

DOSSIER DOCUMENTAIRE

JOURNÉE NATIONALE

*LES ARTS DU CIRQUE ET LE MONDE DU SOIN :
QU'AVONS-NOUS À FAIRE ENSEMBLE ?
Le clown, l'acrobate, le danseur en milieu hospitalier*



Christophe Raynaud-Delage... et Olivier Meyrou

23 AVRIL 2013

AGORA

**PÔLE NATIONAL
DES ARTS DU CIRQUE**
Boulazac - Aquitaine

sommaire

Programme de la journée	5
Paroles d'intervenants	6
Joseph Defromont et Anne Desmoucelles – Compagnie Cirque Plein d’Air	
Valérie Rivière – Compagnie Paul les Oiseaux	
Anaïs Longièras – Le Cirque - Pôle national des arts du cirque de Nexon en Limousin	
Gilles Defacque et Samira El Ayachi – Le Prato - Pôle national des arts du cirque de Lille	
Stella Aucharles – Les Clowns Stéthoscopes	
Annexes	
«Je fais très attention à elles, et elles me le rendent bien»	12
Alexandre Fray - Compagnie Un Loup Pour L'Homme	
«On vous A.I.M.E»	14
Julie Nioche	
Qualité et Artisanat	16
Peter Brook	
La Culture par tous	17
Thierry Renard et Michel Kneubühler	
La culture à l’hôpital, entre coopération institutionnelle et démarche de projet	19
Carine Delanoë-Vieux	
Vers l’institutionnalisation ?	21
Gilles Herreros et Bruno Milly	
L’hôpital polarisé sur la quête de sens	24
Arnaud Theval	
La qualité à l’hôpital, un regard sociologique	27
Gilles Herreros et Bruno Milly	
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (Loi HPST)	28
portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	
Bibliographie	29

programme

10h45 Accueil

11h00 Discours officiels et introduction

11h15/13h00 *Le corps du soigné mis en mouvement par l'artiste*
modéré par Gentiane GUILLOT (HorsLesMurs)

Comment les différentes pratiques artistiques mettent en mouvement le corps du soigné et le corps du soignant dans l'institution hospitalière ?

Intervenants : Isabelle GINOT (Professeur DU - Techniques du corps et monde du soin - Paris 8) ; Valérie RIVIÈRE (chorégraphe - Cie Paul Les Oiseaux) ; Joseph DEFROMONT et Anne DESMOUCELLES (acrobates de la Cie de cirque Plein d'air) ; LE SIRQUE (autour du projet « Voulez-vous cirquer Grands-Mères ? » dans un EHPAD).

13h00/14h30 Buffet

14h30/17h00 *Les arts du cirque et le monde du soin : qu'avons-nous à faire ensemble?*
modéré par Gentiane Guillot (HorsLesMurs)

En quoi les expériences relationnelles produisent-elles de nouvelles formes artistiques ? Comment le travail artistique intègre-t-il la relation à l'autre pour inventer de nouvelles formes d'échange entre plusieurs institutions ? Comment une pratique artistique devient-elle complémentaire d'un parcours du soin ?

Intervenants : Gilles DEFACQUE (directeur du PNAC Le Prato à Lille) ; Stella AUCHARLES (directrice des Clowns Stéthoscopes) ; Stéphanie COHORT (directrice de l'Hôpital d'Excideuil) et Marilyn BARILLOT (animatrice Hôpital Excideuil) ; LE SIRQUE (autour du projet « Voulez-vous cirquer Grands-Mères ? » dans un EHPAD); Annie GYSBERS (Présidente de l'AFCA) et Thierry TRUFFAUT (animateur, Clinique Jean Sarailh).

17h00/17h30 *Engagement des artistes, volonté des institutions soignantes et légitimation politique.* Extrait de la conférence de Peter Brook sur la qualité et l'artisanat.
Synthèse de Jean-Paul RATHIER sur les enjeux éthiques et esthétiques des projets Culture et Santé.

18h00 Diffusion du film « Acrobate » d'Olivier MEYROU

19h00 Buffet

20h30 Spectacle « Acrobates » de Stéphane RICORDEL.

Paroles d'intervenants

Joseph Defromont et Anne Desmoucelles - Cie Cirque Plein air

Les ateliers « cirque » que nous organisons en milieu hospitalier sont basés sur la confiance en soi et le lâcher prise.

Les exercices acrobatiques proposés sous forme de jeu, permettent aux personnes de mettre en mouvement leur corps tout en oubliant, l'espace d'un instant, leur vie de tous les jours.

En essayant d'avoir une approche ludique et adaptée à chaque situation, ces moments passés ensemble favorisent le dépassement de soi et la réussite même si celle-ci peut parfois paraître minime.

Le soignant et le soigné se découvrent alors sous un autre angle.

Ces ateliers se font dans la simplicité, sans jugements, sans résultats attendus, juste pour le plaisir...

Valérie Rivière – Cie Paul les Oiseaux

Mêler « mots et gestes », textes et fiction cinématographique dans un partage créatif, un laboratoire artistique libéré de la pression du résultat. Redonner corps et voix à un groupe de résidents en EHPAD qui, une fois les premières craintes écartées, se sont lancés avec enthousiasme dans ce projet.

Nous avons été touchées par la volonté, la pugnacité, par les progrès des résidentes à la fois en terme de mémorisation, de facilité et de rapidité pour entrer dans les propositions, et ce, malgré les vicissitudes de la santé et les désordres liés à l'âge.

En tenant compte des possibilités physiques de chacun, nous nous retrouvons souvent à travailler des séquences chorégraphiques à table, en explorant le haut ou le bas du corps, en position assise. Nous affinons le travail chorégraphique sur les mains, les épaules, les balancements, les postures de tête, les regards, le fait d'être ensemble, dans une écoute.

Il nous semble et cela nous apparaît extraordinaire, que nous avons réussi à quitter le champ de la sensibilisation, pour entrer de plain pied dans la notion d'œuvre artistique collective.

Anais Longi ras - Le Sirque – Pôle national des arts du cirque de Nexon en Limousin

La contrainte fertile

 tablissements de soin et structures culturelles ou équipes artistiques doivent ensemble jouer avec la fertilité de la contrainte. D'abord se demander autour de quoi nous pouvons nous rassembler, et une fois cette réponse trouvée, considérer les contraintes posées par le milieu du soin pour trouver comment y adapter une matière artistique afin qu'elle soit perceptible tout en respectant son intégrité. Il est vraiment question ici d'invention de formes artistiques et de procédés de médiation qui puissent respecter le rythme et les possibilités forcément singulières des patients. La proposition issue de cette démarche doit alors ressembler à un vêtement fait sur mesure qui met en valeur son destinataire comme celui qui l'a produit.

Les interventions en milieu de soin ne peuvent être que le fruit d'une collaboration aiguë entre équipe artistique et équipe soignante. Il est nécessaire que chacun comprenne l'autre : les enjeux qu'il défend, les besoins qu'il manifeste, les limites qu'il pose ou souhaite repousser.

Gilles Defacque et Samira El Ayachi – Le Prato – Pôle national des arts du cirque de Lille

Chemin faisant

[Carnet de langages]

C'est arrivé comme ça...

C'est arrivé comme ça,

C'est venu d'une conversation,

Entre les gens de Lille et les gens de Boulazac, ça a macéré du Nord au Sud-Ouest et du Sud-Ouest au Nord : SMS, email, coups de téléphone entre le Prato, Th tre International de Quartier et l'Agora, Scène Conventi n e de l'Aquitaine, deux pôles nationaux des arts du Cirque qui se sont dit « Et si, et si on dupliquait-réinventait-extrapolait l'aventure du Banquet des Timides ? » (Un grand repas où tout le monde se raconte des souvenirs d'enfance et où on mange bien).

C'est arrivé comme ça, c'est venu d'une conversation, d'une envie-folie de faire la même chose qu'à Lille-Moulins hors les murs et hors la ville avec une troupe d'artistes, mais pas n'importe où :   Excideuil, dans une  patante Maison de Retraite (qui porte le nom d' « Hôpital ») et son incroyable équipe : Stéphanie Cohort, sa directrice, son équipe d'animation réunie autour d'une grande brune aux yeux noirs nommée Marylin Barillot, ses Intr pides résidents, son personnel polyvalent

(des cuisiniers des chefs de service, des aides-soignants...), ses visiteurs... C'est parti comme ça : autour de Gilles Defacque, directeur artistique du Prato, Jacques Motte le comédien, Lyly Chartier la clownesse, Vincent Warin au vélo, Chloé Derrouaz la contorsionniste, Tanguy Simonneaux à la roue Allemande, William Schotte le violoncelliste et Samira El Ayachi à l'écriture, ont fait trois allers/retours pour Rencontrer, Spectaculer, Fabriquer, Récolter, Déambuler, « pas faire de la représentation, mais faire avec », dicit Gilles Defacque.

Le banquet des timides a bien eu lieu le 10 septembre 2011 en plein air et pour 300 convives à Excideuil!

Et même que ça a donné lieu à la création d'un spectacle-lecture intitulé « Les chibanettes se cachent pour mûrir » représenté pour sa 1^{ère} mondiale au Prato le 21 mars 2011 (Texte de Samira El ayachi et extraits du Carnet de Gilles Defacque).

Et surtout : la publication de ce recueil de paroles récoltées tout au long des veillées et conversations avec ces vieux qui se sont révélés être de jeunes beaux parleurs.

Samira El Ayachi

Chemin faisant

Chemin qu'on fait avec
Chemin à faire
Bout de chemin ensemble
À main tendue
À main tenue
À main tenant
À main à main

Chemin
Faire un geste
Faire un petit geste
T'aurais pu faire un geste

Du geste de la parole
De la parole au geste
Joindre
Joindre le geste à la parole

Main à main
Porter voltiger
Supporter
Sue-porter
Porter l'enfant
Porter le temps

(se porter bien ou mal mais se porter)
Chemin faisant
Ça papote babille digresse parle
Déambule
Chemin de traverse
Chemin buissonnier
La poésie le cirque
Les saltimbanques :
Nos chemins oubliés
Nos chemins qui ne mènent nulle part ?
Ou qui mènent à l'autre
L'autre comme une autre contrée
Un autre paysage une autre langue

On représente pas
On échange on bouillonne

CHEMIN AVEC
CHEMIN PAS SEC...

Gilles Defacque, directeur du Prato, juin 2010

Stella Aucharles - Les Clowns Stéthoscopes

Depuis 2007, Les Clowns Stéthoscopes développent un projet artistique, professionnel et permanent en milieu de soin. Comédiens professionnels, les clowns sont spécifiquement formés et suivis pour mener au plus juste des interventions improvisées et interactives.

À travers ces interventions convergent deux univers à priori étrangers : le monde du soin et celui du jeu . Les clowns, provocateurs de rencontre, permettent de théâtraliser, de poétiser le territoire du soin, donnant à chacun la possibilité d'être acteur ou simple spectateur.

L'expérience des Clowns Stéthoscopes montre combien le développement de projets de ce type, suppose une étroite collaboration, compréhension, communication entre artistes et équipes soignantes et plus largement l'exigence d'un dialogue permanent avec les institutions partenaires. Cette co-construction à lisibilité multiple est garante de la pérennisation et de la nécessité d'une action culturelle et artistique en milieu de soin.

annexes

Je fais attention à elles, et elles me le rendent bien

ALEXANDRE FRAY*

Certains artistes cherchent à toucher l'humain en nous ; Alexandre Fray le porte au sens propre. En offrant à des vieilles dames la force de ses épaules et de ses poignets, il met à l'épreuve les relations humaines.

Alexandre Fray et une grand-mère partenaire, lors d'une "promenade portée", à Paris, en 2008.

Le porté acrobatique selon Alexandre Fray est bien plus qu'un geste de cirque. Après avoir « Appris par corps » et creusé l'essence des relations humaines aux côtés de son voltigeur Frédéric Arsenault, le porteur de la compagnie Un loup pour l'homme s'est lancé dans un chantier qui l'amène à porter des grands-mères (comme des mariées plutôt que comme des individus médicalement assistés). En février 2009, il passait, par exemple, trois jours entiers à la résidence La Butte aux pinsons, maison de retraite de Bagnole pour un atelier « portés ». « J'ai vu débarquer, plus ou moins intriguées et intimidées à la fois, une petite cohorte d'une douzaine de femmes, et un homme, entre 60 et 88 ans, je crois. » Un jour peut-être, ces délicates expériences se traduiront par une forme scénique, photographique ou filmique. En attendant, l'acrobate et ses grands-mères s'approprient, partagent un plateau-repas, des parties de belote ou d'échecs, une brioche, une tranche de conversation. Alexandre Fray nous raconte ses rencontres avec Simone, Michèle, Andrée ou Antoinette...

Une infinie précaution

« Je ne suis ni kiné ni gériatre ni accompagnant ni rien de ce genre. Simplement un acrobate qui se laisse guider par ses convictions, ses sensations. J'y vais avec une infinie précaution. Le contraste entre les possibilités du corps d'un acrobate et celles du corps d'une vieille dame est au cœur du projet, mais reste extrêmement déroutant. J'ai dû développer des ateliers tout à fait particuliers, où la majeure partie du temps se passe assis, car rester debout est éprouvant. »

« C'est que leurs corps sont tellement différents ! Autant un corps d'enfant, d'ado, se développe, apprend, autant,

“Le contraste entre les possibilités du corps d'un acrobate et celles du corps d'une vieille dame est au cœur du projet, mais reste extrêmement déroutant.”





de l'autre côté, le corps subit une régression, une perte progressive de ses moyens, de ses possibilités. Le corps seulement, chez les personnes que j'ai rencontrées, qui ont toujours toute leur acuité intellectuelle.»

« Que devient un atelier de portés acrobatiques lorsque tourner la tête est difficile, lever le bras douloureux, plier les genoux impossible ? Un atelier où, malgré tout, ces dames sont volontaires, voire enthousiastes, prêtes à essayer, une fois en confiance ? La plupart d'entre elles ont une peur terrible de la chute, beaucoup l'ont déjà vécue. Elles savent qu'une fois au sol, elles ne sauront pas se relever seules. Cette crainte s'incorpore insidieusement, et petit à petit, elles n'osent plus. Ne plus courir, ne plus sauter, ne plus se pencher. Et à force de ne plus faire, évidemment, le corps désapprend. Le muscle fond, l'articulation rouille, l'image même du geste se délite.»

Oser à nouveau

« C'est là, je crois, que je trouve le plus de sens à cet atelier : rouvrir les possibles de chaque corps. Oser à nouveau, et prendre plaisir à oser. Tenter de se relâcher (les personnes âgées ont énormément de mal à abandonner leur tonicité). Se toucher, se masser, s'aider à tenir sur un pied, guider, se laisser guider les yeux fermés, se pencher, esquiser quelques mouvements, quasi de danse. S'appuyer le plus possible sur l'autre, le partenaire, l'amie, la voisine, pour retrouver le fil de cette confiance en soi qui n'est pas toujours si loin que ça... »

« Ce qui est magnifique chez elles, c'est que tout est petit et énorme à la fois. Tout se voit, la réticence du corps, la lutte de la tête qui veut faire, qui veut bien essayer, mais le corps qui s'av-boute derrière des années, des décennies passées à ne plus faire... L'obstacle peut sembler dérisoire, mais il est énorme parfois, et les victoires en sont exacerbées. Parvenir à se pencher en arrière en s'appuyant les omoplates sur mes mains qui les empêchent de chuter n'est pas acquis, mais au bout de trois jours, certaines y sont presque ! La personne se penche en arrière de tout son être, et au moment même du basculement, le réflexe survient qui remet le corps sur son axe. Mais si ce réflexe survient, c'est que cela s'est produit : elle a osé le déséquilibre, elle l'a perçu ! »

Attentions discrètes

« Ce qui me passionne aussi, c'est de sentir que ces événements physiques ne sont possibles que parce que la rencontre se fait, petit à petit, que les liens se nouent. En quelques jours on apprend à se connaître, on se dit des choses de la vie, on raconte, on devient plus intime. J'en suis persuadé, sans l'avènement de ces relations, de ce rapprochement réel de l'autre, peu de choses sont possibles. Je fais extrêmement attention à elles toutes, et elles me le rendent bien. Je suis touché par ces attentions discrètes qu'elles m'accordent au fil des heures passées ensemble. L'une d'entre elles est allée me chercher des mots croisés un matin et me les a offerts. Pour que "je travaille aussi ma tête"... »

● PROPOS RECUEILLIS PAR CATHY BLISSON

Article paru dans Stradda
Le magazine de la création Hors les Murs
n° 24, avril 2012

* : Fondateur de la Cie Un Loup Pour l'Homme

On vous A.I.M.E. (Association d'individus en Mouvement Engagés)

JULIE NIOCHE



A. Bize

Mallet, une création de Julie Nioche autour du corps féminin.

On vous A.I.M.E. PROPOS RECUEILLIS PAR THOMAS HAHN

Quels liens peut-on tisser entre la recherche chorégraphique, l'ostéopathie, le sida, la kinésithérapie et la réflexion sur l'image du corps ? L'Association d'Individus en Mouvements Engagés (A.I.M.E.) s'est lancée dans une aventure à la croisée de tous les chemins du corps. Isabelle Ginot (auteur, chercheuse et enseignante à Paris VIII), Julie Nioche (chorégraphe) et Michel Repellin (thérapeute pour séropositifs) s'expliquent.

Danser : Quels sont les objectifs du projet A.I.M.E. et quelles réalisations compte-t-il à son actif ?

Julie Nioche : En tant que chorégraphe, je crée pour la scène mais nous mettons également en place des projets pédagogiques ou de soin qui incluent la danse. Les membres d'A.I.M.E. travaillent de façon indépendante, chacun dans son domaine mais chacune de nos réalisations est alimentée par les compétences des autres. Je suis chorégraphe et ostéopathe, Isabelle Ginot est chercheuse et enseignante, Michel Repellin s'engage auprès des associations de patients séropositifs, et Gabrielle Mallet est kinésithérapeute et ostéopathe. Nous nous sommes rencontrés lors du séminaire sur l'image du corps *Études*, avec la participation de psychologues, de kinésithérapeutes et d'ostéopathes, de praticiens et de théoriciens. Ensemble, nous avons créé un séminaire pour le département danse de Paris VIII sur l'image du corps, puis un diplôme "Techniques du corps et monde du soin". S'y ajoutent des ateliers pour des personnes concernées

par le VIH, et un protocole de recherche sur l'évaluation du massage en soins palliatifs. De mon côté, j'applique le croisement de la danse et des méthodes somatiques quand je fais des projets artistiques avec des non-professionnels. Je pense à la création des *Sisyphes* où des adolescents sautent sur place pendant vingt minutes. Ce projet existe depuis 2003 et a été donné au festival des Rencontres chorégraphiques de Seine-Saint-Denis en 2008. Avec Gabrielle Mallet nous croisons nos savoirs de la danse et de l'ostéopathie pour leur révéler leurs possibilités et leurs limites, sur scène et dans la vie.

Isabelle Ginot : Aujourd'hui, tous les danseurs utilisent des techniques comme Feldenkrais, Alexander ou autres. Ce qui unit notre projet est la volonté d'utiliser le savoir somatique des danseurs pour aider les malades, les ados ou les non-danseurs. J'enseigne Feldenkrais alors que je ne suis pas danseuse, mais je transmets une connaissance commune à celle des danseurs, à savoir l'imaginaire du corps. Quelles que soient nos pratiques au sein d'A.I.M.E., nous transmettons la possibilité de réinventer son corps à partir de sa mémoire corporelle, même quand on est soumis à des soins intensifs, quand le corps est devenu un objet dans le système médical. Nous aidons les patients à se réapproprier leurs corps, grâce à l'imagination. Il est vrai que tous les utilisateurs de Feldenkrais ne nous suivent pas sur ce terrain. Mais nous croyons que même en ostéopathie, la différence entre une bonne et une mauvaise séance tient à la capacité du patient de s'ap-

roprier mentalement les avancées obtenues par l'exercice. C'est primordial pour qu'il puisse vraiment améliorer sa mobilité. Nous appliquons ce principe également en ostéopathie et dans la création chorégraphique, et avec tous les publics, qu'il s'agisse d'adolescents, de danseurs professionnels ou de patients.

Michel Repellin : Nous voulons faire bouger les frontières entre acteurs et spectateurs. C'est trop facile de projeter sur des groupes prédéfinis des notions d'activité ou de passivité. Nous voulons faire tomber ces catégories symboliques que chacun a assimilées depuis longtemps. Le spectateur de danse est lui aussi corporellement actif.

Comment faut-il comprendre le concept d'imaginaire corporel ? Se réfère-t-il au corps tout court ou au corps dans le contexte social ?

Isabelle Ginot : Comment séparer l'un de l'autre ? Pour réussir un geste, il me faut pouvoir l'imaginer. Mon répertoire de gestes imaginables, et donc possibles, est le résultat de mon expérience de la vie. Ça inclut mon cadre de vie - ville ou campagne - mon enfance, mes accidents, mes problèmes psychiques, si je me sens accepté ou rejeté. Côté danseurs, leur travail inclut d'élargir la perception et l'imaginaire. C'est ainsi qu'ils deviennent virtuoses. Certes, le patient n'aspire pas à la virtuosité, mais on ne cesse de lui inculquer que tel ou tel mouvement lui est impossible. Je réalise beaucoup d'interviews de nos patients qui révèlent que dans le quotidien, cela le limite



Ades sauteurs dans
les Sisyphe de Julie Nioche.



au moins autant que les douleurs physiques. Et c'est ici que se situe l'aspect politique et social d'A.I.M.E., en particulier quand il s'agit des malades du sida. On ne cesse de leur dire, «vous avez des douleurs, mais il faut vous y faire. Évitez donc de trop bouger.» Nous mettons en question cette notion de "discipline" au sens de Foucault qui est appliquée dans les pratiques somatiques.

Julie Nioche : Même les meilleurs soignants ont besoin d'élargir leur imaginaire. Moi-même, je m'interroge sans cesse sur l'influence de mon imaginaire sur ma manière de bouger. Je me soumetts à des auto-expériences qui peuvent donner lieu à des créations parce qu'elles changent mes schémas corporels. Quand je crée une pièce, je commence par créer un environnement qui détermine mes gestes et m'impose des mouvements nouveaux. Dans ma pièce *XX*, il s'agissait de prothèses qui contraignaient mes mouvements. Il s'agissait aussi de questionner l'image de la femme qui est souvent sujet à des attributs. Dans *les Sisyphe*, nous avons travaillé sur l'épuisement et les limites. Les adolescents se sont reconnus dans l'absurde du saut sur place qui questionnait leur identité en relevant en même temps leur humanité et leurs faiblesses.

Comment fonctionne A.I.M.E. dans le domaine du sida ?

Michel Repellin : Avec le soutien de Sidaction, nous avons développé depuis 2008, un programme d'ateliers de pratique Feldenkrais. Là aussi, nous avons interviewé les patients et nous allons identifier leur perception de ce travail somatique. Mais notre approche est globale et c'est pourquoi, par exemple, nous allons travailler avec un groupe d'adolescents rassemblant séropositifs et non-séropositifs. La problématique du sida concerne aussi les liens familiaux et sociaux.

Isabelle Ginot : Je propose des ateliers Feldenkrais aux malades du sida et aux soignants. S'il est vrai que les séropositifs sont plus sensibles à la douleur, notre dernier atelier a vu les enseignants souffrir plus que les malades. Au bout du compte, il faut questionner chez chaque personne la manière d'établir son rapport au corps et à l'environnement.

Comment créez-vous une circulation entre les différents projets au sein d'A.I.M.E. ?

Michel Repellin : Nous organisons régulièrement des séminaires internes où nous débattons de questions rencontrées lors de nos

Je m'interroge sans cesse sur l'influence de mon imaginaire sur ma manière de bouger. Je me soumetts à des auto-expériences qui peuvent donner lieu à des créations parce qu'elles changent mes schémas corporels.
Julie Nioche

ateliers ou créations. Je publie beaucoup d'articles sur les soins dans le VIH dans des revues spécialisées. Récemment *les Sisyphe* m'a inspiré pour un article sur les adolescents séropositifs et leur image du corps.

Julie Nioche : J'ai toujours croisé ma pratique de la danse avec d'autres domaines, surtout l'ostéopathie et la psychologie que j'ai arrêtée après ma licence. Ensemble, nous essayons de partager nos processus de création qui sont différents en fonction de nos domaines et nous échangeons le plus possible nos pratiques – atelier de danse, séance d'ostéopathie, pratique Feldenkrais... Par exemple, le cycle d'études consacré à l'image du corps est une création collective. Enfin, la danse m'a sensibilisée au rapport au temps, le sujet de ma prochaine pièce. Mais la conscience du temps se crée tout autant en pratiquant le massage, l'ostéopathie ou Feldenkrais.

Isabelle Ginot : J'envoie les textes de mes conférences à tous les membres d'A.I.M.E. et nous nous informons mutuellement de nos travaux respectifs. L'image du corps est une question théorique si importante qu'elle occupe les deux tiers des neurologues. Je voulais y introduire l'expérience artistique et pratique. En même temps, de 2004 à 2008, j'ai mené avec Julie notre premier séminaire universitaire, en partant de l'artistique pour créer une structure théorique. Nous avons déjà écrit beaucoup de textes, mais nous nous donnons le temps de consolider notre expérience avant d'en publier davantage. ☺

Qualité et artisanat

PETER BROOK

« LES PENSEURS DE L'ENSEIGNEMENT ». Je ne sais pas ce que je fais ici. Je ne suis ni penseur ni quelqu'un qui est dans l'enseignement. Mais pourtant je suis venu parler des « penseurs de l'enseignement ».

Je fais du théâtre et le théâtre n'a rien à voir ni avec la pensée ni avec l'enseignement. C'est direct, pratique, concret. Alors comment comprendre ce défi : l'inscrire dans le contexte des « penseurs de l'enseignement ». Je vais essayer de comprendre.

Penser est une chose nécessaire, l'enseignement aussi. Mais penser l'enseignement n'est-ce pas déjà une manière d'enseigner ? C'est une vraie question. On peut dire que sans aucune pensée tout serait très pauvre. Et s'il n'y avait aucun enseignement, si nous faisons tout et n'importe quoi, ce serait très triste. Alors peut-être que ça a un sens, l'enseignement. Je vais essayer de comprendre cela, avec votre aide, d'une manière pratique.

Peut-être que pour être « pratique », au lieu de faire appel à des « pensées », il vaudrait mieux raconter une histoire. Une merveilleuse histoire japonaise qui a le mérite d'être vraie. Il s'agit d'un moine dont l'ambition était simple : arriver à dessiner, avec son pinceau, un cercle parfait. Il s'est mis à travailler, jour après jour, année après année, mais son cercle n'était jamais parfait. Alors il a pris son courage à deux mains et est allé voir le chef du monastère pour lui faire part de ses échecs. Le chef a écouté et lui a dit : « Ton problème vient du fait que tu veux faire un cercle parfait. Alors c'est très simple : essaie de ne pas essayer de faire un cercle parfait ».

Le moine est revenu dans sa cellule, a pris la feuille de papier et à l'instant où il a levé son pinceau il s'est dit « Non, je ne veux pas faire le cercle parfait ». Et il est resté ainsi en attendant qu'une impulsion vienne. Mais rien ne venait. Il attendit ainsi quelques jours, quelques semaines et, ensuite, par impatience, il traça un cercle. Il était toujours imparfait. Il s'adressa de nouveau au chef du monastère : « je suis désespéré, que puis-je faire ? ».

Le chef l'a regardé et lui a parlé avec grande humilité : « je suis perdu, je n'ai pas de réponse à te donner, mais, à la montagne, il y a un grand sage qui a touché à tout dans la vie : à la médecine, aux arts martiaux, à l'acupuncture, au shiatsu, au tir à l'arc... Alors peut-être un grand poète, un grand philosophe, un homme d'une pureté intérieure absolue comme lui pourra-t-il résoudre ton problème ». Le moine est parti à la montagne, est arrivé, a attendu et le sage vieillard l'a fait entrer. Après avoir écouté le récit de son problème, le vieillard l'a regardé, s'est levé, est allé derrière lui, a posé un doigt sur un petit nerf de son dos, a appuyé fortement et a dit : « ton problème c'était ça ».

Ensuite il a donné au moine un pinceau et celui-ci dessina un cercle. Il était parfait. Le blocage n'était donc pas spirituel, mais concret, dû aux petits muscles.

Je raconte cette histoire parce que le thème de la soirée est « artisanat et qualité ». Et dans le récit du moine se trouve toute la relation entre artisanat et

qualité, au point que je n'ai plus rien à ajouter. Vous pouvez rentrer chez vous maintenant.

Si je développe ce thème c'est en hommage à un grand ami, un ami de cœur qui, pendant sa vie, s'est totalement consacré à chercher la clé de ce qui relie le cercle parfait et « le petit nerf », qui a souhaité jeter les bases d'une grande science du théâtre tout en restant, lui-même, un homme d'une qualité exceptionnelle, je parle de Grotowski. En partant d'une exploration extrêmement précise des muscles, des nerfs, comme ce grand maître japonais, il est arrivé non seulement à comprendre le cercle, mais à comprendre même ce qui est au-delà du cercle. Pourquoi ce cercle parfait nous touche-t-il ? D'où vient cette aspiration à la perfection que nous ne comprenons pas ? Pourquoi cette aspiration ne peut-elle s'accomplir sans un travail constant sur les détails ? L'artisanat, bien sûr, c'est le détail. C'est clair. Mais la perfection, qu'est-ce que cela veut dire ? Qu'est-ce que la qualité ? Quelque chose qui existe et n'existe pas, quelque chose dépourvu de définition mais dont on ne peut pas se passer. Il est impossible de rester indifférent à ce mot : qualité. Il y a une échelle, une échelle que Grotowski aimait qualifier de « verticale ». Ceux qui travaillent dans le domaine de l'art savent reconnaître cette différence subtile : comme pour une note que quelqu'un chante et ensuite un autre vient la chanter à un autre niveau. Quelle est la différence ? On peut dire que c'est une différence de qualité. On la reconnaît lorsqu'on voit la différence entre le geste d'un peintre maladroit et d'un peintre pour qui le pinceau n'est qu'une manière extérieure de révéler quelque chose de très secret, d'intérieur. C'est la même chose pour le son, le rythme... la qualité se trouve dans tout ce qui est invisible. Aujourd'hui on a peut-être peur, et pour de bonnes raisons, de respecter les échelles de valeur, parce que l'idée même de l'ordre a été utilisée, exploitée, prostituée tant de fois par des militaires obtus, chefs d'état, instituteurs ou même parents. Mais en même temps dans tout travail sur le terrain – au cinéma, au théâtre ou ailleurs – il y a une voix qui chuchote « cela peut être mieux ». Qu'est-ce que cela veut dire ? Si cela peut être mieux et encore « mieux », cela prend vraiment du sens. Une action peut être mieux accomplie parce qu'elle est plus animée, plus vivante et cela parce qu'elle a acquis une « qualité » plus fine. Et ainsi on monte sur l'échelle jusqu'au moment où le cercle disparaît et où on arrive au miracle du vide intérieur. (. . .)

Je vais vous raconter la suite de l'histoire du moine japonais. Un jeune homme entendit quelqu'un raconter cette histoire. Et il fut très heureux, il avait l'impression d'avoir tout compris : « Moi aussi, se dit-il, je veux dessiner le cercle parfait, je vais d'abord étudier mon corps ». Alors il va dans une école, et, durant des années, il s'entraîne au shiatsu, à l'acupuncture, il apprend en détail, structure ses muscles et ses nerfs afin de les maîtriser et de parvenir ainsi à faire le cercle parfait. La fin de l'histoire est triste. Après dix ans de travail, alors que le maître est mort, il prend le pinceau...

et le cercle est imparfait. La méthode corporelle ne marchait pas. L'essentiel manquait. Il fallait que le sens de l'idéal accompagne à chaque instant la recherche de la technique.

La culture par tous

THIERRY RENARD ET MICHEL KNEUBÜHLER

La diversité culturelle c'est (...) la prise en compte des savoirs des communautés culturelles que forment les professions (...); mais ces communautés de savoir ont à inventer leur mode de participation à l'espace public.
Pascal Meyer-Bisch¹

Mutatis Mutandis, les politiques culturelles, pendant longtemps, furent avant tout le fait des pouvoirs – politiques, religieux ou économiques. Deux évolutions majeures marquèrent toutefois la fin du XX^e siècle : la montée en puissance des collectivités locales et, parallèlement, la porosité, voire l'imbrication, des différentes politiques publiques, qu'atteste la floraison des chartes, conventions, protocoles, contrats ... conclu de nos jours entre acteurs publics.

Prendre en compte la dimension culturelle

Le résultat est qu'aujourd'hui les politiques culturelles sont le fait de multiples acteurs institutionnels, professionnels ou associatifs : nous vivons bien le « gouvernement partagé de la culture » cher à René Rizzardo. Désormais, des questionnements naguère réservés aux seuls spécialistes des « affaires culturelles » se font jour dans des cercles pouvant arfois en paraître à priori bien éloignés. Ainsi en va-t-il de la « culture à l'hôpital », dont Carine Delanoë-Vieux rappelle dans ces pages que, si « l'animation, l'art thérapie, les bibliothèques et le bénévolat caritatif répondent déjà depuis fort longtemps aux attendus d'humanité de la prise en charge des malades »², ce programme a aujourd'hui pour enjeu d'accompagner « la nécessaire réflexion que l'hôpital doit entreprendre pour surmonter la crise en y intégrant sa dimension culturelle »³.

L'action menée depuis cinq ans par Hi.culture en témoigne : dans « politique culturelle », il faut comprendre l'épithète comme dans « révolution culturelle » et pas seulement au sens de « pratiques culturelles ». Ainsi que le montrent à l'envie les réflexions ou témoignages ci-après réunis, « la culture à l'hôpital » renvoie tout autant à l'acception restrictive du mot culture – les biens et services liés aux arts et aux lettres – qu'à sa signification anthropologique – celle, par exemple, de la Déclaration de Fribourg : « les valeurs, les croyances, les convictions, les langues, les savoirs et les arts, les traditions,

1 « Diversité et droits de l'homme », in : Hermès, n°40, 2004 (CNRS Editions ; dossier « Francophonie et mondialisation »).

2 Cf. Infra, p.12-15

3 Cf. Infra, p.38-39

4 Déclaration de Fribourg sur les droits culturels (mai 2007), article 2 ; accessible en ligne sur le site www.unifr.ch/iiedh

institutions et modes de vie par lesquels une personne ou un groupe exprime son humanité et les significations qu'il donne à son existence et à son développement »⁴. Au passage, est-il permis de regretter, tout de même, que l'aventure s'arrête pour Hi.culture, après plusieurs années d'une réussite presque totale ? N'est-il pas étrange que le GIE doive refermer de lui-même le livre qu'il avait pourtant ouvert avec l'élan du cœur et l'enthousiasme nécessaires aux chantiers impossibles ? Certes, l'aventure culturelle et artistique va se poursuivre au sein des hôpitaux, mais sans le précieux accompagnement dont témoigne cet ouvrage. Toutefois, la dynamique est là, bien vivante, qui augure pour l'avenir de beaux développements. Tout, toujours, doit se réinventer !

La culture est partout !

La « culture pour tous », a-t-on coutume de proclamer. Ne convient-il pas de revendiquer aussi, dorénavant, la « culture par tous » ? Les expériences relatées dans ce livre témoignant de cette avancée incroyable, encore improbable il y a seulement une vingtaine d'années. Non seulement la culture est aujourd'hui l'hôte de l'hôpital, mais elle s'y est durablement installée : comme le souligne également Carine Delanoë-Vieux, « les politiques culturelles d'aujourd'hui (...) doivent parfois accepter que leurs enjeux soient portés par des catégories professionnelles autres que les agents de la culture »⁵. Une analyse qui fait écho à celle que, dès 1986, énonçait Augustin Girard, en évoquant « l'enjeu culturel » du siècle à venir – le nôtre désormais : « La politique socioculturelle » écrivait-il, « sera donc et volontariste et décentralisée, affichant les valeurs mais pas de projet unique, requérant une pluralité, une multiplicité non finie d'initiatives et de petits projets (...) Point de « centre d'action culturelle » type, défini par des textes élaborés à Paris, mais un tissu vivant, informé et informateur, d'équipes créatrices, mobiles, sans doute éphémères, mais renaissant sans cesse sous de nouvelles formes, avec des expressions diverses »⁶. Pour le dire autrement, en adaptant la formule de Gilles Deleuze qui a donné son titre à cet ouvrage « Tout n'est pas culture, mais la culture est partout ».

in : «Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout»

Hôpital, innovation, culture - Hi.culture 2006-2011

Éditions La passe du vent

⁵ Cf. Infra, p. 12-15.

⁶ In : Les Jeux de la fin du siècle, Paris, Desclée de Brouwer, 1986 (coll : « Temps et contretemps 3 » ; dir. Antoine de Tarlé

La « culture à l'hôpital », entre coopération institutionnelle et démarche de projet

CARINE DELANOË-VIEUX

« Culture à l'hôpital » : au fait, de quoi parle-t-on ?

Question apparemment simple, mais qui peut aussi engendrer incompréhensions et malentendus. Dans l'étude intitulée «La condition post-hospitalière»¹, réalisée en 2009, Carine Delanoë-Vieux, administratrice du GIE Hi.Culture, apporte des éléments de réponse.

La notion même de culture à l'hôpital n'est pas évidente. Elle recouvre des conceptions et des réalités très différentes selon les personnes en charge de cette responsabilité et les institutions. Faut-il la concevoir comme un champ d'activités englobant toutes les initiatives s'y référant ?

Les activités d'art-thérapie, par exemple, sont conduites, en général, par des artistes formés aux enjeux de la maladie, en particulier psychiatrique, ou par des soignants formés à l'utilisation des médiations artistiques. Elles se définissent à partir d'un diagnostic et d'une prescription médicale et trouvent leur entière légitimité dans l'aide qu'elles apportent à la guérison des personnes. Elles prennent la forme d'un colloque singulier ou d'un atelier collectif relevant du secret médical.

L'animation mobilise, elle aussi, des ressources artistiques. Instrument de lutte contre l'ennui et de divertissement de la souffrance, elle est dévolue au mieux-être de la personne hospitalisée. Elle est assurée le plus souvent par des animateurs, seuls à bénéficier dans le champ de la culture à l'hôpital d'un statut reconnu (...)

Lorsque la bonne volonté y côtoie la compétence technique, l'articulation entre bénévolat et professionnalisme permet d'assurer une pérennité des actions tout en offrant un cadre rigoureux à la mise en pratique de la générosité.

Bien que déjà anciens et bien intégrés au fonctionnement de l'hôpital, ces deux domaines d'activités (...) mériteraient, surtout dans les établissements de long séjour, d'être développés. Pour autant, leur connivence évidente avec les médiations artistiques ne suffit pas à les identifier à ce que l'on appelle aujourd'hui la « culture à l'hôpital ».

Un processus de construction partagée

Il est en effet une autre conception de la culture à l'hôpital qui se réfère à une politique publique plutôt qu'à un champ d'activité. Elle peut être définie par un processus de construction de caractéristiques et de paramètres à partir desquels s'élaborent

¹ Grout (Catherine), Ruby (Christian) et Théval (Arnaud) – «La condition post-hospitalière». Repenser l'hôpital public/privé sous la condition de la culture – Lille, ARH et DRAC Nord-Pas-de-Calais, 2009 (étude du dispositif « Culture et Hôpital » Nord-Pas-de-Calais ; coord. Hi.Culture).

des projets, en lien avec des objectifs clairement définis. L'émergence d'une réalité nouvelle sous l'appellation « culture à l'hôpital » partage avec les deux catégories précédentes la préoccupation d'apporter une valeur ajoutée aux personnes malades. Cependant, sa légitimité ne se fonde pas exclusivement sur une relation d'aide bilatérale mais aussi sur des processus collectifs, institutionnels et publics.

Dans cette perspective, l'articulation entre hôpital et culture (appellation plus en phase avec la réalité que celle de « culture à l'hôpital ») se fonde sur la coopération entre deux secteurs professionnels dans une démarche de projet, alors que l'animation et l'art-thérapie sont des activités endogènes à l'hôpital s'inscrivant dans une logique de service à l'utilisateur (...).

Les hôpitaux, pour leur part, sont confrontés à un bouleversement des codes relationnels entre usagers et soignants. Le niveau de culture générale et les exigences de qualité des usagers ébranlent les pré-requis de soumission au savoir académique et à l'autorité institutionnelle. En outre, sous la pression des transformations sociales et économiques, le monde hospitalier vit une crise majeure (redéfinition de ses missions, insuffisance chronique des moyens alloués). Alors que la santé devient un thème de prédilection de la société, l'hôpital ne peut pas résoudre ces questions sans en associer largement les acteurs. C'est pourquoi la question de l'ouverture des hôpitaux sur leur environnement culturel et social se pose de manière aiguë.

Dès lors, l'articulation entre la culture et l'hôpital a l'ambition de contribuer à répondre à la légitime revendication des usagers de rester des sujets intègres, bien que fragiles, dans un monde de plus en plus technicisé. Elle veut être en mesure de soutenir les personnels soignants dans leurs efforts de qualité relationnelle avec les personnes malades dans un contexte difficile (...)

L'enjeu est plus que jamais de construire des espaces réflexifs qui accompagnent la nécessaire réflexion que l'hôpital doit entreprendre pour surmonter la crise en y intégrant sa dimension culturelle (...).

in : «Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout»

Hôpital, innovation, culture - Hi.culture 2006-2011

Éditions La passe du vent

Vers l'institutionnalisation ?

GILLES HERREROS ET BRUNO MILLY

Au terme de la note de synthèse¹ qu'ils rédigent en mars 2009, les sociologues Gilles Herreros et Bruno Milly, chargés par l'ARS, la DRAC et la Région Rhône-Alpes d'une « recherche évaluation » sur le dispositif « Culture à l'hôpital » dans la région, posent la question de l'institutionnalisation de la politique culturelle dans les établissements de santé. Extraits.

Le projet « Culture à l'hôpital » pourrait bien entrer dans une phase d'institutionnalisation. Si le militantisme, portant sur la mise en place de lieux de soins différents au sein desquels la culture aurait toute sa place, continue d'animer nombre des protagonistes du projet, nous pensons que les actions culturelles à l'hôpital ont atteint la maturité leur permettant d'entrer dans une phase 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 un caractère de propositions, elles ont surtout vocation à susciter le débat.

Intégrer « Culture à l'Hôpital » à la formation des personnels hospitaliers

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 une place. Les modalités pédagogiques pourraient être tournées vers la présentation d'expériences (les vidéos,

¹ Herreros (Gilles) et Milly (Bruno) – Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation – Bron, Université Lumière-Lyon 2, mars 2009 (note de synthèse). Le texte intégral du rapport final est disponible que le site de la DRAC Rhône-Alpes : www.culture.gouv.fr/rhone-alpes/hopital.

les films, les catalogues, les témoignages en tous genres ne manquent pas). (...) Avec un minimum de préparation au travers des cursus de formation, les principales préventions pourraient être levées.

Donner un statut à la fonction de « médiateur culturel 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. (...) 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, 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. À ce titre, les collectivités locales (regroupements de communes, Conseil Général) pourraient être sollicitées pour un financement.

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 culturelles. (...)

Conforter les soutiens institutionnels

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 nous semble s'être déplacé le projet lui-même. Si c'est encore un véritable « militantisme culturel » qui anime bon nombre d'acteurs impliqués dans la démarche, les exigences artistiques du projet nous semblant constituer une sorte de 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.

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. « 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 diffuse 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. Le réseau est beaucoup moins solide qu'une institution. Institutionnaliser le réseau pourrait donc être un gage supplémentaire de pérennisation et d'enracinement du projet. L'inscription au SROS 3 était une étape qui mériterait d'être prolongée.

(N.B : les intertitres ont été ajoutés aux extraits choisis)

in : «Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout» Hôpital, innovation, culture - Hi.culture 2006-2011
Éditions La passe du vent

L'hôpital polarisé sur la quête de sens

ARNAUD THEVAL

À l'évidence, l'hôpital est là. Et parfois massivement. Hôpital forteresse ou hôpital moderniste, en tout cas pour les plus importants (toutes régions confondues¹⁹, mais aussi en Europe). L'institution, outre les insertions fréquentes dans l'esprit et les bâtiments d'institutions charitables²⁰, a le plus souvent pris des formes architecturales typiques soit du XIX^e siècle, soit des années modernistes 1950-1960 (Hôpital Claude Huriez²¹), plus ou moins révisées à partir de 2000 (Centre hospitalier de Douai, de Valenciennes²²). Dans les deux derniers cas, elle doit la conception générale de ses formes à un pré-supposé : l'existence d'un grand récit de la geste hospitalière de service public, lié tantôt à une conception de l'assistance (et au vieux héritage refoulé de charité et d'hospitalité), tantôt à l'idéologie de l'assurance dans l'Etat providence²³, tantôt à l'un des archétypes de la conquête technique.

Son histoire récente, depuis la III^e République, en est largement affinée. Elle se combine aux différents mythes de la modernité ainsi qu'à celui de l'Etat gérant de la société par le truchement du service public²⁴.

Dans cet espace historique, tout concorde à réifier, manifester « dans la pierre » et dans la magnificence des agencements architecturaux ce qui pose des problèmes de nos jours : le grand récit de l'hôpital.

Les « grands récits » définissent des narrations (et non des connaissances) ayant pour fin de légitimer des institutions et des pratiques à partir d'un idéal à faire advenir, en fonction d'un projet universalisant²⁵. Ils organisent une foule d'événements en les plaçant sous une Idée générale (les plus connues : l'émancipation, le progrès, le salut, mais aussi la santé, par exemple) à partir d'un savant mélange de régimes discursifs (cognitif, évaluatif, prescriptif, persuasif, ...)²⁶.

Plus spécifiquement, l'hôpital fournit lui-même des éléments de décrédibilisation de sa propre puissance collective.

Outre les errements de l'Etat qui fait se succéder des réformes de gouvernance sans évaluation, par ses propres tensions internes d'abord : « La direction administrative n'entend plus se laisser conter par le corps médical ses choix de gestion, les malades se mettent à en savoir plus qu'avant sur les maladies et les traitements proposés ailleurs, ... Les places se brouillent, les hiérarchies sont mises en question, les préséances aussi. Plus de centralité non plus : avant c'était la médecine, dans les années 50 : les administratifs, et dans les années 90 : le patient au centre... ! »²⁷.

Ensuite, les énormes et puissantes machineries techniques paraissent de plus en plus appartenir à une ère révolue. La confusion entretenue depuis longtemps entre technique et progrès ne produit plus les mêmes effets, à l'heure de l'écologie et du développement durable. Il ne nourrit plus les imaginaires, comme il y a peu encore, alors qu'on pouvait lire ceci : « Le système hospitalier est appelé à occuper une place plus importante dans les programmes de développement. Les techniques diagnostique et thérapeutique se perfectionnent, ce qui entraîne des investissements croissants en personnel et en équipement »²⁸. Au contraire, relativement à l'ambivalence constante entre positivité de la science et peurs suscitées par la technique (principe de précaution), cet accent n'est plus assez dynamique pour que l'hôpital soit revêtu de la seule image brillante du progrès.

De surcroît, la diffusion médiatique d'un « savoir » architectural donne aux citoyens et aux populations la possibilité d'approcher des questions jusqu'alors réservées. Ainsi celle des bâtiments emblématiques des institutions majeures, des dépenses somptuaires de places, des formes sans âme. Faut-il que ces institutions persévèrent à cultiver des formes « monstres », les grosses machineries hospitalières, qui demeurent les produits de l'ère des masses²⁹ ?

19. Un des séminaires a permis une comparaison avec l'hôpital de Strasbourg.
20. L'écrivain Aragon Louis dénonce encore le congrégationnisme, en 1936, dans *Les Beaux quartiers* (Paris, Gallimard, 1976). Nous en découvrons encore les restes à Dunkerque, à Douai, ... Ce qui ne saurait signifier que les établissements hospitaliers privés n'ont pas désormais changé leurs conceptions de l'hôpital et de l'espace (cf. Saint-Vincent de Paul à Lille et la « rue » conçue par l'architecte).

21. Cet hôpital a eu pour architectes : Jean Walter, Urbain Cassan et Louis Madeline, et s'est construit en deux temps : 1934-1939 et 1949-1958. L'actuelle modernisation fut confiée à l'agence Reichen et Robert (concours d'architecture en 1997, amélioration de la qualité de l'accueil et des hébergements, regroupement des blocs opératoires, ...).

22. Douai : Agence Brunet/Saunier Architecture (Paris). A Valenciennes, le bâtiment date des années 1980 (comme à Avesnes-sur-Helpe), il a été inauguré par Simone Weil, et il est soumis aujourd'hui à extension.

23. Foucault Michel, dans *Omnes et singulatim* (article reproduit dans *Philosophie*, Paris, Gallimard, 2004, p. 679), insiste sur le fait que cet Etat providence doit être reconnu pour ce qu'il est : l'une des extrêmement nombreuses réapparitions du délicat ajustement entre le pouvoir politique exercé sur des sujets civils et le pouvoir pastoral qui s'exerce sur des individus vivants.

24. On sait que la notion de « service public » se constitue dans le droit public français à la fin du XIX^e siècle. Léon Duguit en assure la théorie. La question des institutions ne se réduit pas aux pouvoirs qu'elles ont à exercer (la puissance publique). Elle s'étend aux obligations que ceux qui exercent le pouvoir ont à l'égard de ceux qu'ils administrent. Plus largement, la notion et le concept de service public sont une invention juridique et politique qui permet à la III^e République de prendre ses marques par rapport aux conservateurs et aux révolutionnaires, en posant que l'Etat a réponse à tout, qu'il est bienveillant, omniscient et infallible.

25. En quoi nous distinguons au long de ce document ce qui est universalisant (la prétention à l'universalité), l'universalité abstraite (qui affirme à l'hégémonie dans la discrimination) et l'universalité concrète.

26. C'est le philosophe Lyotard Jean-François qui distingue les « métarécits » (ou grands récits), les mythes, les processus de délégitimation et les petits récits, cf. *Le postmoderne expliqué aux enfants*, Paris, Galilée, 1986.



27. Boltanski Luc, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*, Paris, Centre de sociologie Européenne, 1968 ; Gognalons-Nicolet Maryvonne et Weiss Walter, *Sociologie de la santé et de la médecine* ; Nicolas Baverez, dans un article de *Le Point*, Février 2009, y revient encore : « La rivalité permanente entre les pouvoirs administratifs, médical et infirmier » est traitée comme une des sources de la dégradation des soins dans les hôpitaux.

28. *Encyclopaedia Universalis*, article « Hôpital », par le docteur Robert-Frédéric Bridgman, édition de 1998.

29. Maillard Christian, *Histoire de l'hôpital, de 1940 à nos jours*, Paris, Dunod, 1986.

En second lieu, d'autres éléments se cumulent : les sociétés de masse se réorganisent en sociétés d'individus, dans certains cas les petits hôpitaux sont plus efficaces et mieux répartis territorialement, les soins ne se vivent plus de la même manière, en un mot, les interrogations, les suspensions se font plus pressantes et les processus de délégitimation s'influent dans les institutions héritées.

Si l'hôpital est toujours (et d'abord) pensé comme le lieu d'une promesse, en général tenue, celle de la vie et de la survie, il reste que les patients osent désormais exprimer leurs impatiences, leurs exigences, leurs scepticismes ou leurs emportements, au prix de la naissance de tensions entre les personnes concernées : « Les hôpitaux, pour leur part, sont confrontés à un bouleversement des codes relationnels entre usagers et soignants. Le niveau de culture générale et les exigences de qualité des usagers ébranlent les pré-requis de soumission au savoir académique et à l'autorité institutionnelle »³⁰. Quels qu'en soient les motifs, pour l'instant, ils ont acquis ou conquis un « droit » de parler, ne serait-ce que sur eux-mêmes³¹. Le cours des choses hospitalières s'en trouve affecté à plus d'un titre, et notamment dans le fait que les légitimations, la hiérarchie des autorités et des paroles, la réception des prescriptions ne sont pas prises en compte de la même manière.

N'est-ce pas dans ce contexte que les premières formulations de la « culture à l'hôpital » ont eu lieu ? Il fallait d'abord déceler des fragilités : « Depuis dix ans, et la chronologie pourrait remonter plus loin, l'hôpital public connaît des évolutions majeures qui en ont profondément marqué les missions et l'organisation. Le mouvement est largement porté par des bouleversements extérieurs et la contrainte de l'adaptation en est une cause majeure, peut-être salvatrice. L'hôpital a en effet la chance d'être régulièrement soumis à des chocs exogènes »³².

Puis il fallait chercher des remèdes. C'est sans aucun doute en ce point que la culture et l'art ont été primitivement convoqués. Du moins, une certaine idée que les autorités se font de la culture et des arts. Et une idée qui est elle-même tributaire d'une autre « évolution » parallèle à celle que nous venons de décrire relativement à l'institution hospitalière³³.

À l'évidence, à partir d'une certaine époque, une inflexion a eu lieu, et des efforts divers ont été accomplis dans les hôpitaux en matière de décoration³⁴, d'animation culturelle ou d'aménagement artistique³⁵. Nous reviendrons sur la nature du rapport culture-hôpital impliquée. Pour l'instant, contentons-nous de préciser les conditions dans lesquelles ce rapprochement a eu lieu.

Tout s'articule autour du thème de la déshumanisation de l'hôpital corollaire de la fin du grand récit hospitalier. Ce sont même des heurts nombreux entre des convictions, des énoncés, des expertises qui sont apparus très vite comme la pierre de touche de ce rapprochement, même s'ils exprimaient plus de choses ou d'autres choses, simultanément.

On doit à l'impact (décalé) de la critique disciplinaire de l'hôpital, sous l'influence des travaux de Michel Foucault (1975), à la manière dont certaines associations liées à la santé publique, dans des genres divers, ont pointé les impasses d'une certaine organisation de l'hôpital (Sida³⁶, avortement, ...), aux changements imposés par la prise de conscience du statut accordé aux femmes dans les hôpitaux³⁷, entre autres, non seulement la critique de l'application unique dans l'institution de la rationalité technique, mais aussi la remise en cause de la conception de la santé sous le titre des bienfaits³⁸.



30. Carine Delanoé-Vieux, interview Fiche citée.

31. Ce qui, au niveau de l'hôpital requiert aussi de surmonter le désarroi de l'objectivation de son corps meurtri dans l'œil du soignant, ou de son morcellement. Durant le troisième séminaire, une participante de l'expérience *Z'entonnnoirs* (Strasbourg) explique que les patients qui ont participé à l'expérience d'une radio diffusée dans l'hôpital « ont gagné en assurance, et sont maintenant capables d'écrire à l'hôpital pour se plaindre de quelque chose ».

32. Crémieux François, *op.cit.*, in *Esprit*, Janvier 2007, Editorial.

33. Cf. Collectif, *L'Etat de la France 2009-2010*, Paris, La Découverte, 2009.

34. « Il faut décorer », dit encore un médecin en 2009. Anecdote rapportée par un participant à un séminaire Hi-culture.

35. « L'animation mobilise, elle aussi, des ressources artistiques. Instrument de lutte contre l'ennui et de divertissement de la souffrance, elle est dévolue au mieux-être de la personne hospitalisée. (Carine Delanoé-Vieux, interview Fiche citée).

36. Ainsi, interviewé le 05 février 2009, à Paris, par Catherine Grout, Gilbert Brownstone précise : « Quand j'ai créé la Fondation Gilbert Brownstone, j'ai cherché ce qu'on pourrait faire, j'étais sensible à tout ce qui touche la santé et les hôpitaux. A l'époque, à la fin des années 1990, on avait tous des amis à l'hôpital pour les problèmes du sida et ils me racontaient l'accueil, les heures passées, et je me suis dit, là il y a peut-être un domaine en lequel notre fondation pouvait intervenir. Evidemment, ce n'était pas dans le domaine médical, mais au moins nous pouvions faire que les patients et les malades, pendant qu'ils suivent un traitement ou qu'ils attendent, puissent être reçus dans un environnement plus convenable dans la détresse où ils se trouvent ».

37. Désormais disparue, la Librairie des femmes (maison d'Éditions) a publié, en son temps, dans les années 1970-1990, de nombreux textes portant sur les luttes féministes à l'hôpital, la déconsidération de la femme-infirmière au profit de la mère-infirmière, ...

38. On trouve des suggestions intéressantes sur ce point dans Brossat Alain, *L'animal démocratique*, Tours, Farrago, 2000.

À d'autres égard, la montée en puissance progressive des mouvements de consommateurs, certes aux Etats-Unis d'abord, mais bientôt en France, s'est traduite par des objectifs d'évaluation-validation de plus en plus répandus³⁹.

En un mot, au grand récit déchu se substitue la question d'une « humanisation »⁴⁰ de l'hôpital. Et plus largement, cette « humanisation » devait répondre aux « luttes » dont l'hôpital était l'objet. De là la « solution » par la culture et les arts⁴¹.

Il y aurait donc comme un consensus autour de cet axe discursif servant de mode d'approche de la situation hospitalière présente, consensus sur le manque de sens à l'hôpital et de l'hospital, concomitant de la fin plus ou moins bien assumée de son grand récit.

En un mot, chacun sent bien désormais, et les femmes et hommes politiques non moins que les autres même s'ils n'en soufflent mot officiellement, qu'il est impossible de laisser les choses en l'état : « Aujourd'hui, nous ne pouvons plus voir l'hôpital que sur un aspect « soin technique », nous devons ouvrir l'hôpital à l'extérieur et favoriser le soin global par l'entrée de la culture à l'hôpital »⁴².

Toutes les conditions sont réunies pour que soient rediscutées, par de larges cercles, les limites de cette communauté, les appartenances ainsi que les dispositifs de classement matérialisés par l'institution : hôpital-culture, médecine-administration-hébergement, experts-ignorants, ... même si les raisons avouées de ces démarches sont diverses et confinent parfois à des buts plus spécifiques : « L'un (l'Hôpital) ne peut se permettre de ne pas user des bienfaits de la culture à but thérapeutique. De plus celle-ci (la culture) permet de faire rayonner un établissement de santé sur son territoire, avec comme perspectives en interne d'améliorer la prise en charge du patient »⁴³.

L'institution hospitalière se trouve bien à un nouveau carrefour de son histoire, lequel se manifeste nettement comme le résultat de l'engagement de luttes diverses pour redéfinir la compétence et la portée de l'institution, les éléments de recyclage de son modèle dans la mémoire collective.

À partir de ce carrefour, l'institution peut :

- Soit s'engager sur la voie réformatrice que prennent les institutions publiques actuellement : instaurer un nouveau type de rationalité, une sorte de contrat avec le corps social et politique en s'accordant sur des formes juridico-politiques propres à assurer seulement la coexistence des individus, des professions et la participation optimale de chacun au bien de la collectivité sous la forme de la santé, en incluant dans ce « nouveau contrat » la part propre de la culture et des arts, dès lors cantonnés à prolonger une intégration commencée depuis des années.

- Soit se propulser sur la voie d'une série d'écarts susceptibles d'expérimenter des configurations nouvelles de la forme hospitalière, en interrompant les risques pris dans la réforme (se contenter d'empiler les choses et de valoriser des animations ou le seul art-thérapie) et en engageant chacun des protagonistes (hôpitaux, mais aussi culturels et artistes) dans des formes de subjectivation susceptibles d'aboutir à une configuration nouvelle de l'hôpital.

Tel est en gros le schéma de légitimation du système posthospitalier qui est à mettre en œuvre désormais.

Et qui, sur le plan de la parole, n'est pas pour déplaire aux politiques : « Il faut dire que l'événement est de taille, car nous célébrons à la fois la magnifique œuvre d'un artiste plasticien et la réinterprétation et la réinvention d'une partie de notre hôpital »⁴⁴. Il est tout à fait légitime par conséquent de déplorer que le débat sur le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (à partir de février 2009) soit suivi à l'Assemblée nationale et au Sénat presque exclusivement par des députés-médecins :

« L'hôpital fait partie de ces sujets où il y a une sorte de mainmise des professionnels de la santé. Parfois, je me sens d'une autre planète »⁴⁵.



39. cf. www.le-guide-sante.org

40. Tel est encore le terme en usage, alors qu'il sert vraisemblablement chacune des phases de réforme de l'hôpital. Aucune étude convaincante n'a été faite sur ce plan. En revanche, on peut interpréter son usage en termes politiques :

« Mais l'entrée dans les services de malades appartenant aux classes moyennes et supérieures est aussi à l'origine d'importants réaménagements dans les rapports entre les patients et l'institution (émergence du thème de « l'humanisation des hôpitaux ») allant dans le sens de la reconnaissance des droits des patients » (cf. les textes de la Fondation Copernic, notamment sur : www.fondation-copernic.org/spip.php?article205).

41. L'une des justifications portant sur les arts à l'hôpital, conçus comme œuvres déposées, renvoie à la « tradition » républicaine.

42. Interview.

43. Interview.

44. Notes confiées par Madame Martine Aubry, maire de Lille, utilisées pour le discours d'inauguration de l'œuvre de Katsuhito Nishikawa.

45. Cf. Article dans le quotidien *Libération* du vendredi 20 février 2009. La citation est de Marisol Touraine. Son appartenance politique (PS) étant moins importante que son décalage : elle est conseillère d'Etat et non pas médecin.

La qualité à l'hôpital, un regard sociologique

GILLES HERREROS ET BRUNO MILLY

Dans un contexte où l'institution-hôpital est frappée de plein fouet par le « déclin du programme institutionnel », selon la formule de F. Dubet (2002), tout ce qui peut provoquer le recul de la tendance au repli frileux sur l'intra-groupe, tout ce qui nourrit l'articulation à l'autre (l'autre équipe, l'autre profession, l'autre service...) et la coopération, faisant ainsi refluer une conception fractionnée et cloisonnée de l'identité, participe des conditions favorables à l'organisation de la tension entre procédures et coopération. Paradoxalement et contrairement à une position fréquemment avancée, tout appel à se recentrer sur le métier, pour donner du sens aux activités, pourrait alors se comprendre, au bout du compte, comme une invitation à renforcer les cloisonnements et à rendre bien difficile la conception que nous avons développée de la coopération. Le fractionnement est plus propice aux querelles de chapelles, aux mouvements de défense des forteresses, qu'à l'échange, à la discussion, à la confrontation qui sont autant de passages obligés pour fabriquer du commun, rendre possible de l'agir ensemble et au final produire de la reconnaissance mutuelle.

Nous l'avons dit, cette reconnaissance mutuelle, qui est au fondement de la coopération, ne s'obtient pas à coup d'incantations managériales favorables aux rapprochements. Les acteurs sont différents et ont de bonnes raisons de tenir à ces différences ; il n'est pas souhaitable de vouloir « javelliser » lesdites différences au prétexte que ce serait la condition d'une coopération améliorée. Ce qu'il convient plutôt de mettre en place, ce sont des occasions de provoquer des confrontations ; celles-ci portent en elles-mêmes le processus de reconnaissance mutuelle. Se connaître d'abord, pour se reconnaître ensuite. Bien sûr, la question de la qualité et l'opportunité que constitue la mise en débat de procédures qualifiant les bonnes pratiques, offre une occasion de provoquer ce type de confrontations, mais il n'est pas certain que cela soit la seule, voire la meilleure voie qui soit. En effet, les rencontres entre les protagonistes de l'hôpital peuvent être suscitées à tout propos et avoir toujours le même objectif : dissoudre les frontières qui interdisent la coopération véritable. Par exemple, les actions de culture à l'hôpital (qu'il ne s'agit pas de confondre avec les animations culturelles dans les services ou encore l'art-thérapie), lorsqu'elles font de la scène hospitalière un espace artistique (un film, un concert, une conférence) et qu'elles rendent possible que cohabitent, dans un atelier d'écriture ou chorégraphique, un malade, un professionnel, un artiste..., offrent ces espaces de rencontre et de confrontations-découvertes (Herrerros, 2004).

Lorsque nous avons commencé à avancer ce type de constats lors de nos restitutions, ceux-ci ont parfois suscité des réactions négatives. Ici, un médecin nous a reproché d'encourager la disparition de « la culture du travail » en louant les mérites des actions qui installent le loisir dans l'espace organisationnel ; là, un membre du conseil scientifique de la Haute Autorité de Santé a estimé le propos « hors-sujet ». . . Nous persistons et signons pourtant : là où sont offertes des possibilités d'ajustements réciproques entre acteurs, que ceux-ci portent sur des procédures ou sur un projet, sur un article ou sur une opinion exprimée à propos d'une initiative artistique, d'une œuvre, c'est aux conditions d'une connaissance et d'une reconnaissance réciproques que l'on travaille, c'est-à-dire aux conditions de l'agir ensemble.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - loi HPST.

Extrait

« Chapitre Ier

« Missions et compétences des agences régionales de santé

« **Art.L. 1431-1.**-Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- « des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;
- « des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;
- « des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.
- « Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.
- « Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

« **Art.L. 1431-2.**-Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

- « 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

« À ce titre :

- a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
 - b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;
 - c) Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ; d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;
- « 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

« À ce titre :

- a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;
- b) Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;
- c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-7 et en évaluent l'efficacité ;
- d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;
- e) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;
- f) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;
- g) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

h) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

« **Art.L. 1431-3.**-Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

« **Art.L. 1431-4.**-Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat, sauf disposition contraire.

Bibliographie

Textes de référence

- Convention « Culture et Santé » par le Ministère de la Santé et des Sports et le Ministère de la Culture et de la Communication - mai 2010
disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Doddier_de_presse_convention_culture_sante.pdf
- Convention régionale Culture et Santé signée entre la DRAC, l'ARH et La Région Aquitaine, mars 2010.
- Appel à projets annuels et triennaux Culture et Santé publiés par la DRAC, l'ARS et la Région.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - loi HPST.
Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (« Art.L. 1431-2°, h)

Ouvrages et publications

- *Carnet de santé e(s)t culture(s)* - Carnet d'expériences 2011 ; Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.
disponible sur http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/Culture/carnet_2011%5B1%5D.pdf
- *Culture et Handicap*, Guide pratique de l'accessibilité
Ministère de la Culture et de la Communication, 2007.
- *Humanités - 10 ans d'arts et de culture dans les CHU*, Commission culture conférence des directeurs généraux de CHU. Coordination Julie Leteurtre. CHU Rouen 2010.
disponible sur <http://www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/hopital/humanites-dp.pdf>
- «Il n'y a pas de public spécifique». Dossier coordonné par Marie-Christine Bordeaux, chercheur au Gresec/Université de Grenoble 3, et Lisa Pignot, rédactrice en chef adjointe, in *L'Observatoire* n°32 ; sept.2007.
- «L'accès à la culture des personnes handicapées ne devrait plus être un handicap»
Dossier ; in *Cultures*, journal interne du ministère de la Culture et de la Communication, n°97, décembre 2006, Janvier Février 2007.
- *La condition posthospitalière, Repenser l'hôpital public/privé sous la condition de la culture.*
Action recherche d'Arnaud Theval, Christian Ruby, Catherine Grout, 2009
disponible sur <http://www.arnaudtheval.com/pdf/articles/pdf-extra-4fb29bb9afe7d.pdf>
- «La culture à l'hôpital», *Revue de la Société française d'Histoire des Hôpitaux*, n° spécial 140, juin 2011.
- *Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout*
Hôpital, innovation, culture - Hi.culture 2006-2011. Éditions La Passe du vent.
- Brook, Peter, « Qualité et artisanat », *Alternatives Théâtrales*, n°70-71 ("les penseurs de l'enseignement, de Grotowski à Gabyly"), décembre 2001

- Buten, Howard, *Quand j'avais cinq ans, je m'ai tué*, Paris, France Loisirs, 1982
- Buten Howard, *Monsieur Butterfly*, Paris, France Loisirs, 1987
- De Saint-Do Valérie, Roméas Nicolas, *Les Hors Champs de l'art. Psychiatrie-prisons : quelles actions artistiques ?* in *Cassandre Hors série n° 5* Edts Noys/Cassandre/Hors-Champs 2007.
- Herreros Gilles et Milly Bruno, *Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation. Rapport de recherche* ; Université Lyon 2 - Laboratoire MODYS - Institut de Recherche sur le changement des organisations ; mars 2009. Le texte intégral du rapport final est disponible que le site de la DRAC Rhône-Alpes www.culture.gouv.fr/rhone-alpes/hopital.
- Herreros, Gilles et Milly, Bruno, *La qualité à l'hôpital, un regard sociologique*, L'Harmattan, 2011

Arts du cirque et corps en mouvement

- Chambre 209, création de la compagnie Sylvain Groud, 2012.
Disponible sur http://www.dailymotion.com/video/xs4bv9_chambre-209-teasermontbeliard_creation#.UWVf_SuUVH1
- «Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Plein de Guéret», in *Le magazine du cirque et de l'illusion, Lédiacirquemag*, avril 2009.
- « Le cirque dans l'espace social », dossier - *Arts de la piste*, n°32, Paris, HorsLesMurs, 2004.
- « Le spectacle à l'épreuve de la vie : dans les hôpitaux, les prisons les ONG », *La Scène* n°15, 1999, Nantes, Millenaire Presse, pp.55-74.

- Bernard Anne-Marie, Bonange Jean-Bernard. « Jeu de clowns », *Art et thérapie* n°12/13, 1984, Vineuil, Art et thérapie, pp.6-13
- Blisson Cathy, « Je fais très attention à elles, et elles me le rendent bien » (compagnie Un Loup Pour L'Homme, Alexandre Fray), *Stradda, Le magazine de la création Hors Les Murs*, N°24, avril 2012.
- Cuberto, Olivia, «Les performances dansées en chambres de soins palliatifs, du consentement initial à l'espace du consentement», mémoire de master, Paris 8, 2010.
Disponible sur www.danse.univ-paris8.fr/read_file.php
- De Bonneval Eléonore. « Circus for all », 2010, n°15, *Stradda, Paris, HorsLesMurs*, pp.47-49
- Delbono, Pippo et Bloede, Myriam, *Mon Théâtre*, Actes Sud, 2004
- Hahn, Thomas, «On vous A.I.M.E», article paru dans le magazine *DANSER*, février 2010 (Julie Nioche, Isabelle Ginot).
- Guigou, Murielle, *La danse intégrée*, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2010.
- Ginot, Isabelle, «Discours, techniques du corps et techno-corps», article paru dans *À l'a'r]encontre de la danse contemporaine : porosités et résistances*, sous la dir. de Paule Gioffredi, L'Harmattan, collection « Le corps en question », 2009.
- Kerouanton, Joël, Sidi Larbi Cherkaoui, *Rencontres*, Actes Sud, 2006.
- Le Guillerm Johann. « Carnets de route - À la rencontre de la terre », *Arts de la piste* n°29, 2003, Paris, HorsLesMurs, pp.40-42
- Menanteau Maxime. « Des clowns à l'hôpital. Perspective d'une pratique de médiation auprès d'enfants hospitalisés en service de chirurgie » *Enfances&Psy*, n°56, Toulouse, Édition Éres, 2012, pp.146-155

- Moffarts, Christian, clown-thérapeute, Une présence vulnérable qui gai-rit, *Art & Thérapie* n°82/83 : La Présence, 2003, INECAT,
- Pons Nadine, Pujol Henri pref. *Clown à l'hôpital : quand le clown rencontre l'enfant malade*, Nîmes, Champ social, 2006
- Schenkel Isabelle. *Le clown thérapeute*, Paris, L'Harmattan, coll. Art-thérapie, 2012.
- Simonds Caroline, Warren Bernie, Girod Marie-France, *Le rire médecin : journal du Docteur Girafe*, Albin Michel, Paris, 2001
- Vanadrue, Catherine, «Les Clowns à l'Hôpital» in *Brochure Art et Santé : Pratiques artistique en milieu de soin. Regard croisés*, réalisé par Culture et Démocratie (Belgique).
Disponible sur http://www.cultureetdemocratie.be/documents/Art_et_Sante_Brochure_2012_x.pdf
- Werner David, Laurence, *Est-ce, si loin ?*, avec les photographies de Philippe Bertin.

DVD

Horn, Olivier, *Jour de clowns*, France, Rire médecin., 2010.

Sur le web

www.agora-boulazac.fr

www.aquitaine.fr

www.ars.aquitaine.sante.fr

www.clowns-hopital.be

www.cultureetdemocratie.be

www.culture-sante-aquitaine.com

www.culture.gouv.fr

www.horslesmurs.fr

www.oara.fr

www.sante.gouv.fr

<http://maget.maget.free.fr/Filmo/ACH.htm> : film « Art culture Hôpital »

Formation

**LE CORPS EN MOUVEMENT (DANSE, ARTS DU CIRQUE, PRATIQUES SOMATIQUES)
DANS L'UNIVERS DU SOIN**

Vendredi 18 octobre et jeudi 12 décembre 2013

Informations et inscriptions : contact@culture-sante-aquitaine.com - 06 30 57 73 53

Journée co-réalisée par

**L' Agora de Boulazac - PNAC
L'OARA (Office Artistique de la Région Aquitaine)
Hors Les Murs
Le Pôle de compétences Culture et Santé
en Aquitaine**

Dossier réalisé par

**le Pôle de compétences
Culture & Santé en Aquitaine**

<http://culture-sante-aquitaine.com>

contact@culture-sante-aquitaine.com

06 30 57 73 53



HORS LES MURS