

Article paru dans *Culture & Musées*, n° 26, 2016, Entre les murs / Hors les murs. Culture et publics empêchés ? Dossier dirigé par Delphine Saunier

Notice biographique

Françoise Liot est maître de conférence à l'Université Bordeaux Montaigne et chercheur au Centre Émile-Durkheim, UMR 5116 - CNRS – Université de Bordeaux. Elle a travaillé sur l'analyse des politiques culturelles territoriales et sur les transformations des professions artistiques et culturelles. Elle a publié notamment *Le métier d'artiste* à L'Harmattan en 2004 et coordonné l'ouvrage *Projets culturels et participation citoyenne. Le rôle de l'animation et de la médiation en question* à L'Harmattan en 2010.

francoise.liot@wanadoo.fr

Sarah Montero est maître de conférence en géographie sociale à l'Université Bordeaux Montaigne et chercheur au laboratoire ADES, UMR 5185 –CNRS. Elle travaille sur les problématiques de participation culturelle et de citoyenneté urbaine. Elle a publié *Construire ensemble la ville culturelle : enjeux, modalités et perspectives de coopération à Bordeaux et à Québec*, Ed. Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine en 2015.

monterosarah@icloud.com

Françoise Liot

Sarah Montero

Les projets artistiques et culturels dans les établissements de santé

Quels changements dans les pratiques et les organisations ?¹

Les protocoles d'accord signés entre Ministère de la culture et Ministère de la santé (en 1999 puis en 2010) ont conduit à initier, dans un très grand nombre de régions, des projets et des dispositifs originaux qui permettent une présence artistique à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. Celle-ci prend des formes très différentes. Il peut s'agir de diffusion à travers des expositions ou des spectacles qui sortent ainsi des lieux traditionnellement conçus à cet effet pour investir de nouveaux espaces dédiés ordinairement à des pratiques de soin ou de prise en charge de personnes dépendantes. Souvent ce sont aussi des ateliers de pratiques artistiques amateurs qui s'installent dans ces lieux, dans les interstices des pratiques médicales ou médico-sociales et parfois en lien, en complément voire en concurrence avec des pratiques de soin². Parfois encore des artistes inventent de nouvelles pratiques en concevant des projets de création en résonance avec les problématiques qui traversent ces établissements et en mobilisant, dans une logique participative, les usagers des lieux (Liot, 2010). Ces projets s'adressent bien évidemment aux patients hospitalisés ou aux personnes fréquentant les établissements médico sociaux ainsi qu'à leurs proches, mais ils concernent aussi les personnels de ces établissements qui croisent ces pratiques et acceptent parfois d'y participer.

Cette politique transversale apparaît comme une occasion d'expérimentation dans des politiques publiques traditionnellement cloisonnées (Henry, 2014), elle met en relation des acteurs aux objectifs professionnels, aux valeurs et aux pratiques totalement différents. Qui plus est, elle fait se connecter des mondes organisationnels qui se sont structurés selon leurs logiques propres. En créant des frottements entre ces pratiques, ces valeurs et ces modes différents de structuration, les projets à l'hôpital viennent souvent questionner les pratiques et les représentations de chaque catégorie d'acteur (conception du soin pour les soignants, rôle octroyé à la création pour les artistes...) mais également les fondements organisationnels de chacun des mondes (place du patient dans l'univers médical et médico-social, logiques de diffusion artistique dans le monde de la culture). L'hypothèse est ainsi qu'on se trouve face à des pratiques qui ont la capacité de remettre en cause le fonctionnement de chaque monde et de produire des formes d'innovation (Akrich *et al.*, 2006).

L'objectif de cette recherche est de comprendre ce que ces projets font aux pratiques et aux modes d'organisation dans lesquels ils se mettent en place. Pour comprendre le changement, nous avons choisi de combiner une approche par les structures qui permet de mettre en évidence les logiques et les contraintes, et une approche par les acteurs qui permet de souligner leur marge d'autonomie (Crozier & Friedberg, 1977 ; Elias, 1991). Il s'agit, d'une part, d'analyser les modes de structuration et de fonctionnement des organisations, et d'autre part, de comprendre comment les acteurs impliqués dans ces projets, interviennent dans l'organisation, structurent le champ d'action et en modifient les règles.

Des mondes organisationnels en questionnement

La particularité de cette recherche est de réfléchir à la question du changement à partir d'une analyse politique et organisationnelle dans deux secteurs spécifiques de la vie sociale : le secteur culturel et le secteur du soin (établissements hospitaliers et médico sociaux). Ces mondes sociaux (Strauss, 1992) ont une histoire et des caractéristiques qu'il nous faudra préciser pour comprendre comment la question du changement peut être abordée dans chaque cas.

Si les deux secteurs étudiés semblent très différents dans leurs modalités organisationnelles, ils ont en commun de connaître depuis les années 80 des bouleversements majeurs et continus aussi bien dans les valeurs qui les ont animés que dans leur fonctionnement. Ces transformations ne sont pas sans créer le sentiment d'une crise de ces secteurs et un certain malaise chez les professionnels qui vivent souvent ces changements comme une dégradation de leur condition de travail et du service rendu au public. Sans décrire de façon exhaustive ces mondes, il est possible d'exposer quelques points saillants caractérisant l'évolution de ces secteurs.

Le monde du soin, d'une manière générale, est marqué par l'introduction des principes d'efficacité et d'efficience qui conduisent à développer des référentiels et des procédures de plus en plus formalisés et souvent vécus par les acteurs comme contraignants et difficilement applicables (Foudriat, 2013 ; Herreros, 2011). Ainsi, le sentiment d'alourdissement des tâches administratives est très présent chez les professionnels. Ceux-ci considèrent parfois que ces tâches les détournent des vrais fondements de leur travail (relation au patient, écoute des bénéficiaires de minimas sociaux, etc.). À l'hôpital, la spécialisation, la technicisation et la bureaucratisation sont des composantes majeures des transformations de l'institution. Parallèlement, que ce soit à l'hôpital ou dans le secteur médico-social, les législations

conduisent à renforcer la participation des usagers dans la prise de décision et à ouvrir les structures à la société civile et au profane, faisant du soin un sujet au cœur des débats démocratiques et non plus une affaire d'experts et de spécialistes³. Là encore, ces transformations modifient pour les acteurs les manières de travailler et d'envisager leur relation aux usagers. De plus, ces structures ont à faire avec le développement de la territorialisation de leur action. Si cette question s'est posée antérieurement pour les structures médico-sociales et est inhérente au mouvement de décentralisation qui les a liées aux collectivités territoriales, plus récemment l'enjeu est devenu majeur pour l'hôpital qui, aux prises avec une réflexion sur la santé publique et la continuité des soins, est sommé de créer des liens avec son environnement (Nardin, 2009). Ainsi ces organisations voient-elles leurs valeurs, leur fonctionnement et leur rôle se transformer. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre la place des actions artistiques et culturelles à l'hôpital, celles-ci semblent en effet en prise directe avec chacune de ces transformations, qu'elles viennent les renforcer, les révéler ou les dépasser.

Le monde de l'art et de la culture n'est pas une organisation au sens d'une entreprise localisée, orientée par un but et dont il existerait une interdépendance directe entre les membres ou encore des relations hiérarchiques formalisées. Toutefois, le monde de l'art, selon H. S. Becker, est bien un univers de collaboration régit par des conventions sur lesquelles s'entendent implicitement les acteurs. Il s'est construit sur des écarts de reconnaissance et de légitimité, ce qui fait de lui un monde hiérarchisé. Or ce monde n'a cessé, surtout depuis les années 90, de connaître des remises en questions et des tensions. En France, le monde de l'art est caractérisé essentiellement par un marché administré (Menger, 2009) dans le sens où le subventionnement public intervient aussi bien dans la création des œuvres que dans leur diffusion. Or, le monde de l'art se trouve confronté à une double crise, des moyens et des valeurs. Du point de vue des moyens, la maîtrise des dépenses publiques (qu'il s'agisse de l'État ou des collectivités territoriales) est venue sonner un coup d'arrêt à l'évolution des crédits alloués à la culture qui avait pourtant conduit, depuis les années 1980, à une expansion et à une professionnalisation du secteur. Du point de vue des valeurs, le soutien à la culture a longtemps semblé évident tant il paraissait important, dans une vision humaniste, de favoriser la création et la diffusion des œuvres pour construire et renouveler le lien social. Toutefois, cette vision s'est vue remise en cause par la difficulté à surmonter les inégalités d'accès à la culture, alors que les pratiques amateurs et les expressions populaires étaient largement disqualifiées et sous-estimées. Ainsi, le monde de l'art est-il aujourd'hui à un tournant, beaucoup d'artistes et d'acteurs culturels envisagent la nécessité de reconsidérer le lien entre l'art et la société en inscrivant la création aux cœurs des problématiques actuelles et au plus près des habitants, des citoyens, des personnes⁴. En même temps, l'organisation du secteur artistique reste figée autour de lieux de diffusion constitués en réseaux et qui continuent d'être des passages obligés pour la reconnaissance artistique. Les projets artistiques à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux sont au cœur de ce dilemme, à la fois porteur de sens et de renouvellement de la place de l'artiste et de l'art dans la société, ils peinent pourtant à être reconnus à part entière et restent souvent à la marge du système de reconnaissance artistique.

Mesurer les effets sur les pratiques et les organisations

La particularité de chacun de ces mondes et les crises qu'ils traversent permettent d'affiner le questionnement et d'élaborer quelques hypothèses sur les effets des projets culture et santé sur les pratiques et les organisations.

Ainsi, dans le secteur du soin, on peut penser que les projets artistiques et culturels offrent des moments de réflexivité sur les pratiques des personnels de santé et sur le vécu des patients en donnant à voir ces pratiques et ces expériences de vie. Ils impliquent un premier changement en ce qu'ils rendent visibles des fonctionnements invisibles contenus dans l'univers clos de l'hôpital et des établissements médico sociaux. Ils offrent des moments de réflexivité pour les praticiens, de mise à distance du vécu de la maladie pour les patients, de mise en discours de problématiques qui traversent les établissements du plus concret, en terme de prise en charge des patients, des personnes fragiles, de la maladie, de la déficience, etc., au plus existentiel dans le rapport à la souffrance ou à la mort. De ce point de vue, les projets culturels amènent une réflexion sur les pratiques et éventuellement sur l'éthique qui traverse ces lieux de soin et de prise en charge de personnes dépendantes. À quelles conditions ces projets peuvent-ils conduire à poser ces questions dans la sphère publique et à les sortir de l'univers spécialisé du domaine médical ou médico-social ? S'ils peuvent parfois être mal vécus par les professionnels du soin parce qu'ils viennent déstabiliser les représentations, ils peuvent aussi être souhaités par les équipes comme un moyen non seulement de redonner du sens à leur travail et de sortir d'une routinisation, mais aussi de repenser la place et le rôle du patient dans le parcours de soin.

Au-delà des pratiques individuelles, ils interrogent également les structures. En accueillant une présence extérieure et en ouvrant leur porte au regard des artistes, ils permettent de revisiter l'étanchéité des rôles entre praticiens et patients, de questionner et redéfinir les rapports sociaux au sein de l'hôpital (Strauss *et al.*, 1985), les modes de management et l'organisation même des services. Herreros (2010) présente l'institution hospitalière comme un lieu de séparation, de division en territoires, en temporalités, en catégories et sous-catégories professionnelles, en hiérarchies, qui segmente l'organisation et crée une difficulté à créer du commun. Pour lui, il faut créer les conditions de la coopération mais celle-ci ne peut se faire qu'en mettant en place des scènes de controverse pour créer une connaissance de l'autre, une relation à l'autre et au final un collectif. L'action culturelle à l'hôpital peut-elle être un moyen pour mettre en place ces lieux d'expression de la conflictualité nécessaire à la constitution du collectif et quelles en sont les conditions ?

Dans le monde de l'art et de la culture, les projets à l'hôpital interrogent le statut de l'œuvre d'art. Ces productions questionnent, en effet, le processus de légitimation institutionnelle en vigueur dans le monde de l'art. Si, comme l'affirme H. Becker (1988), la coopération préside à la création de l'œuvre qui repose sur des conventions pour être qualifiable et recevable, qu'en est-il du statut de ces productions collaboratives élaborées à la marge de l'institution et des règles de l'art ? Comment fonctionnent les structures d'action collectives qui se tissent au sein de l'hôpital et des établissements médico sociaux ? En quoi viennent-elles bousculer les modes de production et de diffusion en vigueur ?

Les projets interrogent aussi le statut d'artiste, car la représentation de l'artiste moderne s'est constituée sur l'idée d'autonomie de l'art. Les politiques publiques de la culture ont conforté cette représentation en développant depuis la seconde moitié du XXème siècle les réseaux de diffusion et de reconnaissance des œuvres et des artistes (Proust, 2006). Ces projets parviennent-ils à promouvoir une nouvelle manière d'être artiste en prise avec les problèmes sociaux qui traversent ces nouveaux lieux de création ?

Ainsi, c'est aussi l'objectif principal assigné aux politiques publiques de la culture fortement empreint de démocratisation culturelle qui se trouve questionné par ces projets. Une approche légitimiste de la culture et une conception de l'action « descendante » s'est imposée dans les politiques culturelles ne laissant que peu de place aux expressions culturelles populaires ou vernaculaires pourtant constitutives des identités individuelles et collectives. La politique transversale culture et santé peut-elle contribuer à redéfinir la manière de penser le rapport de l'art au public et au citoyen ? Peut-elle contribuer à extraire la question artistique de l'univers spécialisé dans lequel elle s'est cantonnée pour rejoindre les problématiques sociales actuelles (Meyer-Bisch & Bidault, 2010) ?

Notre recherche s'intéresse à la question de la norme, ses modalités d'élaboration et d'application, et à celle de la marge ou de la déviance (Becker, 1963). En quoi celle-ci constitue-t-elle une forme de remise en cause de l'ordre établi, qu'elle se définisse comme un vecteur ou bien comme une expression du changement (Gauthier, 1994) ?

Bibliographie

- Akrich (Madeleine), Callon (Michel), Latour (Bruno), (2006), *Sociologie de la traduction, textes fondateurs*, Paris : Les Presses de l'Ecole des mines.
- Becker (Howard) (1963), *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris : Métailier
- Becker (Howard) (1988), *Les Mondes de l'art*, Paris : Flammarion
- Crozier (Michel), Friedberg (Erhard), (1977), *L'acteur et le système*, Paris : Seuil
- Dupuy (François), (2004), *Sociologie du changement*, Paris : Dunod
- Elias (Norbert), (1991), *La Société des individus*, Paris : Fayard
- Henry (Philippe), (2014), *Un nouveau référentiel pour la culture ? Pour une économie coopérative de la diversité culturelle*, Toulouse : Editions de l'Attribut
- Herreros (Gilles), Milly (Bruno), (2009), *Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation*. Contrat de Recherche avec l'Agence Régionale Hospitalière, la Région Rhône-Alpes et la DRAC Rhône-Alpes.
- Herreros (Gilles), Milly (Bruno), (2011), *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, 2011, Paris : L'Harmattan.
- Liot (Françoise), (2010), *Projet culturel et participation citoyenne*, Paris : L'Harmattan
- Menger (Pierre-Michel), (2009) *Le travail créateur. S'accomplir dans l'incertain*, Paris : Gallimard/Seuil.
- Meyer-Bisch (Patrice), Bidault (Mylène), (2010), *Déclarer les droits culturels: commentaires à la Déclaration de Fribourg*, Zürich/ Bruxelles, Schulthess / Bruylant
- Meyer-Bisch (Patrice), (2012), « Les droits culturels dans la grammaire démocratique », in *L'Observatoire* n°41, Grenoble, pp. 58-63
- Proust (Serge), (2006), *Le comédien désemparé. Autonomie artistique et interventions politiques dans le théâtre public*, Paris : Economica
- Strauss (Anselm), (1992), *La trame de la négociation*, Paris : L'Harmattan

¹ Cette note présente un projet de recherche financé par le Conseil régional d'Aquitaine, la DRAC et l'ARS dans le cadre des appels à projet « recherche » du Conseil régional. Elle expose l'état d'un questionnement et d'une démarche, les premiers résultats n'étant attendus que dans le courant 2016.

² Cette recherche ne concerne que très partiellement la question de l'art thérapie. Le dispositif Culture et santé s'est, dès le départ, construit à côté de ces méthodes. L'art thérapie, en effet, même si elle peine encore à se faire reconnaître, est une pratique de soin portée souvent par des psychothérapeutes. Dans le dispositif culture et santé ce sont des professionnels de l'art et de la culture qui interviennent pour mener les actions (artistes, associations portant des projets artistiques et culturels). Toutefois, dans certains contextes, les pratiques se croisent ou se rapprochent. La tentation est parfois grande du côté des soignants de ramener le dispositif du côté du soin et donc du côté de l'art thérapie

³ La notion de droit du malade voit le jour par le décret du 14 janvier 1974, elle sera réaffirmée dans la loi du 31 juillet 1991 et la loi du 4 mars 2002. Dans le secteur médico-social, la loi du 2 janvier 2002 oblige à penser la participation des usagers et des familles ou des responsables légaux. La notion de démocratie sanitaire apparaît quant à elle en 1999 au moment des États généraux de la santé.

⁴ La convention sur la diversité culturelle (UNESCO) et la montée de la notion de droits culturels présents dans la déclaration de Fribourg (Meyer-Bisch, 2012) constituent aujourd'hui de nouveaux référentiels pour nombre d'acteurs culturels (Henry, 2014).