largement sous l'angle du quantifiable. En effet, en fixant, pour une période de plusieurs années, une sorte de planification prospective d'objectifs souhaitables, le SROS véhicule le principe de l'évaluation des résultats obtenus au terme de la période qu'il recouvre. En outre, lorsque l'on observe les différents constituants du SROS 3, on constate que les critères et autres indicateurs proposés relèvent le plus souvent du quantifiable et du cartographié.

Ce goût apparent pour la quantification est illustré par les questionnaires d'évaluation qui sont adressés par l'ARH aux établissements de santé afin d'apprécier leur activité, tant au regard des contrats d'objectifs et de moyens qu'ils ont signés, que dans la perspective d'assurer le suivi de leurs actions. Dans ce document, des séries de questions sont d'abord proposées avant d'être prolongées par des fiches d'indicateurs de suivi se présentant sous forme de tableaux et de ratios d'efficacité³. Faut-il en conclure qu'il serait plus ou moins nettement attendu, non seulement par nos commanditaires (l'ARHRA, la DRAC RA et la Région RA), mais aussi par les différents partenaires participant de la définition et de l'évaluation du SROS 3, que nos conclusions se présentent sous une forme comparable ? Dit autrement, dans la mesure où le projet « Culture à l'hôpital » se trouve, au même titre que d'autres orientations concernant le champ sanitaire, inscrit dans les priorités du Schéma Régional, ne faut-il pas qu'il satisfasse, lui aussi, aux exigences d'une évaluation stricte, objectivée par des critères et des indicateurs ? Dans une telle hypothèse, comment mettre en tableaux, en chiffres et en ratios ce qui caractérise la force dudit projet et que nous avons nommé plus haut, le « désordre salubre », ou encore ailleurs, le « trouble vital » (Herreros, 2004) ?

Si on ne peut que comprendre la nécessité de mesurer ce que sont les effets d'actions financées par des fonds publics, il reste que ce genre de mesure est non seulement toujours difficile à justifier et à réaliser (rendre justice en toute justesse de ce qui a été entrepris dans le cadre d'un projet n'est jamais une mince affaire, car les principes de justice comme de justesse sont nécessairement pluriels et toujours discutables – Boltanski, Thévenot, *De la justification*, 1991), mais en outre une présentation chiffrée est invariablement schématique et mutilante.

C'est en partant de tels raisonnements que nous avons bâti notre méthode de travail pour mener à bien l'étude sollicitée.

3 Voir en annexe, pour illustration, quelques-uns de ces tableaux d'indicateurs.

Méthodologie

L'analyse que nous développons dans ce rapport s'appuie sur plusieurs corpus de matériaux, recueillis et/ou construits lors des deux années 2007 et 2008. Quelques inflexions par rapport à la méthodologie conçue initialement sont à noter, que nous expliquerons après la rapide présentation suivante, organisée selon le fil chronologique du recueil de matériaux de notre étude.

Présentation des matériaux

- **Notre premier corpus de matériaux s'appuie sur des rencontres (principalement en 2007) avec les référents culturels dans quatre établissements engagés dans la convention régionale Culture à l'hôpital 2006-2008 (le CHS de Savoie, le CHU de Saint-Etienne, la Clinique Georges Dumas, La Fougeraie), ainsi que sur l'observation de quelques événements culturels en ces lieux et dans deux autres établissements conventionnés (Saint Luc / Saint Joseph, les Baumes).**

L'idée initiale était de suivre sur plusieurs mois les actions culturelles dans ces établissements, en nous appuyant sur la vision des référents culturels, mais aussi sur l'observation *in vivo* de quelques événements.

C'est ce projet que nous avons mis en œuvre au cours de l'année 2007, avec la rencontre des référents culturels et l'observation de quelques actions : exposition Garden Party, spectacle Gospel, spectacle Petites Formes, présentation du Festival Cinéma Santé, rencontre des Olympiades à la Fougeraie, ...

- **Un deuxième ensemble de matériaux est constitué de nos observations des comités locaux Culture-Hôpital.**

L'idée initiale était de saisir les dynamiques locales et territoriales du dispositif régional Culture à l'hôpital. Quels partenariats se mettent en place à l'échelle inter-établissements, à l'échelle des départements ? Quels sont les dynamiques et les points de blocage à l'œuvre ? Y a-t-il des spécificités locales et si oui, comment les caractériser ?

Nous avons assisté à des réunions de tous les comités locaux (Ain, Drôme-Ardèche, Isère, Loire, Rhône, Savoie / Haute-Savoie). A une réunion pour quatre d'entre eux, à trois réunions pour un autre, à quatre réunions pour un dernier. Soit 11 réunions de comités locaux au total.

- **Un troisième ensemble de matériaux est constitué de nos observations des commissions régionales (octobre 2007, mars, juin et septembre 2008).**

Ces participations étaient initialement principalement conçues comme des moments d'information et de communication à l'intention de tous les membres de la commission, sur les objectifs et les contours de notre étude, sur ses avancées. Chemin faisant, elles nous ont aussi permis d'observer le travail en actes de la commission, notamment dans la sélection des dossiers financés dans le cadre de la convention régionale.

- **Un quatrième ensemble de matériaux correspond à l'activité du groupe d'auto-analyse, construit *ad hoc* pour l'étude.**

Le groupe d'auto-analyse a été pensé comme une nouvelle scène, mobilisant un collectif inhabituel (non habitué à se rencontrer, tels les collectifs des comités locaux et de la commission régionale) et amené à produire par ses échanges une auto-analyse de ce qu'il s'engage dans les actions culturelles à l'hôpital. Basé sur un appel à volontariat, il a réuni notamment des référents de l'action culturelle dans des hôpitaux, des représentants d'institutions culturelles et hospitalières, des artistes.

Le groupe s'est réuni six fois au cours de l'année 2008 et a réuni une vingtaine de personnes différentes sur l'ensemble des séances. Après une première séance de présentation et d'échanges libres (janvier 2008), les séances se sont organisées autour de présentations par les intervenants des actions culturelles dans lesquelles ils s'étaient engagés, et de leurs bilans d'expériences sur ces actions et engagements : les trois séances de mars, mai et juin 2008 ont ainsi permis de confronter six retours d'expériences (deux par séances). La 5^{ème} séance (septembre 2008) a consisté en une restitution des deux chercheurs et un débat sur leur lecture des retours d'expérience produits dans le groupe. Une 6^{ème} et dernière séance a consisté en un débat autour d'un texte proposé par les deux chercheurs sur ce que pourraient être des indicateurs de l'action culturelle à l'hôpital.

- **Un cinquième corpus de matériaux correspond à un matériau quantitatif construit sur la base d'un questionnaire établi par Anne Grandsire.**

Le questionnaire visait à tester un mode d'évaluation de la réception par les publics des actions culturelles à l'hôpital. Les contraintes posées sur ce mode d'évaluation étaient importantes : il devait être court (1 format A4), standardisé, tout en étant adapté à la variété des actions culturelles conduites dans les établissements hospitaliers.

Cinq établissements, tous engagés dans la convention régionale, nous ont fait remonter des questionnaires. Nous en avons retenu 314, dont l'analyse constitue un pas vers la compréhension de la satisfaction générale des publics des actions culturelles à l'hôpital, mais aussi de leur diversité et de la difficulté d'une évaluation standardisée et quantifiée des réceptions de ces actions.

- **Un sixième ensemble de matériaux est constitué d'entretiens conduits auprès de directeurs d'établissements hospitaliers et culturels (fin d'année 2008) non engagés dans le dispositif régional Culture à l'hôpital.**

Après une première analyse de nos corpus précédents et restitution auprès de nos commanditaires (juin 2008), il nous est apparu que nos matériaux portaient principalement sur des acteurs engagés dans la convention régionale Culture à l'hôpital et qu'il serait intéressant de recueillir les expériences et avis d'acteurs moins ou non engagés dans ce dispositif. C'est ce projet que nous avons mis en œuvre fin 2008.

Un courrier a été envoyé aux directions de 10 établissements hospitaliers et 6 établissements culturels (suivant les modèles de courrier placés en annexe 5). Six directions d'établissements ont répondu favorablement à notre demande : 4 directeurs d'établissements hospitaliers, 2 directeurs d'établissements culturels.

Ces entretiens avec des directeurs d'établissements et/ou avec leurs référents des actions culturelles à l'hôpital ont permis d'approcher les façons dont ces acteurs percevaient les

actions culturelles à l'hôpital, en mettaient ou non en œuvre localement. Mais aussi de saisir comment ces acteurs, non engagés dans la convention régionale, percevaient cette dernière et ceux qui la portaient.

- **Un septième corpus est composé d'entretiens, conduits par Anne Grandsire, auprès des artistes engagés dans des actions culturelles.**

Anne Grandsire a exploité ce matériau dans le cadre d'un mémoire du Master Sociologie du Développement Culturel, soutenu en 2008, à l'Université Lumière Lyon 2, sous la direction de Gilles Herreros. Avec son accord, nous exploiterons le matériau brut qu'elle a bien voulu nous transmettre.

- **Un huitième corpus de matériaux est constitué des restitutions intermédiaires faites aux différents acteurs du dispositif et des retours de leur part.**

Sans compter les restitutions faites au groupe d'auto-analyse, nous avons organisé deux restitutions en juin 2008 : auprès du cercle étroit des acteurs institutionnels (ARH, DRAC, Région, Hi-Culture), auprès de la Commission régionale.

- **On ajoutera un dernier matériau : la participation au 2nd forum régional « Culture, Hôpital et Territoires : il suffit de passer le pont » (13 mai 2008).**

Inflexions de notre méthodologie

Par rapport à la méthodologie initialement prévue, une inflexion principale est à identifier et à expliquer : **nous avons délaissé le suivi régulier des actions culturelles engagées par les 4 établissements conventionnés retenus initialement** (cf. 1^{er} corpus de matériaux). Nous avons bien rencontré les référents culturels de ces quatre établissements et imaginé les formes d'un suivi possible sur plusieurs mois. Nous avons aussi, quand nos agendas le permettaient, assisté aux manifestations mises en place par ces établissements (ainsi que dans deux autres établissements conventionnés). Mais **ces observations nous ont conduit à retrouver beaucoup des éléments déjà décrits dans le rapport *Les petites liaisons Culture-Hôpital. Variations sur le vital* (décembre 2004). De ce fait, nous avons préféré réorienter notre regard et notre méthodologie vers des scènes et des outils non exploités dans ce premier rapport.**

Il s'avère au regard de cette inflexion que **notre matériau est principalement constitué de discours sur les actions culturelles, beaucoup plus que d'observations sur ces mêmes actions**. D'un point de vue sociologique, cette inflexion n'est bien sûr pas neutre : notre matériau porte moins sur des pratiques dont nous rendrions directement compte (à travers nos regards) que sur des pratiques et des actions qui nous ont été présentées, re-présentées verbalement dans différentes scènes (face-à-face sociologique, réunions institutionnelles) et via des médias différents (entretiens, questionnaires notamment) de ceux de l'observation *in vivo*.

L'analyse des discours en sociologie a cet avantage de pouvoir travailler sur la façon dont les acteurs vivent la réalité, la « subjectivent » (ce que l'on peut appeler les « expériences »), mais aussi sur la façon dont les acteurs mettent en discours ces expériences (ce que l'on peut appeler les « verbalisations »). Tout l'intérêt est de s'intéresser alors aux médiations entre la réalité et son expérience – la subjectivation – d'une part, entre l'expérience et la mise en discours – la verbalisation – d'autre part. Il y a des

choses qui peuvent se dire et d'autres qui ne le peuvent pas par manque de mots, il y a des choses qui se disent et d'autres qui ne disent pas selon les scènes dans lesquelles on parle et les acteurs en présence, il y a des discours officiels et des discours officieux, il y a des totems (sorte de références incontournables) et des tabous (les impensés de la Culture à l'hôpital). De ce point de vue, notre matériau est particulièrement riche.

Mais l'analyse des discours a aussi cet inconvénient de ne pas pouvoir accéder à certains niveaux de réalité et d'expérience. On peut penser par exemple aux niveaux « sensibles » ou « émotionnels » qui ne se mettent pas en mots (comme dans un entretien) et encore moins en indicateurs (comme dans un questionnaire), ou très difficilement. Il y a beaucoup de situations – et les expériences artistiques en font assurément partie – où les mots peuvent manquer ou paraître pauvres pour rendre compte de l'expérience. Il y a aussi des tabous et des discours officiels que nulle scène ne permet réellement d'ébranler : certains acteurs se livreront plus dans le face-à-face d'un entretien sociologique que dans une réunion institutionnelle, d'autres garderont en toutes circonstances un parfait contrôle sur leurs productions verbales ! Pour tout acteur, la verbalisation est une forme de maîtrise de la présentation de soi, qu'aucun sociologue ne peut espérer faire tomber. L'observation *in vivo* est alors une méthode complémentaire indispensable, si l'on veut bien ne pas oublier que les comportements observés ne sont jamais aussi que des comportements mis en scène, à l'attention plus ou plus moins explicite de l'observateur présent.

C'est ce matériau complémentaire dont nous pensons en partie manquer dans ce rapport. En d'autres termes, la forme de nos matériaux nous empêche de penser pouvoir accéder à certains niveaux d'expérience, ceux de l'action culturelle en train de se faire, ceux de l'action culturelle en train d'être éprouvée. Nous disposons par contre d'un matériau extrêmement riche sur les « retours d'expériences ».

Plan du rapport

Plutôt que de découper le rapport sous un format classique – une partie descriptive des matériaux, une partie analytique sociologique et une partie prescriptive sous la forme de recommandations –, qui présente selon nous l'inconvénient d'opposer très artificiellement le registre scientifique aux registres descriptif et normatif, et par là de ne pas donner une valeur comparable aux différentes interprétations, nous avons préféré choisir un plan en mille-feuilles. Heureusement pour notre lecteur, il n'y en aura que neuf...

L'idée est de réfléchir aux différentes scènes et publics du dispositif Culture-Hôpital, en essayant de rendre compte des expériences qui s'y vivent, d'en dégager quelques traits intéressants pour l'analyse sociologique, tout en repérant des voies d'action pour ceux qui veulent asseoir et/ou développer les actions culturelles en milieu hospitalier.

Nous commencerons par les retours des publics des actions culturelles (1), évalués par le biais d'un questionnaire standardisé. Nous poursuivrons avec un regard sur les acteurs culturels (2) et les référents culturels (3), engagés dans des actions culturelles en milieu hospitalier. Nous enchaînerons avec l'étude de deux scènes importantes du dispositif régional « Culture à l'hôpital » : les comités locaux (4) et la commission régionale (5). Nous ferons alors un petit tour du côté des établissements non engagés dans le dispositif (6). Avant de nous appesantir sur les enseignements du groupe d'auto-analyse que nous avons constitué *ad hoc* pour cette recherche (7). Pour finir, nous tenterons une synthèse de tous ces matériaux dans un modèle d'analyse (8) et réfléchirons aux perspectives d'institutionnalisation du dispositif (9).

1. Les retours des publics

L'évaluation de la réception par les publics des actions culturelles auxquelles ils participent est au cœur de grands débats dans le champ culturel en général, dans le sous-champ de la culture à l'hôpital en particulier. **Faut-il évaluer ? Comment évaluer ? Peut-on mettre en indicateurs des formes de réception et des niveaux de satisfaction chez les publics ?**

Plusieurs des débats qui ont animé le groupe d'auto-analyse – nous y reviendrons – ont porté sur l'évaluation des réceptions, sur sa possibilité et sur ses formes. **Il se dégagait un large consensus autour de la difficulté à mettre en indicateurs le plaisir esthétique**, comme le sourire d'un enfant face à un clown, la satisfaction éprouvée face à une œuvre picturale, le bien-être ressenti dans une participation à une action culturelle. Au-delà de ce consensus, apparaissait **un clivage entre les « puristes »** refusant toute forme d'évaluation standardisée, **les « sceptiques »** jugeant cette évaluation sans doute nécessaire mais impossible, **les « interrogatifs »** se demandant comment trouver les indicateurs de la réception.

C'est ici un vieux débat qui anime le champ culturel à l'hôpital et dont ont déjà essayé de sortir quelques acteurs, en mettant en place des outils d'évaluation des actions culturelles à l'hôpital. On pense par exemple au Musée des Confluences et l'évaluation qu'il a faite de deux expériences culturelles en milieu hospitalier : *Empreinte(s)* et *Lectures minérales* à l'hôpital Saint Luc – Saint Joseph de Lyon⁴. Les évaluations étaient réalisées sous la forme d'entretiens informels, de recueil de témoignages, avec pour trame : les modes d'information et les motivations, la connaissance du profil de la personne, la perception de la thématique et des collections, les liens faits avec le Musée, la perception du concept « culture à l'hôpital », les apports et limites de la proposition. Nous reviendrons sur le fond de ces bilans d'expériences (cf. encadré 4), mais l'on peut déjà noter que cette méthode d'évaluation à chaud et par le biais d'un échange informel est sans doute la mieux à même de rendre compte des expériences esthétiques ou artistiques. Cela étant dit, elle est coûteuse en ressources et en temps (de passation et d'interprétation) et difficilement transposable à d'autres actions culturelles. En des termes très schématiques, la qualité de l'information retenue se faisait au détriment d'informations plus quantitatives.

Dans la commande qui nous avait été initialement adressée, nous devions **imaginer un outil quantitatif d'évaluation des modes de réception qui puisse être transposable à différentes actions culturelles**. Comment construire un questionnaire standard d'évaluation ? Comment cerner rapidement (en quelques minutes, pour ne pas dissuader le public de répondre), avec un maximum de questions fermées (c'est-à-dire dont les modalités de réponse sont prévues) et un minimum de questions ouvertes pour faciliter la comparabilité quantitative des réponses, les réceptions mais aussi les profils des publics des différentes actions culturelles à l'hôpital, dont on sait qu'elles sont diverses et divergentes dans leurs contenus ? Quels indicateurs socio-démographiques retenir pour cerner ces profils ?

C'est ce pari impossible qui a été confié à Anne Grandsire, étudiante en Master 2 à Lyon 2, avec notre aide. Un pari forcément imparfait, au regard des injonctions contradictoires qu'il comportait : un minimum de questions pour un maximum d'informations. Au regard de nos discussions avec quelques-uns des porteurs d'action culturelle, le format d'une feuille A4 (et d'une durée estimée de 5 minutes) est devenu le cadre imposé.

⁴ Nathalie Candito a présenté un bilan de ces évaluations lors du comité local du Rhône de novembre 2007.

Bonjour,

Merci de répondre à ces questions concernant la manifestation culturelle que vous venez de voir.

Cette étude est réalisée dans le cadre de l'évaluation du dispositif « culture et hôpital » confiée à deux chercheurs en sciences sociales de l'université de Lyon 2, Gilles Herreros, Bruno Milly et Anne Grandsire, étudiante.

Nom et Date de la manifestation culturelle :

1/ Votre profil :

1. Quel âge avez-vous ?

1. Moins de 15 ans 2. De 15 à 25 ans
 3. De 26 à 35 ans 4. De 36 à 45 ans
 5. De 46 à 55 ans 6. De 56 à 65 ans
 7. 66 ans et plus

2. Vous êtes :

1. Une femme 2. Un homme

3. Quelle est votre activité actuelle de travail ?

1. Exerçant une activité à plein temps
 2. Exerçant une activité à temps partiel
 3. A la recherche d'un emploi
 4. En arrêt maladie
 5. Sans activité professionnelle
 6. Retraité
 7. Elève, étudiant

4. Quelle est votre profession ou la dernière que vous avez exercée ?

1. Agriculteur (trice) exploitant
 2. Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise
 3. Cadre et profession intellectuelle et artistique supérieure
 4. Profession intermédiaire, technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise, professeur des écoles
 5. Employé(e)
 6. Ouvrier(e)
 7. Autres (précisez _____)

5. Où habitez-vous ?

1. Dans la ville de la manifestation
 2. Dans son agglomération (hors ville de la manifestation)
 3. Dans son département (hors agglomération de la manifestation)
 4. En Rhône Alpes (hors département de la manifestation)
 5. En France (hors Rhône alpes)
 6. A l'étranger

6. Quel est votre dernier diplôme ?

1. Primaire/ Collège 2. BEP/CAP
 3. Bac/ Bac + 1 4. Bac + 2/ Bac + 3
 5. Bac + 4/ Bac + 5 6. Bac + 6 et plus

2/ La manifestation culturelle :

7. Vous êtes rattaché à l'hôpital en tant que :

- 1. Patient
- 2. Personnel de l'hôpital, Précisez _____
- 3. Famille du patient
- 4. Artiste intervenant
- 5. Partenaire culturel
- 6. Autres, précisez _____

8. Comment avez-vous entendu parler de cette manifestation culturelle? (Plusieurs réponses possibles)

- 1. Vous travaillez sur le lieu de représentation
- 2. Vous travaillez pour cette manifestation
- 3. Vous en avez pris connaissance une fois sur place
- 4. Des amis, des proches
- 5. Votre entourage professionnel
- 6. Vous suivez le travail de l'Artiste
- 7. Affiche
- 8. Internet
- 9. Journal ou un magazine, précisez lequel :
- 10. Autre, précisez : _____

9. Quelle est votre fréquentation du lieu ?

- 1. C'est la première fois que vous venez
- 2. Vous venez ponctuellement
- 3. Vous venez régulièrement

10. En moyenne, combien de fois environ, vous allez par an :

	Jamais	1 fois	2 à 3 fois	4 à 5 fois	6 fois et +
Au cinéma	<input type="radio"/>				
Au théâtre	<input type="radio"/>				
Musée/expo	<input type="radio"/>				

11. Cette manifestation entre dans le cadre du dispositif « culture et hôpital », le saviez-vous ?

- 1. Oui
- 2. Non

12. Quel qualificatif utiliseriez-vous pour parler de la manifestation à laquelle vous venez d'assister ?

13. Pour aller plus loin :

Etes-vous disposé à nous accorder du temps pour développer d'autres points ?
Dans ce cas, laissez-nous vos coordonnées ci-dessous, nous vous contacterons prochainement.

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

Merci de votre participation.

Encadré 1 : Le questionnaire et ses limites

Ont finalement été retenus comme indicateurs de profils : l'âge (Q. 1), le genre (Q. 2), le statut professionnel actuel (Q. 3), la dernière profession exercée (Q. 4), le lieu d'habitation (Q. 5), le dernier diplôme obtenu (Q. 6), l'auto-évaluation des fréquences de pratiques culturelles (cinéma, théâtre, musée / exposition) (Q. 10).

Ont été retenus à propos de l'action culturelle, le lien avec l'établissement lieu de l'action culturelle (patient, famille de patient, personnel, artiste intervenant, ...) (Q. 7), la fréquentation de ce lieu (régulière, inhabituelle, ...) (Q. 9), le mode d'information sur l'action culturelle (Q. 8) et pour l'évaluation de l'action culturelle, une seule question ouverte sur laquelle nous reviendrons : Quel qualificatif utiliseriez-vous pour parler de la manifestation à laquelle vous venez d'assister ? (Q. 12)

Deux questions ont été ajoutées : connaissance du dispositif régional Culture à l'hôpital (Q. 11), disponibilité pour un échange plus approfondi sur leur expérience (Q. 13).

En dehors de toutes les faiblesses liées à la taille contrainte du format et la standardisation des questions pour une application à des manifestations culturelles très différentes, ce questionnaire est imparfait. S'il devait être généralisé, quelques pistes d'amélioration immédiates pourraient être retenues (pistes qui nous sont apparues lors de l'observation des questionnaires remplis) :

- Saisir la dernière profession exercée avec une question ouverte, plutôt qu'avec une question fermée mobilisant les catégories de l'INSEE, qui a souvent été mal comprise par les répondants.
- Ajouter des entrées « ancien patient » et « simple visiteur » dans les réponses proposées à la question 7.
- Compléter les indicateurs de fréquences de pratiques culturelles, avec une question plus discriminante sur les fréquences de pratiques musicales (pratique d'un instrument ou fréquence d'assistance à un concert).
- Elargir les réponses à la question ouverte à plus d'un qualificatif.
- Ajouter une nouvelle question sur les limites éventuellement perçues à l'action culturelle engagée.

En ayant conscience de toutes ces imperfections, nous proposerons un regard sur les réponses données aux 314 questionnaires que nous avons retenus.

Encadré 2 : Le choix des 314 questionnaires retenus et leur traitement

Cinq établissements, tous engagés dans la convention régionale, nous ont fait remonter près de 700 questionnaires, dont 450 pour un seul établissement ; sur ces derniers 450 questionnaires, 400 correspondaient à des groupes d'infirmiers en formation, ayant visité « en groupes » l'exposition concernée. Au regard de ces données, nous avons choisi de ne pas traiter ces 400 derniers questionnaires ; leur intégration dans le corpus global aurait en effet largement faussé les informations tenant à la variété des publics.

Nous avons finalement retenu 314 questionnaires, concernant 6 manifestations ayant eu lieu dans 5 établissements différents. Les manifestations – leur contenu, leur forme (ponctuelle / longue), leur public – sont cruciales pour comprendre les évaluations qui ont été faites. Pourtant, nous nous étions engagés à un anonymat des informations traitées. Pour gérer ce dilemme, et après traitement des premières données, nous avons isolé 3 types de questionnaires :

- le type 1 est un ensemble de 111 questionnaires touchant à des manifestations diverses dans leur contenu (théâtre, musique, danse, chanson, lectures), régulières dans l'année mais ponctuelles dans le temps, ayant eu lieu dans un centre de réadaptation fonctionnelle, avec une diffusion orientée principalement vers les patients, leurs familles, des anciens patients, les personnels.

- le type 2 est un ensemble de 60 questionnaires touchant à l'intervention, régulière dans l'année, de clowns dans un établissement pour enfants lourdement handicapés : l'évaluation a particulièrement mobilisé les personnels de l'établissement et les parents des enfants hospitalisés.

- le type 3 rassemble 143 questionnaires touchant à des manifestations non régulières sur le format d'expositions, de concerts, ..., et généralement caractérisées par leur diffusion large (hors les murs de l'hôpital). Nous avons rassemblé ici des questionnaires provenant de plusieurs établissements.

Une très large satisfaction, tous publics confondus

Le premier enseignement des réponses à ces 314 questionnaires est **la grande satisfaction manifestée dans les réponses à la question ouverte sur la qualification de l'action culturelle** (254 réponses ont été faites à cette question). Ce sont ces réponses que nous avons fait apparaître sur les premières pages de notre rapport. En voilà un traitement plus exhaustif. On distinguera ceux qui se sont pliés à l'exercice particulièrement difficile (sinon impossible et inepte (!) au regard de la complexité de l'expérience et du jugement esthétiques) de répondre, comme demandé, à la question 12 avec un seul qualificatif et ceux qui, tout en acceptant de répondre, se sont affranchis de cette contrainte.

Voici, classés par ordre de fréquence décroissant, les adjectifs retenus par ceux qui ont accepté de ne donner qu'un qualificatif : « (très) intéressant(e) » (cité 14 fois), « enrichissant(e) » (7), « très bien » (6), « bien » (5), « (très) sympathique » (6), « génial » (5), « formidable » (4), « surprenant(e) » (4), « amusant(e) » (3), « super » (3), « sympa » (3), « excellent » (3), « très vivant » (3), « (très) original » (3), « chouette » (2), « magnifique » (2), « plaisant(e) » (2), « agréable » (2), « indispensable » (2), « convivial » (2), « époustouflant » (2), « divertissant » (2), « (très) satisfaisante » (2).

Ont été cités une fois : « apaisante », « nice », « pertinente », « parfait », « complète », « très appréciable », « fantastique », « chaleureux », « flamboyant », « canon », « très bonne », « très satisfait », « drôle », « excellente », « bonne », « magique », « innovant », « imaginatif », « incroyable », « joyeuse », « vivante », « rêve », « distrayante », « pétillant », « merveilleux », « satisfait », « boostant », « détendant », « thérapeutique », « lumineux », « très encourageant », « dynamique », « superbe », « tonifiant », « réaliste », « tonique », « humoristique », « rassurante », « universel », « divertissement », « cool », « jubilatoire ».

A l'exception d'un radical « tapageuses », **tous ces qualificatifs manifestent une appréciation (très) positive de l'action culturelle.** Et c'est sans compter tous les avis de ceux qui ont refusé de se plier à l'injonction bien contraignante de ne choisir qu'un seul qualificatif, et que nous citerons en vrac :

« très belle initiative », « très agréable et original dans ce lieu », « respiration magnifique de l'extérieur dans un milieu aseptisé », « original et émouvant dans un tel cadre », « joyeuse comédie humaine », « distrayante, apporte de la gaieté et de la variété à la vie de l'établissement », « insolite, intelligente et fort agréable, même si le confort laissait à désirer », « bonheur pour les enfants », « agréable, superbe soirée », « intéressante par le mélange des populations », « intelligente, généreuse et humaine », « souvenir, souvenir... », « utile et génial », « imaginative », « intéressante et riche en témoignages », « détente », « détente éclatante », « questionnante », « enchanté, super », « intéressante, bravo, merci », « très enrichissant, très important qu'elle ait eu lieu », « conviviale, accessible », « très bonne initiative », « ouverture, passion », « trop bien », « cela met un peu de gaieté au niveau de l'hôpital, cela fait du bien aux patients et aux personnes », « intéressante et innovante », « très bonne idée », « très bonne idée à développer », « bulle culturelle en milieu hospitalier », « un instant fort en émotion », « enfin plus d'humanité », « émotion, divertissement, partage, détente », « très bien au CHU », « à poursuivre », « spectacle de qualité », « passe un bon moment », « bravo, génial », « très intéressante et émouvante », « c'était bien : belle voix », « très plaisante », « originale, de très bon niveau », « engagé et a la fois glamour », « évason, bien-être, coloré », « magnifique, superbe », « très plaisant, très

belle poésie », « poétique, une bonne soirée », « très professionnel, bien », « fraîcheur poétique en musique », « originale et profonde », « superbe, émouvant », « magnifique soirée », « belle et gaie », « merveilleuse soirée de chansons, vraies et réelles avec des super artistes », « bonne soirée, musique excellente », « merveilleux, sublime », « gai et bon pour le moral des patients », « haute qualité », « enrichissante sur le plan humain et intellectuel », « entraînant et tonique », « inoubliable et inattendu », « tonique et entraînant », « chaleureux et musical », « très bien, drôle, divertissant », « importante pour toutes les personnes de l'établissement : patients, parents, professionnels », « belles œuvres, beaucoup d'émotion », « extraordinaire, soirée bonheur », « talent et professionnalisme », « vivante et joyeuse », « très bien et engagé », « indispensable, nécessaire, vitale », « décalé, jubilatoire, thérapeutique », « un lieu original, un environnement peu habituel », « sympathique et nécessaire », « très intéressant et utile », « très heureuse initiative », « un peu rapide », « intervention musicale pour les malades », « c'est bien pour les enfants », « très intéressant et divertissant », « agréable, utile », « très très très bien », « agréable, enrichissant », « agréable et utile, stimulante », « chaleureuse, joyeuse, humaine », « effet bénéfique pour les enfants », « on attend la suite », « intéressant car décloisonne les spécialités », « c'est bien joué mais ce n'est pas mon style », « réconfort, joie, rire », « dépaysante et utile », « un monde à part, étrange », « sentiment d'étrangeté », « dépaysement du soin », « super bien, c'est agréable d'entendre les instruments », « très beau lieu », « humoristiquement historique », « intéressant dans sa simplicité », « original, décapant, désopilant », « instinctif et dépaysant », « surprenant, l'humain est au centre de la maladie », « bienfaitrice », « découverte d'une autre culture », « intéressant et instructif », « extraordinairement nécessaire », « vie d'enfant », « étonnant et dynamique donc dynamisant », « un vrai régal, excellent », « amusant, très intéressant », « drôle, amusant », « un moment de bonheur », « épatante, drôle et enfin du talent », « superbes artistes virtuoses », « bonne humeur générale », « bouleversant tant par le contenu que par l'interprétation. Cela m'a donné envie de revoir des pièces de théâtre », « original, intéressant », « une très belle et agréable récréation musicale », « intéressante, sujette à débat », « belle, intelligente, surprenante », « magnifique, décapant, fantastique, excellent musicien, bravo ».

Là encore, **la satisfaction apparaît unanime**, à trois exceptions près : « en tant que soignant, les événements culturels à l'hôpital me posent question », « superficiel et néocolonial », « problème avec les caméras ». Si l'on assemble les réponses courtes et plus longues, ce sont les termes « intéressant », « enrichissant », « bien », « amusant », « agréable », « génial », « original » qui reviennent le plus souvent. **Bref, la satisfaction est générale, quasi unanime.**

Bien sûr, on pourra toujours penser que le public présent était gagné d'avance aux actions culturelles à l'hôpital, en partant de l'hypothèse que ces actions ne mobiliseraient que les réceptifs. On pourra aussi penser qu'on ne recueille ici que l'avis des satisfaits, que les insatisfaits ont préféré ne pas répondre à la question (60 non répondants à cette question sur 314 questionnaires analysés, soit 19 %) ou même refusé de répondre au questionnaire. On pourra aussi imaginer que les répondants ont cherché à encourager les responsables de l'action culturelle, ou encore que nous ont seulement été transmis les questionnaires positifs. Comment identifier ces biais de recueil des opinions ? C'est impossible, à moins d'être présent lors de chaque manifestation culturelle et de forcer les publics (présents et absents !!!) à répondre !

Il reste que la satisfaction exprimée est très large. 4 réponses à tonalité négative sur 254 réponses, c'est un taux de 98,4 % de satisfaction !!! Une satisfaction générale qui converge

avec les évaluations faites avec d'autres outils, informels ou formels (cf. infra), sur d'autres manifestations culturelles à l'hôpital.

La diversité des publics selon les manifestations culturelles

Peut-on maintenant établir un profil-type des publics des actions culturelles à l'hôpital ?

Si l'on devait établir le profil de l'« homme-moyen », à savoir le profil ayant toutes les caractéristiques « modales » (pour une variable donnée, la caractéristique modale est celle qui est la plus fréquente), on obtiendrait : une femme, âgée de 46 à 55 ans, avec un niveau bac + 2 / bac + 3, travaillant à temps plein, avec un emploi classé dans la PCS « employés » de l'INSEE, habitant dans la ville de la manifestation, ayant pris connaissance de la manifestation une fois sur place, venue pour la première fois dans ce lieu, allant au cinéma 6 fois et plus par an, n'allant jamais au théâtre et allant 2 à 3 fois par an au musée ou dans une exposition. **L'homme-moyen est donc une femme ! Mais hormis ce résultat détonant, les analyses modales donnent peu à voir.**

Nos premières analyses sur les profils des publics se sont en effet très vite heurtées à l'hétérogénéité des publics concernés. Même après avoir écarté de notre étude les réponses « particulières » des groupes d'infirmiers en formation, il est apparu impossible d'interpréter un profil moyen. **Chaque manifestation semble avoir son public.**

Pour ne pas en rester à ce constat, nous avons établi trois types de manifestations (cf. encadré 2). Trois profils-types de manifestations culturelles et/ou d'établissements, avec des types de publics très différents.

Types de publics (Q.7) en fonction des types de manifestations. Tableau des effectifs

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Non réponse		1	15	16
Patient	57		11	68
Personnel de l'hôpital	6	34	32	72
Famille du patient	12	19	3	34
Artiste intervenant	1		10	11
Partenaire culturel	1	3	3	7
Autres (Précisez)	34	3	69	106
Total	111	60	143	314

Types de publics (Q.7) en fonction des types de manifestations. Tableau des % colonnes

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Non réponse		1,7%	10,5%	5,1%
Patient	51,4%		7,7%	21,7%
Personnel de l'hôpital	5,4%	56,7%	22,4%	22,9%
Famille du patient	10,8%	31,7%	2,1%	10,8%
Artiste intervenant	,9%		7,0%	3,5%
Partenaire culturel	,9%	5,0%	2,1%	2,2%
Autres (Précisez)	30,6%	5,0%	48,3%	33,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En gris, apparaissent les surreprésentations significatives d'un point de vue statistique, en noir les sous-représentations. Les types 1, 2 et 3 sont présentés dans l'encadré 2.

On repère dans le type 3 une *nette surreprésentation des spectateurs non rattachés à l'hôpital* (réponse : autres), c'est-à-dire non personnels, non patients, non famille de patients, non professionnels culturels rattachés à l'action culturelle. Une surreprésentation que l'on perçoit aussi dans le tableau suivant, touchant à la fréquentation de l'hôpital : pour 59,3 % des publics du type 3, c'est *la première fois* qu'ils viennent dans ce lieu.

Inversement, on repère une *nette surreprésentation des patients* dans le type 1, *des personnels et des familles de patients* dans le type 2. Surreprésentation que l'on retrouve dans le tableau suivant, avec une surreprésentation des personnes fréquentant *régulièrement* l'hôpital dans les types 1 et 2.

Types de fréquentation (Q.9 : Quelle est votre fréquentation du lieu ?) en fonction des types de manifestations. Tableau des % colonnes

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
1ère fois	33,9%	6,7%	59,6%	40,3%
Ponctuellement	23,9%	25,0%	24,8%	24,5%
Régulièrement	42,2%	68,3%	15,6%	35,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cette dernière tendance apparaît encore plus marquée si on exclut les personnels et les artistes des publics étudiés. En d'autres termes, si on s'intéresse aux 208 patients, proches de patients ou « simples spectateurs » ayant répondu au questionnaire.

Types de fréquentation (Q.9 : Quelle est votre fréquentation du lieu ?) en fonction des types de manifestations. Tableau des effectifs (Sous-population: hors personnels et artistes)

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Non réponse	2		1	3
1ère fois	36	3	56	95
Ponctuellement	23	9	15	47
Régulièrement	42	10	11	63
Total	103	22	83	208

Types de fréquentation (Q.9 : Quelle est votre fréquentation du lieu ?) en fonction des types de manifestations. Tableau des % colonnes (Sous-population: hors personnels et artistes)

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Non réponse	1,9%		1,2%	1,4%
1ère fois	35,0%	13,6%	67,5%	45,7%
Ponctuellement	22,3%	40,9%	18,1%	22,6%
Régulièrement	40,8%	45,5%	13,3%	30,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Il y a des manifestations plutôt orientées vers des visiteurs réguliers dans les types 1 et 2 (ce sont surtout des patients en soins de longue durée dans le type 1, des familles d'enfants en soins de longue durée dans le type 2), **et des manifestations plutôt orientées vers des publics nouveaux dans les lieux** (type 3).

Au regard de ces données, on se rend compte qu'il est très difficile d'établir des généralités sur les publics des actions culturelles à l'hôpital.

Dans le centre de réadaptation fonctionnelle (type 1), la surreprésentation des patients est sans doute liée aux intentions du projet (visant prioritairement le public des résidents), mais aussi aux caractéristiques de cet établissement hospitalier. Sans doute retrouverait-on des analogies de composition des publics dans les établissements de long séjour et les EHPAD.

Pour les interventions des clowns dans l'établissement pour enfants (type 2), ce sont surtout des personnels (56,7 % des répondants) et les familles (31,7 % des répondants) qui ont répondu au questionnaire, les enfants souffrant de handicaps ne leur permettant pas de répondre : les publics extérieurs ne sont logiquement pas présents, puisque les interventions

de clowns s'adressent prioritairement aux enfants hospitalisés et aux personnels qui les accompagnent.

Pour les actions culturelles de type 3, sous forme d'expositions, de concerts ou de manifestations ponctuelles, les publics sont majoritairement des extérieurs (48,3 % contre 33,8 % pour l'ensemble des questionnaires) et des personnes venues dans l'établissement pour la première fois (59,6 % contre 40,3 % en moyenne). Là encore, on peut estimer que ces surreprésentations sont liées aux intentions des projets culturels (avec une ouverture pensée vers l'extérieur), mais aussi aux caractéristiques des établissements hospitaliers (établissements de court-séjour, établissements psychiatriques).

De la même façon, **on note d'assez fortes disparités des profils scolaires et culturels des publics selon les lieux** : si l'on se limite à nouveau aux publics hors personnels hospitaliers et artistes (c'est-à-dire patients, familles de patients, visiteurs), soit 208 personnes, on repère que certains lieux et manifestations (type 3) touchent des publics avec une double surreprésentation des niveaux de diplôme élevés et des publics « habitués » aux pratiques culturelles, telles que le cinéma, le théâtre, les expositions, le musée.

Profils scolaires des publics (Q.6) en fonction des types de manifestations. Tableau des effectifs

(Sous-population: hors personnels et artistes)

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Non réponse	1			1
Primaire Collège /BEP, CAP	46	9	19	74
Bac, bac+1 /Bac+2, bac+3	33	10	41	84
Bac+4, bac+5 /Bac+6 et plus	23	3	23	49
Total	103	22	83	208

Profils scolaires des publics (Q.6) en fonction des types de manifestations. Tableau % colonnes

(Sous-population: hors personnels et artistes)

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Non réponse	1,0%			,5%
Primaire Collège /BEP, CAP	44,7%	40,9%	22,9%	35,6%
Bac, bac+1 /Bac+2, bac+3	32,0%	45,5%	49,4%	40,4%
Bac+4, bac+5 /Bac+6 et plus	22,3%	13,6%	27,7%	23,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Les publics (personnels hospitaliers et professionnels culturels exclus) des manifestations de type 3 (expositions, concerts) ont des niveaux de diplôme plus élevés que ceux des deux autres types. Ils ont aussi des fréquences (cf. encadré 3 pour l'explication du recodage de la variable) de pratiques culturelles plus élevées que dans les autres types.

Encadré 3 : Construction et calcul d'un score Fréquence des pratiques culturelles

Il est difficile de construire un indicateur global de fréquence de pratiques culturelles, à partir des fréquences sur des pratiques diverses comme le cinéma, le théâtre, les expositions et visites au musée. Comment comparer et / ou ajouter des fréquences sur des pratiques aux accès aussi divers ? Qu'est-ce qu'un faible pratiquant, un fort pratiquant au global ? Le recours à la construction d'un score est une solution souvent utilisée. Il s'agit moins d'évaluer dans l'absolu ce que seraient des faibles et des fortes fréquences de pratiques que d'identifier ceux qui, dans l'échantillon étudié, ont (ou disent avoir) les plus faibles et les plus fortes fréquences de pratiques. Autrement dit, il s'agit de discriminer notre population.

Avec ce principe en tête, nous avons construit un score des pratiques culturelles dans notre échantillon.

Pour la fréquentation du cinéma, nous avons attribué :

0 point aux personnes disant ne jamais aller au cinéma ou y aller 1 fois par an en moyenne (ils sont 18,4% dans ce cas-là dans notre échantillon).

1 point aux personnes disant aller 2 à 3 fois ou 3 à 4 fois par an en moyenne au cinéma (ils sont 38,2%).
2 points aux personnes disant aller au cinéma 6 fois et plus par an (ils sont 43,3 %).

Pour la fréquentation du théâtre, nous avons attribué :

0 point aux personnes disant ne jamais aller au théâtre (ils sont 35,3%).
1 point aux personnes disant aller 1 fois par an en moyenne au théâtre (ils sont 22,0%).
2 points aux personnes disant aller au théâtre au moins 2 à 3 fois par an (ils sont 42,6 %).

Pour la fréquentation des expositions et des musées, nous avons attribué :

0 point aux personnes disant ne jamais aller voir des expositions et des musées (ils sont 21,3%).
1 point aux personnes disant y aller 1, 2 ou 3 fois par an en moyenne (ils sont 39,5%).
2 points aux personnes disant y aller 4 fois et plus par an (ils sont 39,2 %).

Nous avons calculé pour chaque personne son score global, allant de 0 à 6.

Score 0 : 31 personnes, soit 9,9 % des 314 répondants

Score 1 : 28 personnes, soit 8,9 %

Score 2 : 47 personnes, soit 15 %

Score 3 : 45 personnes, soit 14,3 %

Score 4 : 44 personnes, soit 14 %

Score 5 : 48 personnes, soit 15,3 %

Score 6 : 71 personnes, soit 22,6 %

Au regard de ces répartitions, nous avons rassemblé :

les scores 0, 1 et 2 sous la rubrique des plus faibles pratiquants (ils sont 33,8 %).

les scores 3 et 4 sous la rubrique des pratiquants intermédiaires (ils sont 28,3 %).

les scores 5 et 6 sous la rubrique des plus forts pratiquants (ils sont 37,9 %).

Un « plus fort pratiquant » est une personne qui se situe, au moins pour deux types de pratiques sur trois (cinéma / théâtre / expositions, musée) parmi les plus forts pratiquants de l'échantillon).

Profils de pratiques culturelles (cf. encadré 3) en fonction des types de manifestations. Tableau des effectifs (Sous-population: hors personnels et artistes)

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Pratiquants les moins réguliers	46	15	18	79
Pratiquants intermédiaires	25	5	20	50
Pratiquants les plus réguliers	32	2	45	79
Total	103	22	83	208

Profils de pratiques culturelles en fonction des types de manifestations. Tableau des % colonnes (Sous-population: hors personnels et artistes)

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Pratiquants les moins réguliers	44,7%	68,2%	21,7%	38,0%
Pratiquants intermédiaires	24,3%	22,7%	24,1%	24,0%
Pratiquants les plus réguliers	31,1%	9,1%	54,2%	38,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

54,2 % des publics des manifestations de type 3 sont des pratiquants très réguliers de cinéma, théâtre, exposition et musées (pour une moyenne de 38,0 % dans la population totale étudiée). Dans les types 1 et 2 (rappelons qu'ils touchent proportionnellement plus des populations de patients et de familles de patients), on trouve proportionnellement plus de pratiquants beaucoup moins réguliers.

L'on voit ici manifestée une double vocation des actions culturelles à l'hôpital :

- d'une part des manifestations culturelles à l'hôpital pour des publics de patients et de familles non ou peu habitués aux pratiques culturelles ;
- d'autre part des manifestations culturelles à l'hôpital pour des publics d'habités qui viennent à l'hôpital pour profiter d'une action culturelle (exposition, concert).

Bien sûr, cette présentation dichotomique ne signifie pas que dans la réalité, les deux types de publics ne puissent pas être concernés par une même manifestation culturelle. C'est d'ailleurs le cas dans les manifestations ici en question. **Mais l'observation des sous- et sur-représentations manifeste des tendances.**

Peut-on aussi dégager des tendances transversales à chaque catégorie (patients, familles de patients, personnels, visiteurs, artistes), quels que soient les lieux envisagés ? Les effectifs de chaque public ne nous permettent malheureusement pas d'être très précis et de parler en termes de significativité statistique. **On esquissera néanmoins un regard transversal sur les patients (68 répondants), sur les personnels (72) et sur les visiteurs, riverains (106).** Pour les familles des patients (34), les artistes intervenants (11), les partenaires culturels (7), les effectifs paraissent beaucoup trop faibles pour être analysés séparément. Pour les artistes, nous nous concentrerons donc sur le matériau qualitatif des entretiens.

Le public des patients

Nous disposons de 68 questionnaires de patients. Sur ces 68 questionnaires, 57 concernent des manifestations culturelles ayant eu lieu dans un centre de réadaptation fonctionnelle, 11 autres concernent des manifestations (toutes sous forme d'expositions) dans d'autres établissements. On distinguera ces deux publics de patients, étant donnée leur hétérogénéité.

Si on se limite aux 57 patients du centre de réadaptation fonctionnelle, l'on observe que :

- 52,6 % de femmes, 47,4 % d'hommes ;
- 57,9 % ont entre 36 et 55 ans, 29,9 % ont plus de 56 ans.
- 29,6 % sont employés, 18,5 % sont ouvriers, 14,8 % occupent une profession intermédiaire, 9,3 % sont artisans/commerçants/chefs d'entreprise, 7,4 % ont une profession classée dans la catégorie « Cadres et professions intellectuelles et artistiques » (16,7 % n'ont pas répondu à la question).
- Une majorité habite dans le département (36,8 %) et la région Rhône-Alpes (26,3 %) : peu habitent dans la ville de la manifestation et son agglomération.
- Deux tiers ont un niveau d'étude primaire / collège / CAP / BEP.
- Deux tiers disent n'aller jamais au théâtre, 56,1 % disent aller au musée ou dans une expo 1 fois ou moins par an.

Bref, on a ici une population relativement peu habituée aux manifestations culturelles (hors cinéma) et issue majoritairement de milieux dits populaires. C'est une population indifférenciée en âges et en genres (indifférenciation que l'on peut lier aux pathologies soignées dans ce centre) et n'habitant pas dans les grandes métropoles de la région. **Les manifestations culturelles proposées dans le centre sont donc une occasion de divertissement, en même temps que d'accès à des pratiques peu accessibles par ailleurs.**

Leur évaluation est unanimement positive. 50 des 57 patients ont répondu à la question 12 : « intéressant » (cité 5 fois), « très bien » (3), « génial » (2), « excellent » (2), « très vivant » (2), « super » (2), « bien » (2). *Autres réponses en vrac : « engagé et à la fois glamour », « très intéressant et divertissant », « magnifique, superbe », « fraîcheur poétique et musique », « poétique, une bonne soirée », « agréable, superbe soirée », « agréable », « très satisfait », « très bonne », « formidable », « boostant », « magnifique », « très très très bien », « fantastique », « haute qualité », « extraordinaire, soirée bonheur », « divertissant », « étonnant et dynamique donc dynamisant », « drôle, amusant », « superbe », « très*

professionnel, bien », « *très bien, drôle, divertissant* » ; « *épatante, drôle et enfin du talent* », « *détente* », « *satisfaisant* », « *très bien et engagé* », « *intéressante, sujette à débat* », « *humoristique* », « *une très belle et agréable récréation musicale* », « *c'était bien : belle voix* », « *c'est bien joué mais ce n'est mon style* » et enfin « **bouleversant tant par le contenu que par l'interprétation, cela m'a donné envie de revoir des pièces de théâtre** ».

Des évaluations unanimement positives et à notre sens illustratives de l'intérêt d'une telle ouverture, à la fois en termes de divertissement et d'accès offert à des publics peu habitués aux manifestations culturelles.

Observons maintenant les 11 autres profils (en abandonnant toute prétention statistique !) de patients ayant répondu au questionnaire : ce sont 11 patients ayant visité une exposition dans des établissements qui sont soit des hôpitaux psychiatriques (5 d'entre eux), soit des hôpitaux de court séjour (6 d'entre eux). Notons d'abord que leur nombre est déjà un indice que les manifestations culturelles en question, soit ne visaient pas (prioritairement) les patients, soit – si elles les visaient – n'ont pas touché pleinement leur but (à moins que les patients n'aient pas souhaité ou pu répondre au questionnaire). Peut-être est-ce lié au format « exposition ».

Il y a dans ces patients 6 femmes, 5 hommes ; 7 ont plus de 56 ans, 5 ont une profession « cadres et professions intellectuelles et artistiques », 9 habitent dans la ville de la manifestation ou son agglomération, 6 ont un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, ils ont majoritairement des fréquences de pratiques culturelles élevées (cinéma, théâtre, expositions / musée). Sur ces 11 patients, 8 ont répondu à la question 12 : « très sympathique », « super bien, c'est agréable d'entendre les instruments », « canon », « thérapeutique », « un vrai régal, excellent », « tonifiant », « très beau lieu », « très intéressante et émouvante ».

Par rapport au profil des patients du centre de réadaptation fonctionnelle, ces patients, hospitalisés dans divers établissements (3 établissements tous situés dans des grandes villes de la région), ont un profil plus « classe moyenne » ou « favorisée » : on y trouve des personnes avec des niveaux d'étude légèrement plus élevés, des professions plus valorisées, des pratiques culturelles plus fréquentes. Leur évaluation est toute aussi positive, preuve que le format « exposition » n'est pas en soi incompatible avec la visée de publics hospitalisés.

On touche ici à des patients ayant fréquenté des manifestations culturelles principalement visitées par des publics extérieurs habitués des pratiques culturelles. Ils ont eux-mêmes un profil d'habitues. La visite de l'exposition se présente comme une opportunité parmi celles dont ils jouissent dans leur vie extra-hospitalière.

Le public des personnels

72 personnels, exerçant dans 5 établissements, ont répondu au questionnaire, dont 34 dans un seul établissement (type 2 : centre spécialisé pour enfants). Sans étonnement, on note **une très forte représentation des femmes** : 84,7 % sont des femmes, 15,3 % sont des hommes. Sans étonnement non plus, on note aussi **la très faible représentation des médecins** parmi les publics : les professions les plus représentées sont les infirmiers, en l'occurrence des infirmières, et les auxiliaires puéricultrices (représentation liée aux spécificités de l'établissement pour enfants). 75 % de ces 72 professionnels hospitaliers travaillent à temps plein. **On ne repère pas de nettes différences de profils de personnels selon les types d'établissement et de manifestations culturelles.**

Si l'on observe les 59 réponses de ces professionnels à la question ouverte sur leur caractérisation de l'action culturelle à laquelle ils ont assisté et/ou participé (13 non réponses), on note toujours **une très nette satisfaction générale**. Nous ne reprendrons pas ici toutes les caractérisations retenues. On soulignera seulement que **les réponses à connotation négative viennent certes de ces publics** : « *en tant que soignant, les événements culturels à l'hôpital me posent question* », « *tapageuse* » ; s'ajoutent un énigmatique « *sentiment d'étrangeté* » et une expression de regret (« *un peu rapide* »). On repère aussi dans les 59 réponses données, **la présence de qualificatifs touchant à l'utilité de la manifestation pour l'hôpital et les patients, voire le soin** : « *indispensable* » (cité 2 fois), « *cela met un peu de gaieté au niveau de l'hôpital, cela fait du bien aux patients* », « *importante pour toutes les personnes de l'établissement : patients, parents, professionnels* », « *décalé, jubilatoire, thérapeutique* », « *distrayante, apporte de la gaieté et de la variété à la vie de l'établissement* », « *très bien au CHU* ». **Mais les qualificatifs les plus utilisés restent encore ceux de la satisfaction, du plaisir éprouvé, de l'intérêt ressenti, indépendamment de toute considération soignante.**

C'est une satisfaction qui tranche avec le scepticisme généralement attribué aux personnels quant à la légitimité des actions culturelles. Comment expliquer cet écart ? Peut-être sont-ce d'abord des personnes particulièrement intéressées par les actions culturelles.

Fréquences de pratiques, annuelles moyennes (Sous-population des personnels)

CINEMA

	Eff.	%
Jamais	6	8,3%
1 fois	2	2,8%
2 à 3 fois	16	22,2%
4 à 5 fois	14	19,4%
6 fois et plus	34	47,2%
Total	72	100 %

THEATRE

	Eff.	%
Jamais	24	33,3%
1 fois	18	25%
2 à 3 fois	17	23,6%
4 à 5 fois	9	12,5%
6 fois et plus	4	5,6%
Total	72	100 %

MUSEE, EXPOSITION

	Eff.	%
Jamais	13	18,1%
1 fois	9	12,5%
2 à 3 fois	25	34,7%
4 à 5 fois	17	23,6%
6 fois et plus	8	11,1%
Total	72	100 %

Même s'il est difficile d'analyser ces résultats du fait du manque de données identiques sur la population française en général, il nous semble que ces tableaux font apparaître **des profils d'« habitués » des pratiques culturelles** : la moitié des personnels répondants vont 4 fois et plus par an au cinéma, 76 % disent aller au moins une fois au théâtre par an, 91 % à une exposition ou dans un musée. Ce sont en tout cas des données qui tranchent avec les profils des patients évoqués précédemment.

Une autre explication possible de l'écart entre la satisfaction ici recueillie et le scepticisme généralement attribué aux soignants, vient de ce que ce dernier est la caractéristique

principale des soignants qui ne participent pas aux actions culturelles. **Beaucoup des évaluations déjà produites d'actions culturelles à l'hôpital conduisent à souligner la faible participation des soignants aux actions culturelles, mais aussi la satisfaction de ceux qui participent.**

Encadré 4 : Deux évaluations d'actions culturelles à l'hôpital. Par le Musée des Confluences

Dans l'évaluation faite par le Musée des Confluences de la manifestation *Empreintes*, les interviewers avaient certes repéré **une satisfaction générale exprimée par les personnels** (satisfaction prenant souvent la forme de l'intérêt prêté à l'action culturelle pour leurs patients), **mais aussi l'expression chez certains personnels de réticences**, avec des remarques du type « l'urgence est ailleurs », « on n'a pas que cela à faire ». Ils avaient aussi repéré une tension exprimée entre temps de travail et temps de loisir, ou encore une gêne exprimée par certains professionnels face à l'image qu'ils donnaient au public, comme s'ils étaient là « pour se tourner les pouces ». Les responsables de la manifestation avaient d'ailleurs estimé *a posteriori* que le format (horaire et durée) de la manifestation n'était pas très adapté aux contraintes des professionnels (mais aussi d'autres publics) qui n'avaient que 5 à 10 minutes à consacrer à l'action culturelle, alors que le format était pensé sur un temps de 30 minutes à 2 heures : « il faut trouver les moyens de rentrer dans le bout de temps libre des personnels ». Ces remarques ne faisaient en fait que confirmer des perceptions ressenties très tôt par les organisateurs et les porteurs de l'action culturelle, quant au caractère vécu comme conceptuel et/ou élitiste de l'exposition, quant au déficit de participation des publics, transformés en simples spectateurs.

La seconde exposition (*Lectures minérales*) a provoqué beaucoup moins de réticences. D'abord, parce que le principe de l'action culturelle s'était au moins partiellement imposé dans cet hôpital. Ensuite parce que les acteurs culturels avaient intégré les limites de la 1^{ère} manifestation : intégration du temps de montage de l'exposition dans la médiation, forme de médiation spécifique pour le personnel soignant, présentation dans les espaces publics de l'hôpital (hall) plutôt que dans les lieux plus privés que sont les lieux de soins, volonté de rendre les publics plus acteurs que spectateurs. S'ajoutaient des conférences pour accompagner et entretenir la dynamique : « en qualité, géniales, mais en quantité un vrai bide ! Trop de caviar tue le caviar !!! ». Sans compter une communication permanente, à base d'affiches et de mails. Mais là encore, peut-être abusive : « « C'est trop, il y a trop d'affiches et de mails, on ne peut plus ignorer », nous a-t-on dit ! ». Bref, **si les évaluations étaient globalement plus positives, il restait encore de nombreuses réticences des participants mêmes, du fait de leur sentiment de manque de temps, et de non priorité de l'action culturelle par rapport à d'autres missions.**

Ces deux évaluations ne font que manifester les liens observés en de multiples autres lieux et manifestations entre les personnels hospitaliers et les actions culturelles : la participation de certains personnels aux actions culturelles ne signifie pas pour autant que ceux-ci diffèrent totalement des autres personnels, quant à leurs résistances et scepticismes à l'égard des actions culturelles. Ce sont des enseignements évoqués dans le rapport des *Petites liaisons Culture-Hôpital*, ce sont des évidences pour toutes les personnes engagées dans le dispositif Culture à l'hôpital, à savoir : **même les personnels hospitaliers engagés dans les actions culturelles peuvent rester sceptiques et distants, par manque estimé de temps, par critique des coûts engagés, ou bien par scepticisme face à la priorité de ces actions par rapport aux actions de soins.**

On ne voit cependant pas apparaître ces résultats dans les questionnaires remplis par les personnels. Faut-il en conclure que l'action culturelle s'est imposée dans les établissements où ont été administrés les questionnaires ? Faut-il penser que les actions culturelles en question étaient très particulières et ont su susciter une satisfaction sans nuances ? Faut-il penser que notre questionnaire ne laissait guère le loisir aux personnels d'exprimer des nuances, lorsque le choix d'un seul qualificatif leur était ouvert ? Cette dernière piste n'est sans doute pas à ignorer. Un meilleur questionnaire devrait ouvrir les réponses à un nombre de qualificatifs illimité. Et peut-être aussi proposer des questions touchant aux limites perçues de l'action culturelle engagée dans l'hôpital.

Sans plus d'éléments de réponse, on retiendra des réponses des 72 soignants interrogés qu'ils se disent très satisfaits pour la plupart, enthousiasmés pour d'autres, critiques pour deux exceptions à l'égard des manifestations culturelles auxquelles ils ont assisté ou participé. On ne repère pas ici de nettes différences selon les types d'établissement et de manifestations culturelles. Les personnels répondants présentent un profil assez homogène : femmes, personnels soignants, avec des habitudes de pratiques culturelles.

Le public des riverains, visiteurs

106 personnes ont répondu au questionnaire, en précisant qu'ils ne rentraient dans aucune des catégories prévues dans la question 7 (Vous êtes rattaché(e) à l'hôpital en tant que : patient / personnel de l'hôpital, famille du patient / artiste intervenant / partenaire culturel / autres, précisez). 106 ont donc choisi la modalité « autres (précisez) ». Parmi eux, l'on compte 14 anciens patients, 13 personnes se qualifiant d'ami ou collègue des organisateurs ou artistes, 3 anciens personnels, 2 donateurs. Parmi les autres précisions données, l'on compte essentiellement des précisions touchant à la profession des répondants (10 réponses) et à leur institution de rattachement (6 réponses). On compte enfin des personnes se qualifiant de « visiteur » (6 fois), « spectateur » (3), « voisins » (3), « amateur de musique », « amateur d'art ».

On a pris le parti dans cette section de traiter l'ensemble des 106 réponses, au-delà des différents statuts des personnes répondantes. **Elles ont toutes le point commun de ne pas être liées directement à l'action culturelle à l'hôpital par un statut de présence ordinaire dans les lieux. Toutes ont fait la démarche consciente et volontaire de venir à l'hôpital pour assister à une manifestation culturelle.**

Quels sont leurs profils ?

- **Deux tiers sont des femmes**, un tiers sont des hommes.
- Ce sont des **personnes relativement âgées en moyenne** : 22,6 % ont moins de 35 ans, 31,2 % ont entre 36 et 55 ans, 46,2 % ont plus de 55 ans.
- On compte parmi elles 36,8 % de personnes ayant un emploi, **35,8 % de retraités**, 16 % d'étudiants.
- Les professions les plus représentées sont par ordre décroissant : **employés (28,3 %), cadres et professions intellectuelles et artistiques (27,4 %), professions intermédiaires (20,8 %)**. Les ouvriers ne représentent que 1,9 % de ces publics.
- **44,3 % habitent dans la ville de la manifestation**, 23,6 % dans son agglomération, 20,8 % dans le département.
- 20,8 % ont un niveau d'études inférieur au baccalauréat, **79,2 % un niveau d'étude supérieur**.
- La moitié sont venus pour la 1^{ère} fois dans l'hôpital pour la manifestation culturelle en question, l'autre moitié sont des visiteurs ponctuels (20,8 %) ou réguliers (28,3 %).
- Ce sont en majorité des **gros consommateurs de pratiques culturelles** : 53,8 % sont des pratiquants très réguliers selon le score que nous avons établi (cf. encadré 3). 57,5 % disent aller au cinéma plus de 6 fois par an, 54,7 % disent aller au théâtre plus de 2 fois par an, 75,5 % disent aller dans un musée ou à une exposition au moins 2 fois par an.

On a donc ici **un profil de pratiquants culturels réguliers, avec des évaluations très positives de l'action culturelle à l'hôpital**, souvent avec les mêmes termes que les autres publics (« intéressante » (5), « très bien » (3), « bien » (2), « formidable » (2), « surprenant »

(2) pour se limiter aux qualificatifs plusieurs fois employés) ou bien **des évaluations se voulant sans doute un peu plus recherchées ou distinctives d'une expertise esthétique** (« *intelligent* », « *questionnant* », « *instinctif et dépaysant* », « *extraordinairement nécessaire* », « *universel* », « *détente éclatante* », « *flamboyant* », ...). Deux évaluations « techniques » (« *insolite, intelligente et fort agréable, même si le confort laissait à désirer* », « *problème avec les caméras* ») peuvent être interprétées sur le même registre classique chez les publics d'habitues.

On repère aussi **plusieurs évaluations en lien avec les lieux inhabituels que sont les hôpitaux pour ce public** : « *très agréable et original dans ce lieu* », « *respiration magnifique de l'extérieur dans un milieu aseptisé* », « *original et émouvant dans un tel cadre* », « *intéressante par le mélange des populations* », « *dépaysement du soin* », « *un lieu original, un environnement peu habituel* », « *bulle culturelle en milieu hospitalier* ».

Bref, on est ici en face d'un public d'habitues des pratiques culturelles, se rendant sur les lieux de l'hôpital spécifiquement pour la manifestation culturelle, l'évaluant avec les critères employés par ailleurs, s'étonnant ou se réjouissant seulement parfois de ce décalage de lieu. Pour eux, l'hôpital est alors un lieu culturel presque comme les autres.

Conclusion sur les publics

La satisfaction des publics à l'égard des actions culturelles à l'hôpital est quasi-unanime. Chacun l'exprime avec ses regards, ses sourires, ses mots. Chez ceux qui ont accepté de répondre à notre questionnaire-test, elle s'exprime avec des qualificatifs sans nuances.

Pourtant, les actions culturelles à l'hôpital se caractérisent par l'extrême diversité de leurs publics.

- Une diversité liée aux attachements des publics à l'hôpital, comme les attachements des patients, des personnels, des visiteurs, ... Patients et personnels ont généralement des soucis (de santé pour les premiers, de temps pour les seconds) qui ne font pas de l'hôpital le lieu rêvé pour éprouver une émotion esthétique, pour se cultiver ou même se distraire. Pour les visiteurs, l'hôpital est plutôt perçu comme un lieu culturel inhabituel, avec tous les intérêts esthétiques et humains qui peuvent être liés à ce décalage des habitudes.
- Une diversité aussi liée aux habitudes culturelles de ces différents publics, avec des profils de visiteurs généralement habitués aux actions culturelles (mais hors de l'hôpital), de patients généralement moins férus de ces actions (surtout quand ils n'habitent pas dans des grandes villes), et au milieu, des personnels plus ou moins pratiquants selon leurs parcours scolaire, leurs lieux d'habitation, leurs goûts et affinités.
- Une diversité liée aux intentions et aux formats des actions culturelles, depuis des actions visant exclusivement les patients et les personnels de l'hôpital comme les clowns à l'hôpital, jusqu'à des manifestations (expositions, concerts) largement ouvertes sur l'extérieur, où l'hôpital est pensé comme un lieu culturel presque comme les autres.

L'on voit schématiquement – nous l'avons déjà écrit – poindre une double vocation des actions culturelles à l'hôpital :

- d'une part des manifestations culturelles à l'hôpital pour des publics de patients et de familles non ou peu habitués aux pratiques culturelles ;

- d'autre part des manifestations culturelles à l'hôpital pour des publics d'habités qui viennent à l'hôpital pour profiter d'une action culturelle spécifique (exposition, concert).

Mais l'originalité et sans doute la force des actions culturelles à l'hôpital viennent aussi de ce que ces deux modèles en viennent souvent à se croiser, tout au moins à croiser différents publics.

Les actions culturelles visant prioritairement les patients provoquent d'abord la satisfaction de ces patients (et de leurs familles), leur offrant un moment de divertissement et un accès à des formes de pratiques auxquelles ils n'ont pas toujours un accès facile (de par leur lieu d'habitation ou leurs habitudes culturelles). Mais elles provoquent aussi à la marge la satisfaction de ceux qui, comme les personnels ou les familles, se trouvent finalement impliqués dans l'action, du fait de leur présence dans les lieux : le plaisir des patients est une première source de satisfaction générale, mais le plaisir esthétique personnellement ressenti suit de près.

Inversement, les actions culturelles visant prioritairement des publics extérieurs (notamment expositions, concerts) provoquent d'abord la satisfaction de ces publics, autour du plaisir esthétique et de la découverte de lieux culturels inhabituels. Mais elles suscitent aussi des satisfactions chez ceux des patients et des personnels, qui se « risquent » dans ces manifestations : généralement des habitués des actions culturelles, pour lesquels le fait qu'une action culturelle ait lieu dans l'établissement où ils sont hospitalisés ou dans lequel ils travaillent est une occasion de faire comme à l'extérieur, de profiter d'une opportunité culturelle.

Bien sûr, ces brassages ne sont pas toujours très profonds. Des tendances restent, qui font que certains personnels ne s'autorisent guère des moments artistiques sur leur lieu de travail et encore plus pendant leur temps de travail, que certains habitués des musées, concerts et expositions ne se risqueront pas dans les hôpitaux, que tous les patients ne profiteront pas des actions culturelles qui leur sont parfois ouvertes. Des résistances s'affichent aussi parfois : même si nous avons très peu eu l'occasion de les approcher avec le questionnaire (auquel ne semblent pas avoir répondu les « résistants »), nous les savons encore très présentes dans beaucoup d'établissements, notamment chez des personnels souffrant de manques de temps, d'effectifs, de moyens et ne voyant pas dans les actions culturelles, sinon une utilité tout au moins une priorité de l'hôpital.

Plutôt que de considérer ces tendances et résistances comme des obstacles infranchissables, la satisfaction, manifestée par tous les publics des actions culturelles à l'hôpital, semble être une invitation à réfléchir aux façons de sauter ces obstacles.

2. Les acteurs culturels

« C'est incroyable, l'hôpital c'est une énorme machine un peu autiste. Il ne faut pas se faire oublier trop longtemps. Vous arrêtez un moment et l'instant d'après, tout le monde s'en fout » (un comédien).

Pour l'instant, on peut dire que ça repose sur du militantisme. Si demain je ne fais plus cela, personne au musée ne reprendra le flambeau » (une muséographe).

L'analyse du positionnement des différents acteurs participant du projet « Culture à l'hôpital » nous conduit à examiner les deux grandes catégories de partenaires relevant du champ artistique. Principalement les *artistes* eux-mêmes, entendus au sens large comme créateurs, interprètes, scénographes, intervenants, ... et les *gestionnaires de structures* à vocation culturelle⁵. Soulignons que les matériaux à partir desquels nous avançons les propos qui suivent, résultent de rencontres que nous avons réalisées (nous-mêmes ou les étudiants ayant travaillé avec nous ces dernières années⁶) soit sur le terrain même des spectacles, soit dans les structures culturelles.

Les artistes

La notion d'artiste renvoie ici tout autant à des musiciens, des conteurs, des danseurs, des gens de théâtre, des auteurs, des écrivains, des photographes, des graphistes, des chanteurs, des plasticiens, des cinéastes, des peintres, des muséographes, des ethnologues de la mémoire et des pratiques, ... La liste est bien évidemment incomplète, car tous les modes culturels et artistiques d'expression peuvent se retrouver mobilisés à l'hôpital. Quoiqu'il en soit, tous se retrouvent, indépendamment de leurs spécialités respectives, sur quelques grandes conceptions : exigence et adaptation, utopie et réalisme, difficultés spécifiques.

Exigence et adaptation, ces deux termes reviennent sans cesse. Les actions culturelles conduites à l'hôpital ne doivent pas être de qualité secondaire au prétexte qu'elles seraient déplacées de leurs lieux habituels d'expression. Le fil conducteur principal doit demeurer le contenu artistique même si, techniquement, on doit parfois procéder autrement en raison des contraintes de lieu ou du public.

Écoutons ce musicien : *« défendre la musique d'aujourd'hui, c'est déjà pas simple, qu'on cumule en plus de le faire avec des personnes en situation de handicap, c'est une autre difficulté. Mais si on reste sur le bon rail artistique on arrive à vaincre ces difficultés. Si par exemple on travaille avec des polyhandicapés, et que l'on tient à en faire des acteurs de ce qui va être fait musicalement, on va arriver avec des capteurs ; ça c'est une adaptation technique »*. Un autre raconte : *« si je veux intervenir comme musicien auprès de personnes en situation de handicap pour monter une samba, ça ne va pas marcher tout de suite. Je vais être obligé de faire bouger, d'utiliser des fondamentaux pour faire une toute autre musique. Je*

5 Il peut arriver que les artistes soient aussi les gestionnaires de la structure ; cela n'enlève rien à la distinction qu'établit notre propos.

6 Nous faisons principalement référence ici au travail déjà mentionné d'Anne Grandsire.

vais être obligé de fabriquer quelque chose avec les gens qui sont là. Le résultat va être différent de la norme définie qu'on appelle samba. Cela conduit à aborder différemment la notion technique et ça enrichit le langage musical commun. Ça nous amène dans un langage d'ouverture, c'est ce que je trouve pertinent ».

Sous une forme ou une autre, tous les artistes tiennent ce discours. Quand ils arrivent à l'hôpital, face à des publics qui peuvent connaître des situations de santé très variables, et quels que soient leurs projets artistiques, ils vont s'efforcer d'être à la fois fidèles à leur art, à leur discipline et en même temps s'efforcer de s'adapter à la situation. Un clown précise : *Pour chaque situation, on a des chansons soit dans la douceur, soit dans des choses pétillantes ; il faut qu'on s'adapte à l'humeur du patient. Pour mesurer leur état, on a un peu de connaissance dans le milieu médical, à force, mais surtout on a les relais médecins/infirmières et l'expérience et le ressenti. Le clown tel qu'on le pratique, se démarque (très schématiquement) du clown de théâtre et du clown de cirque dont le maquillage et les grandes chaussures ne sont pas adaptés à l'hôpital. Notre maquillage est léger, avec des petites touches... D'autre part à l'hôpital on doit baisser le volume classique des clowns. Parfois avec les ados, on y va plus fort ».*

À son tour, un chanteur explique que lorsqu'il est dans la chambre d'un patient, le face-à-face avec celui-ci sur la simple base de la chanson peut être extrêmement difficile à tenir ; en tous les cas, beaucoup plus que face à un auditoire collectif. *« Alors, j'accompagne les chansons de mise en scène d'objets poétiques. Cela évite de faire un « yeux dans les yeux ».*

Cette question du face-à-face est traitée de la même façon par un danseur *« On s'efforce d'être deux danseurs dans une même chambre, cela évite « le transfert » avec le patient qui peut être difficile à gérer ».* Un comédien renvoie aux mêmes réflexions *« Tout d'un coup, dans un atelier théâtre, on est face à des personnes qui n'ont jamais eu de rapport avec le théâtre, avec cette forme de culture. Se posait pour nous, le rapport à la pratique, on s'est vite aperçu qu'on ne pouvait pas s'y prendre de la même façon. On avait des participants fidèles qui se posaient beaucoup de questions sur ce qu'on leur proposait. Par exemple, la poésie contemporaine, les métaphores ; il y a eu des mini-chocs culturels : stimulants. Quelle est cette culture qu'on partage, quel est notre rôle, qu'est-ce que l'on vient faire ? N'est-on pas à la limite entre l'animation et l'acte artistique ? On s'est souvent posé la question. Je crois qu'on est resté du côté artistique en l'adaptant ».*

La notion de translation sert parfois à rendre compte de la façon dont le propos artistique se « plastifie » pour correspondre aux lieux hospitaliers où il se déploie. *« Une exposition dans un lieu de soin ne peut pas être importée sans connaître quelques transformations de même qu'elle ne peut pas avoir lieu partout. Il y a des lieux limites, des espaces où certaines frontières sont infranchissables. Pour tout déplacement d'une expo d'un lieu muséal à un autre, il faut donc une translation. Elle se fabrique dans une co-production avec les gens du lieu en question. »* (une muséographe).

S'adapter, c'est aussi accepter que l'entrée en scène ou la sortie de scène se négocient. Un lever de rideau avec ses trois coups annonciateurs, une fin de spectacle avec au final une révérence tirée sous les applaudissements, voilà des médiations classiques qui sont, à l'hôpital, largement insuffisantes. Le plus souvent, l'artiste approche les équipes soignantes et les patients en amont de sa prestation ; de même, il négociera sa sortie en prenant le temps d'échanger avec les uns et les autres. Adaptation encore, lorsque l'artiste doit accepter le refus de sa prestation. Ainsi, un patient dans une chambre peut rejeter la présence de

l'intervenant qui devra alors accepter que son ego soit ainsi inhabituellement bousculé. En effet, dans une salle de spectacle, le public peut ne pas venir ou bien figurer en tout petit nombre, il peut aussi ne pas apprécier ce qui lui est proposé et le manifester sous une forme ou une autre, mais jamais il n'est en capacité de refuser la prestation. À l'hôpital, souvent, il en va tout autrement. Avant même d'avoir commencé de s'exprimer, l'artiste peut être congédié d'un service, d'une chambre. Là encore, c'est une spécificité importante de l'intervention culturelle en milieu hospitalier.

S'adapter sans rien lâcher de ses exigences, faire autrement tout en restant soi-même, voilà l'une des tensions constitutives de la pratique culturelle à l'hôpital. Pour le dire autrement, on peut penser qu'il y a là une invitation à la mise en œuvre d'une professionnalité différente pour le professionnel. Ainsi tout bon professionnel n'aura pas nécessairement la professionnalité requise pour œuvrer à l'hôpital, mais le professionnalisme s'impose pour que la professionnalité existe⁷. C'est une condition nécessaire, bien que non suffisante.

Utopie et réalisme sont deux autres notions essentielles. Les intervenants culturels à l'hôpital sont en effet tous⁸ portés par une sorte de militantisme. Bien que difficile à caractériser, on peut considérer tout de même qu'il les place sur les registres simultanés de la production de liens et de la production d'acteurs, les tenant à égale distance du compassionnel et du volontarisme.

« Moi aujourd'hui, ce qui m'intéresse, c'est de les rendre acteurs ; bien sûr, il faut rester modeste, ça ne va pas changer leur vie. Cela ne va pas les rajeunir. Mais il se passe quelque chose sur la durée. Nos actions qui s'inscrivent dans le long terme amènent aussi autre chose. Un rapport affectif avec ces personnes. Un monsieur de 90 ans s'est pris de passion pour les activités artistiques. Les gens sont dans l'établissement pour longtemps, ils n'en repartiront pas. Donc, Joseph, quand il savait que c'était le jour des ateliers, il nous attendait. On a eu des rapports humains, c'est ce qu'on cherchait. On a donné un autre rapport aux malades, une autre vision. Les actions qui ne marchent pas, ce sont celles où il n'y a pas de lien. C'est perdu d'avance si on dit qu'on va leur faire plaisir, qu'on va leur faire du bien. On va engendrer du pathos et de l'intimité qui va déplacer le propos de l'intervention » (une comédienne).

La modestie des résultats constatés parfois n'est pas dissimulée. Elle est constitutive de ce militantisme artistique utopique et réaliste. *« Une personne en démence passait ses journées à hurler, on l'a intégrée à nos ateliers. Pendant une heure et demie d'atelier, elle n'a pas hurlé. Il s'est passé quelque chose. Quand on arrive avec nos ateliers, on ne sait pas ce qu'on touche. On a ouvert des fenêtres sur autre chose »* (une comédienne).

Un danseur s'exprime ainsi : *« Ces personnes sont des accidentés, ils sont, pour la plupart, en rééducation physique et en fauteuil roulant. Il y a des gens amputés, des gens fracassés dans leur tête, ça atteint le psy. J'essaye de comprendre de manière intuitive leur mal, je ne demande pas aux soignants. Je crois que pour accepter les gens... je n'ai pas envie d'être*

7 Avec cette formule que d'aucuns trouveront peut-être énigmatique, nous voulons souligner que si tous les professionnels ne réussissent pas nécessairement leurs interventions à l'hôpital, il reste indispensable que ce soient des professionnels qui les prennent en charge.

8 Nous ne parlons là, bien évidemment, que de ceux qui conduisent ce genre d'activités durablement, c'est-à-dire qu'ils ont été reconduits dans leurs contrats d'intervention. Il en est d'autres qui n'ont pas donné satisfaction ; nous ne les avons pas rencontrés et nous faisons l'hypothèse qu'ils ne présentaient pas les caractéristiques que nous évoquons là.

dans la compassion, c'est déjà assez difficile puisqu'il faut qu'on prenne nos distances quand on intervient. Cela demande beaucoup d'énergie, sur des ateliers, on a parfois huit patients. On ne les revoit pas forcément car ce sont des séjours qui ne sont pas forcément très longs 1, 2, ou 3 mois ».

Une plasticienne ne dit pas autre chose : *« C'étaient des interventions « humbles », on m'emmenait les patients, mais ils étaient très handicapés, donc je tentais des choses. C'était un travail simple et confiné. Dès fois, ils pouvaient faire que des trous avec leurs doigts. Dès fois, c'est moi qui faisais, ils me disaient, ils touchaient un peu. C'était un travail « très petit » ils étaient très abîmés. Des tétraplégiques à vie. J'ai aimé travailler avec ces patients mais j'étais aux antipodes des résultats que j'avais imaginés au départ. C'est pas qu'il n'y avait pas de résultats mais j'avais beaucoup de mal à les mettre en valeur. C'est tellement petit ce que l'on fait et tellement grand en même temps. Ils sont dans un quotidien terrifiant, c'est très dur des fois. Certains patients étaient très handicapés avec une autonomie très réduite, incapables de manipuler un pinceau, ou de modeler de la terre. Avec seulement un doigt qui fonctionnait, ils grattaient un peu la terre installée devant eux ou laissaient des traces de peinture sur des feuilles blanches... Il y a des gens, je leur donnais que des boules à faire, on ne pouvait pas faire autre chose... ce sont des choses très petites ».*

Les intervenants culturels à l'hôpital sont porteurs d'intentions et d'ambitions, en même temps, ils savent demeurer réalistes en ne recherchant pas nécessairement une transformation mécanique des situations auxquelles ils sont confrontés. *« Modestement, on doit s'adapter aux conditions qui ne sont pas celles d'un spectacle traditionnel. Forcément, l'hôpital nous renvoie des choses pas agréables. Forcément, tu découvres des personnes qui sont en marge, mais elles sont d'autant plus à l'écoute. Il y a d'autres enjeux. La parole compte plus. Moi, j'essaye de le faire légèrement. Il ne faut pas partir sur des choses trop idéalisées. En prison, c'est pareil, ce ne sont pas les autres, les monstres, on peut s'y retrouver très facilement. Il y a des gens à vif, cela leur permet de s'évader de cette situation difficile. Mais il ne faut pas idéaliser le truc. C'est la vie »* (un comédien).

Malgré l'enthousiasme réaliste précédemment évoqué, les **difficultés spécifiques** de l'intervention culturelle à l'hôpital ne sont pas mineures. Le sentiment d'être utilisé à des fins qui ne sont pas celles de la pratique artistique affleure parfois. *« Je ne cherche pas à être un expert du soin par la musique. Je ne veux pas être instrumentalisé. Peut-être que parfois on utilise la culture comme un sparadrap »* (un musicien).

La participation mesurée de certains personnels est également souvent mal vécue. Une conteuse explique *« Je me souviens d'un médecin qui disait « le problème social de l'homme ne m'intéresse pas, moi techniquement j'ai réparé son oreille, j'en veux pas plus. C'est terrible d'entendre des discours pareils. On ne pouvait pas se comprendre ».* Une plasticienne développe le même genre de constat sur les différentes formes de blocages rencontrés : *« On avait commencé les ateliers en dehors de l'hôpital, dans un local un peu plus loin. On était complètement isolé. Le mec qui faisait faire les trajets aux patients était contraint de le faire, ça l'emmerdait. Des fois, il ne trouvait personne, il ne trouvait pas les patients, donc personne ne venait à mes ateliers. Et puis je n'aimais pas les conditions dans lesquelles les patients étaient « trimballés », « comme des bestiaux » c'était traumatisant pour eux. C'était le bordel ! Quand j'ai vu ça, j'ai retrouvé un local. C'était une bonne idée à la base de sortir de l'hôpital, mais les patients étaient encore moins autonomes. Il fallait une voiture pour les emmener. Du coup on a trouvé un local au sein de l'hôpital, j'ai augmenté mes contacts. Je voyais le personnel aux pauses café, je pouvais leur parler de mes ateliers d'arts plastiques*

et coller des affiches un peu partout. Les ateliers duraient deux heures avec 5 personnes présentes. Mais rien n'était adapté, il aurait fallu concevoir des outils spécifiques pour qu'il y ait des chaises adaptées ou même sur les lits, parce qu'il y avait des personnes qui venaient en lit ! Rétrospectivement j'avais le moral ».

Une autre difficulté récurrente est liée au fait que les créations réalisées par les artistes dans le cadre de leur intervention en milieu hospitalier semblent n'être pas suffisamment utilisées en dehors des murs où ils ont été conçus. « *Il y a toutes ces créations qui se font dans les hôpitaux et il n'y a personne qui fédère ces projets pour les faire tourner sur ces lieux-là. Cette aventure humaine artiste/patients qui est acquise on pourrait la faire circuler, c'est un peu dommage. C'est le contrat aussi, avec les personnes malades qui ont donné leur énergie, ils ont confiance dans ce qu'on allait faire. Comme c'est fabriqué à l'hôpital, ça y reste. C'est notre transpiration qui fait que ce n'est pas resté à l'hôpital. Une fois le projet artistique terminé, l'hôpital ne s'en occupe plus du tout. Ce n'est pas un reproche, c'est un constat* » (un comédien). La fragilité des acquis au regard des efforts consentis est parfois durement ressentie. Le propos des gestionnaires des structures culturelles relaie celui des artistes.

Les gestionnaires des structures culturelles

Par gestionnaires de la culture, nous désignons **les professionnels qui ont en charge le pilotage des entités culturelles participant aux actions « Culture à l'hôpital »**. Cela étant dit, il convient de noter qu'il y a de **grandes différences de situations** entre le responsable d'une association culturelle, laquelle salarie par intermittence deux ou trois personnes, qui assure également une pratique artistique et un directeur de la communication et/ou des publics d'une « Scène Nationale » ou d'un « Centre Dramatique National ».

Cette différence est importante car elle structure assez largement les points de vue sur nombre d'aspects. Là où, par exemple, les premiers insistent sur le caractère vital que peut avoir, pour l'existence même de leur organisation, la réalisation de contrats dans le cadre de « Culture à l'hôpital », les seconds apparaissent évidemment beaucoup moins « dépendants ». Cette première remarque n'est pas que de détail. En effet, si tous ces acteurs s'accordent à reconnaître qu'intervenir auprès de « publics empêchés » relève bien d'une mission quasi-idéologique de la part des professionnels de la culture, il n'en reste pas moins que **cette « vocation » raisonne assez différemment** selon que les uns ou les autres tirent l'essentiel de leur budget de ce genre d'opération.

Un directeur de Centre dramatique nous explique : « *Nous avons dans nos activités une mission de service public : il faut toucher le public le plus large possible sur notre territoire. Nous luttons contre l'isolement géographique, ainsi, au même titre que nos interventions en milieu pénitentiaire ou dans les secteurs ruraux, nous devons intervenir en milieu hospitalier* ». Le responsable d'un théâtre ne dit pas autre chose « *l'hôpital tient une grande place dans la ville et comme notre mission est d'être présent culturellement dans la ville, il faut que nous soyons présents à l'hôpital* ». On discerne nettement dans les propos des gestionnaires des grosses structures culturelles impliquées dans « Culture à l'hôpital » qu'il y a dans cette activité une forme d'évidence liée à leur vocation. « *Notre mission, c'est d'initier à l'art contemporain et nous cherchons à cibler le grand public. Du coup, même si les hôpitaux ont leurs propres objectifs, nous essayons de trouver un équilibre entre leurs exigences et ce que nous avons à proposer. En faisant entrer le dehors de l'art contemporain dans le dedans de l'hôpital, on va au devant des publics...on n'essaie pas de les bousculer mais d'ouvrir des fenêtres* » (un responsable de Centre d'art contemporain).

Depuis une telle perspective, les gestionnaires de structures culturelles importantes admettent assez facilement que leurs investissements en temps, en énergie, en moyens soient supérieurs à ce qui est alloué par la convention régionale. Cela relève de leurs missions et certains estiment donc naturelle leur présence dans ce projet « *On s'adresse à des publics empêchés. Ils ne peuvent venir à nous parce qu'ils sont hospitalisés alors nous allons vers eux. Pour nous, c'est clairement une politique volontariste qui relève en même temps de la charte de mission de service publique à laquelle nous nous référons* » (gestionnaire d'un Centre Dramatique). L'un des objectifs affichés renvoie aussi à la conquête de nouveaux publics. « *Travailler en dehors de nos murs, c'est plus que de la prestation de service. On tente aussi de capter de nouveaux lecteurs pour la médiathèque. Ce n'est pas forcément la quantité qui prime mais la qualité que l'on peut obtenir en décroissant les différentes sphères de la société. Les élus ne reconnaissent pas toujours l'importance de ces actions ; du coup, c'est un peu du militantisme de notre part* » (responsable de médiathèque).

Pour les petites structures qui peuvent dégager une part essentielle de leurs financements sur les actions conduites à l'hôpital, le positionnement est en partie différent. « *Travailler à l'hôpital pour nous est vital. Ce sont l'essentiel de nos financements. C'est le cœur même de nos projets* » (administrateur d'une compagnie de clowns à l'hôpital). Là où les petites compagnies peuvent dépendre assez largement des financements obtenus dans le cadre de leurs activités à l'hôpital (que celles-ci relèvent ou non d'un financement par la convention régionale ARH/DRAC/Région), les grosses structures peuvent avoir le sentiment d'être débitrices sur ce type d'action. Ce débat a son importance, comme nous le verrons plus loin, il ressurgit des propos que nous ont tenus quelques responsables de grosses structures culturelles (Scènes Nationales, Centres Dramatiques Nationaux) pour justifier, en partie, qu'ils ne participent pas aux opérations culturelles avec les hôpitaux.

Autre caractéristique des propos tenus, **la lourdeur des dossiers** qu'il convient de monter pour entrer dans le dispositif régional. Cette lourdeur est souvent soulignée et plus particulièrement encore lorsque la structure culturelle est petite⁹. Dans tous les cas de figure, la qualité de la coopération avec le médiateur (ou référent) culturel de l'hôpital ou bien la possibilité de s'appuyer sur les ressources du dispositif (les comités locaux, Hi-culture) est donnée comme essentielle car elle facilite le montage du dossier.

Nos interlocuteurs soulignent également que la participation aux actions relevant de la convention « Culture à l'hôpital » permet aux structures culturelles d'**entrer dans des jeux de coopération nouveaux et dans des réseaux de partenaires** qu'ils n'avaient pas antérieurement. Là encore, ce dernier point est évidemment d'autant plus notable que les organisations sont de petite taille. « *L'action à l'hôpital nourrit notre réflexion, elle nous fait rencontrer d'autres partenaires, nous inscrit dans une dynamique de réseaux et nous conduit à avoir une approche nouvelle du territoire sur lequel nous intervenons* » (administrateur d'une compagnie de clowns).

Un dernier aspect est évoqué plus épisodiquement par les gestionnaires de l'action culturelle, consistant à faire **un parallèle entre action sociale et activité culturelle**. Le raisonnement suggère l'idée que la culture est de plus en plus pensée comme un outil susceptible de favoriser l'intégration de certains publics, à l'identique de ce que pouvait être le travail social – avant qu'il ne soit tenu en échec. Derrière ce nouveau rôle assigné à la culture, et dont on

⁹ Ledit dispositif s'alourdit encore lorsque se télescopent, sur le terrain, des actions proches sur le contenu mais différentes au plan administratif, comme dans le cas de « culture handicap » et « culture à l'hôpital ».

pourrait se réjouir dans un premier mouvement, se profile l'idée de l'instrumentalisation des politiques culturelles. La fonction citoyenne de l'art peut déboucher sur une sorte d'enrôlement politique. Du coup, il y aurait un certain paradoxe à voir les tenants de « Culture à l'hôpital » s'efforcer de se situer en dehors de la logique de l'art-thérapie alors qu'en revendiquant la participation des acteurs dans l'art et la culture, ou bien encore la dimension citoyenne de l'expression culturelle, ils pourraient s'inscrire de plain-pied dans la logique globale (l'idéologie globale pourrait-on dire) de la culture comme thérapie sociale.

3. Les référents culturels

Nous désignons par « référents culturels » les personnes en charge de la coordination des actions culturelles dans les établissements hospitaliers ; tous ne portent pas cette dénomination officielle, certains étant identifiés et/ou s'identifiant comme « responsable culturel », « coordinateur culturel », « médiateur culturel », « chargé de communication et de culture ». Par souci de simplification, nous choisirons le terme commun de « référent culturel », sans nous appesantir pour le moment sur les enjeux terminologiques liés à l'emploi de telle ou telle dénomination.

Les référents culturels ont assurément une position centrale dans la dynamique des actions culturelles à l'hôpital, mais tous les établissements ne disposent pas d'un référent identifié, encore moins d'un référent formé au métier de la culture, ce qui peut peser sur la légitimité que les référents se reconnaissent et/ou que les personnels de l'hôpital leur confèrent à développer l'action culturelle. Les référents culturels occupent aussi souvent des fonctions mixtes (culture et communication, culture et soin), pas toujours clairement identifiées et différenciées dans leurs profils de poste. Une indifférenciation qu'ils ont à gérer au quotidien pour dégager du temps pour l'action culturelle, et pour l'imposer au rang de dossier aussi prioritaire que leurs autres activités. Bref, si leur présence apparaît totalement indispensable au développement de l'action culturelle, il leur manque beaucoup de ressorts leur permettant d'imposer la légitimité de cette action, auprès de directions et de personnels parfois ou encore dubitatifs.

Le choix stratégique d'un référent culturel

C'est souvent un acte fondateur de la part d'un établissement et de sa direction que de choisir de s'appuyer sur un poste de référent culturel. Cela témoigne de l'intérêt porté à l'action culturelle bien sûr, mais cela témoigne aussi de la prise de conscience que cette activité nécessite du temps et des compétences professionnelles, « à part », qui ne s'improvisent pas. Ce choix se fait rarement *ex nihilo* : nous voulons dire par là que les postes de référents sont généralement créés dans des établissements avec un passé d'actions culturelles, sinon un « esprit ».

« C'est le directeur qui m'a appelée pour me proposer le poste. C'était un convaincu de la culture à l'hôpital et il voulait remplacer la personne qui me précédait et qui était surtout orientée autour du patrimoine. Aujourd'hui, c'est toujours un convaincu. Il a créé une commission culture, il s'est confronté aux contestations des syndicats.

- Des médecins aussi ?

Les médecins n'ont pas plus contesté et résisté que cela. Ils faisaient juste pression pour aller vers de l'art-thérapie, pour qu'il y ait une dimension de soin explicite. Là encore, le directeur a été le pionnier pour imposer son point de vue. Et aujourd'hui, c'est surtout moi qui fais ce travail. Auprès des soignants notamment.

- Ils résistent fermement ?

Certains ne voient pas l'intérêt de faire venir des artistes, car ils disent qu'ils savent tout faire. Moi, je leur dis que c'est important de faire venir des professionnels de la culture pour les patients, mais aussi pour les soignants : c'est un moment de culture et une façon d'apprendre de nouvelles choses. Mais c'est plus ou moins bien reçu. En tendance, il y a plutôt de la méfiance pour tout ce qui ne se rapproche pas du soin. Les soignants préfèrent de l'occupationnel, du distractif. Vous savez, les thés dansants ou

les tours de calèche marchent beaucoup mieux que les projets culturels !! » (une référente culturelle)

« Culture-Hôpital, c'est resté une histoire de personnes, de relations, de contacts personnels. On est passé de choses très ponctuelles à des choses un peu plus institutionnalisées, mais c'est resté une histoire de personnes. Ici, on a le soutien institutionnel du directeur, mais il n'y a pas d'engagement. Le directeur trouve que c'est très bien ; localement, cela permet aux patients de faire quelque chose. Comme il dit « puisqu'il y a une enveloppe budgétaire, ça serait dommage que les patients ne puissent pas en profiter ». Mais ça ne va pas plus loin. A chaque fois qu'on obtient une part de financement, la part de l'hôpital baisse : ça montre qu'il n'y a pas d'engagement. Pour lui, cela reste un peu vitrine. » (une référente culturelle)

« Au niveau national, les DG ont mis en place une commission culture et ont décidé qu'il fallait un correspondant culture. Ce qui a fait que j'ai été bombardée là, sur 20 à 30 % de mon temps. (...)

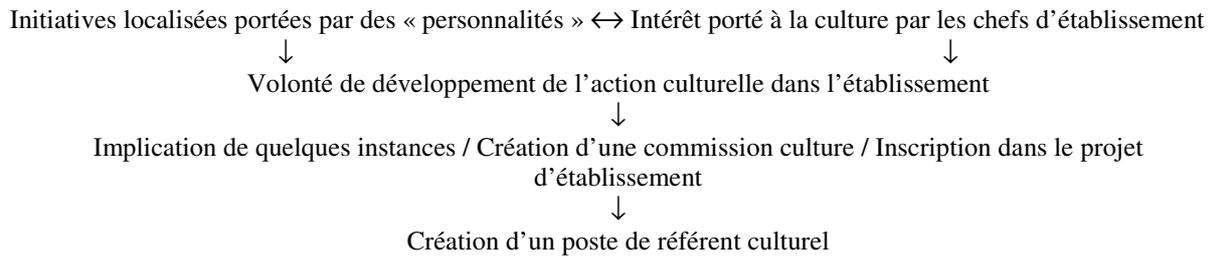
- Avec le changement de direction, vous avez senti le même soutien ?

Disons qu'il y a de l'intérêt, pas un soutien institutionnel, mais de l'intérêt, oui. » (une référente culturelle)

Cet esprit est généralement porté par les directeurs d'établissement. Dans tous les discours et expériences que nous avons recueillis, l'accent a été mis sur l'importance stratégique de « l'esprit » du directeur d'établissement dans le développement de l'action culturelle et le choix, le cas échéant, de créer un poste de référent culturel. Un « esprit » que l'on pourrait qualifier d'intérêt porté à la culture, soit de façon extra-professionnelle (liée au parcours de vie), soit par séduction, en situation, pour les actions culturelles développées à l'hôpital. Autrement dit, s'ils ne sont convaincus pas d'avance, certains chefs d'établissement se laissent séduire ou convaincre par quelques initiatives locales, généralement portées par des personnalités fortes, engagées dans la conduite de quelques actions culturelles. Ce qui voudrait dire que l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes devrait veiller aux profils culturels de ses recrues ou intégrer des présentations des actions culturelles dans le cadre de ses formations... Nous y reviendrons (cf. 9.).

L'esprit des directeurs d'établissement apparaît particulièrement décisif dans la création des postes de référents culturels : c'est parfois le « fait du Prince », imposant sa décision sans guère de concertation, mais c'est aussi souvent une affaire de conviction auprès des instances de l'établissement. La création d'un poste de référent se prépare et se légitime souvent dans les multiples commissions et projets qui animent la vie de l'hôpital : parfois, avec la création d'une commission culture, impliquant les plus engagés et les plus fervents de l'action culturelle – ou les moins extérieurs et les moins réticents – ; parfois, avec l'inscription de l'action culturelle dans le projet d'établissement. Tous les référents culturels ont souligné l'importance des chefs d'établissement dans cette première phase de développement de l'action culturelle : ils ont la légitimité interne pour s'affronter aux oppositions les plus vigoureuses, pour impliquer les instances et quelques médecins, pour donner un sens au projet d'établissement. Les référents culturels prendront ensuite le relais, un relais d'autant plus efficace que le soutien du chef d'établissement restera fort et visible.

Si l'on devait essayer d'établir une chronologie du développement de l'action culturelle à l'intérieur d'un établissement, on obtiendrait un schéma du type :



Selon les situations locales, dépendant notamment de la taille et des ressources de l'établissement, ainsi que de la présence ou non de personnalités déjà engagées dans la promotion de l'action culturelle et susceptibles de devenir des référents, le choix du référent culturel peut prendre différentes formes : dégageant de temps pour un personnel déjà en poste (par exemple pour un cadre de santé ou un responsable communication), création de poste et recrutement. Dans quelques cas, exceptionnels à notre connaissance, le référent culturel peut être un professionnel extérieur à l'établissement. Dans tous les cas, l'activité de référent culturel n'occupe jamais plus d'un mi-temps, même dans les grands établissements. Au regard des ressources contraintes de chaque établissement, la création d'un poste de référent culturel – pour les établissements qui décident cette création – revient ainsi bien souvent à devoir financer un demi-poste temps plein et à trouver une personne idoine sur ce poste.

Des hybrides, avec des soucis de légitimité

Dans la plupart des établissements que nous avons étudiés, ce sont des personnes employées à temps plein qui sont « référents culturels », mais qui partagent leur activité (et souvent aussi l'intitulé de leur poste) en deux mi-temps : communication et action culturelle, soins et action culturelle. Ce sont des « hybrides ». Le partage de leurs activités n'est pas toujours aisé pour les « référents hybrides », car ce partage n'est pas toujours nettement défini dans leurs profils de poste, encore moins dans leur quotidien de travail. Selon les plus ou moins grandes pressions de leur hiérarchie, selon les fameuses priorités des agendas, il arrive ainsi bien souvent que l'action culturelle occupe moins de la moitié de leur temps de travail, au profit des autres activités de communication ou de soins. Une situation plus ou moins bien vécue, selon les affinités des référents culturels pour telle ou telle dimension de leur activité hybride.

Le contenu du métier – ou encore ce que les sociologues ont l'habitude d'appeler le faisceau de tâches – des référents culturels est large. De façon générale, ils disent être chargés de projet, porteurs de projets, ce qui englobe : trouver et/ou maintenir les contacts avec les partenaires culturels, concevoir et formaliser un projet commun en lien avec des personnels hospitaliers, convaincre les directions et les personnels de l'établissement, trouver les financements (en interne et en externe : subventions, convention régionale, mécénat, ...), souvent s'occuper de la mise en œuvre logistique de l'action culturelle, prendre en charge la communication autour de l'action, animer la commission culture de l'établissement (quand elle existe), participer aux comités locaux et éventuellement à la commission régionale, etc. C'est un métier de médiateur culturel qui nécessite des connaissances précises sur les rouages des mondes artistiques et culturels (depuis les méandres des statuts des intermittents et des subventions culturelles jusqu'aux fonctionnements de la DRAC), une aptitude à piloter ou plutôt convaincre des équipes pluri-professionnelles, une aptitude à faire le pont entre deux

mondes différents, etc. Autant de facettes du métier qui le rendent particulièrement riche pour ceux qui en ont les compétences et l'appétit, perturbant et inconfortable pour les autres.

De fait, il nous est arrivé de rencontrer des référents culturels fortement déstabilisés par le contenu des tâches qui leur était demandé : ils disaient, au moins à demi-mots, ne pas avoir les compétences adéquates et surtout ne pas savoir comment les acquérir. Comment mobiliser des partenaires culturels ? Comment développer une convention ? Comment rémunérer des artistes ? Quels sont les critères légitimes dans les mondes culturels et institutionnels ? Si tous les référents culturels se heurtent plus ou moins à ces difficultés, ceux que nous avons trouvés les plus déstabilisés sont les professionnels, issus des métiers de la communication, et parachutés un jour « référent culturel » de leur établissement, comme si pour ceux qui avaient pensé cette décision, les missions culturelles étaient suffisamment proches des missions de la communication pour leur être associées, comme si aussi les savoir-faire des métiers de la culture étaient suffisamment indéfinis pour que chacun puisse tenter de s'y improviser référent avec sa formation et son expérience. Si la déstabilisation n'est pas toujours aussi forte que celle que nous venons d'évoquer, on remarque que les référents culturels sont très souvent en équilibre instable ou en déséquilibre contrôlé... Leur fonction hybride les amène très souvent à être sur plusieurs cœurs de métier qu'ils ne maîtrisent pas conjointement.

Il y a en tout cas une nette différence observable, entre les référents culturels qui ont été formés au cours de leur formation initiale à cette fonction et les référents culturels qui se sont formés « sur le tas », au fil de leurs expériences de travail (chez ces derniers, on trouve notamment les professionnels du soin, devenus référents culturels parce qu'ils ont porté des actions culturelles dans leur établissement et qu'ils ont la « fibre », ainsi que les professionnels de la communication, devenus référents culturels généralement sur décision hiérarchique). Nous n'évaluons pas cette différence en termes de qualité de travail (les sociologues sont bien mal outillés pour évaluer ce que pourrait être cette qualité), mais plutôt en termes de satisfaction au travail et de stabilité de l'identité professionnelle. Une identité qui se construit en interne, avec le sentiment qu'ont les professionnels d'avoir les compétences pour le poste ou la fonction qu'ils occupent, mais aussi en externe, dans la reconnaissance donnée par les autres professionnels (les hiérarchiques et les interlocuteurs directs). Les référents culturels ont ainsi à conquérir une reconnaissance externe, aussi bien auprès des acteurs hospitaliers que des acteurs culturels : les sources de leur légitimité sont alors très différentes selon qu'ils sont arrivés à leur poste par leur formation culturelle, par leur « fibre » artistique ou par simple choix stratégique d'une direction hospitalière.

On peut traduire ce constat avec le vocabulaire de la sociologie des professions. Si tous les métiers se caractérisent par des savoir-faire particuliers et inaccessibles sans formation initiale et/ou sans expérience, les représentations sociales sont très différentes : certains métiers jouissent d'une image de métiers aux savoirs experts, difficilement accessibles, et en rupture nette avec les savoirs profanes, tandis que d'autres pâtissent d'une image de métiers plus facilement accessibles, sans rupture nette entre les savoirs profanes et professionnels. Dans un espace hospitalier où les métiers soignants polarisent les représentations valorisantes de métiers techniques, spécialisés, qui plus est utiles et indispensables, il n'est guère étonnant que les métiers de la culture paraissent beaucoup plus « amateurs », et par là susceptibles d'être confiés à des néophytes en la matière. Après tout, un mauvais référent culturel fait moins de mal et de morts qu'un mauvais chirurgien ! Reste à penser la façon dont les acteurs profanes en la matière s'emparent des missions qui leur sont confiées, parviennent ou non à se « professionnaliser » (devenir expert) dans ces missions. Plus fondamentalement, c'est une

question de reconnaissance des différents métiers – ici les métiers culturels – qui est ici posée. Une question aussi de représentation de l'action culturelle et de ce qu'elle recouvre.

Culture et communication

« Je n'ai pas de fausse pudeur par rapport à une politique de communication et par rapport au fait d'utiliser la culture comme un moyen d'attractivité. » (un directeur d'établissement)

« Cela a été le choix de beaucoup d'établissements et de CHU de rattacher les missions culture et communication. Cela aurait pu être rattaché à la Qualité, via l'accueil du patient. Mais comme à la communication, on organise des manifestations parfois culturelles, cela a paru logique. Donc les personnes de la communication se sont professionnalisées pour s'occuper de la culture. Il y a eu beaucoup d'emplois-jeunes sur ces postes ; ensuite, ils ont été pérennisés. En plus, la culture a servi d'instrument de communication et de valorisation de l'image. On nous a d'ailleurs souvent reproché, aux communicants, d'instrumentaliser la culture. Mais c'est un faux débat. La valorisation, ce n'est pas l'instrumentalisation. » (une référente culture-communication, issue d'une formation communication)

« J'ai été recrutée comme responsable de l'action culturelle, mais comme il a été repéré le déficit d'une entité communication à l'échelle de l'établissement, le nouveau directeur m'a demandé de prendre en charge à mi-temps la communication, notamment la rédaction d'un journal. Mais ça, je ne sais pas le faire. Je ne me sens pas bien sûr cette partie du poste. » (une référente culture-communication, issue d'une formation métiers de la culture)

« Je suis référent communication et culture, alors que mon métier, c'est vraiment la communication. Avoir pris le dossier Culture, c'est agréable, parce que c'est une bouffée d'oxygène pour tout le monde. Mais j'ai été bombardée là, sur 20 à 30 % de mon temps, sans formation. » (une référente culture-communication, issue d'une formation communication)

Les deux facettes culture et communication sont souvent associées dans les postes occupés par les référents culturels. Selon leur profil de formation (métiers de la communication, métiers de la culture), cette association pose plus ou moins question. Schématiquement et sans étonnement, les référents issus des métiers de la communication ont tendance à privilégier (en goût et en temps passé) la facette communication de leur poste, d'autant qu'ils ont été rarement formés aux métiers de la culture ; les référents issus des métiers de la culture, même s'ils ont généralement été en partie formés aux métiers de la communication (pour ceux qui ont suivi des formations récentes de médiateurs culturels), ont tendance à privilégier (au moins en goût) la facette culture de leur poste. La principale opposition est ailleurs : les premiers ne voient pas de contre-indication radicale entre les deux fonctions de la communication et de l'action culturelle, les seconds sont beaucoup moins convaincus de la compatibilité des deux dimensions culture et communication.

Quand ces différents protagonistes sont invités à confronter leurs points de vue, le débat s'engage vite autour de l'instrumentalisation de la politique culturelle au profit de la politique de communication de l'établissement (l'inverse n'étant jamais évoqué !). Les uns dénoncent ainsi la façon dont les directions entendent utiliser l'action culturelle comme une vitrine de

l'établissement, quitte à lui faire perdre de son contenu « culturel » ou à ne pas prêter attention à lui en donner. Les autres voient dans cette dénonciation un faux ou mauvais procès fait à la communication, qu'ils n'entendent pas limiter à une politique d'affichage factice : l'action culturelle est selon eux une voie / voix de la communication, au sens où elle établit des liens internes et transversaux, mais aussi externes avec les partenaires culturels, des partenaires institutionnels locaux, des visiteurs, plus largement le territoire. C'est aussi une voie de valorisation de l'activité de l'hôpital.

Le débat est assurément sans fin. Il anime bien des scènes et des débats autour de la culture, même au sein de l'actuel Ministère de la Culture... et de la Communication... A l'échelle de l'action culturelle à l'hôpital telle qu'elle se développe en Rhône-Alpes, il est intéressant de remarquer que la question se pose moins entre institutions hospitalières et culturelles (après tout, beaucoup de tenants de l'action culturelle à l'hôpital seraient prêts à accepter une instrumentalisation de la culture, si elle devait être le seul prix du développement de l'action culturelle dans les établissements) qu'à l'intérieur des établissements, dans le lien qui s'établit notamment entre la direction et le référent culturel.

Encadré 5 : Le cas des HCL

Les Hospices Civils de Lyon constituent dans beaucoup de discours l'archétype du non-engagement dans l'action culturelle. Beaucoup de nos interlocuteurs, dans toutes les scènes que nous avons observées (depuis la commission régionale au comité local du Rhône, en passant par le groupe d'auto-analyse), soulignaient le faible engagement institutionnel et financier de cette structure, pourtant centrale de part sa taille (18 établissements et 22 000 personnels) et sa place symbolique (CHU, Lyon). La directrice adjointe à la communication et coordinatrice des affaires culturelles aux HCL (un poste qui existe depuis 2002), rencontrée dans plusieurs de ces scènes, ne partage bien sûr pas cet avis.

D'abord, quelques données globales. L'engagement financier des HCL pour l'animation culturelle était de 16 000 euros en 2008 (à titre indicatif, le budget général des HCL était de 1 352 millions d'euros en 2006, soit un ratio approchant les 0,001 %). Depuis 2003, les HCL se sont dotés d'une commission culturelle interne, composée de directeurs d'établissements, d'animateurs, de personnes intéressées à la culture. Une coordination est assurée au niveau de la Direction Générale, via la Direction de la Communication. S'ajoutent des référents au niveau des Groupements Hospitaliers, ainsi que les porteurs de projet au niveau des établissements.

Sur le site internet des HCL (consulté fin décembre 2008), l'action culturelle apparaît dans la présentation de la Direction de la Communication (date de mise à jour : 15/10/2007). C'est la dernière entrée d'une présentation qui en comporte 5 : Missions et objectifs / Communication interne et transversale / Communication avec les usagers et les interlocuteurs externes / Communication externe et mécénat / Animations culturelles.

● Animations culturelles

La Direction de la Communication assure le développement et la coordination des affaires culturelles en lien avec les référents culturels dans les groupements hospitaliers et les acteurs de terrain.

Elle élabore et assure le suivi du projet culturel inscrit au projet d'établissement 2005-2010, qui détermine 3 objectifs à l'action d'animation culturelle :

- contribuer à l'accueil et à la prise en charge des patients, de leurs familles et des visiteurs
- améliorer l'accès à la culture pour le personnel HCL et mettre en valeur les talents
- contribuer à l'ouverture de l'hôpital sur la ville

Au-delà de cette présentation très officielle, quelques remarques peuvent être faites.

La politique culturelle des HCL est d'abord définie avec un terme (« animation culturelle ») très souvent contesté par les membres de la commission régionale culture à l'hôpital et par la très grande majorité des acteurs locaux de ce dispositif régional. Pour ces derniers, l'action culturelle à l'hôpital doit être nettement distincte de l'activité d'animation. Les représentants des HCL assument ce choix lexical, en lien avec leurs propres préoccupations :

« Le fait de parler d'animation culturelle aux HCL renvoie à une tradition de longue date, notamment en gériatrie et en pédiatrie, une tradition humaniste aussi du prendre soin. C'est aussi une vision large de l'animation, et pas seulement de la culture, que nous défendons. Cela a été dans nos objectifs de 2002 que de rassembler. On avait la volonté de ne pas exclure des gens qui faisaient des choses depuis longtemps. On voulait amener les animateurs vers la qualité culturelle. Mais cela ne signifie pas que l'animation culturelle englobe tout. L'art-thérapie et l'occupationnel – comme les sorties au marché – sont clairement exclues de notre champ d'activité ».

On voit bien ici – au moins entre les lignes – quelques enjeux de ce choix. Avec ce choix, les directions des HCL ne se privent pas des rares ressources humaines (les animateurs) dont elles disposent localement et sont prêtes à mobiliser sur le champ culturel. Elles défendent aussi une vision – et rejoignent ainsi d'autres interlocuteurs que nous avons rencontrés (cf. Partie 6) – voulue moins élitiste ou segmentée de la culture à l'hôpital.

Cette conception d'une autre culture à l'hôpital, que nous pourrions appeler hétérodoxe en opposition à la conception que nous avons qualifiée de légitimiste et d'orthodoxe, ne doit pas pour autant cacher ce qui apparaît aussi nettement dans les discours et les présentations des HCL : la culture n'est pas une priorité de l'établissement. Sur le site internet des HCL (consulté fin décembre 2008), la commission culturelle interne n'apparaît pas dans les unités décisionnelles présentées dans les « instances de l'établissement » (date de mise à jour : 12/12/2008).

Par ailleurs, on voit bien l'emprise et le poids de la communication sur l'animation culturelle aux HCL. La direction de tutelle est celle de la seule communication. La présentation de l'animation culturelle est relayée en bout de présentation. Les porteurs institutionnels de cette animation sont des professionnels de la communication, qui donnent priorité à cette dimension : « si deux conférences de presse me tombent dessus, je me concentre d'abord là-dessus, parce que c'est mon métier ».

Pour résumer, le cas des HCL est, comme dans beaucoup d'autres endroits, une affaire financière et une affaire de priorité nettement établie entre communication et action culturelle.

Le binôme référent-chef d'établissement : entre coopération et dépendance

Les référents culturels – et par là les façons dont ils vont ensuite développer l'action culturelle – sont très dépendants des chefs d'établissements (et des lignes hiérarchiques intermédiaires s'il y en a) et de leurs priorités. Cette dépendance n'est pas nouvelle. Les premiers référents, c'est-à-dire les référents les plus anciennement installés, se rappellent de la précarité de leur poste : ceux qui étaient emplois-jeunes ou en contrat à durée déterminée savaient la stabilisation de leur poste liée à l'entente qu'ils pourraient développer avec leurs directions et la conviction que celles-ci mettraient à obtenir des postes stables par négociations avec les instances de l'établissement. Si certains postes ont été stabilisés, la dépendance des référents culturels vis-à-vis des chefs d'établissement reste importante : les premiers ont encore besoin d'un soutien institutionnel important pour légitimer leurs actions auprès des instances et des personnels, pas encore acquis à l'action culturelle ; leur seule fonction ne suffit pas à les rendre légitimes, encore moins à asseoir définitivement la place de l'action culturelle à l'hôpital. La période des restructurations, des réformes et des difficultés budgétaires a en grande partie remis sur la table les acquis des conquêtes initiales, auprès des personnels soignants et médicaux. En d'autres termes, la légitimité de l'action culturelle est encore à conquérir ou à stabiliser et les référents culturels sont souvent trop peu légitimes pour l'imposer, sans le soutien fort des autorités institutionnelles.

« On ressent toujours beaucoup de craintes et de tensions avec le service animation. Ils sont sur la défensive, en extrême vigilance. Ils craignent de voir leur poste supprimé, donc ils ne voient pas du tout d'un bon œil les projets culturels. Il y a aussi des difficultés avec les infirmiers. Les gens n'arrivent pas à se dégager du temps, puisqu'ils

sont en effectifs réduits, et puis le contexte est compliqué : le déménagement et les budgets. Ils disent : « Vous n'allez pas nous parler de culture ! Vu le contexte ! ». Ils font le deuil, le deuil d'un lieu, le deuil de façons de faire, et ils trouvent indécent de parler de culture. Je ne suis pas d'accord.

- Comment réagit le directeur d'établissement ?

Il critique les soignants sur le sujet, en trouvant que ça ne va pas assez loin. Mais il ne fait plus que critiquer. Le CA ne se réunit pas, le financement propre baisse. Le directeur ne monte plus au front. Le soutien institutionnel est là quand il y a un temps fort de l'action culturelle : là, le regard de l'institution est différent, il y a une cristallisation. Mais sinon, la culture à l'hôpital, cela reste anecdotique, même pour le directeur. » (une référente culturelle)

« J'ai des bonnes relations avec les directions de sites, mais là où je bute, c'est dans les services. Au niveau de l'encadrement soignant : ils sont plein de rancœur parce qu'ils manquent de temps et d'argent. Ils ont des réactions de jalousie, du type « Vous en avez bien beaucoup de l'argent ! ». Et puis, les soignants, eux, restent tournés vers le soin. Ils ne se sentent pas concernés. Même quand les projets sont faits pour les personnels. » (une référente culturelle)

La dépendance des référents culturels apparaît donc encore nettement aujourd'hui dans les relais dont ils ont encore besoin pour imposer leur légitimité au sein de leur établissement : la leur propre et celle de l'action culturelle en général. Cette dépendance a des effets sur la nature des relations qu'ils entretiennent avec les directions : directeurs, et directeurs adjoints (généralement directeurs de la communication) dans les grands établissements. On peut alors retrouver les tensions culture-communication (liées à une possible instrumentalisation de l'action culturelle) au cœur même de ces relations.

Schématiquement, certains directeurs d'établissement et surtout directeurs de la communication penchent pour une instrumentalisation de l'action culturelle au profit de la communication interne et externe, ou encore pour ce qu'ils nomment le « management » et la « valorisation » de l'établissement ; d'autres jouent la carte de l'action culturelle en parallèle de celle de la communication, jugée distincte. Selon leurs penchants et orientations stratégiques, ils soutiendront plus ou moins fermement les projets culturels (notamment en temps investi auprès des instances de l'établissement et en termes financiers) et orienteront les activités de leurs référents hybrides culture-communication (dont ils auront d'ailleurs généralement choisi le profil, en fonction de leurs orientations stratégiques) vers l'une ou l'autre de leurs tâches. Le binôme directeur – référent culturel a donc toutes les chances de porter les mêmes conceptions et préoccupations du point de vue du lien culture-communication : les directeurs enclins à un lien fort entre culture et communication choisiront des référents issus de la communication, qui s'épanouiront et s'investiront de fait plus dans la facette de la communication que dans celle de l'action culturelle ; les directeurs enclins à un lien distendu choisiront plutôt des référents issus des métiers de la culture ou des milieux soignants ayant fait leurs preuves dans l'action culturelle, quitte à ne pas confier à ces derniers les tâches de communication.

Mais il arrive aussi parfois que des tensions apparaissent, du fait notamment d'un changement de direction ou de priorité stratégique de la direction. Des référents culturels, plus médiateurs que communicants, peuvent ainsi se retrouver dans des situations complexes d'équilibres à trouver entre leurs idéaux normatifs de l'action culturelle et la réalité des missions qui leur sont confiées.

Les liens avec le dispositif régional Culture à l'hôpital

La plupart des référents culturels sont intégrés dans le dispositif régional Culture à l'hôpital, ils sont souvent membres de la commission régionale, certains sont aussi animateurs de bassin. La plupart portent une conception de l'action culturelle très proche de celle qui apparaît dans la convention régionale, une conception que nous appellerons « légitimiste »¹⁰ : ils s'en font les porteurs et relais à l'échelon local, celui des établissements présents dans les comités locaux, celui de leur établissement.

Deux groupes de référents disent néanmoins se trouver parfois en porte-à-faux par rapport au dispositif et à la conception légitimiste de l'action culturelle qu'il porte.

« On sent une vraie fracture entre les Lyonnais, qui sont d'ailleurs tous d'un même côté de la salle, et les autres. On a aussi le sentiment que les projets lyonnais sont plus soutenus, notamment par la DRAC. Les projets lyonnais sont plus conventionnés : sans doute parce qu'ils font plus de projets et de meilleurs projets, mais tout cela est peut-être lié aux ressources en acteurs culturels dont ils disposent. Nous –j'entends les non Lyonnais –, on a plus de difficultés et de crainte à remplir des dossiers conséquents. De mon côté, je revendique le fait de faire des projets plus « plan-plan », mais c'est parce qu'il faut faire réaliste avec les ressources locales et aussi la réceptivité locale. » (une référente culturelle)

« Je ne répercute surtout pas localement, dans mon établissement, tout ce qui est demandé par la commission culture, parce qu'il y a trop de choses. Je comprends bien leur envie d'impulser des dynamiques régionales, mais il faut aussi raisonner localement, à notre échelle, avec ce qui est faisable. C'est comme la ferme du Vinatier : c'est la référence permanente de la DRAC. Pour son directeur, il faudrait qu'on fasse tous la même chose. Mais on n'en a pas les ressources, ni financières, ni humaines. Donc, la Ferme, c'est un projet ambitieux et fantastique, mais pour nous, c'est devenu bloquant, parce qu'obsédant. C'est trop ambitieux, déconnecté des situations locales. » (une référente culturelle)

« On n'est pas ici au niveau du Vinatier ! On est bien d'accord ! (rires) C'est la définition du mot culture qui pose question. Quand, dans notre EHPAD, il y a des gens qui viennent faire de la musique ou des choses comme ça, pour moi, c'est de la culture, mais je ne suis pas sûre que ce soit considéré comme de la culture à part entière. » (une référente culturelle)

Les premiers se trouvent chez les « non-Lyonnais », ceux qui se vivent comme en périphérie, ou plutôt qui se vivent « comme étant vécus par les Lyonnais comme des périphériques »... C'est le syndrome Centre / Périphérie, classique en France, des Provinciaux par rapport aux Parisiens. Un syndrome particulièrement vivace dans le champ culturel où la centralisation reste importante aux échelles nationale et régionales. A l'échelle rhône-alpine, cette centralisation se manifeste par la présence de la DRAC et de nombreux établissements culturels à Lyon ou dans son agglomération proche. A l'échelle du dispositif « Culture à l'hôpital », elle se manifeste par l'« alliance des 4 Lyonnais » : ARH, DRAC, Région et Hi-Culture, par les réunions de la commission à Lyon.

¹⁰ Rien à voir avec le désir de voir les Bourbons revenir sur le trône de France !

Le terme de syndrome est sans doute mal choisi, car il évoque une maladie, sans présager de la cause. Pour beaucoup de non-Lyonnais, la centralisation lyonnaise n'est pas seulement un symptôme, c'est une véritable cause des difficultés qu'ils rencontrent. Ils n'ont pas les mêmes ressources culturelles (musées, expositions, artistes, écoles artistiques, universités, ...) que celles dont disposent les « centraux » : de ce point de vue, ils ne pensent pas pouvoir développer les mêmes ambitions et ils disent regretter la méconnaissance des institutionnels de leurs difficultés à trouver des ressources locales. Dans la même perspective, ils disent surtout ne pas disposer des ressources légitimes aux yeux des acteurs influents de la commission (« l'alliance des 4 »). Une référence revient toujours dans les discours : celle du Vinatier (s'il devait y avoir un centre dans leur esprit, ce pourrait bien être celui-là !). Pour beaucoup, c'est un exemple. Mais c'est un exemple inaccessible. Trop haut. La référence du Vinatier est à la fois attractive et pesante.

Les seconds, on ne s'en étonnera pas au regard de ce que nous avons déjà écrit, se trouvent principalement parmi les référents culturels issus des métiers de la communication. Ils portent une conception large de l'action culturelle, que l'on pourrait caractériser d' « animation culturelle », une conception qui accepte ceux que les légitimistes appelleraient des dévoiements : inclusion des activités d'animation dans l'action culturelle, emploi de bénévoles, ...

Au regard de ces différents positionnements, on peut s'essayer à une typologie des référents culturels :

- les référents culture-communication issus des métiers de la communication ne se sentent pas totalement légitimes dans le champ culturel et vont avoir tendance à développer une conception de l'action culturelle très large, allant vers l'animation culturelle.
- les référents culture-communication issus des métiers de la culture ne se sentent pas totalement légitimes dans le champ de la communication, tout au moins vont craindre une instrumentalisation de l'action culturelle au profit de la politique de communication, et vont avoir tendance à développer une conception de l'action culturelle légitimiste, proche de celle que portent les institutions culturelles ou encore les acteurs de la convention régionale.
- les référents issus des métiers du soin, devenus généralement référents de par leur expérience et leur implication dans l'action culturelle dans l'établissement, vont avoir tendance à s'accrocher à cette conception légitimiste.

Conclusion sur les référents culturels

On ne s'improvise pas référent culturel ! Telle pourrait être la devise des référents culturels que nous avons rencontrés, aussi bien ceux qui se sentent bien dans ce poste, que ceux qui se sentent plus mal à l'aise. Le malaise peut être ressenti à l'égard des standards d'action culturelle imposés ou relayés par la convention régionale et qui peuvent paraître difficiles à mettre en œuvre localement. Mais c'est un malaise périphérique, aux deux sens du terme : il touche ceux qui se vivent comme à la périphérie du centre lyonnais, il est aussi en voie de résorption avec le travail conduit ces dernières années. Le malaise peut aussi être ressenti – et il est alors plus profond – chez ceux qui ne se sentent pas dans leur cœur de métier, notamment ceux qui ont un profil dans la communication.

Faut-il alors un référent culturel pour développer l'action culturelle à l'hôpital ? Assurément, oui (ce pourrait bien être là une première recommandation à formuler dans le cadre du SROS).

Avec quel profil et quelle quotité de temps ? Une formation aux métiers de la culture et un temps plein, aurait-on envie de dire si l'on ne craignait pas de provoquer les foudres ou les fous rires d'hospitaliers confrontés à des pénuries de ressources.

Au regard des ressources locales (humaines et financières), les choix faits sont généralement :

1. de décharger le porteur local des actions culturelles d'une partie de ses charges de soins (c'est notamment le cas dans les petites structures).
2. de confier la mission culture au référent communication (c'est notamment le cas dans les grandes structures).
3. de recruter un nouveau référent culturel, généralement avec une double casquette culture et communication.

Dans ce dernier cas, la question se pose alors de savoir quel profil recruter : culture ou communication ?

Ces choix s'avèrent plus ou moins pertinents selon les cas et nous serions bien incapables d'indiquer une voie préférentielle, puisque chacune a ses intérêts et limites, dépendant eux-mêmes des situations, histoires et personnalités locales. On proposera seulement une voie que nous pensons encore inédite : **mutualisation sur deux établissements des postes de culture et de communication, permettant d'employer à temps-plein un référent culture et un référent communication.**

4. Les comités locaux

Les comités locaux (ou comités de bassin) ont été créés en 2005 et fonctionnent depuis 2006. Il en existe aujourd'hui six en Rhône-Alpes : Ain, Drôme-Ardèche, Isère, Loire, Rhône, Savoie/Haute Savoie. Leurs modalités de fonctionnement sont proches, tout en restant à chaque fois spécifiques. Ainsi, tous les comités fonctionnent comme des *lieux ressources* se réunissant de 3 à 6 fois par an (parfois plus), servant de point d'appui à la mise en œuvre des actions « Culture à l'hôpital », constituant, localement, de véritables *réseaux d'action*. Cela étant, leurs initiatives peuvent être différentes de même que la nature de leur animation et de leur rayonnement local. Voyons ce qui semble commun à chaque comité avant d'examiner quelques aspects différenciés.

Des lieux ressources

Sommairement, l'activité des comités est rythmée par deux types de phases. La première correspond à la période des appels à projets (fin et début d'année civile), la seconde renvoie au fonctionnement permanent. Dans le premier cas de figure, les réunions donnent l'occasion d'un large **travail d'information** au travers de la présentation des attendus de la démarche « culture à l'hôpital » en direction des participants, candidats potentiels à la mise en œuvre de projets. Ces derniers, provenant des milieux hospitaliers et/ou culturels et ayant reçu via leurs directions respectives l'information sur l'existence de ce programme d'action, viennent s'enquérir de ce que recèlent ces projets, des conditions de leurs réalisations et de leurs financements. Dans ce genre de configuration, le comité joue un rôle important d'aiguillon. Si son noyau organisateur permanent est conséquent (plusieurs représentants d'établissements hospitaliers et structurels formant un véritable réseau), si l'animation des séances est maîtrisée, alors la force d'attraction pour les structures candidates peut être importante. À l'inverse, l'animation chaotique par un couple de partenaires peu connectés à un réseau territorial local risque d'être de moindre attrait.

Cet aspect n'est pas négligeable car, lors de ces rencontres où les établissements hospitaliers sont largement invités à participer, certains d'entre eux peuvent envoyer des représentants « en éclaireur » afin de « voir de quoi il retourne ». Dans ce cas de figure, la solide structuration du comité fonctionne comme une vitrine attirante. Lors de ces séances, une ligne de crête semble difficile à tenir : sur un versant, le discours invite à s'engager dans les démarches de « Culture à l'hôpital » ; sur l'autre, le rappel des éléments de la doctrine (professionnalité des intervenants culturels, participation des acteurs du monde hospitalier et notamment « la thèse du ni-ni » : ni art-thérapie, ni animation), peut être perçu comme bloquant. Selon que ce chemin de crête se trouve plus ou moins bien tenu, les résultats peuvent être contrastés ; ainsi nous avons pu constater que ces séances peuvent soit donner lieu à une présentation assez débridée des intentions de projets que portent de nouveaux candidats intéressés pour entrer dans la convention, soit susciter un mutisme prudent des postulants potentiels, ceux-ci craignant de ne pas être en capacité de tenir le discours « conforme » ou légitime.

« - Animateur de comité local : *C'est un dossier exclusivement thérapeutique, il ne prend pas en compte l'intervention artistique du comédien. Dans le projet qu'il faut rendre, il faut des comédiens, pas des thérapeutes. Là, on est sur un dossier de soin avec une médiation culturelle : c'est de l'art-thérapie. Vous parlez d'effets dans le projet : c'est de l'art-thérapie.*

- Médecin : *Je ne vois pas comment on peut se passer de la prescription médicale. Pour moi, on est bien sur de la médiation culturelle comme thérapie, mais si on présente l'intervenant comme un art-thérapeute aux ados, ils ne viendront pas. Donc on ne leur dit pas comme ça. Dans le projet, on peut faire la même chose. Si je comprends bien, il y a un problème de formulation dans le dossier.*

- Animateur : *Il y a un problème de dossier, mais aussi un vrai problème de fond. Si c'est effectivement ce qu'il se passe dans cet hôpital, le partenaire culturel ne suivra pas.*

- Médecin : *De mon côté, je crains qu'on perde la vocation thérapeutique. On n'est pas une MJC.*

- Animateur : *Ca, ça se voit. On le voit bien ! Mais après, pourquoi vous demandez un artiste ?*

- Autre animateur : *Il faut trouver la petite porte dans chaque établissement, qui ne soit ni dans l'animation, ni dans le soin. Il est évident qu'il peut y avoir des effets thérapeutiques, mais ce n'est pas le but recherché.*

- Artiste : *On retrouve la difficulté quand il faut défendre le projet au sein de l'institution hospitalière. Il faut leur dire qu'il y aura des effets thérapeutiques, mais le but n'est pas cela : il est autour de l'artiste. Moi, j'ai l'habitude d'adapter mon discours pour plaire à l'hôpital : j'insiste sur les soins. Là, je suis surpris, agréablement surpris, parce qu'il faut faire l'inverse : il ne faut surtout pas parler des soins. » (un échange en comité local)*

« - Médecin : *C'est un projet occupationnel !!! Il n'y a pas de thérapie.*

- Responsable culturel : *Non. On a d'autres animations dans le service. Nous, on n'a jamais pensé ce projet comme de l'occupationnel, mais comme un projet culturel. » (un autre échange en comité local)*

Durant ces phases, les comités de bassin jouent un rôle d'aide au montage des dossiers. On pourrait considérer que l'un des critères d'appréciation de la réussite de la fonction d'animation du réseau réside dans le taux d'acceptation (ou inversement dans la faiblesse du taux de rejet) des projets présentés à la commission régionale après qu'ils ont été débattus en comité.

Lors des phases de fonctionnement, hors période d'« appel à projets », l'une des activités majeures des comités est tournée vers la **réflexion**. Les idées les plus stimulantes et les plus contradictoires y circulent. Le foisonnement des échanges montre que si les grandes lignes de la philosophie du projet sont stabilisées, ici et là, des controverses sur le fond continuent d'agiter les collectifs.

Ici, par exemple, « Culture à l'hôpital » est présentée comme relevant du strict domaine du « plaisir et de la liberté ». Depuis cette conception, il ne sert à rien de vouloir assigner telle ou telle mission ou objectif aux projets culturels ; ces derniers ont simplement vocation à offrir un espace de bien-être. Dans ce cas de figure, la participation des soignants aux actions culturelles pourrait ou devrait plutôt se concevoir en dehors du temps de travail : plaisir et liberté se conjuguent mal, selon ce point de vue avec le temps de travail. Pour d'autres, au contraire, « Culture à l'hôpital » participe d'une démarche générale « d'humanisation du soin », d'une transformation des contours de l'hôpital, d'une autre vision de la santé publique et à ce titre, s'inscrire dans ces actions, notamment pour les personnels hospitaliers, relève de plain-pied de l'activité professionnelle soignante.

Selon que l'on relève d'une position ou de l'autre, bien des points de vue s'en trouvent affectés. Par exemple, pour les premiers, la médiation des soignants entre les artistes et les

patients doit être réduite au minimum afin de laisser la possibilité à la rencontre entre les uns et les autres de s'opérer sans entrave. Pour les seconds, il ne peut y avoir de rencontre réussie sans une solide activité de médiation des professionnels de l'hôpital laquelle participe en outre de l'implication de ces derniers dans la démarche.

Sur un autre registre, certains développent l'idée qu'il faut en finir avec une « hypocrisie latente » selon laquelle le propos culturel pourrait être porté, dans l'hôpital, par d'autres que des professionnels de la culture. Du coup, depuis cette perspective, l'idée de co-production des projets n'assigne plus aux soignants qu'une fonction stricte de médiation, réduisant leur éventuelle participation au processus créatif à une fiction.

D'autres lignes de débats pourraient être présentées ; toutes attestent de la vivacité d'une réflexion qui laisse entrevoir que s'il y a une idéologie du projet « Culture à l'hôpital », une doctrine officielle ou légitime, une ligne politique, une philosophie, ... peu importe le terme, elle reste l'objet de discussion dans les comités (plus facilement qu'en commission régionale – cf. infra, 5.).

Des réseaux d'action

En plus de leurs activités d'information et de réflexion, les comités s'assignent, selon les lieux, des missions qui peuvent parfois prendre des contours extrêmement pratiques. Ici, le comité peut être sollicité pour aider les membres d'un projet à se renouveler. En effet, après plusieurs années de développement d'un même projet au long cours, une équipe artistique et les professionnels de santé qui les accompagnent peuvent ressentir de l'essoufflement. Les membres du comité peuvent être mis à contribution pour suggérer d'autres pistes. Là, ce sont des projets communs qui peuvent être envisagés et mis en place. Par exemple, le comité peut être la cheville ouvrière d'un festival sur un thème liant culture et santé à l'échelle d'un bassin. Plus modestement, un projet d'exposition commune peut être envisagé, dans la perspective de la faire « tourner » dans les différents lieux. Un outil de communication peut également être préparé par l'ensemble des participants de « Culture à l'hôpital » et ce sur un même territoire, dans la perspective de mieux faire connaître aux publics potentiels l'offre artistique générale sur le bassin hospitalier concerné. Dans le même ordre d'idée, une sorte de catalogue de tout ce qui a été entrepris sur un secteur donné peut être envisagé. Les projets de ce type, là encore, ne vont pas sans débat. Peut-on penser des actions culturelles qui auraient vocation à être multi-sites, alors même que l'on tient un discours sur l'importance d'adapter chaque projet à la singularité du lieu où il verra le jour ? « *Vous ne me ferez pas accueillir dans mon hôpital ces chanteurs mêmes s'ils ont été bons ailleurs car ce qui importe pour moi, c'est la façon dont se prépare l'intervention avec les acteurs du lieu* » (un responsable culturel).

Là où l'activité du comité repose sur un collectif assez conséquent, des perspectives se dessinent qui en feraient un observatoire, voire une agence locale de diffusion de « Culture à l'hôpital ». Ainsi il apparaît que c'est au sein de ce comité que pourraient être connues et mutualisées les données concernant les ressources locales allouées (celle des mairies mais aussi du conseil général) aux différentes actions culturelles menées sur le territoire. Par exemple, là où certaines structures sont financées par une collectivité locale pour travailler sur « la culture et le lien social », on peut penser qu'il y aurait une certaine légitimité à les solliciter pour qu'elles se tournent du côté hospitalier avec le financement en question.

C'est la même idée de mutualisation des connaissances et des compétences qui prévaut lorsque cette instance est présentée comme la seule susceptible de garantir les porteurs de projets contre les prétentions excessives de tels ou tels intervenants culturels en clarifiant ce que sont les prix du marché. Plus avant encore, ici ou là, se trouve émise l'idée qu'il pourrait y avoir un référent culturel local qui représenterait le comité sur le territoire ; il serait identifié par les différents interlocuteurs du secteur comme détenteur d'une certaine légitimité institutionnelle. Pour la plupart des établissements hospitaliers qui n'ont ni référent culturel, ni commission culturelle, cette « autorité » locale est imaginée comme pouvant contribuer à enraciner plus encore les démarches. C'est lui qui pourrait être sollicité pour faciliter le portage des premiers dossiers montés et présentés à la commission régionale. Cette fonction, plus ou moins institutionnalisée, crédibiliserait la démarche, lui ôterait, en certains lieux, l'idée que ce qui se développe dans l'hôpital relève de la lubie de quelques-uns (« *Dis-nous !* – interpelle un médecin apostrophant le responsable culturel d'un établissement hospitalier –, *y'a d'autres endroits où on développe les mêmes conneries qu'ici* » ? (un responsable culturel)).

Arrêtons-là ! Les projets et les intentions visant à renforcer les missions et le fonctionnement de ces comités ne manquent pas. Évidemment, il n'y a pas d'unanimité sur les questions abordées et les réflexions se conduisent d'ailleurs le plus souvent dans une grande étanchéité sur chaque bassin¹¹. Pourtant, c'est la même préoccupation transversale qui se rencontre partout : comment développer les projets au sein des hôpitaux, comment renforcer le nombre de partenariats locaux, comment pérenniser les actions, comment conserver la qualité de ce qui est entrepris ? Nous verrons que ce questionnement oscille entre le militantisme prosélyte et l'institutionnalisation de la démarche... peut-être y a-t-il un choix à opérer.

11 La présence de Hi-culture aux différentes réunions est, pour l'heure, le seul trait d'union régulier qui existe entre les réflexions conduites sur chacun des lieux. Pour cette raison, cette structure pourrait donc constituer légitimement un outil de fédération de ces comités. Cela supposerait toutefois que soit levée une certaine hypothèque sur le statut de ce groupement. Lieu ressource, dans l'esprit qui préside à sa création (assurant des formations, transmettant des informations, offrant des mises en contact...), Hi-culture est parfois, nous semble-t-il, perçue comme une instance de contrôle de conformité agissant pour le compte de la commission régionale, elle-même ressentie comme une sorte de « gardienne du temple ».

5. La commission régionale Culture à l'hôpital

Comme toute commission consultative ou décisionnaire, la commission régionale attire et attise les interrogations de ceux qui y participent et surtout de ceux qui n'y participent pas et qui n'ont, pour en juger le fonctionnement, que les décisions qui en redescendent. Les « reçus » s'en montrent généralement satisfaits, les « recalés » déçus ou amers.

« On a monté pendant deux années des dossiers très complets, avec un chargé de communication qui y a travaillé pendant des semaines. Résultat : un refus à chaque fois. Sans explicitation. Enfin pour seule explication, une lettre disant que l'action ne s'inscrit pas dans le dispositif de la convention. C'est léger comme explication. Je trouve vraiment dommage de ne pas avoir eu de retour. En off, j'ai entendu parler de l'argument selon lequel étaient privilégiés les sites qui recevaient déjà de l'argent (sourire). Je pense que je porte une responsabilité. Je regrette de ne pas avoir pris rendez-vous, j'aurais dû appeler. On a été très naïf. Il faut dire que c'est très opaque, très très opaque comme fonctionnement. Ça fait un peu le club des 5. Ça fait un peu « on se partage les crédits entre soi ». » (un directeur d'établissement)

Ce jugement sans appel d'un chef d'établissement paraît largement excessif, au regard de notre observation des circuits actuels de la décision. Sans doute ce chef d'établissement a-t-il été profondément blessé par la façon dont il a appris le refus non motivé du dossier présenté par son établissement. La décision récente des institutionnels de la convention régionale d'aller sur le terrain expliquer leur décision, éventuellement repêcher des dossiers, est une preuve de leur prise en compte de cette limite inhérente à leur ancien fonctionnement.

De la même façon, un reproche très souvent fait au dispositif régional était son caractère lyonnais et concentré : le « club des 5 » ou « l'alliance des 4 Lyonnais » (ARH, DRAC, Région, Hi-Culture). La création des comités locaux et l'élargissement de la commission régionale était censée permettre d'atténuer cette critique déjà ancienne.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Encadré 6 : La composition de la commission

1. Représentants des institutions

ARH Rhône-Alpes, représentant : Patrick Vandenberg, secrétaire général

DRAC Rhône-Alpes, représentant : Benoît Guillemont, conseiller à l'action culturelle

Conseil régional Rhône-Alpes, représentant : Lionel Chalaye, responsable service médiation et nouveaux publics

2. Référents des comités locaux « Culture et Hôpital »

avec pour chacun des 6 comités (Ain, Drôme/Ardèche, Isère, Loire, Rhône, Savoie / Haute-Savoie) un référent hospitalier et un référent culturel

3. Personnes qualifiées :

Anne-Marie Bastien, Centre de formation des musiciens intervenants

Florence Brossat, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

Geneviève Dalbin, Agence Rhône-Alpes pour le livre et la communication

Cécilia de Varine, Musée des Beaux-Arts de Lyon

Gisèle Godard, Théâtre de Vénissieux

Alain Goudard, Résonance contemporaine

Patrice Novat, Agence régionale de l'hospitalisation

Gaëlle Pierson, Collectif inter associatif de Rhône-Alpes

François Portet, DRAC

4. Coordination et animation : Hi-Culture

Cette composition officielle est une première entrée pour lire le fonctionnement de la commission. Elle fonctionne en plusieurs groupes : le premier groupe des porteurs institutionnels du projet (les « représentants des institutions », appelés parfois les « opérateurs »), un second groupe de relais (les « référents des comités locaux »), un troisième groupe de conseillers (les « personnes qualifiées »). Avec en interface Hi-Culture pour coordonner et animer.

En fait, l'image des cercles nous apparaît plus appropriée pour rendre compte des circuits des échanges et des décisions dans cette commission, pour autant de ce que l'on a pu en voir. Pour rappel, et comme indiqué dans la méthodologie, nous avons suivi quatre réunions de la commission régionale :

- la première (octobre 2007) pour présenter les intentions de notre recherche et en discuter le dispositif ;
- la seconde (mars 2008) touchant à l'instruction des dossiers de l'appel à projets annuels 2008 ;
- la troisième (juin 2008), établissant notamment une synthèse des appels à projets annuels et contractuels 2008, un bilan du forum de mai 2008, une restitution de notre recherche ;
- la quatrième (septembre 2008) sur la reconduction par avenant 2009-2010 de la convention 2006-2008 et l'appel à projets annuels 2009.

Un fonctionnement centré, concentré, concentrique... et démocratique ?

La rupture est nette entre d'une part, le cercle (ou le noyau) des décideurs (c'est-à-dire les représentants des institutions porteuses de la convention) auquel il serait possible d'adjoindre, dans certaines situations et sur certaines décisions, Hi-Culture et ses représentants, et d'autre part, le cercle des relais et des conseillers.

Certains référents culturels nous ont dit avoir repéré cette rupture à travers la distribution spatiale des acteurs dans les réunions, mais là n'est sans doute pas l'essentiel. Cette rupture apparaît surtout dans l'instruction des dossiers de l'appel à projets annuels : la commission, réunie de façon plénière (tous groupes confondus), étudie les dossiers, donne des avis (de « très favorable » à « défavorable »), mais ce ne sont que des avis consultatifs, puisque les « décideurs » sont amenés ensuite à fixer les budgets alloués à chaque projet, éventuellement à financer des projets ayant reçu des avis défavorables.

« - Il y a deux ou trois dossiers où la commission avait eu un avis défavorable et qu'on a repêchés, après les avoir rencontrés sur place.

- Je suis content qu'il y ait eu un travail de communication pour expliquer aux établissements les avis négatifs, éventuellement d'en repêcher.

- L'esprit de nos rencontres, ce n'était pas de repêcher, mais d'accompagner les projets. Il se trouve qu'on a rencontré certaines équipes, qui ont communiqué leur envie, une envie qu'ils n'avaient pas bien formalisée. Je pense notamment à un établissement. Ils ont manifesté un état d'esprit très intéressant. On a décidé de les aider. » (Paroles de « décideurs » en commission régionale)

Face à ces décisions de repêchage (mais aussi face à la non précision des critères d'attribution des budgets), les avis des membres « non décideurs » semblent divers. Certains manifestent

ouvertement et en séance leur approbation : « *Je trouve cela très très bien. C'est un gros boulot qui a été fait. Je fais partie des membres de la commission qui sont absolument d'accord pour qu'on aille contre l'avis de la commission ! (rires)* ». D'autres semblent beaucoup plus gênés, mais silencieux. Quelques murmures attestent néanmoins d'un malaise évident. Malaise de ceux qui se vivraient comme de simples garants de décisions prises ailleurs et sans eux ? Malaise de ceux qui pourraient croire ne pas être considérés par les « décideurs » comme légitimes à juger des projets ?

Ce malaise est très compliqué à expliciter, parce que les acteurs en présence, même rencontrés hors de la commission, ne sont guère en position de rendre public leur mécontentement vis-à-vis d'institutionnels qui ont été et seront amenés à juger de leurs propres projets. Car les référents de comités et les « personnes qualifiées » sont souvent impliqués dans des projets annuels ou contractuels ou des appels à projets. Ce n'est guère étonnant à propos des référents des comités locaux puisque ceux-ci ont souvent été choisis parmi les porteurs de projets conventionnés (non par népotisme ou favoritisme, mais seulement parce que les volontaires n'étaient pas nombreux pour occuper cette nouvelle fonction chronophage et aux contours incertains). Mais c'est aussi parfois le cas des « personnes qualifiées », lorsque celles-ci, retenues pour leur légitimité dans le champ culturel, sont amenées à connaître, voire à porter des projets soumis à la commission et notamment à ses décideurs. En d'autres termes, il peut y avoir des conflits d'intérêt qui ne permettent pas aux « non décideurs » ni de s'opposer explicitement aux décideurs, ni même de décider de ne pas participer à la commission régionale. Car cette participation reste l'un des meilleurs gages de validation de ses projets, au moins par la saisie des critères qui délimitent ce qu'est un projet susceptible d'être conventionné, sinon par la participation au réseau culturel que constitue la commission. On touche là à un effet pervers du système de décision, mais qui a aussi ses effets vertueux.

Au regard de la composition actuelle de la commission, il apparaît des conflits d'intérêt chez les représentants des comités locaux et les « personnes qualifiées » entre les projets qu'ils sont amenés à juger et les projets qu'ils sont amenés à porter (soit au titre de leur établissement, soit au titre de leur comité local) ou à connaître (via leur réseau dans le champ culturel). Même si la commission s'est déjà donné des règles de fonctionnement éthique (par exemple, sortie temporaire des personnes concernées par un projet dans lequel elles ou leur structure d'appartenance sont engagées, pendant l'examen de ce projet), il apparaît clairement que certaines évaluations peuvent être biaisées par le réseau d'interconnaissances qui s'est établi dans le champ culturel régional et dans le champ des actions culturelles à l'hôpital en particulier.

Le fait que les décisions budgétaires soient prises par les seuls représentants institutionnels est ici un garde-fou essentiel, si l'on considère qu'un « bon » fonctionnement – un fonctionnement que l'on pourrait qualifier de « démocratique » – suppose à la fois un mode de décision distribué et une séparation stricte des positions de juge et partie. En ce sens, l'équilibre actuellement trouvé est peut-être le moins mauvais de tous les équilibres possibles. Il fait avec les ressources potentielles (notamment les « bonnes volontés »), en essayant de neutraliser quelques-uns des effets-réseaux les plus apparents.

Le cercle des initiés... et le cercle des moins initiés

En parallèle de la fracture entre les décideurs et les non décideurs, apparaît une fracture très nette au sein de la commission entre le cercle des initiés et les autres, les moins initiés. Ce que nous appelons le cercle des initiés, ce sont ceux qui maîtrisent la « philosophie » du dispositif

régional, ou encore les standards et les critères de l'action culturelle « légitime » en milieu hospitalier : on compte parmi eux les « décideurs », les représentants de Hi-Culture, la plupart des « personnes qualifiées » (quand celles-ci exercent dans le champ culturel), certains référents de comités locaux. Les moins initiés, on les trouve surtout à l'extérieur de la commission chez certains chargés de culture et de communication et certains chefs d'établissement. Mais on en trouve aussi dans la commission, parce qu'ils maîtrisent moins bien que les autres la « philosophie » du dispositif régional.

Le cercle des initiés est donc beaucoup plus large que celui des décideurs. Ses contours sont aussi beaucoup moins apparents, parce que les critères de l'action culturelle « légitime » ne sont pas tous explicites, parce qu'ils sont évolutifs (au fil des conventions) et parce que les différents acteurs peuvent se sentir à leur tour plus ou moins légitimes dans l'identification et la défense de ces critères.

Par action culturelle « légitime » en milieu hospitalier, on entend une action qui est perçue comme tout à fait appropriée aux critères de la convention régionale et qui mérite donc, selon la majorité des membres de la commission, d'être conventionnée. Mais quels sont ces critères ? Officiellement, c'est la correspondance avec les termes de la convention régionale, mais ces derniers sont « suffisamment larges et imprécis pour permettre toute interprétation » regretteront les uns, « impossibles à préciser dans le cadre d'une convention » répondront les autres.

Essayons par exemple d'inventorier les critères qui ont été mobilisés pour juger des appels à projet 2008 dans le cadre de la commission. Qu'est-ce qui est dans « les clous de la commission » pour reprendre une expression employée alors ? Ou encore : « Est-ce que c'est une vraie intervention artistique ? Quelles sont les limites ? ¹² ».

- **La qualité de la structure culturelle :** « un des garde-fous, c'est la qualité de la compagnie engagée », « ça fait un peu amateur », « ça fait un peu animation », « ça pourrait relever de l'animation », « il manque un musée, un centre d'art », « c'est quand même pas une structure extra-ordinaire », « c'est un contenu qui ne tient pas la route, ça manque d'un historien », « c'est une compagnie moyen-âgeuse », « il faut tenir au fait que les structures culturelles engagées ne fonctionnent pas seulement avec des subventions, encore moins avec des subventions du dispositif Culture-Hôpital ».
- **L'ambition raisonnée du projet :** « c'est pas un projet artistique », « c'est un projet a minima » versus « un projet hyperambitieux qui me rend sceptique : je leur souhaite beaucoup de courage et de succès », « ça me paraît totalement irréaliste », « ils proposent des ateliers mais on n'y croit pas ».
- **La nouveauté du projet :** « ils ne bougent pas beaucoup d'année en année, il faudrait qu'ils évoluent », « c'est le problème de la reproduction », « c'est toujours les mêmes acteurs, les mêmes sujets ».
- **L'originalité du projet :** « on a peur que la photo ou les traces photo soient devenues une norme du projet : ils jouent la carte de l'évaluation », « la fresque, c'est devenu un poncif », « on l'a lu 20 fois ce genre de projet : l'enthousiasme s'émousse ! », « ça donne une impression de déjà vu ».

¹² Les propos rapportés ici ont été tenus par les membres de la commission évoluant dans un climat « relâché », c'est-à-dire dans un contexte où chacun peut « se lâcher », ce qui peut expliquer l'emploi de formules parfois un peu raccourcies.

- **L'envergure du projet :** « c'est une succession d'ateliers pour 5 à 10 patients, c'est pas une grosse implication ».
- **L'ouverture du projet :** « c'est complètement endogène : il n'y a pas d'effort pour faire venir quelqu'un de l'extérieur », « je suis allergique aux projets identitaires fermés », « on a posé des règles au départ qui n'apparaissent pas ici : inciter les gens à continuer l'action culturelle en dehors », « la seule participation ne suffit pas, il faut une ambition plus grande : il faut se confronter ».
- **La clarté du projet :** « on ne connaît pas l'intervenant ».
- **L'éthique du projet :** « ils n'évoquent pas la dimension éthique de l'intimité », « c'est un projet qui paraît très, trop invasif auprès des patients ».

- **L'implication des patients dans l'action culturelle :** « est-ce que les patients sont vraiment acteurs ? », « Que font les patients ? Rien. On sort d'un des critères fondamentaux de la convention où le patient doit être acteur ».
- **L'implication des personnels :** « je n'ai pas senti le niveau d'implication du corps médical, il faudrait qu'avec le temps, il y ait une plus grande implication », « c'est toujours le même service qui propose », « c'est toujours le même médecin ».

- **La non marchandisation du projet, en lien avec la mission de service public qui interdit une marchandisation :** « c'est de la vente de spectacle », « il ne faut pas que la compagnie cherche le cachet », « c'est un projet de diffusion de spectacle sans grand chose d'autre », « ça fait un peu diffusion de spectacle. Maintenant que le spectacle existe, on essaie de le faire tourner », « il faut être ferme sur cette dimension, il faut pas que culture-hôpital soit la vache à lait ».
- **Le désintéressement du projet :** « ça donne la sensation : on a le budget, on le fait ; on n'a pas le budget, on ne le fait pas ».
- **La non instrumentalisation du projet :** « pour moi, c'est un projet d'accompagnement au changement », « ça fait limite manipulation des personnels ».

- **L'explicitation du budget** (montants des frais et des interventions), **sa lisibilité :** « le budget est faux, j'ai fait les calculs », « ça fait un tarif de 20 euros, ils se sont complètement plantés, ils ont sous-estimé les horaires et les coûts », « il ne faut pas que la subvention serve à financer le poste investissement de l'établissement ».
- **L'implication des établissements hospitalier et culturel dans le financement** (part de financement propre) : « la structure culturelle doit prendre en charge une partie des frais de la manifestation, notamment les frais de fonctionnement, les frais de réunion ».
- **Le multi-financement du projet** (autres subventions, mécénat) hors demande de conventionnement : « il faudrait qu'ils pensent à chercher un peu ailleurs, non ? ».

Un « bon » projet – c'est-à-dire un projet qui mériterait un conventionnement – c'est donc un projet avec une structure culturelle reconnue, raisonnablement ambitieux, nouveau, original, d'envergure, ouvert, clair, éthique ; mobilisant les patients, les personnels et les directions des établissements ; non marchand ou intéressé financièrement, non instrumentalisé par la direction ; avec un budget explicite, lisible, raisonnable, avec une part de financement propre et d'autres financements que ceux de la convention !

Ainsi rassemblés, les critères mobilisés pour définir l'action culturelle légitime paraîtraient inaccessibles aux yeux mêmes de ceux des membres de la commission qui les ont collectivement énoncés. Dans les faits, ces différents critères n'ont jamais tous été mobilisés pour évaluer un projet, et les membres de la commission manifestaient souvent ce qu'ils appelaient de la « mansuétude » pour des projets, même jugés mauvais ou imparfaits, mais qui étaient des premiers projets, des projets peu onéreux : « il faut les encourager », « il faut les soutenir car il ne faut pas les démotiver », « c'est un projet de gestionnaire mais c'est une façon d'enclencher quelque chose », etc. Heureusement pourrait-on dire car il y a un écart énorme entre les critères mobilisés lors des séances d'étude des dossiers (où le moindre mot est interprété) et le « bidouillage » des projets au niveau local.

Il reste que cette liste à la Prévert de ce que seraient les bonnes caractéristiques d'un projet culturel permet de **saisir ce qui unit la plupart des membres de la commission : une sorte de cadre de référence qu'ont en commun ceux que nous avons appelés les « initiés » et que ne partagent pas, ou moins, les moins initiés.** Les impairs des mauvais projets peuvent ainsi être nombreux et rapidement pointés :

- « *De la musique qui ressemble à de la musico-thérapie : ils n'ont pas compris* »,
- « *Il y a des notions de thérapie et d'éducation qui sont évoquées, c'est pas bien (rires) !!!* »
- « *Ils sont dans leur propre cadre et pas dans le nôtre* »

Autant d'impairs attribuables à des non-initiés, qui n'ont pas saisi la philosophie du dispositif. Mais les non ou moins initiés ne se trouvent pas seulement hors de la commission. On en trouve dans la commission, notamment chez ceux qui ne se sentent pas ou peu légitimes à prendre la parole dans un espace saturé de « bonnes » références culturelles.

« *Notre subvention a été baissée par rapport aux années précédentes. On a été très surpris. Désagréablement. On n'a pas forcément l'expérience. Tout le monde n'est pas chargé de culture, ça c'est sûr. Mais on se voit suffisamment pour ne pas l'apprendre a posteriori, non ? Il suffisait de nous l'apprendre.* »

La critique est ici explicite et touche autant au fonctionnement de la commission qu'aux critères de légitimité portés par les « chargés de culture ». Bien d'autres acteurs portent cette critique, même si elle est plus feutrée quand elle s'exprime en commission.

- « - *Ils ont mis en gras que c'est un divertissement.*
- *C'est une maladresse.*
- *Attention, c'est la première fois qu'ils écrivent, c'est dur d'écrire, il faut seulement leur apprendre à faire.* » (échange dans une commission régionale)

D'autres critiques se sont exprimées plus explicitement encore, en d'autres scènes que celle de la commission, par exemple dans notre groupe d'auto-analyse, ou bien en entretien (cf. par exemple, partie sur les référents culturels). Dans ces scènes, ceux qui se vivent comme non initiés ou moins initiés critiquent l'hermétisme, l'élitisme, l'ethnocentrisme (pour ne pas dire le lugduno-centrisme) des conceptions culturelles portées par la commission où sont réunis les principaux représentants des structures culturelles institutionnelles et prestigieuses de la région. Ils soulignent l'écart entre les réalités de leur établissement et les rêves de la commission. Ils se laissent aller à dire des « gros mots » inaudibles en commission : animation culturelle, action culturelle portée par des bénévoles, action culturelle intéressée, finalisée, instrumentalisée au bénéfice de la communication ou du management, ...

Là encore, comme pour le circuit de la décision, un réflexe premier nous pousse (et notre rédaction n'est sans doute pas étrangère à ce réflexe...) à envisager les effets négatifs et pervers de cette conception élitiste de l'action culturelle. Mais l'on peut aussi envisager les effets positifs d'une conception que l'on peut aussi qualifier d'exigeante.

En l'occurrence, la commission régionale et la conception très légitimiste des actions culturelles qu'elle défend largement sont **peut-être moins des épouvantails pour certains référents culturels que des références qui tirent vers le haut de nombreux projets et qui constituent des points d'appuis pour certains référents culturels** dans leurs négociations locales avec leurs directions, avec les personnels hospitaliers, avec leurs partenaires culturels. Car localement, ce sont aussi des référents culturels qui se trouvent confrontés au pire à des personnels qui ne veulent pas entendre d'actions culturelles, au mieux à des médecins qui veulent de l'art-thérapie, des soignants qui veulent des activités qui participent du soin ou de l'occupation, des directions qui pensent instrumentalisation de l'action culturelle par le management et la communication.

On peut alors comprendre les réticences des institutionnels de la commission à modifier les critères de ce que pourraient être les types d'actions culturelles portés par le dispositif. D'un côté, la diffusion de l'action culturelle pourrait être accélérée avec une redéfinition et une ouverture de ces critères, mais d'un autre côté, elle pourrait très bien être stoppée, au profit d'une dilution des formes d'action culturelle dans le champ de l'animation culturelle au sens large. Le chemin est donc étroit, mais l'argument ne doit pas venir faire oublier les difficultés rencontrées localement par ceux qui portent l'action culturelle dans les établissements. Toute la difficulté du dispositif est de tenir cet équilibre entre diffusion/institutionnalisation et ambition de la définition des actions culturelles.

6. Les établissements non engagés dans le dispositif régional

Il reste à évoquer les situations et les positions des établissements hospitaliers et culturels non engagés dans le dispositif régional « Culture à l'hôpital ». Que pensent-ils du dispositif et pourquoi ne s'y engagent-ils pas ? Que pensent-ils plus largement des actions culturelles à l'hôpital ? Sont-ils des opposants, des résistants, des indifférents, des désinformés ?

Soucieux de comprendre comment les structures hospitalières ou culturelles qui ne participaient pas aux programmes d'actions culturelles dans le cadre de la convention régionale, justifiaient de leur position de retrait, nous avons sollicité un certain nombre d'établissements pour recueillir leur point de vue. Après avoir contacté dix hôpitaux et six compagnies, Centres Dramatiques ou Scènes Nationales, nous pouvons dégager, en quelques points, un rapide bilan. Nous distinguerons ce bilan selon qu'il s'agit d'établissements hospitaliers ou d'établissements culturels.

Au plan de la réactivité, on peut déjà noter un petit écart dans les réponses qui nous ont été données : 5 établissements hospitaliers sur 10 contactés (cf. le courrier d'appel en annexe 5) nous ont répondu, dont 4 dans les délais que nous nous étions impartis, ce qui nous a permis d'en rencontrer les représentants. Sur les 6 établissements culturels contactés, seulement 2 nous ont répondu ; nous les avons rencontrés. Il nous a semblé que le fait que nous nous prévalions de l'ARH a eu plus d'impact auprès des établissements de santé que celui qui a consisté à faire référence à la DRAC ou à la Région pour les établissements culturels. Dans le premier cas, nous étions dans une relation d'autorité de tutelle ; dans le second, le lien était peut-être plus lâche. On peut même imaginer que certains responsables culturels sont dans l'idée qu'avec le peu de moyens que leur accordent les pouvoirs publics et notamment la DRAC, ils ne se sentent pas nécessairement obligés de « leur faire plaisir » en recevant des « chercheurs » se prévalant d'elle. Par ailleurs, si les établissements hospitaliers se sont manifestés pour nous rencontrer avec un peu moins d'hésitations que les structures culturelles, c'est sans doute parce que nombre d'entre eux, bien que n'étant pas inscrits dans les actions relevant de la convention régionale, n'en ont pas moins le sentiment d'avoir une implication plus obligée dans le champ de l'action culturelle à l'hôpital que certains établissements culturels.

Les établissements hospitaliers non engagés

Il est difficile d'établir des généralités à partir d'un matériau recueilli auprès de seulement 4 établissements hospitaliers, d'autant plus si l'on souhaite donner à ces 4 établissements un statut de représentativité des établissements non engagés dans la convention régionale « culture à l'hôpital », qui sont beaucoup plus nombreux à l'échelle de la région que ceux qui sont engagés. Par ailleurs, les discours que nous avons recueillis auprès des 4 directeurs et directrices que nous avons rencontrés s'avèrent très différents, aussi bien au sujet du dispositif régional « culture à l'hôpital » qu'au sujet des actions culturelles à l'hôpital en général. Schématiquement, nous avons observé deux positions.

La première position est celle de deux directions d'établissement, indifférentes ou résistantes à l'égard des actions culturelles à l'hôpital, et par ailleurs assez critiques à l'égard du dispositif régional. Sur les actions culturelles à l'hôpital, les deux directions ont d'abord souligné qu'elles n'avaient pas les moyens financiers pour ce type d'action, que le contexte

actuel (T2A) s'y prêtait encore moins que les précédents, que les personnels – médicaux et soignants – « ne comprendraient pas ». Les freins prêtés aux personnels sont de différentes natures : le contexte de pénurie financière, l'idée qu'un lieu de travail ne peut être un espace de loisir, l'impression que face à la souffrance du malade il convient d'afficher une forme de retenue, l'association spontanée entre l'hôpital et le silence qu'il ne faudrait pas rompre... sont autant de justifications d'une supposée résistance des professionnels.

Concrètement, les deux chefs d'établissements rencontrés n'avaient jamais parlé d'action culturelle dans les instances d'établissement, ils n'avaient pas l'intention de constituer une commission culturelle, ni même de se doter d'un référent culturel. Pour eux, le champ de l'action culturelle devait se limiter à celui de l'animation, pris en charge par les animateurs de l'établissement, ou par des bénévoles, souvent retraités. Ils disaient de toutes façons ne pas disposer de ressources culturelles locales suffisantes pour développer des actions qui dépassent le cadre de la simple animation.

« - On est clair, on est un établissement qui jusque-là n'avait pas beaucoup de difficultés et qui commence à en avoir. Donc, je me dis que si nous, on en a des difficultés, on est tous très mal (rires). Parce que c'est un établissement que mon prédécesseur avait parfaitement bien géré, qu'on rénove beaucoup en développant des activités nouvelles de chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation de courte durée, en essayant de trouver des pôles d'excellence, en recrutant énormément de médecins et de personnels ces dernières années : donc aujourd'hui, on couvre tout ce qu'on doit couvrir en hôpital de proximité. Mais on commence à avoir des difficultés, parce que les tutelles nous obligent à abandonner certaines activités qui nous rapportaient, sans nous proposer autre chose. Pour équilibrer des budgets dans ces conditions, c'est quand même un peu compliqué. Donc on n'a aucun moyen à dispenser pour autre chose que ce qui est lié aux soins. C'est vrai qu'on peut dire que la culture, ça aide les soins. D'accord. Mais enfin bon, c'est tellement plus lointain. J'ai des préoccupations beaucoup plus immédiates qui sont de mettre du personnel, compétent, dans des locaux corrects avec des équipements au top. Et j'ai déjà du mal à le faire. Alors la culture... (rires)

- C'est une décision qui fait l'unanimité, qui n'est pas discutée ?

- Tout à fait, c'est pas discuté. Quand j'ai proposé à mes collaborateurs de se rendre à une réunion sur la culture, ils m'ont tous regardé avec un petit sourire un coin. Donc j'ai dit que j'allais me dévouer. (...)

- Les médecins, ils en disent quoi ?

- J'avoue ne pas les tenir spécialement informés de cela. Et puis franchement, quand je vois que je ne leur donne pas forcément le personnel de remplacement, quand je vois que je les titille en leur disant « est-ce que vous êtes sûrs d'avoir bien côté vos actes ? », si je leur dis après « on va mettre un peu de sous pour faire de l'art », je ne le sens pas trop (rires). Mais je peux me tromper. (rires) » (direction d'établissement)

« - A l'échelle des hôpitaux, culture-hôpital, c'est le cadet des soucis ?

- Ah oui, alors, complètement ! (rires)

- C'est même pas le cadet ? (rires)

- C'est même pas un souci, en fait. Ça ne peut être un souci que pour quelqu'un qui s'y intéresse. Ou peut-être dans les CHU, parce qu'ils ont des équipes plus conséquentes donc forcément, ils ont un peu plus de matière grise à consacrer, et un peu plus de ressources humaines. Nous, on est paupérisé au maximum, on est dans le guidon, on essaie de maintenir la tête hors de l'eau. Et encore, ici, c'est raisonnable. » (direction d'établissement)

« Je suis sûr qu'il y a des choses qu'on pourrait faire, en termes de culture, si ça ne coûtait pas d'argent. En termes de temps, on pourrait trouver. Encore qu'il y a aussi le problème des locaux. Si on avait des locaux agréables pour faire des expos, on le ferait tout de suite, mais on n'a rien. On n'a pas suffisamment d'espace. Le hall n'est pas adapté du tout.

- Vous n'avez pas de demandes d'artistes locaux qui voudraient intervenir ?

- En artistes locaux, on n'a rien. Je n'ai aucune demande. Je n'ai aucune, aucune demande des artistes. (...) Et puis, même si on pense à des expos, c'est pareil, en termes d'assurances, ce serait compliqué. Faire des expos, c'est très compliqué : au niveau des assurances et ça coûte très cher. Et puis faut équiper, faut mettre tout ce qu'il faut pour placer les œuvres. Alors peut-être qu'il y a des subventions qui nous permettraient de le faire, mais moi, je ne vois pas de salle ou alors, c'est vraiment trop vieillot.

- On pourrait aussi imaginer des spectacles vivants, pas sous la forme d'expositions ?

- Oui, mais alors, c'est dans des lieux de soins qui sont souvent exigus, avec des malades dedans. C'est toujours compliqué. (...) C'est difficile, sauf quand on a des grands halls, ou des lieux de consultation qui sont vidés par certains moments. C'est compliqué si on veut faire venir la ville. Et pour moi, c'est ça l'intérêt, c'est pas de faire des choses pour les patients parce qu'ils sont en court séjour, ils restent 4 ou 5 jours, ils peuvent aller voir l'expo après. Sur le moyen séjour, on peut faire avec les patients ; en long séjour, avec les familles. Mais sur le court séjour, ce serait plutôt pour faire rentrer la ville. » (direction d'établissement)

« - Pour vous lancer dans une action culturelle, il faudrait que l'action...

- Il faudrait que l'initiative vienne de l'extérieur. Des artistes. (...)

- Alors, pourquoi ils ne viennent pas selon vous ?

- On ne rentre pas dans un hôpital comme ça. Il y a l'odeur déjà, même si on veille à essayer de changer les odeurs. Et puis, ça reste un lieu où on souffre. Même s'il y a une maternité. On meurt beaucoup plus ici qu'en maison de retraite.

- Cela, c'est assez général. Les artistes craignent peut-être aussi la machine hospitalière, la grosse machine ?

- Oui. Et puis c'est difficile d'intervenir dans un milieu où les gens souffrent ou alors où il y a des familles qui viennent voir des gens qui souffrent. Il y a de l'angoisse. (...) C'est vrai que l'hôpital psychiatrique, où c'est encore pire, l'hôpital psychiatrique, lui, s'est ouvert. Peut-être parce qu'art et thérapie, ça a joué. Je suis très admirative de ce qu'ils ont fait au Vinatier. (...)

- L'art pour la thérapie, ça pourrait être un moyen de faire passer des projets culturels, de les légitimer ?

- Dans le secteur psychiatrique peut-être. Dans le court séjour, non, car c'est trop court. Peut-être que ça leur ferait une petite respiration ? Mais bon, les services, c'est petit, c'est concentré : entre les familles et les malades, on se marche dessus. Il n'y a pas forcément la place. » (direction d'établissement)

« - Pour moi, culture à l'hôpital, ça touche des sites qui avaient déjà une tradition culturelle. Je pense au Vinatier, peut-être à tort d'ailleurs, mais pour moi, le Vinatier, c'était une référence en matière d'activité hors les murs, basée sur l'art. Donc je trouve normal que le Vinatier soit un peu en flèche sur cet aspect-là. Je pense aussi aux Hospices civils de Beaunes, des établissements qui ont un passé inscrit dans la pierre – peut-être que je m'attache trop à l'architecture - ou alors des établissements qui ont en leur sein un médecin artiste ou spécialement branché qui arrive à faire venir des artistes. Moi, je rêverai de faire des expositions peinture, mais bon, on n'a pas les locaux, donc c'est pas la peine. » (direction d'établissement)

Si ces deux chefs d'établissement connaissaient l'existence de la convention régionale « Culture à l'hôpital » (ne serait-ce que par notre courrier), cette connaissance était soit floue, soit critique. Elle était d'abord floue, puisqu'aucun des deux n'était au courant de l'existence d'un comité local. Elle était aussi critique pour l'un des chefs d'établissement, particulièrement remonté contre une « instance centrale » qui lui avait refusé le financement de l'un de ses projets.

La seconde position est celle de deux autres chefs d'établissement, convaincus de l'intérêt des actions culturelles, développant déjà des projets, ayant la perspective proche d'intégrer le dispositif régional « Culture à l'hôpital », même s'ils portent sur lui un avis nuancé. Les deux directions rencontrées manifestent d'abord un intérêt certain pour les actions culturelles : elles se sont dotées ou sont sur le point de se doter d'un référent culturel et d'une commission culturelle ; elles financent depuis plusieurs années un éventail d'actions assez larges, allant de l'animation à des actions culturelles « très légitimes », sur le modèle de celles qui sont valorisées dans le dispositif régional, en passant par des actions culturelles portées par des bénévoles ou des personnels artistes, « loco-locales » pour reprendre une expression alors employée. Elles connaissent ce dispositif, sa commission régionale mais aussi ses déclinaisons locales, participent ou comptent participer aux comités locaux, préparent des projets qu'elles comptent présenter dans le cadre d'une éventuelle prochaine convention ; bref, elles manifestent tous les gages de « bonne volonté » qui leur semblent être attendus par le dispositif régional. On peut même penser que la réponse favorable qu'elles nous ont donnée à notre demande d'entretien, n'était pas indépendante d'un souci de donner un gage supplémentaire de cette bonne volonté.

Il reste que l'un des deux chefs d'établissement rencontrés tenait aussi à afficher son indépendance d'esprit vis-à-vis d'un dispositif et d'une philosophie qu'il jugeait quelque peu élitistes et consuméristes. En ce sens, il défendait une vision de l'action culturelle beaucoup plus large que celle qu'il pense être portée par le dispositif, sa commission régionale, ses comités locaux.

« - Tous les ans, pour la fête de l'établissement, il y a une troupe qui vient faire des danses folkloriques. C'est sûr que si vous parlez de ça à l'ARH, ils vont vous regarder avec des yeux ronds en vous disant « ce n'est pas de la culture ». Sauf que quand on est un papy ou une mamie de 85 ans, qui a vécu toute sa vie dans la région, ça dit quelque chose. C'est de la danse traditionnelle, mais objectivement, ce type d'action dans un coin comme le nôtre, c'est de l'action culturelle. Evidemment, si vous les emmenez à Lyon pour aller danser sur la place Bellecour, ça va faire comice agricole. Mais tout est un problème de lieu et de relativité. Pour les gens d'ici, ça parle. Pour dire les choses différemment, j'ai l'impression que pour les services de l'ARH, ce qu'ils appellent action culturelle, c'est une culture que l'on consomme, une culture qui s'achète auprès de professionnels qui viennent faire une prestation.

- référent culturel : Ca, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas le faire avec des bénévoles ou avec des associations. Le fait de le faire avec des professionnels, ça permet d'avoir une aide de la Région, mais il y a aussi de très bonnes associations. » (entretien collectif avec un directeur d'établissement et un référent culturel)

« - J'ai l'impression que pour l'ARH, la culture, c'est ce qui s'achète. L'optique du 50/50 se défend, mais c'est réducteur, ça fait passer à côté de projets qui peuvent être tout à fait intéressants. Je pense à des cas de personnels hospitaliers artistes qui ont abouti à des actions culturelles, à des expos tout à fait intéressantes. Je comprends bien l'importance des

critères de professionnalité et plus encore ceux de la légitimité des artistes intervenants, de leur qualité, mais faire appel à des professionnels n'est pas toujours une garantie parfaite de qualité. C'est plutôt une garantie de bonne image ! » (directeur d'établissement)

Un des deux directeurs rencontrés dit aussi regretter que ce qu'il appelle les « instances centrales » ne soient pas plus impliquées dans le montage des projets locaux et laisse les hôpitaux « seuls et isolés, sous le couvert d'un principe d'autonomie ». Il regrette que la DRAC ne donne pas de carnet d'adresses (artistes légitimes) à l'intention des hospitaliers qui voudraient monter des actions culturelles. Il aimerait que la DRAC et l'ARH négocient auprès des troupes et artistes et pour les hôpitaux, des tarifs préférentiels de spectacles « clés en main ». Ces spectacles « achetés clés en main » (sans référence particulière avec un projet d'établissement, une implication des personnels, etc.) serait un « moyen d'amorcer la pompe », de lancer le mouvement, dans des établissements où les hospitaliers ne savent pas comment s'y prendre. Ses principales revendications (ou demandes car elles ne sont pas formulées de façon très catégorique) portent donc moins sur le financement (le principe du cofinancement est, selon lui, un mauvais principe : « on peut très bien payer, par exemple en recherchant des dons ») que sur des demandes d'accompagnement, de coordination : il dit avoir besoin de contacts ! d'un carnet d'adresses ! Le sien n'est pas vide mais pas suffisant pour penser l'action culturelle à l'échelle de l'établissement.

Quatre établissements hospitaliers non engagés dans le dispositif régional « Culture à l'hôpital », deux positions dominantes à l'égard des actions culturelles à l'hôpital : la première, entre indifférence et résistance ; la seconde, entre appétit et intérêt mesuré.

Les établissements culturels non engagés

Les (rares) structures qui nous ont accueillis affichent un intérêt pour l'action en direction des publics empêchés (« *Je préfère la notion de publics absents* » – un responsable de structure culturelle) ; pour autant, elles expliquent leur non implication en trois temps.

Tout d'abord, ce n'est pas l'hypothèse d'une absence de savoir faire qui explique leur non implication. Travailler dans d'autres cadres, s'adapter à d'autres lieux fait partie de leurs habitudes « *que ce soit en milieu scolaire où l'on monte des projets avec les élèves et les enseignants, que ce soit en allant monter des spectacles dans des zones rurales peu peuplées où les lieux sont souvent très contraignants, que ce soit encore au travers d'interventions en prison... nous avons l'habitude de nous adresser à d'autres publics* » (un directeur de structure).

Par contre, l'absence d'interlocuteurs ou d'opportunité réelle est mise en avant. « *J'avais été sollicitée par un spectateur abonné chez nous et qui travaillait à l'hôpital du centre ville. Il m'avait dit que nous pourrions faire quelque chose chez eux. Il ne m'a pas recontactée. Quand j'ai appelé l'hôpital, on m'a dit qu'on ne voyait pas qui était la personne et l'affaire s'est arrêtée là* » (une responsable de structure culturelle). De ce point de vue, on peut considérer qu'il y a une méconnaissance importante du dispositif « Culture à l'hôpital ». Si nos interlocuteurs disent avoir connaissance de l'existence d'actions culturelles à l'hôpital, s'ils ont reçu des invitations à participer à telle ou telle rencontre (probablement les comités locaux, mais ceux-ci n'ont pas été identifiés comme tels), si la DRAC a déjà fait suivre de l'information, celle-ci n'a pas été réellement appropriée. L'existence de référents culturels, de comités de bassin, d'une commission régionale, des montants consacrés par l'ARH aux actions, ... rien de tout cela n'est vraiment connu. Faut-il considérer que cela met en lumière

un déficit d'informations ? Peut-être cette hypothèse est-elle recevable ; nous en émettons une autre.

En effet, lorsque, au final des entretiens, nous proposons de transmettre des contacts qui permettraient aux acteurs en question d'établir des liens avec les responsables locaux de « Culture à l'hôpital », de nouveaux arguments étaient avancés : le manque de temps, l'absence de financements, l'insuffisance de personnels, la faible contribution de la DRAC à leurs budgets... Par un surprenant retournement de situation, ce sont des rhétoriques, bien connues à l'hôpital, qui surgissaient. Dans les arguments avancés, l'insuffisance de moyens est au fondement de la non-implication. Pour expliquer cet état de fait, ceux-ci mettent en avant, entre autres justifications, la faiblesse des moyens dont ils disposent. « *Quand ils nous disent de participer à « Culture et hôpital », le directeur il rigole, qu'est-ce que vous nous donnez en échange ? On a déjà énormément de mots d'ordre qui passent par la ville. Avant, ça n'était pas du tout comme ça* » (une responsable culturelle). Nul doute que la question des moyens est sérieuse. Pour autant, elle nous semble plus relever d'une rationalisation *ex post* que d'une impossibilité absolue.

7. Auto-analyse

Comme indiqué dans l'introduction, nous avons retenu le parti méthodologique de nous appuyer sur un groupe d'auto-analyse pendant toute une phase de l'étude. Nous allons préciser les modalités de constitution et de fonctionnement de ce groupe puis dégager ce que nous croyons en être les principaux enseignements.

Modalités de constitution et de fonctionnement du groupe d'auto-analyse

La notion de groupe d'auto-analyse est empruntée à la tradition sociologique et plus précisément à la conception tourainienne (A. Touraine, *La voix et le regard*, 1978). Sans nous appesantir sur les principes qui régissent cette conception (connue sous le vocable d'intervention sociologique), on peut tout de même fournir quelques précisions. L'objectif de la constitution de tels groupes réside dans la perspective de conduire leurs membres à produire une analyse de leurs activités dans la perspective d'étayer celles-ci plus solidement encore qu'elles ne le sont déjà. Pour ce faire, une vingtaine de volontaires, tous acteurs, à titre et fonctions divers, du dispositif régional « Culture à l'hôpital », ont été rassemblés, avec un noyau permanent d'une dizaine de personnes, sur des séances d'une durée de deux ou trois heures (en l'occurrence six séances qui ont été réparties sur l'année civile 2008) ; au cours de celles-ci, et à tour de rôle, chacun a été invité, lors d'un exposé introductif, à proposer les réflexions qui étaient les siennes sur sa pratique. Un débat était ensuite organisé à partir des questions soulevées par le premier intervenant. Deux restitutions de synthèse ont aussi été fournies par les chercheurs ; l'une sous la forme d'une présentation analytique, l'autre proposant un canevas d'indicateurs susceptibles de permettre d'évaluer les actions entreprises dans le cadre de « Culture à l'hôpital ». Ponctuellement, furent également invités un administratif de la DRASS ainsi qu'une infirmière de l'Hôpital Mère Enfant pour réagir aux propos présentés.

C'est l'ensemble des matériaux constitués par les séances de travail qui au final fournit ce qu'il convient alors d'appeler une auto-analyse. Ledit matériau est à la fois « direct », lequel renvoie aux productions explicites du groupe (les idées et réflexions émises par les participants) et « indirect », renvoyant cette fois aux formes prises par le fonctionnement du collectif, saisi cette fois non plus comme « analysant » mais plutôt comme « analyseur ».

Quels sont les principaux enseignements de ce groupe ?

Implication et entre-soi

Si on s'attache d'abord au groupe entendu comme analyseur, quelques premiers constats peuvent être dressés. Tous les participants sont **fortement impliqués** dans les projets et il y a parmi eux une diversité de profils : six référents culturels salariés d'hôpitaux, deux directeurs d'établissements, six responsables de structures culturelles ou artistes. Pourtant, derrière la diversité apparente, on doit toutefois noter que se cache une forme d'homogénéité. La majorité des participants sont en effet des « piliers » de « Culture à l'hôpital » (impliqués depuis le début de la signature de la convention régionale et parfois même avant que celle-ci n'existe) ; ils tiennent un discours que nous avons qualifié, en boutade, lors des échanges de « canal historique ». Les quelques nouveaux, venus plus récemment aux projets culturels à l'hôpital, minoritaires, aspirent, pour l'essentiel, à rejoindre le groupe des « historiques »,

affichant un désir de « conformité ». Si quelques rares « francs-tireurs » se sont faits entendre, leur assiduité vis-à-vis du groupe fut très aléatoire..., ceci expliquant peut-être cela... Autre constat, la participation des « blouses blanches » (nous entendons par-là des professionnels soignants dont l'essentiel de l'activité demeure une activité de soins auprès des patients) fut quasiment absente dans ce collectif ; il y a sans doute là un symptôme de la difficulté qu'il peut y avoir à mobiliser les soignants, en dehors du temps de travail, sur des questions comme celles-là.

De façon plus générale, le groupe saisi comme analyseur – tant dans sa constitution que dans son fonctionnement – nous a renvoyé à une forme de « consanguinité » où l'**entre-soi** et le désir de se retrouver autour d'un commun semblait dominer. Les débats, malgré leurs richesses, ont été le plus souvent peu conflictuels. Les controverses vives se sont faites rares et leurs protagonistes étaient en général d'une faible assiduité, comme si, après avoir posé abruptement quelques hypothétiques sévères controverses, il ne leur restait plus qu'à désertier le groupe. Ce constat ne doit pas induire en erreur. La parole fut moins compassée que ce qu'elle peut être dans d'autres instances (cf. notamment ce qui concerne le fonctionnement de la commission régionale), mais elle est apparue comme fortement cimentée par une sorte de socle commun, une conception partagée, le fameux « **discours légitime** ». On peut penser que le désir d'être ensemble, de se retrouver sur des conceptions communes, de partager certaines difficultés, de se saisir de l'occasion pour faire bloc (alors qu'au quotidien, certains peuvent se sentir parfois bien isolés dans leur établissement), participe sans doute de cette envie de produire de l'entre-soi. La consolidation d'une position, le raffermissement de convictions, sont autant de fonctions que nous semble avoir revêtu ce groupe d'auto-analyse. C'est peut-être en ces termes qu'il faut comprendre **la demande réaffirmée des participants de maintenir un espace régulier de ce type pour les promoteurs de « Culture à l'hôpital ».**

L'exigence de professionnalité et l'esthétique de l'échange

A ce matériau indirect, il faut ajouter celui produit directement par le collectif ; il prend la forme d'une série d'analyses et de réflexions particulièrement récurrentes – certaines ayant déjà été évoquées précédemment.

La part la plus importante des échanges concerne la philosophie du projet lui-même. Qu'est-ce que « Culture à l'hôpital ? ». **La volonté de se démarquer de l'art-thérapie et de l'animation socio-culturelle** est sans cesse rappelée. Dit autrement, les membres du collectif sont en accord pour considérer que ce n'est pas un médecin qui doit prescrire la participation à un atelier pour un malade, ce ne sont pas les animateurs de l'établissement qui doivent endosser la charge de l'activité culturelle dont l'objectif n'est pas de soigner, ce sont les artistes et eux seuls qui doivent prendre en charge les pratiques artistiques au sein de l'hôpital et ils n'ont pas vocation à se substituer aux soignants. Le corollaire de cette position concerne, nous l'avons déjà vu, la qualité des intervenants. Aux yeux du groupe, c'est la clef de la réussite. Un artiste de talent peut ne pas réussir ses interventions à l'hôpital, mais il faut nécessairement être un artiste de talent et de profession pour réussir. Dit autrement, **il est attendu de l'artiste à l'hôpital non seulement d'être un professionnel mais aussi de faire montre d'une professionnalité particulière**¹³.

13 Cette position est partagée par presque tous les participants au groupe d'auto-analyse même si très marginalement fût aussi exprimée l'idée que les activités socio-culturelles, que l'animation socio-culturelle, pouvaient également figurer au programme de « Culture à l'hôpital ».

Cette question relative à la qualité des artistes intervenants débouche sur une réflexion concernant **les critères d'appréciation de l'œuvre**. Quels sont-ils ? Le plus souvent, on constate la mise en avant d'une double dimension : tout d'abord, **l'artiste doit être légitimé**, c'est-à-dire recommandé par ses pairs ou par une instance officielle – comme la DRAC par exemple. Ensuite, c'est **la qualité de la rencontre** qu'il propose à l'hôpital qui est appréciée. Quel que soit son mode d'expression (chant, danse, théâtre, art plastique, écriture...), ce qui lui sera au final reconnu, c'est d'avoir su provoquer, avec ses publics, un instant jugé par le plus grand nombre comme étant de qualité. Ainsi, **la qualité culturelle de ce qu'il produit semble pouvoir s'appréhender à l'aune de l'instant suscité**.

Dans ce cas de figure, nous sommes typiquement dans ce que Yves Michaud nomme « l'art à l'état gazeux » (*L'art à l'état gazeux. Essai sur le triomphe de l'esthétique*, 2003). Ce n'est pas l'œuvre à proprement parler qui importe, mais plutôt la relation, la rencontre, ce que l'on pourrait aussi appeler l'instant, qu'incarne par exemple assez typiquement une installation ou un *happening*. L'œuvre, entendue comme parure qui matérialiserait durablement une « identité quelconque » se dilue dans **une esthétique de l'échange**. Ainsi, les manifestations proposées par les clowns à l'hôpital, entre autres illustrations possibles, relèvent de cette logique ; les moments proposés appartiennent bien au domaine de l'éphémère, du volatile et pourtant sont considérés par les participants comme s'inscrivant de plain-pied dans le champ de la création culturelle et de ce point de vue, ils ne se laissent pas assimiler à du simple divertissement. On voit ainsi se profiler **un critère distinctif de l'action culturelle et de l'animation : si les deux activités valorisent la dynamique de l'échange, seule l'action culturelle tient à l'esthétique**.

Les enjeux des financements

Autre thème important des échanges, celui relatif au **contexte, caractérisé par un manque de moyens généralisé**. La mise en œuvre de la T2A à l'hôpital, c'est-à-dire l'affectation de moyens en fonction de l'activité réalisée, est vécue comme un resserrement drastique des dotations. Dans un tel contexte, les membres du groupe rappellent que pour la grande majorité des hospitaliers, les dépenses pour l'action culturelle sont ressenties comme plus que jamais inappropriées. De l'autre côté, dans le champ du financement culturel, les moyens sont là aussi considérés comme se rétrécissant alors que les structures culturelles sont, elles, toujours aussi nombreuses.

De cette situation naissent plusieurs interrogations et craintes. Faut-il indiquer aux soignants de l'hôpital que les budgets culturels délivrés par la convention régionale « Culture à l'hôpital » sont indépendants de ceux de l'hôpital ou bien admettre que la part qui provient de l'ARH est bien en lien avec les financements généraux de l'assurance maladie ? Pour des raisons stratégiques, la première affirmation a les faveurs du plus grand nombre ; pourtant, la seconde position est plus conforme à la réalité : l'essentiel des financements « Culture à l'hôpital » proviennent de l'ARH et sont donc des fonds prélevés sur les budgets de santé. Faut-il le cacher, de peur que ne s'impose l'idée que les difficultés budgétaires actuelles de l'hôpital pourraient être un prétexte d'un renoncement à soutenir les actions culturelles à l'hôpital ? N'y a-t-il pas d'ailleurs en France quelques esprits avisés pour penser qu'il serait raisonnable, lorsque les fonds publics s'avèrent à manquer, de supprimer ou de réduire drastiquement le budget du Ministère de la Culture ? On comprend alors quelques-unes des craintes et peurs de nos interlocuteurs.

Le débat sur les financements s'est aussi ouvert sur d'autres questions. Parmi elles, la nécessité de se tourner vers **le mécénat** et plus généralement vers **les industries culturelles** dont les volumes financiers qui y sont rattachés sont sans commune mesure avec ceux du Ministère de la culture. Serait-ce perdre son âme que de chercher de ce côté-là des financements complémentaires aux projets ? Lorsqu'une création a été réalisée dans le champ de l'hôpital, est-il envisageable qu'elle soit diffusée en dehors de celui-ci, s'associant alors avec tel ou tel acteur de l'industrie culturelle en parvenant à en dégager quelques rétributions ? Si oui, les référents culturels sont-ils armés dans les hôpitaux pour conduire ce type de démarche ? Ne serait-ce pas les directions hospitalières tournées vers la communication et le marketing qui devraient prendre en charge ce type d'activités ?

À ces échanges sur le financement des opérations ont été associées des réflexions sur les compagnies artistiques qui, en quête de moyens, se tournent vers l'hôpital croyant pouvoir trouver là une manne financière de survie possible. Ces situations existent et les analyses du groupe montrent alors combien, dans ces configurations, les référents culturels des établissements doivent être aidés par le réseau que constituent notamment les comités locaux, la DRAC et leurs partenaires culturels antérieurs et habituels afin d'avoir toute la vigilance nécessaire dans le choix de nouvelles collaborations artistiques.

La médiation

La médiation a également été un des thèmes les plus fréquemment abordés. La rencontre entre les activités culturelles et le monde hospitalier ne s'opère pas sans médiations multiples. La première et la plus évidente de celles-ci concerne celle que le référent culturel hospitalier assure en introduisant les intervenants culturels à l'hôpital. Cette dimension suppose d'abord un travail en direction des soignants et plus généralement des personnels de santé, qu'il convient de préparer à l'arrivée de personnes étrangères à l'établissement et aux soins. Si le référent, médiateur culturel, est lui-même un soignant, il peut tirer légitimité de cette position mais il n'y a pas là d'obligation. En effet, les acteurs occupant cette fonction sont de plus en plus fréquemment des personnels ayant une formation spécifique de médiateur culturel et leur savoir faire, issu de leur formation et de leurs expériences, semble largement pallier leur non appartenance au milieu des soignants. L'autre tâche de ce médiateur consiste également à faire entrer l'hôpital dans le spectre d'actions des institutions culturelles. Il existe là aussi une difficulté particulière. Même si les structures culturelles sont disposées à intervenir à l'hôpital, au titre par exemple de la mission les conduisant à œuvrer auprès des « publics empêchés », celles-ci n'y sont pas forcément préparées. L'hôpital n'est pas un lieu où il suffirait de faire glisser des activités ayant déjà rencontré, ailleurs, leurs publics. Dans tous les cas de figure, il y a des « traductions » à opérer. Chaque établissement hospitalier, chaque service possède ses spécificités, qu'elles concernent les patients, les pathologies, les durées moyennes de séjour, les personnels... La fonction du médiateur, du référent culturel est d'aider les intervenants culturels à intégrer ces dimensions.

Nous l'avons vu précédemment, la thématique de la médiation peut susciter des débats. Jusqu'où peut-elle ou doit-elle aller ? Faut-il noyer les intervenants sous les détails d'informations concernant les patients, au point de risquer d'altérer la spontanéité de leur expression ? Le positionnement du curseur varie selon les interlocuteurs. Toutefois, tous les partenaires impliqués dans « Culture à l'hôpital » s'accordent à reconnaître le caractère indispensable de la médiation et à souligner l'importance de la professionnalité du médiateur. Quel que soit le profil de celui-ci, il doit bien connaître le champ culturel et avoir identifié la singularité du milieu hospitalier. Pour être plus explicite encore, il nous semble que c'est le

pôle connaissance du milieu culturel que la formation du médiateur doit avoir d'abord permis de consolider, la connaissance du milieu hospitalier pouvant s'acquérir dans la situation¹⁴.

Les finalités de la culture à l'hôpital

Enfin, le thème de la finalisation des activités « Culture à l'hôpital » fut également un des axes récurrents des discussions. Dit autrement, la question fut régulièrement posée : à quoi doivent servir les interventions culturelles à l'hôpital ? Est-ce un outil de santé, un instrument du management, une activité sans autre finalité que celle de permettre l'existence d'une expression culturelle ? Comme sur la plupart des sujets abordés, les débats ne sont pas clos ; nous pouvons toutefois en proposer une synthèse. Les interventions culturelles ne sont pas conçues pour soigner au sens anglo-saxon de « *cure* » ; néanmoins elle participe du prendre soin au sens de « *care* », c'est-à-dire d'une attention portée à l'autre. Cette attention, quand elle est dirigée vers les malades, peut relever du souci de santé. Lorsqu'elle s'adresse indistinctement aux familles, aux soignants, aux riverains et bien sûr aux patients, elle relève du souci de l'autre. Nous sommes alors dans une configuration qui peut être comprise comme s'apparentant à un espace « communicationnel » où l'action culturelle devient un agir qui permet d'être ensemble. Il n'y a alors pas d'autres finalités que cet être ensemble. Il ne s'agit ni de soigner les malades, ni d'éduquer les publics, ni de divertir du tourment, simplement d'ouvrir une scène où l'être-ensemble est potentiellement porteur de possibles. Depuis cette perspective, toute tentative de construire la justification de « Culture à l'hôpital » par la recherche de résultats tangibles, mesurables, devient très réductrice.

Avec l'invitation faite au sein du SROS d'inscrire les actions culturelles au cœur des projets d'établissement, la question du rapport au management est posée. Faut-il voir un outil possible du management de la qualité dans les activités de « Culture à l'hôpital » ? La prise en compte, lors de la seconde certification (version 2 de l'accréditation), par certains experts-visiteurs, des actions culturelles engagées par certains établissements, lesquelles furent comprises comme des points forts de la démarche qualité, ouvre la voie à l'idée que ces projets peuvent entrer de plain-pied dans la réflexion sur les processus qualité. Ce point de vue reste toutefois assez largement minoritaire. Une sorte de défiance s'exprime à l'égard des usages managériaux des projets culturels. Une formule employée par un participant au groupe d'auto-analyse résume la position « *« Culture à l'hôpital » n'est pas un outil de management mais un baromètre du management* ».

De façon générale, la philosophie du projet s'exprime au travers d'une tension qui s'organise entre l'idée qu'ouvrir l'hôpital aux activités culturelles revient à redéfinir la conception de la santé à partir d'un désenclavement des lieux et des pratiques de soin et la conception selon laquelle les activités culturelles n'ont pas de finalité particulière dans la Cité, si ce n'est celle de permettre aux hommes d'être, par elles, reliés les uns aux autres. Cette tension exprime ce que nous croyons être une sorte d'idéologie générale du projet ; elle exclut, croyons-nous, toute vision instrumentale de celui-ci, mais du coup, elle rend aussi difficile l'idée même d'une mesure des résultats dudit projet. Nous sommes là au cœur de ce qui pourrait être une des contradictions majeures de la phase dans laquelle se trouve l'actuel développement de « Culture à l'hôpital ».

14 Cette idée plaide pour le recrutement de référents culturels détenteurs de formations universitaires tournées vers ce secteur d'activité dont les intitulés varient mais dont les contenus convergent : « Conception et mise en œuvre de projets culturels », « médiations culturelles », « médiations artistiques », « métiers des arts et de la culture », « gestion des entreprises culturelles »...

8. Modèle d'analyse

Nous avons cherché dans cette partie à synthétiser les observations, faites précédemment, des différentes scènes et des différents publics du champ des actions culturelles à l'hôpital.

Peut-on construire un modèle simplifié des différents positionnements des publics, des artistes, des gestionnaires des structures culturelles, des référents culturels, des directions d'établissements plus ou moins engagés, des membres des comités locaux et de la commission régionale du dispositif « Culture à l'hôpital » ?

Un premier objectif est de rendre compte de ce qu'il se passe aujourd'hui sur les différentes scènes du dispositif Culture-Hôpital, rendre compte de la diversité des représentations de ce qu'est l'action culturelle, de ce que pourraient ou devraient être les actions culturelles à l'hôpital, de ce à quoi doit servir le dispositif Culture/Hôpital. Rendre compte aussi de la diversité des points de vue et des engagements selon les appartenances institutionnelles (hospitaliers / culturels / mixtes comme les référents culturels), selon les établissements (et l'équilibre des forces en présence), selon les anciennetés et leurs implications dans le dispositif, selon les lieux (notamment Lyon / hors Lyon), selon peut-être des histoires de vie singulières.

Un second objectif est de rendre compte des évolutions temporelles des actions culturelles, des dynamiques. Pour arriver à penser des dynamiques de diffusion (freins, blocages, mais aussi leviers).

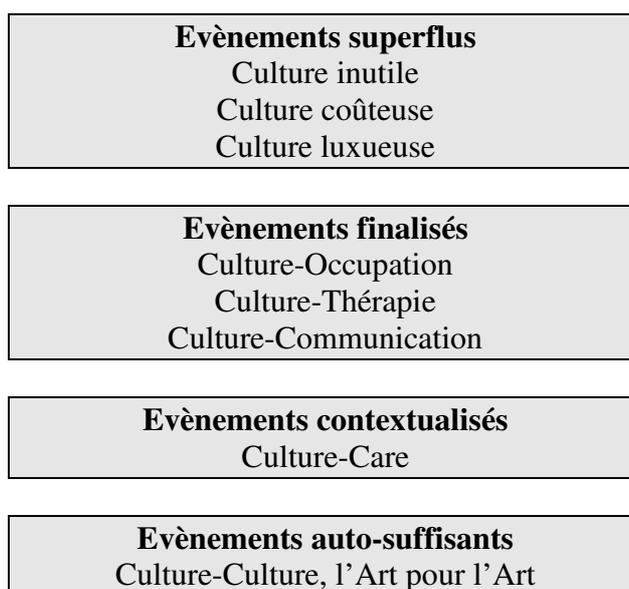
Des modèles de représentations des événements culturels

Pour rendre compte de la diversité des actions culturelles à l'hôpital, nous avons d'abord construit un schéma simplifié des représentations des événements culturels que nous avons rencontrés.

Quatre modèles d'événements culturels à l'hôpital apparaissent :

- le modèle des événements superflus ;
- le modèle des événements finalisés ;
- le modèle des événements auto-suffisants ;
- et le modèle des événements contextualisés.

Schéma 1 : Les modèles de représentations des évènements culturels



Le modèle des évènements inutiles ou superflus est malheureusement encore dominant dans le champ hospitalier. Il est porté par ceux qui pensent que l'action culturelle n'a guère (voire pas du tout) sa place en milieu hospitalier, parce qu'elle se conjugue mal avec les exigences du soin, avec le manque de temps des personnels, avec la gravité des expériences des malades. Il est aussi porté par ceux qui, sans être allergiques aux actions culturelles, pensent qu'elles sont trop coûteuses, surtout en période de restrictions budgétaires, donc luxueuses. La culture est un luxe que ne pourrait plus s'offrir l'organisation hospitalière, si tant est qu'elle ait jamais pu se l'offrir.

C'est un modèle que nous avons peu rencontré dans le cadre de notre recherche, tout simplement parce que la plupart des acteurs rencontrés étaient engagés dans le dispositif régional « Culture à l'hôpital » ou avaient un lien avec le champ culturel, donc un intérêt pour l'action culturelle (un intérêt qui leur faisait défendre l'idée que l'hôpital devait être prêt à en payer le prix). Pour autant, nous l'avons tout de même rencontré chez deux des directions d'établissement (cf. 6) qui ont accepté de se faire les porte-parole de beaucoup de leurs confrères. C'est aussi un modèle que nombre d'acteurs (par exemple dans le groupe d'auto-analyse) nous ont décrit comme encore dominant. Rappelons qu'une cinquantaine d'établissements se sont engagés dans les actions culturelles, au regard de 300 établissements potentiellement concernés...

Le modèle des évènements finalisés, c'est celui qui pense l'action culturelle à l'hôpital en lien avec des finalités « hospitalières » :

- celle de la **thérapie**, du soin, du *cure* : la culture pourrait soigner ou aider à soigner. Elle serait inscrite dans un projet thérapeutique, comme dans l'art-thérapie.
- celle de l'**occupation**, du divertissement, de la distraction des patients, voire des personnels.
- celle de la **communication**, qu'elle soit externe, à l'intention des partenaires extérieurs (*marketing*), ou interne, à l'intention des personnels (*management*) pour accompagner des changements organisationnels (fermeture, ouverture, délocalisation, mise en pôles, ...).

Pour schématiser, c'est un modèle qui est largement porté par les hospitaliers qui ne sont pas engagés dans le dispositif régional « Culture à l'hôpital » et qui est plutôt répulsif pour tous ceux qui se sont engagés dans le dispositif, ainsi que pour les artistes et les responsables culturels en général. Ces derniers manifestent unanimement leurs peurs d'une dérive de l'art vers l'art-thérapie, d'une déformation du culturel en simple animation ou en occupationnel, d'une instrumentalisation de l'action culturelle au profit du marketing et du management d'établissement hospitalier.

Mais d'autres acteurs ne partagent ces répulsions, craintes et peurs. Certains revendiquent la dimension thérapeutique de l'action culturelle, d'autres défendent un continuum entre l'animation et les actions culturelles plus « légitimes », d'autres encore défendent sans aucune réticence un lien fort entre culture et communication. On a trouvé de telles positions chez certains référents culturels (cf. 3), dans certaines situations de comités locaux (cf. 4), chez certains directeurs d'établissements non engagés dans le dispositif régional (cf. 6). Peut-être même peut-on dire qu'on les retrouve dans les réponses de certains publics au questionnaire traité dans la première partie. Beaucoup de qualificatifs évoquent le divertissement, la distraction, voire la thérapie, indépendamment du jugement esthétique sur la dimension culturelle de l'activité évaluée. Mais l'on se gardera ici de tout jugement péremptoire : ce ne sont là que des réponses brèves et ce n'est pas parce que le principal effet ressenti est distrayant, que la vocation de l'action culturelle doit être distrayante, diront les tenants d'autres modèles.

Souvent opposé à ce modèle, on trouve **le modèle des événements auto-suffisants**. Ici, on est sur un modèle où l'œuvre culturelle est considérée comme ne devant pas être finalisée, ne devant pas non plus être « justifiée ». Elle tient par elle-même, en dehors du cadre de référence hospitalier. L'événement culturel est en quelque sorte gratuit, désintéressé, indépendant, autonome. On retrouve ici une figure issue du monde artistique, portée par les artistes, les représentants culturels : l'art pour l'art, la culture pour la culture. C'est l'exemple cité lors du forum régional de mai 2008 : un Steinway installé au cœur d'un hôpital de Maastricht. Peu importe que le public soit un public de personnes malades, peu importe que les lieux soient ceux de l'hôpital, il s'agit de donner, d'offrir une œuvre dans sa plénitude artistique, sans la pervertir par des considérations finalisées.

Comme pour le modèle des événements inutiles, nous n'avons pas rencontré beaucoup de tenants de ce modèle des événements auto-suffisants dans notre recherche. Certains disent certes rêver d'une action culturelle à l'hôpital qui n'aurait plus à justifier de ses finalités, ni même de son adaptation au lieu, mais ils savent être sur un registre optatif et non réaliste, et ces « doux rêveurs », comme ils se qualifient eux-mêmes parfois, sont peu nombreux. Pour la plupart des acteurs rencontrés, le modèle des événements auto-suffisants sert de référence permettant de qualifier les « doux rêveurs » ou bien encore les plus inadaptés des artistes qui verraient bien s'ouvrir un terrain hospitalier comme une nouvelle scène. Autant d'artistes qui sont très vite rejetés, parce qu'« *on ne peut pas faire n'importe quoi à l'hôpital* », parce qu'« *on n'est pas là pour faire de l'argent* », parce qu'il ne s'agit pas de faire de la vente ou de la diffusion de spectacle.

On a enfin trouvé, au cours de nos pérégrinations au cœur ou à la périphérie du dispositif régional « Culture à l'hôpital », **un modèle plus consensuel, celui de l'événement contextualisé, la culture – care**, défendant le principe d'une action culturelle, prenant place dans une conception élargie de la prise en charge hospitalière du patient et de sa santé (au sens

de l'OMS¹⁵), une forme de prise en charge articulant l'acte technique et la relation, la procédure et la dimension humaine, l'organicisme et la prise en charge globale de la personne. C'est aussi une conception d'une nouvelle organisation hospitalière plus « humaine », avec des soignants participants de l'action culturelle, impliqués, non rivaux à leurs seules tâches techniques de soins. Une action culturelle qui permettrait aussi d'inscrire l'organisation, ses personnels et ses patients dans un champ hospitalier décloisonné, dans un espace local large, un « territoire ».

Si le *care* est une référence largement consensuelle chez les acteurs du dispositif régional (mais aussi chez certains directeurs d'établissements non (encore) engagés, cf. 6), on perçoit néanmoins un éventail de nuances dans leurs positions. Ces nuances se perçoivent par exemple dans les proximités et les répulsions plus ou moins grandes avec les deux modèles des événements finalisés et des événements auto-suffisants. Ces nuances sont aussi apparentes quand on demande à nos interlocuteurs d'identifier les personnes à même de prendre en charge ces actions culturelles.

Pour certains, plus proches (ou moins éloignés) du modèle finalisé, les actions culturelles peuvent être prises en charge par :

- des soignants, art-thérapeutes ;
- des animateurs ;
- des amateurs +/- artistes (bénévoles, personnels de l'hôpital, patients, ...)
- des artistes bénévoles ;
- des artistes +/- reconnus.

Pour d'autres, plus proches (ou moins éloignés) du modèle auto-suffisant, les actions culturelles doivent être prises en charge par :

- des artistes professionnels ;
- des artistes reconnus, légitimes ;
- des structures culturelles patentées.

Les formes des actions culturelles effectivement mises en place localement dépendent beaucoup de ces modèles de représentations des événements culturels. Elles dépendent aussi des formes d'investissements politiques des établissements et de leurs directions.

Des formes d'investissements politiques

Les formes des actions culturelles à l'hôpital dépendent aussi des formes d'investissements politiques plus ou moins forts, que sont prêts à mettre en œuvre les établissements et leurs directions :

- **investissements financiers** : part de financement propre engagé, recherche de financements (convention régionale, subventions, mécénat).

- **investissements humains** : création d'un poste de référent culturel, temps spécifique dégagé chez certains personnels pour développer des actions culturelles (montage de projets, recherche de partenariat, de mécénat, ...), types d'artistes employés (animateurs, bénévoles, artistes professionnels, ...).

- **investissements institutionnels** : pérennité des projets, inscription de l'action culturelle dans le projet d'établissement, création d'une commission culturelle, partenariats engagés avec des structures culturelles, ...

¹⁵ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition est celle du préambule à la Constitution de l'OMS (1946).

En retenant ces trois types d'investissements (financiers, humains, institutionnels), on peut schématiser trois formes d'investissements des établissements hospitaliers dans l'action culturelle : nuls, faibles, forts. C'est une schématisation, obtenue par caricature, sur le modèle des idéaux-types weberiens¹⁶, devant aider à la lecture globale des situations, mais ne permettant pas de décrire chaque situation locale.

Schéma 2 : Les investissements engagés dans l'action culturelle

Investissements nuls

Financiers : Pas de financement, ni propre, ni extérieur.

Humains : Pas d'action, hormis actions d'animations, assurées par les seuls animateurs de l'établissement. Aucun intervenant extérieur.

Institutionnels : Aucun.

Investissements faibles

Financiers : faible financement propre, faible recherche de subventions et mécénat.

Humains : pas de référent, peu de moyens humains spécifiques (on compte sur le bénévolat), interventions ponctuelles, souvent d'animateurs et de bénévoles (retraités, personnels artistes), parfois d'artistes locaux mais sans partenariat avec des structures culturelles.

Institutionnels : actions ponctuelles, non inscrites dans le projet d'établissement, pas de commission culturelle, pas de partenariat long avec des structures culturelles.

Investissements forts

Financiers : financement propre plus important, recherche de conventionnement, subventions, mécénat.

Humains : moyens humains spécifiques consacrés à l'action culturelle dans l'établissement, à la fois pour son pilotage (par exemple, poste de référent culturel) et sa réalisation (artistes professionnels rémunérés).

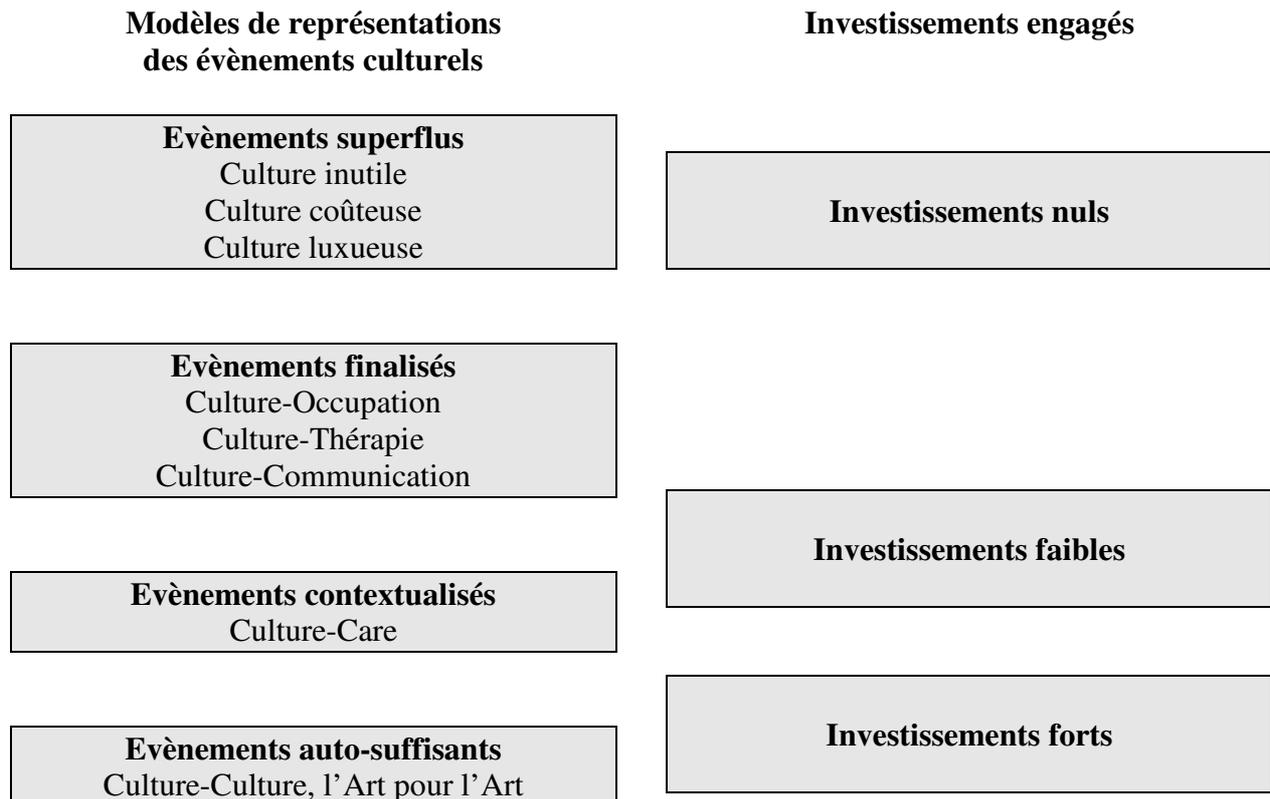
Institutionnels : actions culturelles pérennes, inscrites dans le projet d'établissement, création d'une commission culturelle, partenariat avec des structures culturelles.

Sans qu'ils soient totalement superposables, on repère des liens entre le schéma des modèles de représentations des événements culturels et ce schéma des investissements engagés. Le « zéro investissement » correspond assez nettement à des acteurs qui voient les événements culturels comme inutiles. De façon schématique, plus l'investissement augmente, plus on se

¹⁶ L'*idéal-type* est, pour le sociologue Max Weber (*Essai sur la théorie de la science*, 1918), une reconstruction stylisée d'une réalité dont l'observateur a isolé les traits jugés les plus significatifs. Il s'agit d'un outil théorique, d'un modèle d'intelligibilité, d'une forme pure dont on ne rencontre jamais aucun exemplaire dans la réalité, mais qui permet de cerner les tendances propres à une catégorie d'acteurs ou d'organisation sociale.

rapproche des modèles finalisés et contextualisés, voire auto-suffisants. Les moins investis portent plus le modèle des événements finalisés : on y retrouve ceux qui pensent que l'action culturelle peut être portée par les animateurs de l'établissement, par des bénévoles, par des personnels artistes amateurs. Les plus investis portent plus le modèle des événements auto-suffisants, avec l'idée qu'il faut des moyens propres pour l'action culturelle, qu'il faut nécessairement des artistes professionnels et par là des partenariats forts avec les structures culturelles locales.

Schéma 3 : Des liens entre représentations et investissements ?



Reste alors à savoir ce qui est premier : **l'investissement dans les actions culturelles est-il le fruit de représentations singulières ? Les représentations des évènements culturels ne seraient-elles, au moins pour partie, l'effet des investissements engagés ?**

Sans rentrer dans ce débat, on retiendra que **les formes des actions culturelles à l'hôpital dépendent donc beaucoup des investissements engagés par les chefs d'établissement et leurs relais. Elles dépendent aussi des ressources de l'environnement culturel.**

Les ressources culturelles de l'environnement local

Les formes des actions culturelles à l'hôpital dépendent aussi beaucoup des ressources culturelles de l'environnement local : offre locale d'artistes, existence de structures culturelles « légitimes ».

Si l'on se réfère à ce qui nous a été dit par les référents culturels (cf. 3) et les directions d'établissements non engagés dans le dispositif (cf. 6), les établissements hospitaliers

développent des formes d'actions culturelles très différentes selon leurs ressources. Certains se vivent comme les « petits », largement isolés par rapport aux centres culturels régionaux, et présentent les autres établissements comme des « privilégiés ». Les autres insistent sur le fait que les ressources n'existent pas dans l'absolu, qu'elles ne peuvent être mobilisées que si on les crée, que les « petits » ont à leur échelle des ressources qu'ils ne savent peut-être mettre à profit : le manque de ressources serait moins objectif que subjectif. Bref, le débat sur les ressources est profond.

Pour les uns, les investissements politiques et les formes d'actions culturelles qu'il est possible de développer à l'hôpital varient fortement selon que :

- le territoire comprend des artistes et/ou structures culturelles (musées, compagnies, scènes, ...), **dans plusieurs champs artistiques** : théâtre, musique, sculpture, peinture, ...
- le territoire comprend des artistes et/ou des structures culturelles, **avec une tradition d'intervention auprès des publics dits « empêchés »**, proches des publics hospitalisés.
- le territoire comprend des structures culturelles **« reconnues » à l'échelle régionale**, notamment par la DRAC et la région, **voire à l'échelle nationale** : par exemple, scènes nationales, compagnies subventionnées pour d'autres projets, ...

Cette représentation de ce que peuvent être les « ressources culturelles locales » n'est pas indépendante – chez ceux qui se plaignent de ne pas en avoir –, de ce qu'ils peuvent entendre au sein de la commission régionale. Rappelons par exemple quelques-uns des critères évoqués dans cette commission pour juger de la qualité des projets reçus dans le cadre de l'appel à projet annuel 2008 (cf. 5) : « *un des garde-fous, c'est la qualité de la compagnie engagée* », « *ça fait un peu amateur* », « *ça pourrait relever de l'animation* », « *il manque un musée, un centre d'art* », « *c'est quand même pas une structure extra-ordinaire* », « *c'est un contenu qui ne tient pas la route, ça manque d'un historien* », « *c'est une compagnie moyen-âgeuse* ».

Au regard de ces critères parfois entendus (ou perçus), certains référents culturels et chefs d'établissement (cf. 6) s'excluent donc du dispositif, avec l'argument que leur environnement ne leur offre pas les ressources adéquates. Mais cet argument qui tend à faire de l'environnement un facteur explicatif des formes de non-engagement ou de faible engagement (cf. schéma 2), n'est guère audible chez ceux qui sont étiquetés comme des « privilégiés ».

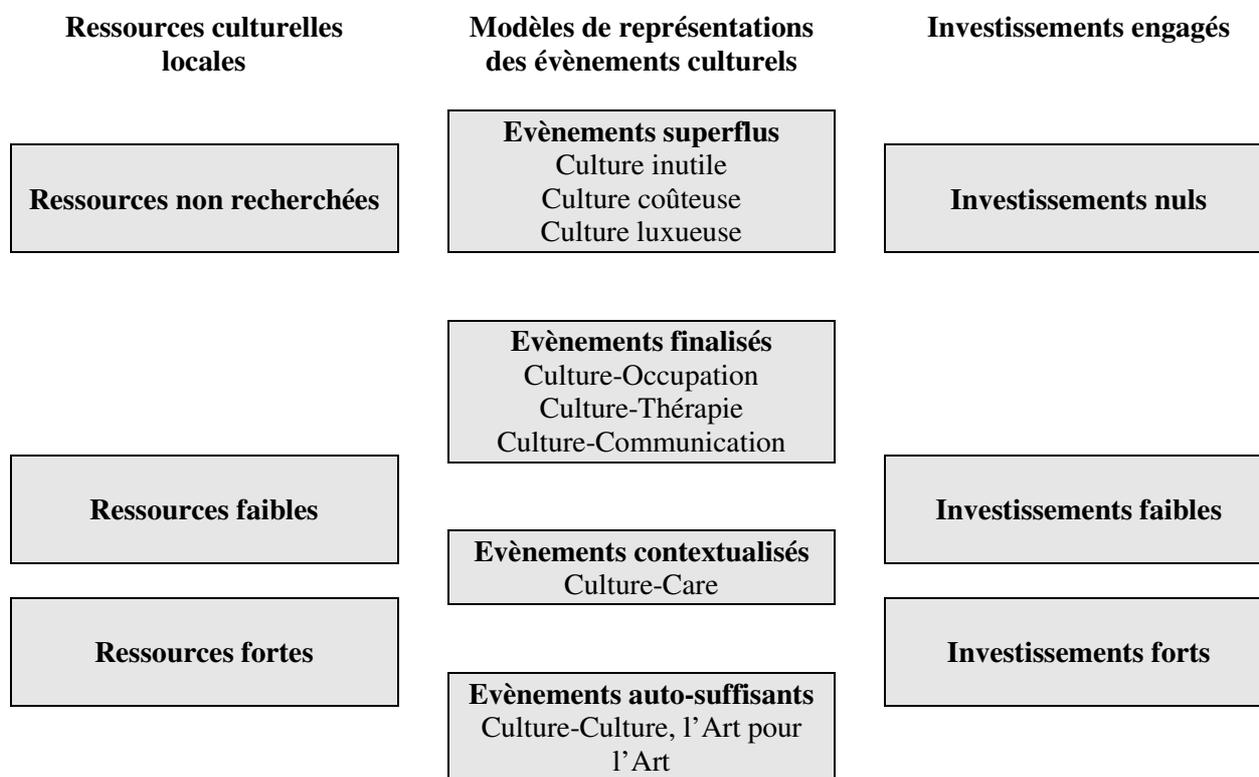
Pour ces derniers, l'étiquette de « privilégiés » est difficile à entendre, car les ressources locales ne sont jamais totalement données d'avance, elles sont à construire : leurs partenariats sont plus le fruit d'un engagement, d'un investissement politique. Bien sûr, ils reconnaissent que les différents territoires ne présentent pas le même maillage culturel, les mêmes « infrastructures » : les Stéphanois, les Grenoblois, les Chambériens, les Valentinois, les Annéciens et plus encore les Lyonnais sont plus favorisés que d'autres. Mais ils rappellent que beaucoup d'établissements hospitaliers au cœur même des grands centres culturels régionaux n'en ont pas pour autant développé des actions culturelles. S'il y a bien des sources, il faut donc aller les capter pour en faire des ressources ! Car, comme nous l'avons bien vu en rencontrant des établissements culturels non engagés dans le dispositif régional (cf. 6), ce n'est guère de leur côté que l'on peut attendre une impulsion d'initiative vis-à-vis de l'hôpital. Les formes d'investissements politiques (cf. schéma 2) ne pourraient donc pas se comprendre comme le simple produit de ressources infrastructurelles objectives.

Pour dépasser ce débat autour de ce que seraient les ressources culturelles locales (entre contraintes objectives et subjectives), l'on peut dire que **les différences d'investissement se situent autant du côté des ressources culturelles objectives dont disposent les différents**

territoires que du côté des façons dont les hospitaliers se créent leurs ressources (parfois en allant chercher au-delà de leur territoire local).

Une fois ce constat établi, nous pouvons nous interroger sur les liens qu'il entretient avec les modèles des évènements culturels (schéma 1). Encore une fois (cf. schéma 3), il nous semble possible de repérer des liens entre le schéma des modèles de représentations des évènements culturels et les ressources des établissements. Schématiquement, si beaucoup d'acteurs défendent le modèle contextualisé, ceux qui ont (ou qui se les créent) les plus fortes ressources culturelles locales tendent vers le modèle des évènements auto-suffisants : sans doute sont-ils ici influencés par les artistes et les structures culturelles avec lesquels ils s'engagent. Inversement, ceux qui ont moins de ressources culturelles dans leur environnement, tendent, souvent par défaut, vers le modèle des évènements finalisés, par exemple en défendant une articulation culture-animation ou culture-thérapie, appuyé sur l'emploi de bénévoles, d'animateurs, de thérapeutes.

Schéma 4 : Ressources, investissements et modèles d'évènements culturels



Synthèse

Ce schéma permet de donner une image de la diversité des positionnements des acteurs face à la question des actions culturelles à l'hôpital.

Loin de pouvoir épuiser le réel, ce schéma ne fait que donner une photographie typifiée (cf. note 15) des positionnements possibles. Les positionnements réels des acteurs ne sont que des combinaisons de ces formes idéales. Dans la réalité, les modèles que nous avons construits sont plus des figures de référence pour les acteurs, des pôles d'attraction et de répulsion. Ainsi peut-on dire que notre schéma final est une « cartographie magnétique ». Il exprime plus des tensions que des positionnements, des états temporaires que des statuts.

S'il peut être saisi d'une façon statique, ce schéma vaut plus s'il est compris d'une façon dynamique. Les établissements – et en leur sein – les différents professionnels qui les composent évoluent généralement, au fil des actions culturelles développées dans et/ou par leur organisation (ceci est vrai aussi bien pour les structures hospitalières que pour les structures culturelles). Si le point de départ est connu (investissement nul et action culturelle perçue comme superflue), les points d'arrivée sont imprévisibles : ils dépendront des ressources locales, des investissements politiques dans chaque lieu, des rencontres entre artistes et hospitaliers, des personnalités en présence, ... selon qu'elles défendront le modèle de l'art auto-suffisant ou celui de l'art finalisé, ou bien encore celui de l'art contextualisé. Autant dire, à la suite de Crozier et Friedberg (1977), que les solutions trouvées ne seront jamais que contingentes.

« Nos modes d'action collective (...) ne constituent rien d'autre que des solutions toujours spécifiques, que des acteurs relativement autonomes, avec leurs ressources et capacités particulières, ont créées, inventées, instituées pour résoudre les problèmes posés par l'action collective et, notamment, le plus fondamental de ceux-ci, celui de leur coopération en vue de l'accomplissement d'objectifs communs, malgré leurs orientations divergentes. Et en cette matière, il n'y a ni fatalité ni déterminisme simple. Ces solutions ne sont ni les seules possibles, ni les meilleures, ni même les meilleures relativement à un « contexte » déterminé. Ce sont toujours des solutions *contingentes* au sens radical du terme, c'est-à-dire largement *indéterminées* et donc *arbitraires*. Mais elles n'en sont pas moins contraignantes. » (1977, pp. 15-16)

Cette contingence des situations invite justement à l'action, car rien ne paraît être jamais figé.

Nous dégagerons pour le moment **trois perspectives d'action**, en lien avec les axes travaillés dans cette partie.

- **proposer des repères normatifs clairs pour les établissements et les porteurs de projets culturels, de ce que méritent d'être les actions culturelles à l'hôpital.** Ce qui signifierait concrètement, un renouvellement de la convention régionale, la poursuite du travail d'explicitation des critères d'évaluation des projets, un travail d'accompagnement (notamment via les comités locaux, mais peut-être aussi via une coordination transversale) des nouveaux entrants, une réflexion sur les effets vertueux et pervers des différents modèles portés (finalisé / contextualisé / auto-suffisant) localement ou régionalement.

- **inciter aux investissements financiers, humains et institutionnels.** Ce qui pourrait signifier concrètement des recommandations posées dans le SROS (à inscrire l'action

culturelle dans les projets d'établissement, à créer des commissions culturelles, à créer des postes de référents culturels, à augmenter la part de financement propre, ...) mais aussi des recommandations faites, par la DRAC et la Région, aux établissements culturels (à inscrire l'hôpital dans leur champ d'intervention) ; renouvellement de la convention régionale pour prolonger le système de subventions, sans lequel beaucoup d'établissements ne seraient pas rentrés dans le dispositif et beaucoup de ceux qui y sont entrés ne resteraient pas investis.

- **soutenir les établissements et les porteurs de projets qui disposent de plus faibles ressources culturelles locales.** Ce qui signifierait concrètement la mise en contact des établissements hospitaliers avec des structures culturelles susceptibles de s'engager dans des actions en milieu hospitalier. Une mise en contact par le biais notamment des comités locaux, et pourquoi pas par celui de la lettre et du site internet « Culture à l'hôpital en Rhône-Alpes »¹⁷.

Mais ces perspectives n'invitent-elles pas à une forme d'institutionnalisation, contraire aux dynamiques engagées jusqu'à maintenant ?

¹⁷ <http://www.culture.gouv.fr/rhone-alpes/hopital/index.htm>

9. Vers l'institutionnalisation ?

Le foisonnement de matériaux dont nous disposons nous a déjà conduits dans toutes les parties qui précèdent à livrer, en même temps que des constats, des éléments d'analyses et de perspectives. Se dégage une orientation analytique globale selon laquelle le projet « Culture à l'hôpital » pourrait entrer dans une phase d'institutionnalisation. Cette phase pourrait relayer une phase antérieure qui, elle, relevait plutôt, d'une logique militante. S'il n'y a pas nécessairement rupture entre ces deux temps, ils semblent malgré tout renvoyer à deux dynamiques différentes.

Dans l'étude réalisée fin 2004, nous abordions déjà la question de l'institutionnalisation. Voilà quelques passages de ce que nous écrivions :

« Si les projets culturels, dans ce qu'ils provoquent, ont vocation à déplacer, à détourner, à réintroduire, voire à subvertir, on peut se demander si leur vocation n'est pas de conserver une position excentrée, dans la marge. La "culture", c'est l'impertinence, "mettre le feu", "brouiller les jeux", "subvertir" disaient certains de nos interlocuteurs... pour durer, il nous semble quasiment incontournable que la "culture à l'hôpital" soit incluse au cœur même des stratégies managériales des organisations hospitalières. Mais, ajoutons-nous, enrôlées (c'est-à-dire se voyant affecter un rôle) au service de la régulation managériale, en d'autres termes instrumentalisées et finalisées, les initiatives culturelles peuvent-elles continuer de remplir la fonction "subversive" qu'elles se donnent (où qu'elles endossent plus ou moins volontairement) ? ... s'il devenait un outil parmi d'autres de "la gouvernance" de l'hôpital, (le projet) pourrait bien se dévitaliser. Formulé encore autrement, institutionnaliser ce projet, c'est-à-dire l'instituer en invisibilisant ce qu'il suggère de questionnements, pourrait lui faire perdre l'essentiel de ses vertus : interroger l'institution en son cœur depuis sa marge... Ce genre de propos ne doit pas être compris comme une réfutation de la pertinence du projet mais bien plutôt comme la revendication de ne pas le laisser entre les seules mains du management ».

Quatre années plus tard, si, croyons-nous, le raisonnement garde sa pertinence, il convient néanmoins de constater que **le projet global « Culture à l'hôpital » a cheminé**. Là où il suscitait des appréhensions, des oppositions, il fait maintenant « partie des murs ». Quand un ou deux militants se débattaient pour faire exister une action, ce sont maintenant assez souvent des commissions culturelles qui se mobilisent. Alors que des partenariats hôpitaux/structures culturelles s'ébauchaient à peine, désormais ils sont stabilisés et structurés. Aujourd'hui, les effets subversifs des projets qui venaient interroger l'institution hospitalière ne sont plus nécessairement perçus, tout du moins là où les actions existent depuis plusieurs années, comme tout aussi incongrus. Comme nous l'avons indiqué plus haut, certains hôpitaux ont inscrit l'action culturelle au sein de leur projet d'établissement ; dans certains lieux, les retombées de « Culture à l'hôpital » peuvent être mentionnées comme participant des efforts concernant les processus qualité, le SROS 3 a intégré la dimension culturelle dans ses orientations, des comités locaux fédèrent les actions sur le territoire...

Nous pensons donc que **« les actions culturelles » à l'hôpital sont en voie d'institutionnalisation**, cette dernière notion étant entendue comme un processus créateur de règles, de comportements, de réflexes lesquels imprègnent les pratiques, les mémoires, les représentations. Bien sûr, pour l'heure, cette institutionnalisation ne fonctionne que par poches. Une cinquantaine d'hôpitaux engagés dans les actions culturelles, cela reste

minoritaire au regard des 300 établissements potentiellement concernés. Néanmoins, nous croyons déceler une dynamique. Comme indiqué plus haut, même les acteurs non engagés dans les démarches annoncent, à terme, leur intention de le faire et à tout le moins cherchent à présenter comme provisoires les raisons de leur non implication. **Le moment semble donc propice à une tentative de renforcement de cette institutionnalisation.** Elle pourrait revêtir plusieurs aspects, depuis la sensibilisation des personnels dans les différentes filières de formation à la structuration de l'activité culturelle au sein des métiers de l'hôpital, sans oublier l'inscription dans le dispositif réglementaire. **Les lignes qui suivent revêtent le caractère de propositions. Elles ont surtout vocation à susciter le débat.**

La sensibilisation dans les formations

On pourrait assez aisément envisager que dans les cursus de formation de tous les acteurs de l'hôpital soient proposés des modules de présentation de ce que recouvre « Culture à l'hôpital ». Le contenu du message pourrait être simple : proposer des activités culturelles dans un hôpital revient à promouvoir une conception de la santé ouverte sur l'extérieur, tournée vers le « hors les murs ». L'établissement hospitalier, lieu de l'hyperspécialisation technique, espace finalisé (recouvrer la santé, la normalité physique ou psychique...) s'il en est, peut aussi se décliner comme une scène où l'esthétique, la créativité, l'imagination, la réflexion ont aussi une place. Les modalités pédagogiques pourraient être tournées vers la présentation d'expériences (les vidéos, les films, les catalogues, les témoignages en tous genres ne manquent pas). Ainsi, au sein des formations d'aide-soignantes, des Instituts de formation en Soins Infirmiers, des Ecoles de Cadres et autres Instituts supérieurs ou bien encore de l'Ecole de Rennes, préparant à la fonction de directeurs d'hôpitaux comme de directeurs en soins infirmiers, un module d'information pourrait être proposé. De même, on pourrait imaginer que dans le cursus de formation des médecins, au sein d'une rubrique traitant des questions d'organisation sous l'angle des sciences sociales, soit abordée la question des liens entre espace de santé et activités culturelles. Tout comme cela a été également tenté par certains établissements, il n'est pas impossible d'envisager que dans le cadre de la formation continue, des cursus soient proposés sur le thème de l'art et de la culture.

Ce qui déconcerte le plus les soignants dans les projets « Culture à l'hôpital » renvoie au surgissement de ce qu'ils considèrent comme du « non-travail » dans un espace de travail. Lorsque la surprise, le trouble, suscités par ces activités « ludiques » disparaissent soit avec l'habitude soit parce que le constat a été dressé selon lequel les participants (malades, familles) tiennent à ces événements, alors l'incongruité de l'action culturelle disparaît en tant que telle. Avec un minimum de préparation au travers des cursus de formation, les principales préventions pourraient être levées.

Les métiers de la « Culture à l'hôpital »

L'hôpital est un espace de soins et bien évidemment, les professionnels qui y travaillent sont en majorité des soignants. Pour autant, les métiers présents à l'hôpital dépassent très largement la liste des seuls spécialistes de la santé. Des gestionnaires aux techniciens en tout genre, des professionnels de la communication aux tenants de la logistique, c'est par dizaines que se comptent les métiers ne relevant pas du soin. Dans cette perspective, on pourrait fort bien envisager que l'activité de référent culturel, mieux, celle de médiateur culturel soit consacrée statutairement à part entière. Aujourd'hui, on trouve bien des profils assumant l'activité de référent culturel à l'hôpital. Du psychologue détaché à mi-temps, au responsable

de la médiathèque, en passant par l'ergo-thérapeute, le directeur de la communication, l'animateur, quand il ne s'agit pas d'un gestionnaire de structure culturelle chargé, par convention, d'assurer cette tâche, la coordination de « Culture à l'hôpital » n'est dévolue à aucun professionnel particulier. C'est leur volonté d'implication ou bien leur fibre artistique et culturelle qui conduit les référents culturels à être désignés comme tels.

Dans une phase de démarrage, le militantisme, l'engagement, la passion de ces acteurs constituaient les ferments nécessaires à la réussite des projets. Dans une phase d'institutionnalisation, c'est à des professionnels de la médiation culturelle (ils ne manquent pas sur le marché du travail) que mériterait d'être confiée la responsabilité des projets. Sans formaliser de trop leur rattachement à telle ou telle direction de l'établissement, on peut néanmoins envisager qu'ils disposent d'un statut à part entière et puissent figurer sur les grilles indiciaires de rémunération et de qualification. Une telle disposition ne jurerait pas avec les orientations du plan hôpital 2012 qui fait de l'ouverture de l'hôpital sur le territoire l'un de ses axes prioritaires. En outre, comme nous l'avons suggéré plus haut, on pourrait imaginer, si la charge d'un responsable culturel s'avérait trop élevée pour un seul établissement qu'elle soit mutualisée sur plusieurs hôpitaux. Dans le prolongement, il pourrait également être imaginé que le « médiateur culturel » d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers ait également la responsabilité d'animer le comité local de bassin. A ce titre, les collectivités locales (regroupements de communes, Conseil Général) pourraient être sollicitées pour un financement.

Dispositif réglementaire, guide, observatoire

D'ores et déjà, avec l'inscription au SROS 3 en Rhône-Alpes mais aussi en Basse-Normandie et l'invitation faite à inscrire « Culture à l'hôpital » au cœur des projets d'établissements, une orientation est donnée. Cette incitation n'a certes aucun caractère réglementaire mais elle indique tout de même nettement qu'il n'y a pas de « hors sujet », bien au contraire, à investir dans ce genre d'opérations. On pourrait envisager que de mêmes impulsions se retrouvent à différents niveaux. Par exemple, les référentiels-qualité de la Haute Autorité de Santé pourraient contenir un chapitre autonome, ou annexé à d'autres, contenant des modalités d'appréciation des actions. Dans la perspective des auto-évaluations réalisées par les personnels avant la venue des experts-visiteurs, ce guide pourrait avoir la physionomie qui est celle que nous allons proposer et qui peut être incluse au titre des indicateurs évaluateurs du SROS 3. Ce guide a été soumis aux partenaires du groupe d'auto-analyse. Il apparaît comme réducteur et un peu « desséchant » mais il permet d'apprécier une partie de ce qui est entrepris. On pourrait imaginer que ce guide fasse partie de l'outillage d'un observatoire régional qui aurait pour fonction permanente de conseiller, de renseigner et de rassembler les évaluations des actions entreprises. Hi-culture pourrait avoir cette mission.

Compris comme un observatoire qui serait en même temps une instance régionale de « culture à l'hôpital », Hi-culture pourrait avoir la responsabilité d'accompagner les établissements dans l'autoévaluation de leurs actions culturelles conduites sur la base du guide (très imparfait) qui suit.

Indicateurs de l'implantation du projet « culture et hôpital » au sein des établissements

Ce guide pourrait être élaboré pour partie dans la logique de l'évaluation des contrats d'objectifs du SROS avec des « scores ». Cette logique de la quantification aurait sans doute des limites que les protagonistes de « Culture à l'hôpital » ont pointées. Aussi nous ne retiendrons pas ce parti.

L'action culturelle à l'hôpital, à l'échelle d'un hôpital

- **Présentation globale** : nombre de projets réalisés par année civile
- **Détail de chacun des projets culturels (descriptif)**
 - Quel est l'intitulé de votre projet ?
 - Avez-vous un médiateur culturel dans l'hôpital (oui/non/autre) ?
 - Quels partenaires culturels associez-vous ?
 - Quels artistes avez-vous fait intervenir cette année ?
 - Philosophie du projet : en quelques lignes ?
 - Période de préparation.
 - Temps de préparation (en journées).
 - Dates et durée de l'événement.
 - Régularité, Fréquence de l'évènement.
 - Lieux de l'événement.
 - Publics concernés : nombre, qualités des publics (en proportions : patients, familles, personnels, autres), types de services concernés (Court Séjour / MS / LS ou autres spécificités éventuelles : âges, pathologies, ...).
 - Budget global (éventuellement budgets prévisionnel et réel).
 - Financement.
 - Médiatisation avant l'événement : supports de communication ?
 - Médiatisation après l'événement : supports ?
 - Evaluation de l'événement : quels indicateurs ?
- **Inscription de l'action culturelle dans le projet d'établissement (inscription dans l'organisation)**
 - Oui/non
 - Sous quelle forme précise ? Citation paragraphes
 - Liens ou disjonction avec politiques de soins, d'animation, de communication, de qualité, ... ?
 - L'action culturelle a-t-elle été mentionnée, mise en avant dans le cadre de la certification ? Si oui, pour quels résultats ?
- **Implication des professionnels de l'établissement**
 - Les instances traditionnelles (CA, Conseil exécutif, Conseil de CME, Commission de soins infirmiers, conseils de pôles, réunions de délégués des personnels, ...) ont-elles déjà été saisies de la question culturelle ?
 - Si oui, lesquelles, sous quelles formes et avec quelles réactions ?
 - Les différents syndicats ont-ils été saisis de la question culturelle ?
 - Si oui, sous quelles formes et avec quelles réactions ?
 - Quelle est la participation des soignants aux activités culturelles (comme public ou comme acteur d'ateliers ou d'évènements) ?
 - Quels sont les outils de mesure de cette participation ?

- **Existence d'une commission culturelle dans l'établissement ?**
 - Déjà établie, en projet ?
 - Si déjà établie, quelle composition ?
 - Quelle fréquence de rencontre, sur un an ?
 - La direction de l'établissement y est-elle impliquée ? Comment ?
 - Une association des patients est-elle représentée ?

- **Responsabilité de l'action culturelle**
 - Y a-t-il un responsable identifié ?
 - Quel est son titre (intitulé de poste) ?
 - Y a-t-il une fiche de poste, et si oui, quelle est la place de l'action culturelle (forme précise) ?
 - Quelle est sa position : statut, temps plein ou non, durée du contrat, ... ?
 - Quelle est sa formation ? (formation culturelle, soignante, communication, ..., mixte)
 - Quelle est sa quotité de travail afférente à l'action culturelle ?
 - Avec quelle régularité d'intervention ?
 - Moyens matériels mis à sa disposition, spécifiques à l'action culturelle.
 - Si responsable extérieur, nature de son inscription dans l'établissement (régularité de présence, possession d'un bureau, ... ?
 - Participation ou non au comité de bassin Culture-Hôpital ?

- **Moyens humains dédiés à l'action culturelle**
 - Nombre, qualités et quantités de temps (en journées) des personnels de l'hôpital, engagés dans la préparation et la conduite des actions culturelles, mais sans rémunération spécifique ayant trait aux actions culturelles.
 - Nombre, qualités et quantités de temps (en journées) des intervenants culturels, sans rémunération spécifique ayant trait aux actions culturelles à l'hôpital (bénévolat et / ou prise en charge par la structure culturelle).
 - Nombre, qualités et quantités de temps (en journées) de professionnels (hospitaliers et culturels) rémunérés spécifiquement pour les actions culturelles à l'hôpital.

- **Moyens financiers et modes de financement de l'action culturelle**
 - Budget global de l'établissement.
 - Budget global des actions culturelles (hors animation).
 - Part du financement de l'action culturelle par le budget propre de l'établissement.
 - Autres modes de financement (prise en charge par les structures culturelles, subventions, mécénat, ...) : qualité des financeurs et montant des financements.

- **Politique de communication sur l'action culturelle**
 - Présence d'un responsable communication dans l'établissement ?
 - Quelle médiatisation de l'action culturelle avant les événements ?
 - Avec quels supports (journal d'établissement, intranet, internet, presse, radio, télé, ...) ? Selon quelles modalités de contact ?
 - Quelle médiatisation après ? Avec quels supports ? Quels échos ?

- **Evaluation de l'action culturelle**
 - Avec quels outils la mesure est-elle réalisée ?
 - Quelle estimation peut-il être fait de la fréquentation globale ?
 - Quelle est la participation des malades, des familles, des personnels, aux événements ?
 - Quelle estimation peut-il être fait des effets produits : auprès des patients, des personnels, des artistes ?

- **Les partenaires culturels**
 - Quels artistes et quelles structures culturelles sont intervenus dans le cadre des actions ? Quelle diversité ?
 - Ancienneté de ce partenariat avec les artistes et/ou les structures culturelles.
 - Volonté ou non d'élargir le partenariat à d'autres structures ? Si oui, difficultés ou non rencontrées pour l'établissement de nouveaux partenariats ?
 - Quels sont les avis des professionnels sur les spectacles, comment sont-ils recueillis ?

- **Les partenariats politiques**
 - Quelle est la mobilisation des partenaires politico-administratifs (municipalités, conseils généraux et régional, ARH, etc.) autour du projet ?
 - Un projet a-t-il été déposé dans le cadre du dispositif Culture-Hôpital ? Si oui, quelle réponse ?
 - Si réponse positive, durée et montant du financement.
 - Participation ou non au comité de bassin Culture-Hôpital ? Si oui, qui participe ?

- **L'action culturelle et le territoire**
 - Y a-t-il une participation des riverains (quels outils de mesure) ?
 - Les spectacles conçus dans l'hôpital ont-ils une diffusion externe ensuite ?
 - A l'inverse, les spectacles présentés dans les salles traditionnelles sont-ils aussi déclinés à l'hôpital ?

L'action culturelle à l'hôpital, à l'échelle régionale

- Présence d'une ligne culture et hôpital dans le SROS.
- Clarté du message envoyé par l'ARH-ARS au sujet de l'action culturelle (notamment en lien avec animation, art-thérapie) : incitation, obligation ?
- Dynamiques des comités de bassin : nombre d'établissements impliqués, composition des comités, fréquence des regroupements, fonctions (conseil, évaluation...), outils utilisés (publicité, communication...), présence ou non de directeurs d'hôpitaux, d'élus, de représentants de l'ARH et de la DRAC, ...
- Montant des subventions.
- Clarté des critères d'évaluation des projets et d'attribution des subventions.

Conclusion

Au terme de ce document et des deux années de recherche dont il est le fruit, quelques constats peuvent être avancés en guise de conclusion ; ils concernent tout à la fois les limites et insuffisances de notre travail, les objectifs atteints par le projet, les points sur lesquels celui-ci continue, selon-nous, d'achopper et enfin les perspectives qui semblent se dessiner.

Malgré les multiples directions prises par nos investigations (approche quantitative, qualitative, observations, entretiens, groupe d'analyse...), quelques insuffisances subsistent. Sans doute aurions-nous obtenu quelques éléments intéressants si nous avions pu mettre en œuvre nos intentions méthodologiques initiales consistant à observer de façon longitudinale trois ou quatre mêmes établissements sur toute la durée de la recherche. Bien sûr, nous aurions été soumis aux rythmes et aux initiatives des établissements en question, prenant ainsi le risque de recueillir un matériau plus étroit, mais en contrepartie, nous aurions pu, de façon sans doute plus approfondie, enregistrer comment les projets se diffusaient en situation, par quels truchements, au travers de quelles pulsations. Au moyen d'une telle méthode, la conviction que nous avons acquise selon laquelle le projet « Culture à l'hôpital » continuait de se propager et de s'enraciner dans les institutions hospitalières aurait peut-être pu prendre appui sur l'analyse de quelques rouages appréhendés de façon plus détaillée. Par ailleurs, certains lecteurs pourront également déplorer que le nombre d'interlocuteurs rencontrés, les scènes étudiées, les échanges obtenus, en bref notre matériau de base, ne puisse prétendre au statut d'échantillon « statistiquement représentatif ». Mais une telle perspective était-elle réellement envisageable et la notion de représentativité statistique a-t-elle du sens dans ce type d'approche ? Toujours sur le plan des insuffisances de notre travail, sans doute pourra-t-on également regretter que le champ du secteur culturel ait été moins exploré que celui du monde hospitalier. Même si nous pensons que les constats dressés auprès des artistes et des structures culturelles participant aux projets (comme auprès de ceux qui ne se sont pas impliqués), rendent assez largement compte des problématiques que soulèvent leur (non) participation, un nombre plus important de témoignages aurait permis de mieux étayer notre propos. Le chantier reste ouvert d'une démarche systématique au moins en direction des scènes nationales et des centres dramatiques de Rhône-Alpes, afin d'une part, de mieux les informer du dispositif « culture à l'hôpital » et d'autre part, d'essayer d'obtenir leur adhésion au projet ou, *a minima*, de repérer les freins hypothétiques à leur engagement dans la démarche.

Quatre années après la première évaluation régionale, déjà plusieurs fois mentionnée tout au long de ce texte, on peut affirmer, sans trop d'hésitation, que l'action « Culture à l'hôpital » s'est enracinée au sein des établissements qui se sont ouverts à ces initiatives. Évidemment, ici ou là, le scepticisme demeure et, plus rarement, des oppositions, mais l'idée qu'un espace soignant n'interdit pas la mise en œuvre d'activités culturelles a fait son chemin. Comme nous l'avons dit plus haut, « le soin » n'interdit pas le « prendre soin » ; le « cure » et le « care » ne sont pas en opposition. La situation économique particulièrement tendue du monde hospitalier, le déficit de la quasi totalité des CHU et le difficile équilibre financier des établissements locaux (établissements publics ou privés participant au service public), ne facilitent guère le développement de l'idée que des ressources puissent être consacrées à d'autres missions que celles qui consistent à donner des moyens techniques aux soignants. Pourtant, lorsque ces derniers vivent au sein de leurs services des expériences culturelles, le plus souvent ils leur accordent une réelle légitimité. Même si « légitimité » ne veut pas dire « priorité », ce terme laisse entendre malgré tout qu'une conception élargie du soin hospitalier peut prévaloir. En effet, il n'apparaît pas illégitime que, dans un contexte de crise, la

prestation de soin délivrée au malade relève d'un processus global n'excluant pas la dimension culturelle. Tout comme, au plan sociétal, des difficultés persistantes rencontrées par les agents économiques n'engendrent pas nécessairement chez eux la revendication de la suppression des théâtres ou des musées au prétexte que ces institutions culturelles correspondraient à des dépenses bien superflues en période de disette, il n'est pas forcément surprenant de voir des professionnels hospitaliers accepter la présence d'artistes en leurs murs malgré la pénurie de moyens.

Si « Culture à l'hôpital » connaît une diffusion accrue (une cinquantaine d'établissements ayant œuvré dans le cadre de la convention en l'espace de 7 années – sans compter ceux qui déploient des activités de nature comparable sans bénéficier du soutien financier que rend possible ladite convention –, soit 1/6^{ème} des établissements régionaux), on repère malgré tout une difficulté persistante portant sur ce que l'on peut nommer « l'idéologie » du projet. L'exigence artistique et ses multiples déclinaisons (le recours à des artistes reconnus et « labellisés », le refus de confondre animation et art...) demeurent encore fréquemment, pour une partie au moins des prétendants au bénéfice de la convention, un sujet d'incompréhension. Où sont les frontières entre les activités de l'animation socioculturelle et celle de l'expression artistique et culturelle ? Quels sont les critères du travail artistique digne de ce nom ? À ces questions, il n'existe évidemment pas de réponse claire. Aucun canevas d'indicateurs formels ne peut réellement permettre de distinguer avec certitude l'un et l'autre des registres culturels ou socioculturels. Ainsi, produire une base « objective » faisant autorité auprès de tous nous semble totalement irréaliste. Du coup, les lignes de « démarcation » ne peuvent être définies qu'au coup par coup au travers des échanges multiples que les protagonistes des projets engagent les uns avec les autres. Au cours d'un tel processus, c'est donc à la diversification des scènes de controverses qu'il convient de veiller. La présence d'une commission culturelle à l'échelle d'un établissement, l'existence des comités locaux, l'ouverture assez large de la commission régionale, constituent autant d'illustrations de ce que peuvent être lesdites scènes. De la multiplication des lieux de « disputes » sur ce qui relève ou non de l'art et de la culture, dépend, pensons-nous, la « juste » définition des exigences du projet. Pour éviter que celles-ci ne soient perçues comme arbitraires ou qu'elles apparaissent comme le produit d'une quelconque coterie, les principaux animateurs de « Culture à l'hôpital » ont tout à gagner à la multiplication des espaces de controverses.

Le dernier point sur lequel nous voudrions revenir est celui de l'institutionnalisation de la démarche. Plus qu'au travers d'un corps de texte faisant obligation, une institution se repère à ce qu'elle engendre de comportements spontanés, ritualisés et qui, justement parce qu'institués, n'interrogent plus vraiment ceux qui les mettent en œuvre, tant ils font évidence. De ce point de vue, « Culture à l'hôpital » n'est pas une institution, loin s'en faut. Par contre, l'existence de textes, de dispositions réglementaires, d'incitations administratives peut traduire un processus d'institutionnalisation en cours. Une institution, avant d'exister en tant que telle, peut donc avoir besoin d'appuis institutionnels (textes et/ou dispositifs). « Culture à l'hôpital » nous semble être pris dans ce processus où l'institutionnalisation se profile sans que l'on ne soit encore en présence d'une réelle institution. La convention entre l'ARH, la DRAC, la Région relayant la convention nationale entre les Ministères de la Santé et de la Culture, l'existence de financements publics, l'incitation à inscrire dans leurs projets d'établissement des actions culturelles donnée par le document du SROS 3, la réalisation d'évaluations successives... , sont autant de signes d'une institutionnalisation à l'œuvre. Mais nous sommes à peine au milieu du gué.

Après avoir considéré, lors de la recherche précédente, que des actions culturelles à l'hôpital s'accommoderaient mal, d'une institutionnalisation, la démarche militante, libre et désencadrée, nous semblant alors constituer le principal moteur du projet, notre point de vue s'est aujourd'hui déplacé ; tout comme, d'ailleurs, le projet lui-même s'est déplacé. Si c'est encore un véritable « militantisme culturel » qui anime bon nombre d'acteurs impliqués dans la démarche (militantisme dont les exigences artistiques du projet nous semblent constituer le socle « idéologique »), la pérennisation de la conception du soin, et plus largement de la vision des établissements de santé, que véhicule « Culture à l'hôpital », mérite d'être appuyée par un dispositif institutionnel plus étayé. De la formation/information dispensée dans les cursus de socialisation des professionnels de santé, à la professionnalisation des médiateurs culturels, en passant par la multiplication des incitations (SROS, référentiels qualité, etc.), le projet « Culture à l'hôpital » doit pouvoir être institutionnellement plus fortement soutenu.

Entrant en résonance avec des thématiques qui sont de plus en plus fréquemment croisées au sein de l'hôpital public (ouverture sur la ville, droit des patients, approche globale du patient, ...), il n'y a pas d'incongruité à imaginer que des soutiens institutionnels supplémentaires (qu'ils soient incitatifs ou réglementaires) pourraient trouver opportunité à se manifester. En outre, nous ne voyons pas d'incompatibilité entre un processus d'institutionnalisation et des ressorts militants ; mieux, c'est de la ressource militante que nous semble dépendre la qualité du processus d'institutionnalisation. En d'autres termes, « Culture à l'hôpital » était encore une invention au milieu des années quatre-vingt-dix lorsque, ici ou là, quelques « hurluberlus » se proposaient d'associer expression artistique et soins en dehors des cadres de l'animation socioculturelle ou de l'art-thérapie. Quinze ans plus tard, le projet est entré dans une phase d'innovation. Le passage de l'invention à l'innovation s'opère par la constitution de réseaux au sein desquels se diffusent l'invention initiale. Constitué d'acteurs, de dispositifs, de règles, de règlements, de chartes, d'objets de toutes sortes, un réseau se consolide, se forme par les attachements, les associations plus ou moins incongrus qu'il provoque.

C'est exactement ce processus qui est à l'œuvre avec le projet « Culture à l'hôpital ». Des artistes, des soignants, des gestionnaires, des administratifs, des patients, des comités locaux, des commissions, une convention, des financements, une « idéologie »... se trouvent attachés les uns aux autres, formant un réseau. Le réseau peut s'étendre comme un rhizome sans logique particulière ; il peut aussi, à l'identique d'une toile tissée d'innombrables fils, se déliter assez vite à partir de n'importe laquelle des entités qui le composent. Un réseau est donc beaucoup moins solide qu'une institution. L'institutionnalisation du réseau pourrait être un gage supplémentaire de pérennisation et d'enracinement du projet. C'est cette perspective qui nous a conduit à proposer, dans la dernière partie de ce texte, un guide d'auto-évaluation. Nous voudrions conclure avec un dernier commentaire sur cet outil.

Nous l'avons déjà écrit, mais n'hésitons pas à y revenir ; ce ne sont pas des chiffres et des indicateurs prétendant à l'objectivité qui permettent d'appréhender au mieux les formes comme les effets des actions culturelles et artistiques à l'hôpital. Quoi de plus desséchant et d'inapproprié qu'un chiffre lorsque c'est une émotion qu'il convient de saisir puis de retranscrire ? Comment se satisfaire de « cases à cocher » susceptibles de rendre compte d'un état des lieux, lorsque c'est un processus qui est à l'œuvre dont il convient plutôt de percevoir les inflexions, l'impulsion ? Cela étant, au même titre que tous les contrats d'objectifs qui ont été élaborés dans le cadre du SROS et qui se laissent tous évaluer à l'aide d'un guide, il nous paraît nécessaire que « Culture à l'hôpital » tente de se conformer à ce « cadrage » administratif. Bien sûr, ne pouvant être qu'imparfait et partiellement inadapté, ledit guide n'a

qu'une vocation indicative et son usage n'est envisageable que dans le cadre d'une auto-évaluation. Toute autre utilisation telle, par exemple, celle qui conduirait un expert quelconque à vouloir s'en saisir afin, de l'extérieur du projet, de mesurer les performances de celui-ci, serait totalement décalée. Toutefois, et malgré ces nombreuses limites, l'existence d'un tel outil peut participer de la démarche d'institutionnalisation évoquée précédemment. Comme il n'est en effet guère envisageable, et encore plus aujourd'hui qu'hier, que l'utilisation de fonds publics ne soit pas assortie de dispositions permettant d'évaluer, de mesurer, l'impact de la contribution étatique, le souci de se doter d'un équipement minimum, d'un référentiel basique d'évaluation, fonctionne comme un gage de crédibilité. L'existence d'un observatoire régional qui donnerait une cohérence globale aux différentes auto-évaluations réalisées, pouvant également les compléter avec d'autres types de données, étayerait le réseau existant et sans doute participerait du renforcement de son institutionnalisation.

Bibliographie

Boltanski Luc, Thévenot Laurent, 1991, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, NRF Gallimard, 1991

Crozier Michel, Friedberg Erhard, 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Points Seuil, 1992

Goffman Erving, 1961, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit, Le sens commun, 1968

Herreros Gilles, 2004, *Petites liaisons Culture-Hôpital, variations sur le vital*, Rapport de recherche IRCO, Université Lyon 2, CREA

Michaud Yves, 2003, *L'art à l'état gazeux. Essai sur le triomphe de l'esthétique*, Paris, Stock

Touraine Alain, 1978, *La voix et le regard. Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, Seuil

Weber Max, 1918, *Essai sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1959

Annexes

Annexe 1 : Convention Culture-Hôpital 2006-2008

Annexe 2 : Intégration du volet culture dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 3)

Annexe 3 : Appel à projets annuel 2009, Convention « culture à l'hôpital » 2006-2008 (prorogée en 2009)

Annexe 4 : Série de tris à plat issus du questionnaire

Annexe 5 : Courrier d'appel à l'intention des établissements non engagés dans le dispositif régional « Culture à l'hôpital »